

# Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



---

I 2021 53

## Entscheid vom 3. Juni 2022

---

Besetzung

lic.iur. Gion Tomaschett, Vizepräsident  
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter  
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter  
MLaw Milena Pesic, a.o. Gerichtsschreiberin

---

Parteien

A. \_\_\_\_\_,  
Beschwerdeführerin,  
vertreten durch Advokatin lic.iur. B. \_\_\_\_\_,

**gegen**

**IV-Stelle Schwyz**, Rechtsdienst, Postfach 53, 6431 Schwyz,  
Vorinstanz,

---

Gegenstand

Invalidenversicherung (Rentenanspruch)

## Sachverhalt:

**A.** A.\_\_\_\_\_ (geb. \_\_\_\_\_1977) hat nach der Primarschule in C.\_\_\_\_\_ und der Sekundarschule in D.\_\_\_\_\_ eine kaufmännische Ausbildung mit Fähigkeitszeugnis abgeschlossen. Anschliessend übte sie verschiedene Tätigkeiten aus (vgl. die Zusammenstellung im aktenkundigen Lebenslauf = IV-act. 9). Am 14. Februar 2013 ging bei der IV-Stelle eine Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen ein; die gesundheitlichen Beeinträchtigungen wurden mit "Borderline, ADHS" umschrieben (IV-act. 1-4/6 Ziff. 6.2). Am 4. April 2013 fand ein Abklärungsgespräch statt, an welchem A.\_\_\_\_\_ u.a. ausführte, dass sie im Alter von 17 Jahren mit Drogenkonsum begonnen habe, dass sie seit 15 Jahren im Methadonprogramm sei und jeden Abend vor dem Einschlafen kiffe (vgl. IV-act. 11-4/6 unten). Vom 4. Juni 2014 bis 24. Juni 2014 hielt sich A.\_\_\_\_\_ für eine stationäre Entzugsbehandlung in der Psychiatrischen Klinik E.\_\_\_\_\_ auf (IV-act. 34-2ff./5).

**B.** Nach einer Prüfung der Akten empfahl der RAD-Psychiater Dr.med. F.\_\_\_\_\_ am 29. September 2015 eine psychiatrische Begutachtung (IV-act. 41), was A.\_\_\_\_\_ am 2. Oktober 2015 mitgeteilt wurde (siehe IV-act. 42). Am 28. März 2016 erstattete Dr.med. G.\_\_\_\_\_ (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zertif. med. Gutachter SIM, H.\_\_\_\_\_) sein psychiatrisches Gutachten (IV-act. 49). Dazu nahm der RAD-Arzt Dr.med. I.\_\_\_\_\_ (Facharzt Innere Medizin/ Arbeitsmedizin/ Psychosomatische Grundversorgung) am 5. Juli 2016 Stellung (IV-act. 50-6ff./9). Gestützt darauf eröffnete die IV-Stelle am 13. Juli 2016 ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren und forderte A.\_\_\_\_\_ auf, eine suchtspezifische Behandlung mit Drogenabstinenz während mindestens sechs Monaten aufzunehmen (IV-act. 51). Daraufhin teilte A.\_\_\_\_\_ mit Schreiben vom 12. August 2016 mit, sie sei bereit ab September eine solche Behandlung durchzuführen (IV-act. 53).

**C.** Am 23. Februar 2017 erstattete der J.\_\_\_\_\_ einen Verlaufsbericht (IV-act. 61). Nach einem Bericht des K.\_\_\_\_\_ vom 28. Juni 2017, in welchem zur Klärung des Suchtmittelkonsums Kopfhaare analysiert wurden (siehe IV-act. 67), erstattete die RAD-Psychiaterin Dr.med.univ. Dr.phil. L.\_\_\_\_\_ am 24. August 2017 sowie am 1. September 2017 eine Stellungnahme (IV-act. 70-9/9 und 71-7/7). Mit Einschreiben vom 10. Oktober 2017 ordnete die IV-Stelle im Rahmen eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens und unter Hinweis auf die Mitwirkungspflicht eine sechsmonatige Verlängerung des Drogenscreenings an (IV-act. 73). Am 27. Oktober 2017 erklärte A.\_\_\_\_\_ ihre Bereitschaft, die Auflagen der IV-Stelle einzuhalten und zu erfüllen (vgl. IV-act. 74). Gemäss Mitteilung vom 28.

November 2017 teilte die IV-Stelle mit, dass Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche gewährt werde (IV-act. 76). Am 11. Dezember 2017 informierte A.\_\_\_\_\_, dass sie seit Februar 2017 im Umfange von ca. 40% bis 50% für die M.\_\_\_\_\_-Filiale in N.\_\_\_\_\_ arbeite (IV-act. 79). Diese Arbeitgeberin bescheinigte in einem Arbeitszeugnis vom 20. August 2018, dass A.\_\_\_\_\_ vom 1. Mai 2016 bis zur Geschäftsaufgabe per 31. Juli 2018 als Verkäuferin im Stundenlohn gearbeitet habe (IV-act. 94). Nachdem in einem Bericht des K.\_\_\_\_\_ vom 22. Oktober 2018 die Auswertung der Haaranalyse für Kokain-Konsum sprach (IV-act. 102-5/7), nahm die RAD-Psychiaterin Dr.med.univ. Dr.phil. L.\_\_\_\_\_ am 7. Dezember 2018 aus versicherungsmedizinischer Sicht Stellung (IV-act. 103-4/4).

**D.** Mit Vorbescheid vom 13. März 2019 kündigte die IV-Stelle an, auf das Leistungsbegehren nicht einzutreten (IV-act. 107). Dagegen erhob A.\_\_\_\_\_ am 2. April 2019 und nach Einblick in die IV-Akten am 4. Juli 2019 Einwände (IV-act. 108 sowie 114). Am 23. Oktober 2019 teilte A.\_\_\_\_\_ der IV-Stelle mit, dass sie sich seit Ende August in einem Arbeitsversuch befinde (IV-act. 116). Am 4. November 2019 nahm der RAD-Psychiater Dr.med. O.\_\_\_\_\_ zur medizinischen Aktenlage Stellung (IV-act. 117-6f./7). Am 22. November 2019 verfügte die IV-Stelle, dass auf das Leistungsbegehren nicht eingetreten werde (IV-act. 119). Dagegen beschwerte sich A.\_\_\_\_\_ beim Verwaltungsgericht (IV-act. 112). In der Folge hat die IV-Stelle am 18. Februar 2020 die angefochtene Verfügung widerrufen, worauf der Einzelrichter des Verwaltungsgerichts das Beschwerdeverfahren mit Entscheid VGE I 2020 4 vom 21. Februar 2020 als gegenstandslos geworden am Protokoll abschreiben konnte (IV-act. 126).

**E.** Mit Schreiben vom 26. Februar 2020 teilte die IV-Stelle A.\_\_\_\_\_ mit, dass zur Klärung von Leistungsansprüchen eine psychiatrische Verlaufsuntersuchung nötig sei (IV-act. 127). Das entsprechende Verlaufsgutachten wurde am 21. Dezember 2020 von Dr.med. G.\_\_\_\_\_ erstattet (IV-act. 141). Der RAD-Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie P.\_\_\_\_\_ beurteilte das Verlaufsgutachten als schlüssig, weshalb darauf abgestellt werden könne (IV-act. 143). Mit Vorbescheid vom 2. Februar 2021 kündigte die IV-Stelle an, einen befristeten Anspruch auf eine IV-Viertelsrente für den Zeitraum vom 1. August 2013 bis 31. Oktober 2016 zu gewähren (IV-act. 146). Dagegen erhob A.\_\_\_\_\_ am 25. Februar 2021 (IV-act. 151) und am 29. April 2021 (IV-act. 153) Einwände. Am 5. Juli 2021 verfügte die IV-Stelle, dass A.\_\_\_\_\_ im Zeitraum vom 1. August 2013 bis 31. Oktober 2016 Anspruch auf eine IV-Viertelsrente habe (IV-act. 154 i.V.m. IV-act. 156).

**F.** Gegen diese Verfügung liess A. \_\_\_\_\_ (unter Berücksichtigung des Fristenstillstandes nach Art. 38 Abs. 4 lit. b ATSG i.V.m. Art. 60 ATSG) rechtzeitig am 6. September 2021 beim Verwaltungsgericht Beschwerde erheben mit den folgenden Rechtsbegehren:

1. In Abänderung der Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 05.07.2021 sei der Beschwerdeführerin rückwirkend ab 01.08.2013 eine unbefristete, mindestens IV-Viertelsrente, zuzusprechen.
2. Eventualiter sei die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.
3. Der Beschwerdeführerin sei die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen und sie sei von allfälligen Vorschuss- und Sicherheitsleistungen zu befreien. Zudem sei ihr die unentgeltliche Rechtsverteidigung durch die Unterzeichnende zu gewähren.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zuzüglich der gesetzlichen Mehrwertsteuer) zulasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Vernehmlassung vom 12. November 2021 beantragte die IV-Stelle, die Beschwerde sei abzuweisen, unter Kostenfolge zulasten der Beschwerdeführerin.

Die Erstattung einer Replik verzögerte sich bis 24. Februar 2022, nachdem die Beschwerdeführerin vom 5. Januar 2022 bis 18. Februar 2022 in der Klinik E. \_\_\_\_\_ hospitalisiert war. In der Folge ging noch der Austrittsbericht der Klinik vom 4. März 2022 ein (mit Begleitschreiben vom 10.3.2022).

Die Duplik der IV-Stelle folgte am 14. April 2022. Dazu äusserte sich die Beschwerdeführerin in einer Eingabe vom 3. Mai 2022, welcher eine Stellungnahme der Klinik E. \_\_\_\_\_ vom 29. April 2022 beigelegt war.

### **Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:**

**1.1.1** Nach Art. 4 Abs. 1 des Invalidenversicherungsgesetzes (IVG; SR 831.20) in Verbindung mit Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) gilt als Invalidität die durch einen körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden verursachte, voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG sind für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen; eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist.

Die versicherte Person hat nach Art. 28 Abs. 2 IVG:

- Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 Prozent,
- Anspruch auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 Prozent,

- Anspruch auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent,
- und Anspruch auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid ist.

**1.1.2** Anzuführen ist, dass der Gesetzgeber mit der Gesetzesrevision "Weiterentwicklung der IV" (WE IV) bzw. den Änderungen des IVG vom 19. Juni 2020, welche per 1. Januar 2022 in Kraft getreten sind, u.a. ein neues, stufenloses Rentensystem eingeführt hat. Mit diesem Wechsel wird die Höhe des Anspruchs auf eine Invalidenrente neu in prozentualen Anteilen einer ganzen Rente festgelegt und nicht mehr wie bisher nach Viertelsrentenstufen (vgl. Erw. 1.1.1 in fine). Allerdings wird das stufenlose Rentensystem auf Rentenansprüche angewendet, die ab dem 1. Januar 2022 neu entstehen. Rentenansprüche, die vor dem 1. Januar 2022 entstanden sind, werden noch nach altem Recht zugesprochen (vgl. die Übergangsbestimmungen zur IVG-Änderung vom 19. Juni 2020; Kreisschreiben über die Übergangsbestimmungen zum Rentensystem im Rahmen der WE IV).

**1.1.3** Im konkreten Fall sind sich die Parteien einig, dass ab 1. August 2013 Anspruch auf IV-Rentenleistungen besteht. Streitig und nachfolgend zu prüfen sind der Umfang sowie die Dauer der IV-Rentenleistungen. Während die Vorinstanz einen befristeten Anspruch auf eine Viertelsrente (IV-Grad 48%) für den Zeitraum vom 1. August 2013 bis 31. Oktober 2016 anerkennt, beantragt die Beschwerdeführerin ab 1. August 2013 eine unbefristete IV-Rente im Umfange von mindestens einer Viertelsrente, gegebenenfalls noch höhere Rentenleistungen. Bei dieser Sachlage ist der Rentenanspruch unbestrittenermassen bereits vor dem 1. Januar 2022 entstanden, womit nachfolgend die Höhe und Dauer des Leistungsanspruchs nach bisherigem Recht (und nicht nach dem neuen, seit dem 1. Januar 2022 geltenden Recht) zu bestimmen sind.

**1.2** Der Invaliditätsgrad bestimmt sich nach Art. 16 ATSG, wonach zur Ermittlung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (= sog. hypothetisches Invalideneinkommen), zum Erwerbseinkommen in Beziehung gesetzt wird, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (= sog. hypothetisches Valideneinkommen). Es ist für die Invaliditätsbemessung nicht entscheidend, ob die versicherte Person ihre (Rest-)Arbeitsfähigkeit erwerblich verwertet, d.h. von der verbliebenen Erwerbsfähigkeit Gebrauch macht. Vielmehr ist die Invalidität stets auf der Grundlage desjenigen Erwerbseinkommens zu bemessen, das die

versicherte Person durch eine ihr zumutbare Tätigkeit erzielen könnte (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. A., Art. 28a N 27).

**1.3** Die Invalidität bemisst sich somit nicht nach medizinischen, sondern nach wirtschaftlichen, erwerblichen Kriterien, nach der Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist das Unvermögen, auf dem gesamten für die versicherte Person in Frage kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt die verbliebene Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise wirtschaftlich zu verwerten (BGE 109 V 25 Erw. 3d). Wer nicht mindestens teilweise arbeitsunfähig ist, kann auch nicht erwerbsunfähig und mithin nicht invalid sein (vgl. BGE 105 V 139 Erw. 1b).

**1.4** Das sozialversicherungsrechtliche Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des Sachverhalts zu sorgen (BGE 122 V 157 Erw. 1a). Mit dem Untersuchungsgrundsatz korrelieren die Mitwirkungspflichten der versicherten Person, indem diese zur Abklärung des Sachverhaltes beitragen muss (vgl. Meyer/Reichmuth, a.a.O., Art. 53-57 IVG N 10 mit Verweis auf BGE 122 V 157 Erw. 1a).

**1.5.1** Die Verwaltung und im Beschwerdefall der Richter sind bei der Bemessung des IV-Grades auf Unterlagen angewiesen, die der Arzt und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand des Versicherten zu beurteilen. Der Arzt hat auch dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeit der Versicherte arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 Erw. 4).

**1.5.2** In der Würdigung der Beweise ist der Sozialversicherungsrichter frei (vgl. Art. 61 lit. c ATSG). Er hat die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Er hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten (BGE 125 V 351 Erw. 3a; 122 V 157 Erw. 1c).

**1.5.3** Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist mithin entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizini-

schen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 Erw. 3a).

**1.5.4** In der Rechtsprechung sind die Aufgaben von Rechtsanwender und Arztperson im Rahmen der Invaliditätsbemessung seit jeher wie folgt verteilt worden: Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es erstens, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu *beschreiben*, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür die Verwaltung und im Streitfall Gerichte nicht kompetent sind (z.B. Urteil des Bundesgerichts 9C\_437/2012 vom 6.11.2012 Erw. 3.2). Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Die ärztlichen Angaben sind eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (so die mit BGE 105 V 156 Erw. 1 begründete und in zahllosen Urteilen bestätigte Rechtsprechung, z.B. BGE 132 V 93 Erw. 4).

**1.5.5** Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 Erw. 3b/bb; Urteil des Bundesgerichts 9C\_278/2016 vom 22.7.2016 Erw. 3.2.2).

**1.6.1** Für die Festsetzung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Leiden definiert das strukturierte Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 systematisierte Indikatoren, die - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und allfälliger Kompensationspotentiale (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_213/2020 vom 19.5.2020 Erw. 4.1 mit Verweis auf BGE 141 V 281 Erw. 2 S. 285 ff., Erw. 3.4-3.6 und 4.1 S. 291 ff.). Bei der Beurtei-

lung der Arbeitsfähigkeit haben sich sowohl die medizinischen Sachverständigen als auch die Organe der Rechtsanwendung in ihrer Einschätzung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben zu orientieren, die Gutachter im Idealfall gemäss der entsprechend formulierten Fragestellung (BGE 141 V 281 Erw. 5.2 S. 306 f.).

**1.6.2** Mit BGE 145 V 215 hat das Bundesgericht vor dem Hintergrund der Rechtsprechung zur Ausdehnung des strukturierten Beweisverfahrens gemäss BGE 141 V 281 auf sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 409 und 418) und nach vertiefter Auseinandersetzung mit den Erkenntnissen der Medizin die bisherige Rechtsprechung, wonach primäre Abhängigkeitssyndrome bzw. Substanzkonsumstörungen zum vornherein keine invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschäden darstellen können und ihre funktionellen Auswirkungen deshalb keiner näheren Abklärung bedürfen, fallen gelassen (Erw. 5.3.3). Es hat entschieden, dass fortan - gleich wie bei allen anderen psychischen Erkrankungen - nach dem strukturierten Beweisverfahren zu ermitteln sei, ob und gegebenenfalls inwieweit sich ein fachärztlich diagnostiziertes Abhängigkeitssyndrom im Einzelfall auf die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person auswirke. Dabei kann und muss im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens insbesondere dem Schweregrad der Abhängigkeit im konkreten Einzelfall Rechnung getragen werden (Erw. 6.3). Diesem komme nicht zuletzt deshalb Bedeutung zu, weil bei Abhängigkeitserkrankungen - wie auch bei anderen psychischen Störungen - oft eine Gemengelage aus krankheitswertiger Störung sowie psychosozialen und soziokulturellen Faktoren vorliege. Letztere seien auch bei Abhängigkeitserkrankungen auszuklammern, wenn sie direkt negative funktionelle Folgen zeitigen würden. Weiter wird im Urteil festgehalten, dass auch bei Vorliegen eines Abhängigkeitssyndroms die Schadenminderungspflicht (Art. 7 IVG) zur Anwendung komme, so dass von der versicherten Person etwa die aktive Teilnahme an zumutbaren medizinischen Behandlungen verlangt werden könne (Art. 7 Abs. 2 lit. d IVG). Komme sie den ihr auferlegten Schadenminderungspflichten nicht nach, sondern erhalte sie willentlich den krankhaften Zustand aufrecht, sei nach Art. 7b Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 21 Abs. 4 ATSG eine Verweigerung oder Kürzung der Leistungen möglich (Urteil des Bundesgerichts 8C\_213/2020 vom 19.5.2020 Erw. 4.2).

**1.7** Die psychiatrische Exploration kann von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu

respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 676/05 vom 13.3.2006 Erw. 2.4 mit Hinweisen).

**1.8** Gelangt der Rechtsanwender nach der Beweiswürdigung zum Schluss, ein Gutachten erfülle sowohl die mit BGE 141 V 281 definierten versicherungsmedizinischen Massstäbe wie auch die allgemeinen rechtlichen Beweisanforderungen (Erw. 1.4ff.), ist es beweiskräftig und die darin formulierten Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit sind zu übernehmen. Eine davon losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens soll nicht stattfinden (BGE 141 V 281 Erw. 5.2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C\_260/2017 vom 1.12.2017 Erw. 4.2.5 m.H.).

**1.9** Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 3. A. Rz. 153; Urteil des Bundesgerichts 8C\_424/2010 vom 19.7.2010 Erw. 3.2.3 mit Verweis auf BGE 134 I 140 Erw. 5.3).

**1.10** Im Übrigen beschränkt sich der gerichtliche Überprüfungszeitraum grundsätzlich auf den Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung (hier: Verfügung vom 5.7.2021) verwirklicht hat. Die rechtsanwendenden Behörden haben aber spätere Berichte und Dokumente in die Beurteilung miteinzubeziehen, sowie sie Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegebene Situation erlauben (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_503/2021 vom 18.11.2021 Erw. 4.1 mit Hinweisen, u.a. auf BGE 121 V 362 Erw. 1b; Urteile 9C\_534/2018 vom 15.2.2019 Erw. 2.1 und 8C\_71/2017 vom 20.4.2017 Erw. 8.3).

**2.** Was die gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Versicherten sowie die Auswirkungen auf das verbliebene (zumutbare) Leistungsvermögen anbelangt, sind den vorliegenden Akten u.a. die folgenden Angaben zu entnehmen.

**2.1.1** Vom 3. Juni 2001 bis 6. Juni 2001 hielt sich die damals 24-jährige Versicherte erstmals in der Psychiatrischen Klinik Q.\_\_\_\_\_ auf. Im Austrittsbericht vom 7. Juni 2001 wurde ein Abhängigkeitssyndrom durch multiplen Substanzgebrauch (ICD10: F19.2) diagnostiziert sowie eine Weiterbehandlung beim Hausarzt und bei der Suchtberatungsstelle J.\_\_\_\_\_ empfohlen. Die Arbeitsfähigkeit beim Austritt wurde auf 50% veranschlagt (IV-act. 22-12f./16).

Dieser erste Aufenthalt in der Klinik Q. \_\_\_\_\_ war im Rahmen einer fürsorge-  
rischen Freiheitsentziehung (FFE, heute fürsorgerische Unterbringung, FU) er-  
folgt, weil Dr.med. R. \_\_\_\_\_ die Versicherte gegen ihren Willen in diese Klinik  
eingewiesen hatte mit der Begründung, "die schwer drogenabhängige Patientin  
habe massive Aggressionen gezeigt (habe ihren Vater mit einer Schere be-  
droht)". Anamnestisch seien mehrere Ausbrüche mit Fremdgefährdung bekannt.  
Gegen diese Klinikeinweisung erhob die Versicherte am 5. Juni 2001 beim Ver-  
waltungsgericht Beschwerde. Bevor eine gerichtliche Anhörung in der Klinik statt-  
fand, wurde sie gegen ärztlichen Rat aus der Klinik entlassen, weil nach der Kri-  
sen-intervention die Patientin "das Therapieangebot bezüglich der Suchterkrank-  
ung leider nicht angenommen" habe (vgl. VGE 863/01 vom 7.6.2001, Prot. S.  
624f.).

Vor dieser Klinikeinweisung (anfangs Juni 2001) hatte die Versicherte zuletzt im  
März 2001 einen temporären Einsatz als Sachbearbeiterin bei der S. \_\_\_\_\_  
AG in T. \_\_\_\_\_ (vermittelt durch U. \_\_\_\_\_). In der Folge konnte sie erst  
wieder im Oktober 2001 (mithin erst nach rund 4 Monaten nach dem Klini-  
kaustritt) bei der KV-Übungsfirma V. \_\_\_\_\_ AG in W. \_\_\_\_\_ einen Arbeits-  
einsatz aufnehmen (vgl. IV-act. 9-2/17).

**2.1.2** Vom 10. bis 12. März 2009 hielt sich die zwischenzeitlich 32-jährige  
Versicherte zum zweiten Mal in der Klinik Q. \_\_\_\_\_ auf. Im Austrittsbericht  
vom

12. März 2009 stellten Dr.med. X. \_\_\_\_\_ (Oberarzt) und med.pract.  
Y. \_\_\_\_\_ (Assistenzärztin) folgende Diagnosen (IV-act. 22-7/16):

Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper  
Substanzen: Abhängigkeitssyndrom: Aktuell in einer substitutionsgestützten Be-  
handlung mit Methadon (ICD10: F19.22)

Verdacht auf unreife Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.9)

Die Arbeitsfähigkeit bei Austritt wurde auf 100% veranschlagt (IV-act. 22-7/16 un-  
ten). Auch beim zweiten Klinikaufenthalt ging es um den Drogenentzug, wobei  
u.a. festgehalten wurde, dass beim aktuellen Eintritt sich ein ähnliches Zustands-  
bild zeigte wie beim ersten Klinikaufenthalt. Es wurde darauf hingewiesen, dass  
die Patientin am Methadon-Programm teilnehme und sehr zuverlässig sei hin-  
sichtlich der Methadoneinnahme (IV-act. 22-4/16 Mitte).

Vor diesem (zweiten) Klinikaufenthalt hatte die Versicherte bis Februar 2009  
während rund 7 Monaten als Büroangestellte bei der Firma Z. \_\_\_\_\_ AG in  
AA. \_\_\_\_\_ gearbeitet (IV-ac.t. 9-1/17).

**2.1.3** Die dritte Hospitalisation in der Klinik Q. \_\_\_\_\_ folgte vom 22. bis 23.  
April 2009 mit den Diagnosen "Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und

Konsum anderer psychotroper Substanz; nicht näher bezeichnete alkohol- oder substanzbedingte psychische und Verhaltensstörung (ICD10:F19.9)". Beim Austritt wurde eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit attestiert; zudem wurde darauf hingewiesen, dass die ambulante Behandlung bei Dr. AB.\_\_\_\_\_ in AC.\_\_\_\_\_ fortgesetzt werde (IV-act. 22-3/16). Ab Mai 2009 konnte sie in einem RAV-Impulsprogramm als Mitarbeiterin im Büro/ Empfang arbeiten (bis November 2009, siehe IV-act. 9-1/17).

**2.2** Auf Zuweisung des behandelnden Sozialpädagogen des J.\_\_\_\_\_ hielt sich die Versicherte vom 4. bis 24. Juni 2014 in der Psychiatrischen Klinik E.\_\_\_\_\_ auf, wo folgende Diagnosen gestellt wurden (IV-act. 34-2/5):

Multipler Substanzgebrauch (ICD-10: F19.22) mit Abhängigkeitssyndrom von Cannabinoiden (ICD-10: F12.2) sowie episodischem Konsum von Kokain

Verdacht auf emotional-instabile Persönlichkeitsstörung: Impulsiver Typ (ICD-10: F60.30) ADHS (ICD-10: F90.1)

Mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1)

Im Austrittsbericht wurde u.a. vermerkt, bereits bei Eintritt sei bei der Versicherten bezüglich des Abstinenzwunsches eine wenig intrinsische Motivation deutlich geworden. Mehrfach habe sie geäußert, den Konsum im Sinne einer Selbstmedikation zu betrachten und nach der stationären Behandlung weiterführen zu wollen. Bei fraglicher Abstinenzmotivation seien als Therapieziele primär eine Entlastung, Stabilisierung und Gewichtszunahme vereinbart worden (IV-act. 34-4/5 oberhalb der Mitte).

**2.3** Im vom Chefarzt Dr.med. AD.\_\_\_\_\_ visierten Verlaufsbericht vom 27. November 2014 an die IV-Stelle führte der dipl. Sozialpädagoge HFS AE.\_\_\_\_\_ u.a. aus, es liege weiterhin ein insgesamt schlechtes Zustandsbild vor. Die Versicherte klagt über Antriebslosigkeit, Lustlosigkeit bei fehlender Fähigkeit, Freude zu empfinden. Bis auf drei/vier Joints Cannabis lebe sie abstinent. Bei einem BMI von 16 sei sie weiterhin untergewichtig. Durch den Konsum von drei bis vier Joints Cannabis gelinge es ihr, sich zu beruhigen und zu stabilisieren bei erhaltener Funktionsfähigkeit. Die berufliche Integrationsfähigkeit der Versicherten werde unter dem beschriebenen Cannabiskonsum als eher höher eingeschätzt als bei einer totalen Abstinenz. Durch die ausgeprägte Impulskontrollstörung mit emotionaler Gereiztheit bei mittlerem bis erhöhtem Spannungspegel wirke sich die leichte Sedation durch den THC-Konsum bei dieser Versicherten stabilisierend aus (IV-act. 36).

**2.4.1** Dr.med. G.\_\_\_\_\_ (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zertif. med. Gutachter SIM, H.\_\_\_\_\_ ) untersuchte die Versicherte im Auftrage der

IV-Stelle am 11. und 30. Dezember 2015 (Explorationsdauer 240 Minuten); zudem liess er am 14. Dezember 2015 eine laborchemische Untersuchung durchführen. Im am 28. März 2016 fertiggestellten Gutachten stellte der Sachverständige folgende psychiatrische Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 49-37/45, siehe auch 49-21/45):

Diagnose 1: **Störung durch multiplen Substanzgebrauch, ICD-10: F19.22 mit / bei**

- **Abhängigkeitssyndrom von Kokain, episodischer Substanzgebrauch**
- Abhängigkeitssyndrom von Cannabis, ständiger Substanzgebrauch (ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit)
- Abhängigkeitssyndrom von Opiaten, Teilnahme am ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm (ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit)

Diagnose 2: Vd. a. Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Typ 1, Impulsiver Subtypus, ICD-10: F60.30

Differentialdiagnostisch: Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung, ICD-10: F90.0 i.S. ADHS

Als psychiatrische Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte der Gutachter eine Störung durch Cannabinoide, Abhängigkeitssyndrom, ständiger Substanzgebrauch, im Rahmen 19.22, sowie eine Störung durch Opiode, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtige Teilnahme an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm im Rahmen 19.22 (IV-act. 49-37/45).

**2.4.2** In seiner Würdigung des bisherigen Verlaufs und in seiner funktionsorientierten Beurteilung hielt der Gutachter u.a. sinngemäss fest:

- dass bei der Versicherten seit der Jugend mehrere psychische Störungen vorliegen; dabei handle es sich um die ADHS oder aber eine mit ähnlichen Symptomen einhergehende Persönlichkeitsstörung und die Suchterkrankungen, welche mit Cannabiskonsum im 16. Lebensjahr sich zu bilden begonnen hätten; später seien Heroin und Kokain hinzugekommen (IV-act. 49-27/45 unten);
- dass die Schwierigkeiten im Alltag sowie insbesondere im Arbeitsleben sich nicht eindeutig einer bestimmten Störung zuordnen liessen; alle Störungen beständen nach wie vor (IV-act. 49-27/45 unten);
- dass - nachdem die von der IV verlangte Abstinenz nicht erreicht werden konnte - die Therapeuten nachvollziehbar zur Einschätzung gelangt seien, dass ein zumindest vorläufiger therapeutischer Endzustand erreicht sei und der Cannabiskonsum eine Selbstbehandlung sei (bei Nichtansprechen auf Medikamente); zudem hätten die Therapeuten die Perspektive der Versicherten übernommen, wonach sie unter Cannabis eher arbeitsfähig als ohne sei, weshalb für die weitere Planung auf die Substanzkarenz zu verzichten sei; dieser Vorschlag sei aus therapeutischer Sicht sehr gut nachvollziehbar (IV-act. 49-28/45 Mitte);
- dass hingegen aus versicherungspsychiatrischer Sicht sich andere Fragen stellen würden, namentlich inwiefern die Suchterkrankungen allenfalls

Folgen der psychischen Störungen seien (IV-act. 49-28/45 unterhalb der Mitte);

- dass die Suchtbehandlung aus der Sicht des Gutachters unbedingt ausbaufähig sei; die Schlussfolgerung, wonach die Versicherte Cannabis brauche, um die Symptome der ADHS und/oder der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung zu behandeln, sei weniger wahrscheinlich als die Annahme, wonach sie das Cannabis braucht, um die Auswirkungen des Kokainkonsums und allenfalls des Entzuges zu mindern (IV-act. 49-31/45 oben);
- dass sowohl die Abstinenz von Cannabis als auch von Kokain zumutbar sei und laborchemisch überwacht werden sollte (IV-act. 49-31/45 unten);
- und dass der Gutachter hinsichtlich der mentalen Funktionen unterschiedliche Störungsgrade (von "keine Störungen" bis "mittelgradige Störungen") feststellte (vgl. IV-act. 49-32/45 bis 49-37/45).

**2.4.3** Hinsichtlich der Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beantwortete der Gutachter den nachfolgend aufgeführten Fragenkatalog wie folgt (IV-act. 49-39ff./45):

1. Welche körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen bestehen?

Antwort: Mittelschwere Beeinträchtigungen: Funktionen von Temperament und Persönlichkeit, Umgänglichkeit, Aufmerksamkeitsfunktionen, Emotionale Funktionen.

Leichte Beeinträchtigungen: Psychische Stabilität, Selbstvertrauen, Gedächtnis.

(...)

2.1 Wie wirken sich die Störungen auf die bisherige Tätigkeit aus?

Antwort: Mittelschwere Störung der Fähigkeit der Anpassung an Regeln und Routinen, der Fähigkeit zur Planung und Strukturierung, der Anwendung fachlicher Kompetenzen, der Durchhaltefähigkeit und der Selbstbehauptungsfähigkeit. Leichte Störungen im Kontakt zu Dritten und in der Gruppenfähigkeit.

2.2 Ist die bisherige Tätigkeit noch zumutbar?

Antwort: Tendenziell ja, aufgrund der psychischen Störung und der Suchterkrankung ist von einer geminderten Leistungsfähigkeit auszugehen.

2.3 In welchem zeitlichen Rahmen ist die bisherige Tätigkeit noch zumutbar (Stunden pro Tag)?

Antwort: Ganztags.

2.4 Besteht dabei eine verminderte Leistungsfähigkeit?

Antwort: Ja.

2.5 Wenn ja, in welchem Ausmass?

Antwort: Ca. 50%.

2.6 Seit wann besteht eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 20% oder mehr?

Antwort: Lässt sich nicht eingrenzen, seit Jahren.

(...)

Hinsichtlich der Auswirkungen auf die Eingliederungsfähigkeit führte der Gutachter u.a. aus, dass der Zustand als therapieresistent eingeschätzt werde, allerdings eine Abstinenz, zwingend von Kokain und je nach der dann möglichen Einschätzung allenfalls auch von Cannabis, verlangt werden sollte (IV-act. 49-40/45). Diese Massnahmen sollten eine Erhöhung der Leistungsfähigkeit bewirken, ohne aber die volle Leistungsfähigkeit zu erreichen (IV-act. 49-41/45 oben). Die Verminderung der Leistungsfähigkeit im Hinblick auf den Substanzgebrauch wurde auf ca. 25% veranschlagt (IV-act. 49-41/45 Ziff. 3.4).

Unter den aktuellen Bedingungen, welche auch die Suchterkrankung und ihre Folgen miteinbeziehen würden, sei die arbeitsfähigkeitsbestimmende Minderung der Leistungsfähigkeit *in der bisherigen Tätigkeit* gegenüber gesunden Versicherten bei 50% anzusiedeln und begründe sich aus den Funktionseinbussen, welche in der funktionsorientierten Beurteilung aufgeführt seien (IV-act. 49-38/45 Mitte). *In einer angepassten Tätigkeit* sei die psychiatrisch-theoretische Arbeitsfähigkeit wegen der substanzbedingten Störung der Anpassungsfähigkeit an Regeln und Routinen weiterhin gemindert bei etwa 25% anzusiedeln (IV-act. 49-38/45 unten).

**2.5.1** In der Folge forderte die IV-Stelle gestützt auf eine Einschätzung des RAD-Arztes Dr.med. I. \_\_\_\_\_ (FA Innere Medizin/ Arbeitsmedizin/ Psychosomatische Grundversorgung) vom 5. Juli 2016 von der Versicherten eine suchtspezifische Behandlung mit Drogenabstinenz von mindestens sechs Monaten (IV-act. 51), wozu sich die Versicherte am 12. August 2016 bereit erklärte (IV-act. 53).

**2.5.2** Im Verlaufsbericht vom 23. Februar 2017 meldete der behandelnde Therapeut AE. \_\_\_\_\_ (unterstützt durch Dr.med. AF. \_\_\_\_\_, Leitende Ärztin J. \_\_\_\_\_) der IV-Stelle einen verbesserten Gesundheitszustand. Gesamthaft gesehen könne von einer Stabilisierung der Situation berichtet werden. Die von der IV angeordneten, zweimal monatlichen Drogenscreenings über 6 Monate würden hinsichtlich der getesteten Substanzen negative Befunde zeigen. Seit September arbeite die Versicherte als Aushilfe in einem Lebensmittelgeschäft (M. \_\_\_\_\_), ab Februar zu 30% als Verkäuferin. Aus medizinisch-theoretischer Sicht sei aufgrund der Persönlichkeitsstörung verbunden mit der Aufmerksamkeitsdefizitstörung bei rascher Ermüd- und Reizbarkeit von einer wahrscheinlich persistierenden 50%igen Invalidität auszugehen. In psychischen Stresssituationen zeige die Versicherte reduzierte Fähigkeiten adäquat zu reagieren (IV-act. 61).

**2.5.3** Der K. \_\_\_\_\_-Bericht zur Analyse der am 29. Mai 2017 sichergestellten Kopfhaare der Versicherten ergab für den Zeitrahmen von ca. Mitte Dezember 2016 bis ca. Mitte Mai 2017 einen mittelstarken bis starken Morphin-Konsum sowie den "Umgang (Kontakt/ Konsum) mit Cannabis" mit einem als hoch einzustufenden Konzentrationswert (IV-act. 67-4/4).

**2.5.4** Dazu nahm die RAD-Psychiaterin Dr.med.univ. Dr.phil. L. \_\_\_\_\_ in einer Würdigung der Aktenlage wie folgt Stellung (IV-act. 70-9/9):

Die Prognose des Gutachters hat sich bestätigt: Allein die Reduktion von Cannabis und Kokain hat zu einer deutlichen Besserung der Befindlichkeit geführt. Allerdings ist für den Referenzzeitraum immer noch ein gewisser Cannabis-Konsum zu verzeichnen. Es ist zu erwarten, dass unter völliger und dauerhafter Abstinenz nur höchstens ein sehr geringer Gesundheitsschaden zu erwarten ist. Denn: Offensichtlich wird das Gros der psychischen Beschwerden durch eine Substance Use Disorder, also den Suchtmittelkonsum, ausgelöst und am Leben gehalten. Bevor weitere Massnahmen umgesetzt werden ist eine sechsmonatige Verlängerung des Drogenscreenings notwendig (gleiche Kautelen wie bisher). Danach optional Klärung, ob Haaranalyse angezeigt ist.

Bevor diese Abklärung über das Ausmass der Substance Use Disorder nicht vollzogen ist, sollte aus psychiatrischer und medizinisch-neuropsychologischer Sicht von jeglichen beruflichen bzw. Eingliederungsmassnahmen Abstand genommen werden. Bitte eine SMP [Schadenminderungspflicht, recte wohl MWP bzw. Mitwirkungspflicht gemeint, siehe nachfolgend Erw. 2.5.5] zu **Abklärungszwecken** verfügen. Es handelt sich um eine reine medizinische Abklärungsmassnahme. Also keine Schadenminderungspflicht.

**2.5.5** Daraufhin forderte die IV-Stelle in ihrem Schreiben vom 10. Oktober 2017 an die Versicherte mit der Überschrift "Auflage Mitwirkungspflicht/ Mahn- und Bedenkzeitverfahren" eine sechsmonatige Verlängerung des Drogenscreenings (IV-act. 72), welcher die Versicherte am 27. Oktober 2017 schriftlich zustimmte (IV-act. 74).

**2.5.6** Dazu äusserte sich die RAD-Psychiaterin Dr.med.univ. Dr.phil. L. \_\_\_\_\_ am 14. November 2017 wie folgt (IV-act. 75-8/8):

Es zeichnet sich eine Tendenzwende "weg vom Drogenkonsum" ab. Auf mich wirken die Ausführungen der Versicherten (Schreiben vom 27.10.2017) nachvollziehbar. Ich denke, eine Änderung hin zu einer proaktiven Eingliederungsstrategie ist angezeigt. Wir sollten flexibel mit Integrationsangeboten reagieren und mit den Behandlern kooperieren. Ich sehe derzeit 50% AF angepasst. Begleitendes 14 täg. Standarddrogenmonitoring. Wir sollten es probieren. Vielleicht schafft sie ja den Einstieg.

**2.6** Am 11. Dezember 2017 teilte die Versicherte der IV-Stelle schriftlich mit, dass sie seit Februar 2017 im Umfange von ca. 40% bis 50% in einem Lebensmittelgeschäft (M. \_\_\_\_\_ Filiale) arbeite (IV-act. 79, wobei offenbar dieses

Geschäft von Verwandten der Versicherten geführt wurde, vgl. IV-act. 100-7/23). Diese Anstellung endete nicht aus gesundheitlichen Gründen, sondern infolge einer Geschäftsaufgabe per Ende Juli 2018 (IV-act. 94, gemäss IV-act. 101-4/5 unten verlängerte sich der Einsatz bei der M.\_\_\_\_\_ -Filiale bis Ende Juli 2018).

**2.7** Eine Analyse der am 2. Oktober 2018 asservierten Kopfhaare ergab unter anderem, dass für den Zeitraum von Mitte April 2018 bis Mitte September 2018 der Alkoholmarker Ethylglucuronid nicht nachweisbar war, derweil hinsichtlich des Drogenkonsums folgende Ergebnisse und Schlussfolgerungen resultierten (IV-act. 102):

- Morphin-Konzentrationen im mittleren Bereich, was vereinbar sei mit einer mittelstarken bis starken Morphin-Einnahme bzw. Applikation innerhalb des untersuchten Gesamtzeitraums;
- Cocain-Konzentrationen im mittleren Bereich, was vereinbar sei mit einem mittelstarken bis starken Cocain-Konsum;
- THC-Nachweis (hoher Konzentrationswert festgestellt), was für den Umgang (Kontakt/ Konsum) mit Cannabis im untersuchten Gesamtzeitraum spreche.

**2.8** Am 7. Dezember 2018 nahm die RAD-Psychiaterin Dr.med.univ. Dr.phil. L.\_\_\_\_\_ dahingehend Stellung, das Ergebnis der Haaranalyse belege, dass die Versicherte ihrer Mitwirkungspflicht nicht nachgekommen sei. Die Ergebnisse würden die Bedeutsamkeit der Kokain- und Cannabisabhängigkeit unterstreichen, wie dies bereits im Gutachten von Dr. G.\_\_\_\_\_ eindeutig dargelegt worden sei. Seitens der Versicherten bestehe überwiegend wahrscheinlich keine ausreichende Bereitschaft, Abstinenz umzusetzen. Daher würden weitere Abstinenzauflagen aus versicherungsmedizinischer Sicht wenig Sinn machen. Angesichts der massiven aktuellen Suchtgiftabhängigkeit insbesondere von Cannabis und Kokain seien aus versicherungsmedizinischer Sicht keine weiteren Auflagen zur Mitwirkung empfehlenswert. Die fachliche Beurteilung seitens des Gutachters Dr. G.\_\_\_\_\_ bezüglich der behinderungsangepassten Arbeitsfähigkeit unter den Bedingungen der Abstinenz in der Höhe von 75% sei schlüssig und plausibel, es könne darauf abgestützt werden. Wesentlich neue medizinische Sachverhalte, welche die Arbeitsfähigkeit tangieren würden, seien seit der Begutachtung nicht dargelegt worden. Aus versicherungsmedizinischer Perspektive sehe sie derzeit aufgrund der Weigerung der Versicherten, die ihr zumutbare Abstinenz umzusetzen, keinerlei Wiedereingliederungspotenzial (vgl. IV-act. 103-4/4).

**2.9** AE.\_\_\_\_\_ (Therapeut J.\_\_\_\_\_) und Dr.med. AF.\_\_\_\_\_ (Leitende Ärztin der J.\_\_\_\_\_), welche mit der psychiatrischen Betreuung der Versicherten betraut sind, führten in einer Stellungnahme vom 3. Juli 2019 zur Zumut-

barkeit einer Drogenabstinenz und einer gegebenenfalls dadurch bewirkten Verbesserung der Arbeitsfähigkeit u.a. was folgt aus (vgl. IV-act. 114-4f./5):

Zunächst möchten wir an das psychiatrische Gutachten, welches seitens IV Schwyz in Auftrag gegeben worden ist, fecit Dr.med. G.\_\_\_\_\_, H.\_\_\_\_\_, vom 28. März 2016, anknüpfen.

Darin bestätigt der Gutachter, dass bei Frau A.. eine vorbestehende, chronische psychische Erkrankung vorliegt, welche zu einer deutlichen, anhaltenden Leistungsfähigkeit [recte wohl: Einschränkung der Leistungsfähigkeit gemeint] bei der Betroffenen führt. Die Suchtmittelentwicklung von Frau A.. kann somit als sekundär bezeichnet werden. Frau A.. beschreibt ihre ausgeprägten Stimmungswechsel bereits vor Beginn des Suchtmittelkonsums; dabei stellt gemäss unserer langjährigen Behandlung der Patientin der regelmässige Cannabiskonsum nicht die im Vordergrund stehende deutliche Beeinträchtigung ihrer Leistungsfähigkeit an den vielen, unterschiedlichen Arbeitsplätzen dar. Dies führen wir darauf zurück, dass sie dessen Wirkung als psychisch stabilisierend und insgesamt beruhigend erlebt.; leider konnte auch unter Substitutionsbehandlung keine weitere Stabilisierung diesbezüglich erreicht werden. Insofern wäre bei Durchsetzung der Forderung einer Cannabistotalabstinenz eine anhaltende Verbesserung der Leistungsfähigkeit nicht wie - medizinisch theoretisch - in dem Ausmass zu erwarten, zumal alle bis anhin versuchten medikamentösen Therapien diesbezüglich nicht die gewünschte Stabilisierung betreffend Impulsivität, bzw. zur Stärkung in der Affektkontrolle führten.

Zudem ist anzumerken, dass Dr.med. G.\_\_\_\_\_ in seinem Gutachten weiter ausführt, dass die Cannabisabhängigkeit zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von Frau A.. führt (vgl. S. 37 ebenda).

Die Leistungsfähigkeit beeinträchtigen und massiv einschränken würden Intoxikationszustände durch jedwede psychotrope Substanzen. Diese standen im Behandlungszeitraum in unserem Ambulatorium zuletzt nicht im Vordergrund. Die Anpassungsfähigkeit an berufliche/ soziale Situationen sind unseres Erachtens durch die geforderte Suchtmittelabstinenz nicht zu erreichen, stellt doch der Konsum aus Sicht der Patientin eine Möglichkeit der Spannungsregulation dar.

Der Gutachter Dr. G.\_\_\_\_\_ listet als zugrunde liegende Diagnose ein ADHS als Differentialdiagnose auf. Bei ADHS Betroffenen Kokain konsumierenden Menschen wäre unter/nach Einnahme von Kokain eher eine affektive Beruhigung, bzw. relativ neutrale Wirkung zu erwarten, dann meist verbunden mit Verbesserung der Konzentration, anstelle einer Gereiztheit/Zunahme an Aggressivität. Diese Beobachtung lässt eine ausgeprägte Persönlichkeitsstörung als zugrunde liegende Erkrankung seitens Frau A.. eher wahrscheinlicher erscheinen bzw. wirft die Frage auf, ob eine - klinisch nicht unmögliche Komorbidität - beider Erkrankungen vorliegt.

Bei Überdosierungen, Intoxikation (beider Substanzen) wären psychotische Symptome zu erwarten, welche wir im Verlauf des letzten Jahres bei unserer Patientin nicht beobachten konnten.

Auch wenn aus medizinisch theoretischen Überlegungen eine geforderte Totalabstinenz dieser genannten Substanzen unter Substitutionsbehandlung erwogen wird, wäre die medizinisch bestehende zugrundeliegende Problematik seit Jugend an, mit verändertem Erleben und Verhalten seitens Frau A.. und den gravierende-

ren, ungünstigen Folgen im Falle einer (möglicherweise kurzfristig erreichbaren) Totalabstinenz aufgrund der o.g. Schilderungen weder zielführend noch zumutbar.

## **2. Kann durch eine Drogenabstinenz die Arbeitsfähigkeit verbessert werden, wenn nein, bitte begründen?**

Bei der Patientin liegt eine schwere chronische psychische Grunderkrankung vor.

Durch eine Suchtmitteltotalabstinenz wäre die Selbst- oder Fremdgefährdung bei ihren bei Reizüberflutung wiederkehrenden emotionalen Durchbrüchen um einiges höher einzuschätzen. Der punktuelle Kokainkonsum ist in diesem Zusammenhang zu sehen. Arbeitsversuche seitens Frau A.. scheiterten in den letzten Jahren aufgrund ihrer impulsiven Persönlichkeitsstörung.

Das zuvor aufgetretene Arbeitsintegrativ sehr einschränkende episodische Rauschtrinken (Alkohol) hingegen ist in den letzten 6 Jahren bei zunehmender Alkoholunverträglichkeit weitgehend abgeklungen.

**2.10** Der RAD-Arzt Dr.med. O.\_\_\_\_\_ (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH) befasste sich am 4. November 2019 mit der medizinischen Aktenlage und beantwortete einen Fragenkatalog u.a. wie folgt (IV-act. 117-6f./7):

Die Haaranalyse ergab einen mittelgradigen bis starken Kokainkonsum, eine mittelstarke bis starke Morphin-Einnahme bzw. Applikation und einen Umgang (Kontakt/ Konsum) mit Cannabis.

Im Gutachten Dr. G.\_\_\_\_\_ wird als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Kokainabhängigkeit beschrieben. Das Abhängigkeitssyndrom von Opiaten mit Teilnahme an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm und die Cannabisabhängigkeit mit ständigem Substanzgebrauch haben nach Ansicht des Gutachters keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Zudem wird ein Verdacht auf emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Subtypus (F60.30) mit der Differentialdiagnose einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit angeführt.

Dr. G.\_\_\_\_\_ geht trotz nicht möglicher genauer diagnostischer Einordnung von einer psychischen Störung, die bereits seit der Jugend besteht (Seite 37 des Gutachtens) aus. Die Suchterkrankung erkläre die Beeinträchtigung nur teilweise. Die bisherige Tätigkeit sei "aufgrund der psychischen Störung und der Suchterkrankung" ganztags mit einer verminderten Leistung von ca. 50% zumutbar (Seite 38). Für angepasste Tätigkeiten wird eine Einschränkung von ca. 25% angenommen (Seite 40). Auf Seite 39 des Gutachtens schreibt Dr. G.\_\_\_\_\_ auf die Frage, ob Rehabilitationsmassnahmen möglich, im Gange oder vorgesehen seien:

*"Soweit nachvollziehbar wurde der Zustand als therapieresistent eingeschätzt. Aktuell lassen sich keine weiteren medizinischen oder nicht medizinischen Rehabilitationsmassnahmen erkennen. Solche wären möglich, allerdings sollte eine Abstinenz, zwingend von Kokain und je nach der dann möglichen Einschätzung allenfalls auch vom Cannabis verlangt werden.*

Die Arbeitsfähigkeit könne durch Kokainabstinenz und je nach dem dann vorherrschenden klinischen Bild auch Cannabisabstinenz am bisherigen Arbeitsplatz verbessert werden (Seite 39).

Die Versicherte hielt die Abstinenzauflage nicht ein und konsumierte nachweislich weiterhin Substanzen, insbesondere Kokain. Der hohe Kokaingehalt in der Haar-

analyse ist durch die Einnahme von Neocitran (wie von der Versicherten im Einwand vom 02.04.2019 angegeben) nicht erklärbar.

### **Beantwortung der Fragen an den RAD**

Kann das Ergebnis durch Neocitran oder andere Medikamente verfälscht worden sein?

Nein bzgl. Kokainnachweis in der Haaranalyse

Bezgl. Morphin falls "andere Medikamente" Morphin enthalten haben.

Erfolgt aufgrund des Berichts der J. \_\_\_\_\_ vom 03.07.2019 eine andere Beurteilung?

Nein. Es kann weiterhin auf das Gutachten von Dr. G. \_\_\_\_\_ abgestützt werden.

(...)

Der Bericht der J. \_\_\_\_\_ enthält keine wesentlichen neuen medizinischen Aspekte. Eine vollständige Abstinenz wird als nicht zumutbar beurteilt. Dies ist nicht nachvollziehbar. Zumind. eine Abstinenz bzgl. Kokain, wie im Gutachten Dr. G. \_\_\_\_\_ vorgeschlagen, ist zumutbar.

**2.11.1** In der Folge veranlasste die IV-Stelle eine Verlaufsbeurteilung bei Dr.med. G. \_\_\_\_\_, welcher (nach einer vorerst pandemiebedingten Absage von Untersuchungsterminen, vgl. IV-act. 131) die Versicherte am 9. September 2020 untersuchte und auch noch die Ergebnisse einer forensisch-toxikologischen Haaranalyse vom 24. November 2020 im Gutachten vom 21. Dezember 2020 einbezogen hat (IV-act. 141-2/49). Als Kernauftrag der Verlaufsbeurteilung wurde zum einen die Frage nach der Zumutbarkeit einer Abstinenz bezeichnet sowie zum andern, ob eine Veränderung des Gesundheitszustandes seit der ersten Beurteilung eingetreten sei und falls ja, wie sie versicherungspsychiatrisch zu würdigen sei (vgl. IV-act. 141-18/49 oben).

**2.11.2** Der Gutachter fasste im Verlaufsgutachten seine Diagnosen wie folgt zusammen (IV-act. 141-26/49):

Diagnose 1: Störung durch multiplen Substanzgebrauch (CD-10: F19.22)

Diagnose 2: V.a. Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10: F90.0)

- entsprechend Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung nach DSM (ADHS)
- DD: emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Typ 1, impulsiver Subtypus (ICD-10: F60.30)

**2.11.3** Der im Gutachten enthaltenen Diskussion der Vorberichte sind u.a. die folgenden Angaben zu entnehmen (IV-act. 141-18ff./49):

(...) Die Qualität und Aussagefähigkeit der laborchemischen Haaruntersuchungen sind unbestritten. (...)

Die Ergebnisse der laborchemischen Untersuchungen insgesamt belegen also einen durchgehenden Cannabiskonsum Mitte Dezember 2016 bis Mitte Mai 2017 sowie Mitte April bis Mitte September 2018. (...)

Die Ergebnisse der laborchemischen Untersuchung belegen zudem Kokainabstinenz von Mitte Dezember 2016 bis Mitte Mai 2017 sowie regelmässigen Konsum von Kokain Mitte April 2018 bis Mitte September 2018.

(...)

Es stehen zudem zwei Berichte des behandelnden Psychotherapeuten, visiert von der zuständigen Kaderärztin, zur Verfügung. (...) Im älteren Bericht vom 23.02.2017 wird über eine Stabilisierung des psychischen Zustandes berichtet [während einer Zeit belegter Kokainabstinenz] und die Betonung liegt auf stufenweiser Integrationsindikation.

Der spätere Bericht vom 03.07.2017 wurde zuhanden der AG. \_\_\_\_\_ ausgestellt. (...) Dieser Bericht ist (...) das wichtigste aller Dokumente, denn die Abstinenz wird als nicht zumutbar bezeichnet, wofür verschiedene Argumente genannt werden, mit denen sich der signierende Gutachter nun auseinandersetzen muss (...). Es wird zunächst darauf hingewiesen, dass der signierende Gutachter in seiner Erstbeurteilung 2016 eine vorbestehende chronische psychische Erkrankung diagnostiziert habe. Dies ist korrekt. Nun folgt der Satz, die Suchtentwicklung könne somit als sekundär bezeichnet werden. Dies ist nicht korrekt. Es handelt sich um keine zwangsläufig sekundäre Sucht nur, weil eine andere Störung vorbesteht. Diese Verkürzung soll der Sucht ganz offensichtlich eine überhöhte Bedeutung geben. Der Beleg, die Sucht bzw. bei der Explorandin die Abhängigkeiten sei/seien sekundär, müsste durch die Darstellung der Suchtentwicklung aus der Störungsdynamik heraus erfolgen. Bei der Explorandin sind unterschiedliche Abhängigkeiten gegeben, diese Behauptung hätte, um einigermaßen seriös nachvollzogen werden zu können, differenzierter ausfallen müssen.

Diese Aussage ist in ihrer so simplifizierenden Art potentiell irreführend. Sie vermittelt den Eindruck, die Sucht sei quasi Bestandteil der psychischen Störung im eigentlichen Sinne. Dies ist eine Behauptung, die belegt werden müsste und zwar für jede der Substanzen, von denen sie abhängig ist. Gesondert. Zu kritisieren ist hier nicht in erster Linie der Verweis auf mögliche Wechselwirkungen zwischen den Abhängigkeiten und der psychischen Störung, sondern die sehr deutliche Herabsetzung der Abhängigkeiten, die quasi zum Anhängsel der psychischen Störung erklärt werden. Dadurch entsteht das Risiko, dass Beeinträchtigungen, deren Behandlung prinzipiell zu einer Minderung der Gesamt-Symptom-Last und damit zu Erhöhung der Gesamtleistungsfähigkeit führen würden, aus dem therapeutischen Fokus verdrängt werden.

Auch die nächste Verknüpfung von Informationen, deren einzelner Gehalt nicht einmal infrage gestellt werden muss, um die gesamte Aussage zu verwerfen, ist beachtenswert.

Der fragliche Absatz ist sprachlich leider sehr schwer verständlich formuliert. Es wird darauf hingewiesen, dass der Cannabiskonsum trotz seiner Regelmässigkeit an der Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit "*nicht schuld sei*". Der Grund dafür sei, dass sie dessen Wirkung als psychisch stabilisierend und beruhigend erlebe. Beide Aussagen mögen zutreffen. Ihre Kombination ist unprofessionell falsch. Dies impliziert die Aussage, eine erfolgreiche Suchtbehandlung würde die Explorandin destabilisieren, ohne zu einer Erhöhung der Leistungsfähigkeit zu führen. Alkoholkonsum zur Minderung von Alkoholentzugssymptomen wird wegen der damit einhergehenden Beseitigung der Entzugssymptome kurzfristig als psychisch stabilisierend und beruhigend erlebt. Dennoch mindert der Konsum die Leistungsfähigkeit zum Beispiel eines LKW Chauffeurs sehr deutlich. Dasselbe gilt für den Can-

nabiskonsum in vergleichbaren Fällen. Es ist durchaus möglich, dass innere Anspannungszustände durch Cannabiskonsum gelöst werden und dass so der innere, subjektive Leidensdruck gemindert wird. Das darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass das Gehirn dafür einer betäubenden Substanz ausgesetzt wurde, was entsprechend negative Auswirkungen auf die Konzentration, das Gedächtnis, die Handlungsplanung und weitere leistungsfähigkeitsrelevante Gehirnfunktionen hat. Die Argumentation der Therapeuten geht nicht auf, weil sie zu einseitig drum bemüht sind, den Konsum zu verharmlosen und ihm teils sogar einen therapeutischen Nutzen zuzusprechen.

Das ist das Problem am gesamten Dokument. Es ist nicht seriös überzeugend, obwohl erkennbar ist, dass die Therapeuten ein gutes Verständnis für die Situation der Explorandin haben und sehr darum bemüht sind wichtige Probleme von unwichtigen zu trennen. Sie lassen sich in ihrer Bemühung der Explorandin vermeintlich zu helfen, zu nicht nachvollziehbaren oder gar falschen Aussagen hinreissen, sodass dieses Dokument keinem objektiven Zeugnis zum Gesundheitszustand entspricht. (...)

Es folgt eine weitere unglückliche Aussage, nämlich, dass die Substitutionstherapie *-diesbezüglich-* keine weitere Stabilisierung herbeiführen konnte. Der Bericht enthält keine eindeutige Aussage darüber, was mittels der Substitutionstherapie konkret stabilisiert werden sollte. Dem Kontext des Textes nach zu beurteilen, ihr *"psychischer Zustand im Allgemeinen"*. Dieser ist gemäss der diagnostischen Beurteilung aus dem ersten Gutachten durch differenzialdiagnostisch nicht eindeutig beurteilbare emotionale Instabilität geprägt. Selbstverständlich ist die Substitutionstherapie nicht geeignet gewesen, dies zu stabilisieren. Dafür haben die Substitutionsmedikamente auch keine Indikation. Diese Aussage täuscht das Scheitern einer therapeutischen Intervention vor, die aber keine therapeutische Intervention war bzw. ist.

Derselbe Versuch einer "Vortäuschung" einer gescheiterten Therapie findet sich in Bezug auf die Cannabisabhängigkeit. Das eingesetzte Opiat-Substitutionsmittel hat keinen in irgendeiner Art belegten Benefit für die Behandlung der Cannabisabhängigkeit. Hier wird versucht den Anschein zu erwecken, es hätte eine Cannabis Entwöhnungstherapie stattgefunden, obwohl dies nicht der Fall war. (...)

Die nachfolgende Aussage soll belegen, es brauche den Konsum des THC, weil Medikamente versagt hätte. In der Tat wurde bereits im Vorfeld der ersten Begutachtung einiges unternommen, um die Auswirkungen der Persönlichkeitsstruktur bzw. der ADHS, falls sie so vorliegt, zu mindern. Die Versuche waren nicht erfolgreich. Das bedeutet aber keinesfalls, dass nun ausschliesslich Cannabis zur Verfügung steht, Cannabis ist aus guten Gründen kein zugelassenes Medikament, weder zur Behandlung einer ADHS noch einer differenzialdiagnostisch zu erwägenden emotional instabilen Persönlichkeitsstörung noch bei Kombination beider Störungen. Eine solche Behandlungsindikation gibt es auch dann nicht, wenn diese Störungen in chronifizierter Art und Weise vorliegen. Es gibt Hinweise für das Gegenteil. Für ADHS bzw. die emotional instabile Persönlichkeit fehlen solche kontrollierten Studien zwar, für Depressionen wurde dies aber untersucht. Cannabiskonsum, vor allem regelmässiger Cannabiskonsum hat einen indirekt negativen Einfluss auf den Verlauf und die Symptomatik, weil er sich negativ auf die konsequente Inanspruchnahme indizierter psychiatrischer Behandlungen auswirkt (Amberl, Bahorik, 2018).

Ausserdem geht in der gesamten Diskussion die Bedeutung des Kokainkonsums unter. Bereits bei der Erstellung des ersten psychiatrischen Gutachtens vor 4 Jahren verunmöglichte die Kokainabhängigkeit eine adäquate Diagnostik als Grundlage einer Behandlung. Wegen der so bedingten diagnostischen Unsicherheit konnte in diesen 4 Jahren keine konsequente Therapie durchgeführt werden.

(...)

Die Aussage, dass Intoxikationszustände im Behandlungszeitraum zuletzt nicht im Vordergrund standen, in diesem Kontext aufzuführen, ist absurd. Intoxikation im medizinischen Sinne und dieser Begriff muss hier verwendet werden bedeutet nichts Anderes als dass die betroffene Person unter akutem Einfluss dieser Substanz steht bzw. stand. Dass sie immer wieder mit Kokain und Cannabis intoxikiert war, ist ja nicht nur durch die Laborbefunde belegt. Sie selbst berichtete dem signierenden Gutachter offen und transparent über täglichen Konsum von Cannabis, also über tägliche Intoxikationen damit. Es ist kaum anzunehmen, dass sie diese Intoxikationen dem signierenden Gutachter transparent machte und dem Therapeuten nicht. (...) Der Psychotherapeut bzw. die behandelnde Psychiaterin wussten aber ganz offensichtlich über die täglichen Cannabisintoxikationen Bescheid. Wie kann man dann schreiben, dass diese nicht im Vordergrund standen?

(...)

Es folgen Aussagen, die dasselbe Ziel erkennen lassen, aber aus medizinisch-psychiatrischer Sicht schlichtweg falsch und teils gefährlich sind. Gemeint ist die Aussage, die geforderte Suchtmittelabstinenz sei nicht zu erreichen, weil der Konsum als Möglichkeit der Spannungsregulation diene. Das ist, als würde man behaupten, eine Behandlung der Alkoholabhängigkeit sei nicht möglich, weil der Alkohol entspannend wirke. Seit Jahrzehnten existieren bekannterweise gute therapeutische Konzepte, die betroffenen Person davon **-unabhängig-** zu machen.

Während der Bericht in der ersten Hälfte durch teils irreführende Kombination prinzipiell nachvollziehbarer, jedoch einander nicht bedingender Aussagen geprägt ist, finden sich in der zweiten Hälfte zunehmend fachliche Fehleinschätzungen.

(...) Es ist nicht möglich anhand der Wirkung von Kokain auf das subjektive Stresserleben auch nur annähernd zu entscheiden, ob es sich eher um ADHS oder doch eher um eine andere psychische Störung z.Bsp. eine Persönlichkeitsstörung handelt. Es ist daher falsch, wenn der Psychotherapeut und die zuständige Psychiaterin mit dem Auftreten von Gereiztheit bzw. der Zunahme der Aggressivität eine solche Persönlichkeitsstörung zu begründen versuchen. (...)

(...)

Die Therapeuten greifen zu der stärksten psychiatrischen Argumentationswaffe, der drohenden Selbst- und Fremdgefährdung. Sie sagen dabei, wegen der schweren chronischen psychischen Störung würde es ohne Drogenkonsum bei Reizüberflutungen zu einem erhöhten Risiko der Selbst- und Fremdgefährdung kommen. Dies ist falsch, inkonsequent und gefährlich.

Sie haben zuvor behauptet (und damit die Differenzialdiagnose einer Persönlichkeitsstörung stützen wollen), der Kokainkonsum würde zu vermehrter Gereiztheit und Zunahme an Aggressivität führen. Wie ist es möglich zu behaupten, die Abstinenz von einer Substanz, welche die Explorandin gereizter und zunehmend aggressiver macht, würde eine erhöhte Selbstgefährdung und vor allem erhöhte Fremdgefährdung bedeuten? (...)

Drogenkonsum, insbesondere der Kokainkonsum erhöht jede Form der Gefährdung, sowohl der akzidentiellen als auch der herbeigeführten Selbst- und Fremdgefährdung. Die Legalprognose hängt unmittelbar und von allen Faktoren am stärksten von der Suchtprognose ab. Vor allem wenn Kokain oder ähnlich stimulierende, enthemmende Substanzen eingenommen werden.

Die Behauptung, dass Abstinenz das Risiko von Selbst- und/oder Fremdgefährdung erhöhen würde, offenbart Wissenslücken oder ist, wenn es nur Mittel zum Zweck ist, zumindest bedenklich.

Seit Jahren bekannt und durch neue Studien bestätigt, ist die Erhöhung der Selbstgefährdung durch Kokainmissbrauch, vor allem bei Persönlichkeitsauffälligkeiten. Für dieses Wissen wird hier exemplarisch auf zwei Publikationen verwiesen (Garlow, et al., 2003), (Zhornitsky, et al., 2020).

(...)

### **Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität**

(...)

Einzig in Bezug auf den Kokainkonsum erwiesen sich die Angaben der Explorandin als nachweislich falsch. Dies ist kein Beleg einer generell herabgesetzten oder aufgehobenen Glaubwürdigkeit ihrer Angaben. Es liegt eine Suchterkrankung vor, damit eine psychische Störung, bei der die Bagatellisierung des Substanzkonsums zum Störungsbild gehören. (...)

Insgesamt sind ihre Angaben abgesehen vom Bereich Kokainkonsum ausreichend plausibel und glaubhaft, um die Entwicklung seit der letzten Begutachtung darauf abstützen zu können.

(...)

### **Begründung der psychiatrischen Diagnosen**

(...)

Die abschliessende momentane diagnostische Beurteilung lautet also, dass die meisten vorliegenden Informationen und Befunde für das Vorliegen einer ADHS sprechen, diese Diagnose nicht mit ausreichender (therapeutische Schritte rechtfertigender) Sicherheit gestellt werden kann, weil das Risiko besteht, dass einige dafür gehaltene Symptome durch den Kokain Missbrauch bedingt sind. Die Differentialdiagnose oder Komorbidität emotional instabile Persönlichkeit lässt sich deswegen ebenfalls nicht näher beurteilen, für diese sprechen insgesamt deutlich weniger Hinweise ausser die Tatsache, dass Veränderungen eingetreten sind, die möglicherweise als positives Ergebnis einer auf Persönlichkeitsaspekte abzielende Psychotherapie zu werten sind.

(...)

### **Beurteilung des bisherigen medizinischen Verlaufes**

(...)

Ein Versuch, die Cannabisabhängigkeit zu behandeln, lässt sich nicht nachvollziehen. Diese persistiert in unveränderter Weise fort. Hier kann man dem behandelnden Psychotherapeuten bzw. der zuständigen Psychiaterin keinerlei Vorwürfe machen, die Explorandin ist für eine Veränderung in keiner Weise motiviert. Versuche, die Kokainabhängigkeit zu überwinden, lassen sich auf Seiten der Explorandin tatsächlich nachvollziehen und es ist absolut glaubhaft, dass sie zum Zeitpunkt ihrer damaligen Erklärung hierzu für eine Kokainabstinenz motiviert war. Leider wurde die Chance verpasst eine suchtspezifische Therapie einzuleiten, sodass die weitere Behandlung nach wie vor im dazu wenig geeigneten allgemein psychiatri-

schem, vor allem psychotherapeutischen Setting stattgefunden hat. Dies ist in der Tat eine problematische Entwicklung gewesen, das Rückfallrisiko nach bereits erreichter, immerhin mehrmonatiger Abstinenz wäre in einer spezialisierten, suchtspezifischen Behandlung deutlich geringer gewesen. (...)

(...)

Die Kokainabhängigkeit verursacht bekannter Weise kurz-, mittel- und langfristig schwerwiegende organische, psychische und neuropsychiatrische Schädigungen. Sie verhindert bei der Explorandin eine aussagekräftige Diagnostik und damit die Einleitung einer adäquaten Therapie, was insbesondere auch deswegen tragisch ist, weil die medikamentöse Behandlung der ADHS (falls eine solche tatsächlich vorliegt, wofür einiges spricht) zu den wirksamsten Behandlungen in der gesamten Psychiatrie überhaupt gehört. Persistierender Gebrauch von Kokain im Rahmen der Abhängigkeit von dieser Substanz erhöht das Risiko der Entwicklung weiterer psychiatrischer Störungen. Alleine dies wäre ein Grund therapeutisch am Erreichen und der dauerhaften Aufrechterhaltung der Abstinenz von dieser Substanz zu arbeiten. Selbst wenn die Kokainabhängigkeit keine zusätzliche psychiatrische Störung verursacht, so ist bekannt und belegt, dass sie insbesondere die Symptome und Beeinträchtigungen verstärkt, unter denen die Explorandin seit Jahren zu leiden angibt. Die Kokainabhängigkeit geht wie jede Sucht schliesslich mit einem deutlich erhöhten Risiko selbst- und fremdgefährdender Verhaltensweisen einher. Die Ausführungen der Therapeuten zu Zumutbarkeit und Sinnhaftigkeit einer Abstinenz sind fachlich in keiner Weise fundiert und auch individuell nicht nachvollziehbar begründet. Sowohl eine dauerhafte Abstinenz von Kokain als mittel- bis langfristiges Therapieziel, als auch eine spezifische Suchtbehandlung als anzustrebendes Mittel der Wahl, diese zu erreichen, sind sinnvoll, prinzipiell erfolgsversprechend und zumutbar. Die Prognose ist denn auch bei der Wahl einer geeigneten Therapieform und Institution durchaus offen bis gut. Bezüglich der Kokainabhängigkeit besteht bei der Explorandin eine adäquate Problemeinsicht und es hat sich gezeigt, dass sie selbst ohne adäquate therapeutische Unterstützung zu einer mehrmonatigen Abstinenz in der Lage ist. Die unter Abstinenz mögliche Diagnostik und Einleitung bzw. medikamentöse Intensivierung einer Therapie wird die Prognose dieser Abhängigkeit weiter verbessern. Ungünstig für die Prognose ist der Umstand, dass sie zuhause und nicht alleine konsumiert und die offensichtlich geringe Problemeinsicht im Rahmen des stattfindenden therapeutischen Prozesses.

Die Prognose der Cannabisabhängigkeit muss in einem weniger günstigen Licht gesehen werden. Hier scheinen sich alle Beteiligten hinsichtlich der Bagatellisierung oder gar "*Therapeutisierung*" der Cannabisabhängigkeit einig zu sein. Besonders gravierend ist aber die fehlende Problemeinsicht und Abstinenzmotivation bei der Explorandin selbst. In prognostischer Sicht bleibt zu hoffen, dass es sich bei der psychiatrischen Grundstörung tatsächlich um die ADHS handelt, sodass die Einleitung einer erfolgreichen Behandlung zumindest dem Aspekt der dysfunktionalen "Selbstbehandlung" entgegenwirkt. Dennoch, trotz der etwas schlechteren Prognose im Vergleich zu der Kokainabhängigkeit ist mittel- bis längerfristig eine Abstinenz von Cannabis sowohl zielführend als auch zumutbar. Den anderslautenden Angaben des Psychotherapeuten und der behandelnden Psychiaterin muss in dieser Hinsicht nämlich Nachfolgendes entgegnet werden. Es ist bewiesen, dass fortlaufender Cannabiskonsum die Behandlungserfolge bei der Therapie aller psychischen Störungen erschwert. Es ist gut belegt, dass insbesondere motivationale Defizite, wie sie bei der ADHS, aber auch bei anderen psychischen Störungen vorkommen, durch die negativen Auswirkungen eines chronischen Cannabiskonsums

auf Handlungsplanung und Antrieb verstärkt werden. Es ist kein anerkannter therapeutischer Standpunkt in Anbetracht des früheren Versagens bestimmter therapeutischer Interventionen emotionale Regulationsstörungen durch lebenslange Einnahme einer illegalen Droge "behandeln" zu wollen. Die Behauptung, eine Totalabstinenz würde zu einer erhöhten Selbst- und Fremdgefährdung führen, ist nicht nur unbelegt, sondern widerspricht jeglichen Erkenntnissen, die alle gleichlautend den Substanzkonsum ganz unabhängig von der Substanz inklusive seiner Folgen als einen erheblichen Risikofaktor für körperliche und psychische Erkrankungen sowie für Verschlechterung der psychischen Erkrankungen inklusive und besonders auch für Suizidalität identifiziert haben.

(...)

**2.11.4** Was die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit (kaufmännischer Bereich) anbelangt, knüpfte der Gutachter an die unverändert geltende Argumentation aus dem Jahre 2016 an, wonach eine Tätigkeit ganztags im vollen Wochenpensum möglich und zumutbar sei. Allerdings müsse berücksichtigt werden, dass seit der letzten (analogen) Tätigkeit nicht mehr (wie beim 1. Gutachten) 5 Jahre, sondern nunmehr beinahe 11 Jahre vergangen seien. Aus medizinisch psychiatrischer Sicht sollte eine berufliche Wiedereingliederung zugunsten einer stationären psychiatrischen Suchttherapie und anschliessend Diagnostik mit Einleitung nachhaltiger Therapien zurückgestellt werden. Nach Austritt mit gesicherter Diagnose könne dann eine Eingliederungsmassnahme eingeleitet werden, wobei eine stufenweise Erhöhung des Pensums, beginnend bei 50%, angestrebt werden sollte. Parallel und im Wesentlichen kaum verändert zur Beurteilung 2016 sei auch unter Berücksichtigung der Suchterkrankung gegenwärtig *in der bisherigen Tätigkeit* eine Minderung der Leistungsfähigkeit gegenüber Gesunden von 50% anzunehmen. In prognostischer Hinsicht müsse erneut darauf hingewiesen werden, dass vor allem von der Sistierung des Kokainkonsums im Hinblick auf die sekundäre Stabilisierung der zugrundeliegenden psychischen Störung wohl auch des Cannabiskonsums eine erhebliche Erhöhung der Leistungsfähigkeit erwartet werden könne (vgl. IV-act. 141-42/49).

Die Frage nach der Arbeitsfähigkeit *in angepasster Tätigkeit* könne erst nach anhaltender Sistierung der Kokainabhängigkeit endgültig beantwortet werden. Als angepasste Tätigkeiten erwähnte der Gutachter die Arbeit als Tierpflegerin, Tierpflegehelferin oder als Verkäuferin (ohne entsprechende Ausbildung). Diesbezüglich sei - abhängig vom Substanzgebrauch - grundsätzlich von einer 25%igen Leistungsminderung auszugehen (solange keine gesicherte Kokainabstinenz und keine erhebliche Minderung des Cannabiskonsums eintrete). Nach einer erfolgreichen Suchtbehandlung könne in diesen beiden Bereichen eine volle Leistungsfähigkeit angenommen werden (IV-act. 141-43/49).

**2.12** Der RAD-Psychiater P.\_\_\_\_\_ beurteilte am 14. Januar 2021 das psychiatrische Gutachten vom 21. Dezember 2020 als umfassend, einleuchtend und hinsichtlich der Schlussfolgerungen als begründet (IV-act. 143).

**2.13** Vom 5. Januar 2022 bis 18. Februar 2022 (und mithin zeitlich nach der angefochtenen Verfügung vom 5. Juli 2021) hielt sich die Versicherte zur Krisenintervention und zum Cannabisentzug bei depressivem Syndrom (u.a. mit Schlafstörungen) in der Klinik E.\_\_\_\_\_ auf. Im Austrittsbericht stellten AH.\_\_\_\_\_ (Klinikärztin) und AI.\_\_\_\_\_ (Oberpsychologe) folgende Diagnosen (Bf-act.):

- F.33.1 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode
- F60.30 Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung: Impulsiver Typ
- F11.22 Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Abhängigkeitssyndrom, ggf. im Substitutionsprogramm
- F12.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom
- F90.0 Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (aktenanamnestisch)

Hinsichtlich des Verlaufs berichteten die Fachpersonen der Klinik, dass eine Verbesserung der depressiven Symptomatik beobachtet wurde bei nach wie vor bestehender eingeschränkter Leistungsfähigkeit und eingeschränkter Belastbarkeit. Der Cannabisentzug sei unkompliziert verlaufen, allerdings sei es vor Austritt einmalig zu einem Rückfall mit Cannabis gekommen (vgl. S. 2 zit. Austrittsbericht). Die Beurteilung wurde wie folgt zusammengefasst (S. 3 zit. Bericht):

Aufgrund der langjährig bestehenden psychiatrischen Multimorbidität (Depression und Persönlichkeitsstörung) bestehen bei der Patientin mittelfristig weiterhin eine eingeschränkte Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit. Bei der gleichzeitig bestehenden Cannabisabhängigkeit (Funktion: Beruhigung, Schlafanstoss) sehen wir auf dem Hintergrund der chronifizierten Suchtproblematik und der bisher gescheiterten Abstinenzbemühungen, die wir als krankheitsbedingt sehen, bezüglich langfristiger Abstinenz eher eine ungünstige Prognose. Einerseits sind das Risiko einer Verschlechterung der depressiven Symptomatik (insbesondere Niedergestimmtheit, Antriebsstörung und Konzentrationsstörungen) unter Leistungsdruck, und andererseits die interpersonellen Schwierigkeiten mit impulsiven Verhaltensweisen und emotionaler Instabilität, die die Konfliktlösungskompetenzen und damit die Zusammenarbeit im Team erheblich beeinträchtigen, zu erwähnen. Prognostisch sehen wir nach Austritt weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Bei gutem Verlauf wäre in den nächsten Monaten das Erreichen einer maximal 50%igen Arbeitsfähigkeit denkbar.

**2.14** Nachdem die Vorinstanz in der Duplik vom 14. April 2022 u.a. (sinn-gemäss) argumentiert hatte, dass die im Austrittsbericht der Klinik E.\_\_\_\_\_ enthaltene Einschätzung, wonach die gescheiterten Abstinenzbemühungen als krankheitsbedingt anzusehen seien, nicht nachvollziehbar sei, äusserten sich der erwähnte Klinikpsychologe sowie Dr.med. AJ.\_\_\_\_\_ (Chefarzt) auf Wunsch

der Beschwerdeführerin noch in einer Stellungnahme vom 29. April 2022 wie folgt:

Im Vordergrund steht in den uns vorliegenden Akten die Frage, ob für Frau A.. aus medizinischer Sicht eine langfristige Abstinenz von Cannabis möglich und somit zumutbar ist. Im Rahmen der Grunderkrankungen (Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, impulsiver Typ und depressive Erkrankung) leidet die Patientin unter rezidivierenden ängstlich gefärbten Anspannungszuständen und damit zusammenhängenden Schlafstörungen. Während des bei uns stattgehabten Cannabiszugs sind diese Symptome wieder verstärkt aufgetreten und haben die Belastbarkeit deutlich kompromittiert. Gleichzeitig zeigten sich zunehmende Stimmungsschwankungen sowie impulsives zwischenmenschliches Verhalten (z.B. inadäquate Wutausbrüche und Lautwerden bei kleinen Alltagsproblemen; deutlich erhöhte Reizbarkeit und niedrige Frustrationstoleranz). Der Behandlungsversuch mit Mirtazapin sollte die Schlafstörungen kupieren und eine Verbesserung der depressiven Symptomatik bewirken, was auch teilweise gelang. Bei ängstlich-angespannter Symptomatik wurde ein off-label Behandlungsversuch mit Pregabalin unternommen, worunter sich keine Besserung zeigte, gleichzeitig jedoch die Nebenwirkung einer ausgeprägten Tagesmüdigkeit auftrat. Die anhaltende Unruhe und Ängstlichkeit konnten medikamentös und therapeutisch kaum beeinflusst werden, so dass die Patientin nach mehrwöchiger Abstinenz mangels Alternativen auf Cannabis zurückgriff.

Frau A.. ist sich durchaus bewusst, dass sie durch die erfolglosen Abstinenzbemühungen ihre IV-Unterstützung gefährdet. Sowohl dieser Druck seitens der IV, als auch bisherige, langjährige therapeutische Bemühungen (sowohl psychotherapeutisch und psychopharmakologisch) sind darin gescheitert, bei der Patientin eine nachhaltige Abstinenz von Cannabis zu erreichen. Diesen Umstand werten wir so, dass es für die Patientin trotz Nutzung der zur Verfügung stehenden therapeutischen Möglichkeiten krankheitsbedingt nicht möglich und entsprechend nicht zumutbar ist, eine Cannabisabstinenz aufrecht zu erhalten. Gleichzeitig besteht ein nicht unerhebliches Risiko, dass eine forcierte Cannabisabstinenz gar die Arbeitsfähigkeit weiter ungünstig beeinflusst, da bis anhin kompensierte Symptome verstärkt auftreten.

Wir halten es für wahrscheinlich, dass der Entzug der Teilrente aufgrund der nicht erreichten Cannabisabstinenz, die die Patientin aber krankheitsbedingt derzeit nicht erreichen kann, zu einer zusätzlichen psychischen Destabilisierung und möglicherweise einem zusätzlichen Verlust von noch bestehender Teilarbeitsfähigkeit führt. (...)

**3.** Eine gerichtliche Würdigung der (zusammengefassten) Aktenlage sowie der Standpunkte der Parteien führt zu den nachfolgend dargelegten Ergebnissen.

**3.1.1** Wie bereits in Erwägung 1.1.3 angesprochen wurde, besteht zwischen den Parteien insoweit Einigkeit, dass ab 1. August 2013 zumindest bis zum 31. Oktober 2016 Anspruch auf eine IV-Teilrente besteht. Diesbezüglich wurde in der angefochtenen Verfügung darauf abgestellt, dass unter Einfluss des zum Zeitpunkt des Rentenbeginns fortgeführten Suchtmittelkonsums die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auf 75% zu veranschlagen sei, wobei eine angepasste

Tätigkeit tiefere Anforderungen an den zwei (problematische) Funktionen "Anpassung an Regeln und Routinen" sowie "Anwendung fachlicher Kompetenzen" beinhalten würde. Ausgehend von diesem Arbeitsfähigkeitsgrad von 75% und einem entsprechenden Einkommensvergleich ermittelte die IV-Stelle einen IV-Grad von 48%.

**3.1.2** Die Befristung bis zum 30. Oktober 2016 wurde in der angefochtenen Verfügung damit begründet, dass die Versicherte die betreffenden Auflagen (zur Suchtmittelabstinenz) nicht eingehalten habe und aus medizinisch-theoretischer Sicht zumindest in einer angepassten Tätigkeit nach zumutbarer Einhaltung der Suchtbehandlung eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit resultiere sowie ein rentenausschliessendes Einkommen erzielt werden könnte. Die inzwischen eingetretene Arbeitsmarktentfremdung und die verloren gegangenen beruflichen Kompetenzen im angestammten Beruf seien der jahrelangen Nichterfüllung der zumutbaren Schadenminderungspflicht zuzuschreiben und deswegen als invaliditätsfremd zu beurteilen.

**3.2.1** Dazu wird in der Beschwerde (S. 6, Ziff. 4) einleuchtend ausgeführt, dass die IV-Stelle die Weiterausrichtung einer (unbefristeten) IV-Rente nicht wegen einer (angeblichen) Verletzung von Auflagen, sondern mit der Argumentation ablehne, wonach die Versicherte in einer angepassten Tätigkeit nach zumutbarer Suchtbehandlung voll arbeitsfähig wäre und ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen könnte. Mithin sei die Resterwerbsfähigkeit der Versicherten aus fachmedizinischer Sicht streitig.

**3.2.2** Indessen gelangte der Sachverständige sowohl in seinem ersten Gutachten vom 28. März 2016, als auch im Verlaufsgutachten vom 21. Dezember 2020 zum unmissverständlichen Ergebnis, wonach selbst bei einem optimalen Verlauf hinsichtlich der Suchtmittelabstinenz wohl eine Erhöhung der Leistungsfähigkeit, aber keine volle Leistungsfähigkeit zu erreichen sei (vgl. IV-act. 49-40f./45, Ziff. 2.1 und 2.2; IV-act. 141-37/49: "Von der Abstinenz kann eine wesentliche Verbesserung erwartet werden, auch wenn sich an der psychischen Störung im engeren Sinne wenig ändern würde". "Dennoch ist aufgrund der im ersten Gutachten detailliert beschriebenen Entwicklungen und Zusammenhänge nicht damit zu rechnen, dass selbst bei optimalem Verlauf ein vergleichsweise 100%iges Leistungsniveau erreicht werden kann.").

**3.3** Auch wenn der Sachverständige die Zumutbarkeit der Suchtmittelbehandlung (namentlich auch hinsichtlich einer Abstinenz von Cannabis) bejaht hat (vgl. u.a. IV-act. 141-31/49 oben), ist hier zu beachten, dass die Versicherte nach der Aktenlage solchen Abstinenzbemühungen nachgekommen ist (vgl. IV-act. 34-

2/5: freiwilliger Eintritt in die Klinik E. \_\_\_\_\_ am 4.6.2014 zur Entzugsbehandlung bei langjährig-bestehendem multiplen Substanzgebrauch; zuletzt anlässlich der Hospitalisation in der Klinik E. \_\_\_\_\_ vom 5.1.22 - 18.2.22 ("Eintritt zur Krisenintervention und zum Cannabisentzug bei depressivem Syndrom"). Bei dieser Sachlage kann der Versicherten *grundsätzlich* keine Verletzung von Mitwirkungspflichten angelastet werden (siehe *auch* IV-act. 53, 74 und 153).

Allerdings war den angesprochenen Entzugsbemühungen nach der Aktenlage kein anhaltender Erfolg beschieden. In diesem Zusammenhang fällt massgeblich ins Gewicht, dass die Versicherte seit 1994 (im Alter von 17 Jahren) regelmässig Drogen konsumiert (vgl. IV-act. 11-4/6 unten) und in Anbetracht der langen Zeitdauer eindeutig von einer Chronifizierung der Suchtproblematik auszugehen ist. Dass die behandelnden Fachpersonen den fehlenden anhaltenden Erfolg der aktenkundigen Abstinenzbemühungen als krankheitsbedingt beurteilen (vgl. Austrittsbericht der Klinik E. \_\_\_\_\_ vom 4.3.22, S. 3 und Stellungnahme der gleichen Klinik vom 29.4.22, S. 2), erweist sich insgesamt als nachvollziehbar und überzeugend. Dies gilt erst recht, als in den Ausführungen des Gutachters nicht schlüssig dargelegt wurde, weshalb das Scheitern der bisherigen Abstinenzbemühungen bei chronifizierter Suchtproblematik zwingend als nicht krankheitsbedingt zu qualifizieren sei.

Mit anderen Worten sind hier die vom Gutachter postulierte Zumutbarkeit einer Suchtmittelabstinenz einerseits und das fehlende Gelingen solcher (aktenkundigen) Abstinenzbemühungen andererseits auseinanderzuhalten, wobei die gewichtigeren Argumente für die Einschätzung der behandelnden Fachpersonen sprechen (wonach die gescheiterten Abstinenzbemühungen als krankheitsbedingt zu beachten sind), auch wenn diesbezüglich letztlich keine absolute Gewissheit besteht.

**3.4** Anzufügen ist, dass im konkreten Fall die eigentliche Standardindikatorenprüfung im Sinne von BGE 141 V 281 eher knapp bzw. nicht wie üblich strukturiert ausgefallen ist, indes lässt sich den Angaben im erwähnten Gutachten entnehmen, dass sich der Sachverständige grundsätzlich daran orientiert hat. Namentlich hat er sich mit dem Ressourcenprofil und insbesondere folgenden Aspekten konkret auseinandergesetzt (vgl. IV-act. 141-32ff./49):

- Funktionen von Temperament und Persönlichkeit;
- Umgänglichkeit;
- Psychische Stabilität;
- Offenheit;
- Selbstvertrauen;
- Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs;
- Funktionen der Aufmerksamkeit;
- Funktionen des Gedächtnisses;

- Emotionale Funktionen;
- Funktionen des Denkens;
- Höhere kognitive Funktionen;
- Selbstwahrnehmung und Zeitwahrnehmung betreffend Funktionen;
- Anpassung an Regeln und Routinen;
- Planung und Strukturierung von Aufgaben;
- Flexibilität und Umstellfähigkeit;
- Anwendung fachlicher Kompetenzen;
- Entscheidungs- und Urteilsvermögen;
- Durchhaltefähigkeit;
- Selbstbehauptungsfähigkeit;
- Kontaktfähigkeit zu Dritten;
- Gruppenfähigkeit;
- Selbstpflege;
- Verkehrsfähigkeit;
- Familiäre bzw. intime Beziehungen;
- Spontanaktivitäten.

**3.5** Im Lichte all dieser Ausführungen rechtfertigt es sich zusammenfassend, die hier massgebende Restarbeitsfähigkeit *für angepasste Tätigkeiten* (in Anlehnung an die Einschätzung des Gutachters bei fortgesetztem Cannabiskonsum, vgl. IV-act. 141-43/49 unten) auf 75% zu veranschlagen. Der von diesem Gutachter postulierten Erhöhung der Leistungsfähigkeit bei Einhaltung einer zumutbaren Abstinenz ist nach gerichtlicher Würdigung der Aktenlage (mit einer langjährigen, chronifizierten Suchtmittelproblematik) entgegenzuhalten, dass es der Versicherten - im Einklang mit der Einschätzung der Behandler (zuletzt in der Klinik E. \_\_\_\_\_) - *krankheitsbedingt* nicht möglich ist, eine dauerhafte Cannabisabstinenz zu erlangen. Mit anderen Worten wird hier berücksichtigt, dass die Versicherte sich im Verlauf wiederholt um eine Suchtmittelabstinenz bemüht hat, indes hinsichtlich Cannabis ohne anhaltenden Erfolg. Wie es sich verhalten würde, wenn bei der Versicherten wesentlich früher bzw. von Anfang an eine suchtspezifische Behandlung in einem stationären Rahmen eingeleitet bzw. durchgeführt worden wäre (vgl. dazu auch IV-act. 141-28/49 unten), kann hier offen bleiben, weil entsprechende Schlussfolgerungen weitgehend spekulativ bleiben.

**4.1** Was die erwerblichen Auswirkungen des oben hergeleiteten, massgeblichen Arbeitsfähigkeitsgrades anbelangt, ist an das in der angefochtenen Verfügung enthaltene Valideneinkommen von Fr. 73'834.-- anzuknüpfen. In der Beschwerde (S. 12 oben) wird eingewendet, dass das Valideneinkommen nicht nach der Lohnstrukturerhebung (LSE), sondern nach Art. 26 IVV (d.h. für Versicherte, welche wegen der Invalidität keine zureichenden beruflichen Kenntnisse erwerben konnten) festzulegen sei. Ein solcher Fall liegt hier nicht vor, konnte doch die Versicherte eine Berufslehre (kaufmännische Ausbildung) erfolgreich abschliessen und u.a. in der Folge eine Anstellung als Direktionsassistentin aus-

üben, wie auch in der Beschwerde (S. 12 oben) vorgebracht wurde. Bei dieser Sachlage fällt eine Ermittlung des Valideneinkommens nach der Methode für Versicherte ohne Ausbildung (Art. 26 IVV) ausser Betracht.

**4.2** Der in der angefochtenen Verfügung zur Bestimmung des Invalideneinkommens ermittelte Tabellenlohn von Fr. 51'441.-- wird von der beanwalteten Beschwerdeführerin vor Gericht nicht in Frage gestellt, weshalb sich weitere Ausführungen dazu erübrigen. Nachdem der massgebende Arbeitsfähigkeitsgrad auf 75% zu veranschlagen ist (siehe oben), resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 38'580.75 ( $51'441 \times 0.75$ ), ohne dass noch ein zusätzlicher leidensbedingter Abzug angebracht wäre. Den diesbezüglichen Ausführungen der Vorinstanz ist uneingeschränkt beizupflichten.

**4.3** Bei einem Valideneinkommen von Fr. 73'834.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 38'580.75 beträgt der IV-Grad 48% ( $73'834 \text{ minus } 38'580.75 = 35'253.25$ ;  $35'253.25 : 73'834 \times 100 = 47.746$ ). Mithin hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine (unbefristete) Viertelsrente. Die Ermittlung und Nachzahlung der entsprechenden IV-Rentenleistungen ist Sache der Verwaltung.

**5.1** Nach dem Gesagten ist die Beschwerde insoweit teilweise gutzuheissen und die angefochtene Verfügung dahingehend abzuändern, dass die Beschwerdeführerin ab 1. August 2013 bzw. auch noch nach dem 1. November 2016 Anspruch auf eine (unbefristete) Viertelsrente hat. Soweit die Beschwerdeführerin höhere IV-Rentenleistungen beantragt, wird die Beschwerde als unbegründet abgewiesen.

**5.2** Diesem Ergebnis entsprechend werden die Verfahrenskosten (Fr. 500.--) der IV-Stelle zu 2/3 (Fr. 333.--) und der Beschwerdeführerin zu 1/3 (Fr. 167.--) auferlegt. Auf das Inkasso des Verfahrenskostenanteils der Beschwerdeführerin wurde derzeit unter Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege verzichtet.

**5.3** Zudem wird der Beschwerdeführerin für ihr Teilobsiegen zulasten der IV-Stelle eine (reduzierte) Parteientschädigung zugesprochen, deren Höhe sich nach dem Gebührentarif für Rechtsanwälte (GebTRA, SRSZ 280.411) richtet. § 2 GebTRA sieht als Bemessungskriterien die Wichtigkeit der Streitsache, ihre Schwierigkeit, den Umfang und die Art der Arbeitsleistung sowie den notwendigen Zeitaufwand vor. Das Honorar beträgt für die Vertretung vor Verwaltungsgericht grundsätzlich Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- (§ 14 GebTRA). Wird eine spezifizierte Kostennote eingereicht und erscheint sie angemessen, ist sie der Festsetzung der Vergütung zugrunde zu legen, andernfalls wird die Vergütung nach pflichtgemäsem Ermessen festgesetzt (vgl. § 6 Abs. 1 GebTRA). Unter Berücksichti-

gung all dieser Aspekte wird die reduzierte Parteientschädigung auf Fr. 1'800.-- (inkl. MwSt und Auslagen) festgelegt.

Soweit die Beschwerdeführerin unterliegt, wird ihr die unentgeltliche Rechtsverbeiständung gewährt. Das diesbezügliche Honorar wird nach den gleichen, oben angeführten Grundsätzen auf Fr. 1'000.-- (inkl. MwSt und Auslagen) festgelegt.

### **Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird im Sinne der Erwägungen teilweise gutgeheissen. Die angefochtene Verfügung vom 5. Juli 2021 wird dahingehend abgeändert, dass der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. August 2013 keine befristete, sondern eine unbefristete Viertelsrente (IV-Grad 48%) gewährt wird. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. Die Nachzahlung der entsprechenden Rentenbeträge ist Sache der Verwaltung.
2. Die Verfahrenskosten werden auf Fr. 500.-- festgelegt und der Vorinstanz zu 2/3 (Fr. 333.--) und der Beschwerdeführerin zu 1/3 (Fr. 167.--) auferlegt. Die IV-Stelle hat ihren Verfahrenskostenanteil (Fr. 333.--) innert 30 Tagen seit Zustellung dieses Entscheids auf das Postkonto 60-22238-6 zu bezahlen. Auf das Inkasso des Verfahrenskostenanteils der Beschwerdeführerin wird derzeit unter Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege verzichtet.
3. Der Beschwerdeführerin wird zulasten der IV-Stelle eine reduzierte Parteientschädigung von Fr. 1'800.-- (inkl. MwSt/Auslagen) zugesprochen.
4. Soweit die Beschwerdeführerin unterliegt, wird ihr die unentgeltliche Rechtsbeistandung gewährt und Advokatin lic.iur. B. \_\_\_\_\_ als unentgeltliche Rechtsbeiständin bestellt. Ihr ist zu Lasten des Gerichts ein Honorar von Fr. 1'000.-- (inkl. MwSt/Auslagen) zuzusprechen.
5. Vermag die Beschwerdeführerin ihren Verfahrenskostenanteil (Fr. 167.--) sowie das unter Ziffer 4 angeführte Honorar von Fr. 1'000.-- zu decken, ist sie zur Rückzahlung an die Gerichtskasse verpflichtet (die Rückzahlungspflicht erlischt zehn Jahre nach Eintritt der Rechtskraft des Entscheides, vgl. § 75 Abs. 3 VRP).
6. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde\* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).
7. Zustellung an:
  - die Vertreterin der Beschwerdeführerin (2/R)
  - die Vorinstanz (R)
  - und das Bundesamt für Sozialversicherungen BSV, 3003 Bern (A).

Schwyz, 3. Juni 2022

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die a.o. Gerichtsschreiberin:

**\*Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 20. Juni 2022