

AG_VERSICHERUNGSGERICHT VKL.2024.22 vom 10. März 2026

Ag Versicherungsgericht, 2026-03-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ag_versicherungsgericht_VKL.2024.22

FR: AG_VERSICHERUNGSGERICHT VKL.2024.22 du 10 mars 2026

IT: AG_VERSICHERUNGSGERICHT VKL.2024.22 del 10 marzo 2026

Erwägungen

E. 3

Es sei festzustellen, dass die Klägerin für die Ausrichtung der Invalidenleistungen zuständig ist.

E. 4

Eventualiter: Bei Unterliegen der Beklagten sei der Antrag auf Verzugszins abzuweisen.

E. 4.1

Damit stellt sich die Frage, ob zwischen der während der Versicherungsdauer bei der Beklagten (1. Juli 2015 bis 30. September 2017) eingetretenen Arbeitsunfähigkeit und der rentenbegründenden Invalidität ein enger sachlicher Konnex besteht. Die Klägerin bringt vor, das Krankheitsgeschehen, welches per 21. Februar 2017 bei der Beigeladenen zu einer Arbeitsunfähigkeit geführt habe, sei im Wesentlichen dasselbe, welches zur - 8 - aktuellen Invalidität geführt habe (Replik Rz. 10-15). Die Beklagte verneint dies und weist darauf hin, dass der Beigeladenen im Bericht der Psychiatrischen Dienste G. _____ vom 3. Januar 2017 eine rezidivierende depressive Störung diagnostiziert worden sei und aufgrund dieser die Behandlung in der Klinik AI. _____ stattgefunden habe (Klageantwort Rz. 11 und 13). Eine bipolare Störung, die schliesslich zu einer Rente der Invalidenversicherung geführt habe, sei erstmals im Assessmentbericht Integration vom 27. September 2018 ausdrücklich als Verdachtsdiagnose erwähnt worden (Klageantwort Rz. 30). Die Beigeladene habe die bipolare Störung damit erst während (oder gar aufgrund) der Tätigkeit bei der der Klägerin angeschlossenen Arbeitgeberin entwickelt (Klageantwort Rz. 34).

E. 4.2

Betreffend den rechtserheblichen Sachverhalt geht aus den Akten im Wesentlichen Folgendes hervor:

E. 4.2.1

Med. pract. E. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und med. pract. F. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Psychiatrische Dienste G. _____, hielten in ihrem Bericht vom 3. Januar 2017 fest, es sei eine notfallmässige Zuweisung durch den Hausarzt der Beigeladenen erfolgt wegen Depression trotz hoher Dosierung von Zolofit und zur Beurteilung der Suizidalität. Die Beigeladene berichte, dass sie wiederkehrend an Depressionen leide. Seit Oktober sei sie wieder in einer Krise. Sie habe nur noch schlechte Tage, liege nur noch auf dem Sofa und ärgere sich, dass sie für alles so viel Zeit brauche, und trotz ihres Wissens darüber, wie es ihr gehen würde, wenn sie gesund sei, sich aufrege, dass es jetzt nicht so sei. Sie habe eine Traurigkeit, die wie eine Decke über ihr

liege. Die behandelnden Ärzte stellten eine rezidivierend depressive Erkrankung fest. Gegenwärtig seien die gedrückte Stimmung und Antriebsmangel zwei Hauptsymptome und mit Aufmerksamkeitsproblemen, vermindertem Selbstwertgefühl und Suizidgedanken zwei bis drei Zusatzsymptome einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F33.1) vorhanden (IV-act. 19 S. 19 f.).

E. 4.2.2

Im IV-Protokoll Erstgespräch Frühintegration vom 16. Mai 2017 wurde festgehalten, die Beigeladene sei seit dem 21. Februar 2017 bis auf Weiteres 100 % arbeitsunfähig. Sie leide an einer mittelschweren Depression/einem Burnout. Sie leide derzeit noch an starker Erschöpfung, sei nicht belastbar, und es bestehe eine Antriebs- und Motivationslosigkeit. Die Beigeladene leide seit ca. sechs bis sieben Jahren an einer mittelschweren Depression. Jedoch sei dies von den Ärzten nie richtig wahrgenommen worden (IV-act. 6 S. 1 f.).

- 9 -

E. 4.2.3

Die Beigeladene war vom 6. März bis zum 12. Mai 2017 in der Klinik AI._____, in stationärer psychiatrischer Behandlung. Im Bericht der Psychotherapeutin lic. phil. G._____ sowie med. pract. H._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, vom 18. Mai 2017 wurden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1), sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge mit dependenten Anteilen (Z73.1) diagnostiziert. Die Beigeladene sei im Affekt deprimiert, starke Störung der Vitalgefühle, Hoffnungslosigkeit vorhanden, starke Insuffizienzgefühle berichtet, Schuldgefühle (Bezug zur Arbeit), Affektlabilität berichtet (abends zunehmend deprimiert, hoffnungslos), hohe Antriebsarmut berichtet (Alltagsbewältigung falle schwer, gehe nur bedingt), psychovegetative Besonderheit: Abends schlechter (IV-act. 19 S. 8). Die Beigeladene sei derzeit nicht in der Lage, selbstständig zu reisen und die kognitiv erforderlichen Leistungen in ihrem Beruf zu erbringen. Der Schweregrad betrage derzeit noch 100 %. Ab Anfang Juni könne mit einer schrittweisen Wiederaufnahme der Arbeit gerechnet werden. Man gehe von einer vorsichtig günstigen Prognose aus. Man empfehle im Anschluss an die Hospitalisation unbedingt eine regelmässige ambulante Weiterführung einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Therapie. Parallel dazu könne mit einer teilweisen Wiederaufnahme der Arbeit gerechnet werden. Man empfehle dringend ein deutlich reduziertes Arbeitspensum bei Wiedereinstieg (IV-act. 19 S. 9; vgl. IV-act. 55). Dr. med. I._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, attestierte in der Folge ab 1. September 2017 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % und ab 9. November 2017 eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % (IV-act. 40).

E. 4.2.4

Dr. med. J._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, untersuchte die Beigeladene im Auftrag ihrer Krankentaggeldversicherung und hielt in seinem Bericht vom 18. August 2017 fest, es bestehe eine Krankenschreibung seit Februar 2017 bis heute. Aus therapeutisch-rehabilitativen Gründen sei eine gestufte Leistungssteigerung sinnvoll und zweckmässig. Neu bestehe per 1. September 2017 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für 6-8 Wochen mit gestufter Leistungssteigerung bis zum Vollzeitpensum (IV-act. 23 S. 2).

E. 4.2.5

Dr. med. K._____, Praktische Ärztin vom Regionalen Ärztlichen Dienst der IV (RAD), hielt in ihrer Aktenbeurteilung vom 20. Oktober 2017 fest, die rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, sei aus versicherungsmedizinischer Sicht ein Gesundheitsschaden mit Krankheitswert, welcher eine längerdauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Beigeladenen in der angestammten Tätigkeit als Fachfrau Gesundheit begründe. Es sei jedoch davon auszugehen, dass es sich um ein vorübergehendes, nicht andauerndes Leiden handle, welches mit adäquater psychiatrischer Therapie überwindbar bzw. behandelbar sei. Die Beigeladene

- 10 - sei aktuell sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig, mit einer sukzessiven Steigerung auf 100 %. Bei der Wiedereingliederung solle die Beigeladene mit klar strukturierten Tätigkeiten in einem kleinen Team ohne repetitiven Kundenkontakt, ohne Stress und Hektik beginnen (IV-act. 32 S. 4).

E. 4.2.6

Mit E-Mail vom 29. August 2018 teilte die behandelnde Psychologin L._____, der Eingliederungsfachperson der IV-Stelle mit, dass sich seit Wochen bzw. seit erneutem Start in den beruflichen Alltag zeige, dass die Beigeladene erneut starke Erschöpfungssymptome aufweise und die rasche Wiedereingliederung bzw. 100%-Arbeitsfähigkeit langfristig nicht gegeben sei. Im Gegenteil, es zeige sich, dass ein Weiterführen der aktuellen Arbeit zunehmend die Gesundheit gefährde und Hoffnungslosigkeit sowie Sinnlosigkeit des Lebens dazu kämen, da sich die Beigeladene erneut durch das Arbeiten erschöpft fühle. In der Therapie habe herausgearbeitet werden können, dass die hohe Leistungsfähigkeit zwar kurzfristig von der Beigeladenen erbracht werden könne, sie jedoch momentan noch nicht fähig sei, die Leistung den körperlichen und psychischen Fähigkeiten anzupassen. Zudem wirke die Beigeladene durch ihr Erkrankungsbild gegen aussen als gesund und fröhlich, was zwar über einige Jahre scheinbar eine hilfreiche Strategie gewesen sei, jetzt zunehmend zum Problem werde, da sie so oft nicht ernst genommen werde in ihren Einschränkungen und Leiden (IV-act. 44).

E. 4.2.7

Im Assessmentbericht Integration vom 27. September 2018 wurde festgehalten, als die Beigeladene im April 2018 die neue Stelle angetreten habe, sei es relativ rasch wieder zu einem Erschöpfungszustand gekommen. Der Gesundheitszustand habe sich rasch wieder verschlechtert. Von aussen sehe man oft nicht, dass es der Beigeladenen schlecht gehe, aber innerlich gehe es ihr gar nicht gut. Sie wolle arbeiten, aber könne oft nicht. Sie sei antriebslos, energielos. Auch nehme sie sich bei der Arbeit selber sehr wenig wahr. Die behandelnde Psychologin L._____, die Eingliederungsfachperson über die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung sowie die Verdachtsdiagnosen einer dissoziativen Störung, einer bipolaren Störung sowie einer Persönlichkeitsstörung/-akzentuierung informiert. Aktuell fänden bezüglich der Verdachtsdiagnosen verschiedene Testungen in der Praxis AC._____ statt. Spätestens bis Anfang November 2018 sollten die Ergebnisse vorliegen (IV-act. 47).

E. 4.2.8

Med. pract. E._____ und die Psychologin P._____, Psychiatrische Dienste G._____, führten in ihrem Bericht vom 4. Januar 2019 aus, die Zuweisung sei durch die Psychotherapeutin L._____ zur Diagnostik und medikamentösen Einstellung bei Verdacht auf eine bipolare Störung, DD kombinierte

- 11 - Persönlichkeitsstörung, DD atypische Depression bei aktueller Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung erfolgt. Die Beigeladene selbst berichtet, seit zwei Jahren an starken Stimmungsschwankungen zu leiden. Hierbei erlebe sie ca. fünf Tage eine gedrückte Stimmung mit Erschöpfung, geringem Antrieb und vermehrtem Schlafbedürfnis, gefolgt von ca. zwei Tagen eines Hochs. Während dieser Phase gehe es der Beigeladenen übertrieben gut. Sie erlebe vermehrten Redefluss, Gedankensprünge. Sie habe das Gefühl, sie könne alles schaffen, zeige aber kein vermehrtes Risikoverhalten und auch keine übertriebene Reizbarkeit. Die fragliche erste manische Episode (Beigeladene war damals erst 17 Jahre alt) habe sie vor ca. neun Jahren erlebt. Damals sei ihr der Wechsel von einem normalen guten Tag zu der manischen Symptomatik stark aufgefallen. Sie habe dies aber nicht einschätzen können. Seit zwei Jahren, seitdem die Beigeladene Venlafaxin einnehme, sei es nun zu vermehrtem Wechsel zwischen den Episoden gekommen. Laut der Beigeladenen gebe es seitdem keinen Normalzustand mehr. Des Weiteren beschreibe sich die Beigeladene als ausgesprochen selbstunsicher mit grossen Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen. Aufgrund des Wunsches der Psychologin L._____ nach detaillierter Diagnostik bzw. Zweitmeinung seien der Beigeladenen verschiedene Fragebögen ausgehändigt worden zur Erfassung von manischen Episoden (IV-act. 60 S. 11). Eine erste depressive Phase sei 2009 aufgetreten, damals Behandlung durch Dr. med. M._____, Behandlung mit Ciprexal, jedoch wegen Müdigkeit nicht vertragen. Im weiteren Verlauf Behandlung durch Frau N._____, Umstellung auf Zoloft, im Verlauf erhöht auf 150 mg, am Anfang mit mässigem, später fehlendem Erfolg. Im Alter von ca. 13 Jahren selbstverletzendes Verhalten, aktuell nicht mehr vorkommend. Burnout-Behandlung in der Klinik AI._____, Medikamenten-Wechsel auf Venlafaxin, bis 300 mg, bis Ende Dezember 2018, seitdem Rapid Cycling. Bei Psychologin L._____ Wechsel auf Zoloft, seit Weihnachten 2018, bisher noch keine Wirkung. Die von der Beigeladenen beschriebenen Schwankungen in der Stimmung deuteten auf eine bipolare Störung hin mit depressiven sowie hypomanischen Episoden. Dies in Form von Rapid Cycling (ICD-10 F31.6). Die von der Beigeladenen beschriebenen Symptome der depressiven Episoden würden sich in Form von Antriebsmangel, schnellerer Erschöpfung, vermehrtem Schlafbedürfnis, dem Gefühl der Wertlosigkeit, Veränderung des Essverhaltens sowie Entschlussunfähigkeit zeigen. Im BDI-II habe die Beigeladene einen Wert von 23 Punkten erzielt. Dies entspreche einer mittelgradigen depressiven Episode. Im Manie-Fragebogen habe sie ebenfalls Werte über dem Cut-Off erzielt, was zusätzlich zu der von der Beigeladenen beschriebenen Symptomatik die manischen bzw. hypomanischen Episoden bestätige. Aufgrund der schnellen Wechsel der depressiven sowie hypomanischen Phasen könne von einem Rapid Cycling ausgegangen werden. Aufgrund der weniger stark ausgeprägten manischen Symptome sei von aktuell hypomanischen Phasen auszugehen (IV-act. 60 S. 12 f.).

- 12 -

E. 4.2.9

Dr. med. O._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Praxis AC._____, verwies in ihrem Bericht vom 9. Januar 2019 auf den Bericht der Psychiatrischen Dienste G._____ vom 4. Januar 2019 und führte aus, in Würdigung des vorgelegten Befundes der Psychologin P._____ sei von hiesiger fachärztlicher Seite dringend eine eingehende gutachterliche Beurteilung (psychiatrisches Gutachten durch einen Facharzt für Psychiatrie) empfohlen, um die bestehenden Arbeitshypothesen und in diesem die seitens des Ambulatoriums AD._____ gestellte Diagnose einer F31.6 zu validieren. Anzumerken

bleibe, dass sich die Beigeladene bereits wiederholt in ambulanter fachärztlicher Behandlung und nicht zuletzt über den Zeitraum von drei Monaten in fachklinischer Behandlung (Klinik AI._____) befunden habe. Entsprechend der Mitteilung der Klinik sei es zu keiner Zeit zu einer für die Klinik explorierbaren, mit einer F31.6 vereinbaren Symptomatik gekommen. Da es sich bei der diagnostischen Einordnung einer F31.6 um eine weitreichende Diagnose handle und bei einem Rapid Cycle auch unter leitliniengerechter Behandlung eine höher- bis hochgradige Einschränkung in der langfristigen Arbeitsfähigkeit und im Rehabilitationspotential zu erwarten sei, sollte die Diagnosesicherung im Zentrum stehen. Von hiesiger fachärztlicher Seite könne unter Würdigung der Explorationsbefunde die seitens des Ambulatoriums AD._____ gestellte Diagnose nicht gestützt werden. Die sich klinisch präsentierenden Phänomene seien nach hiesiger Einschätzung am ehesten als Ausdruck markanter dysfunktionaler Erlebens- und von Verhaltensweisen zu werten und im Sinne eines strukturdynamischen Konzepts massgeblich aus einer Diskrepanz zwischen Selbstbild, Selbstwahrnehmung, den Selbstwert regulierender Leistungsmaxime und anzutreffenden Fähigkeiten und Fertigkeiten resultierend. Die sich wiederkehrend zeigende und seitens der Beigeladenen beschriebene Symptomatik wäre in diesem Sinne, die affektive Ebene betonend, am ehesten als eine anhaltende affektive Störung im Sinne einer zykliden respektive zylothymen-Persönlichkeit zu beschreiben (ICD-10 F34.0), jedoch nicht als eine ICD-10 F31.6 zu fassen (IV-act. 60 S. 1 f.).

E. 4.2.10

RAD-Arzt D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seiner Aktenbeurteilung vom 17. Januar 2019 aus, nach Einschätzung des RAD nehme die Beigeladene derzeit eine leitliniengerechte Therapie wahr. Die differenzialdiagnostischen Überlegungen seien nachvollziehbar, spielten aus RAD-Sicht hinsichtlich Prognose und Funktionseinschränkungen aktuell jedoch eine untergeordnete Rolle. Unter der angedachten Anpassung der Psychopharmakotherapie sei medizinisch-theoretisch von einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit innerhalb von sechs bis acht Monaten zu rechnen. Die angestammte Tätigkeit scheine zum Ressourcenprofil der Beigeladenen zu passen. Folgende Anpassung sei aus RAD-Sicht jedoch zu empfehlen: Ein konstantes, wohlwollendes Team mit konstruktiver und offener Kommunikation sowie empathischer Führung, regelmässige

- 13 - Pausen und geregelte Arbeitszeiten, ein eher umschriebenes Arbeitsgebiet, wenig Zeitdruck sowie keine Schichtarbeit. Aus medizinischer Sicht halte der RAD berufliche Massnahmen im Rahmen der Arbeitsfähigkeit von 50 % in angepasster Tätigkeit und unter Beachtung der Einschränkungen auf Dauer für möglich und zumutbar. Aus fachpsychiatrischer Sicht sei eine aktuelle Arbeitsfähigkeit von 50 % in angepasster Tätigkeit zumutbar. Aus ärztlicher Sicht werde eine Belastungssteigerung von 30 Minuten bis einer Stunde bzw. 10 bis 20 % pro Monat empfohlen (IV-act. 62).

E. 4.2.11

RAD-Arzt D._____ hielt in seiner Aktennotiz vom 20. August 2019 fest, im ärztlichen Bericht zum ambulanten Vorgespräch in der Klinik AI._____ vom 27. März 2017 werde dokumentiert, dass die Beigeladene bereits seit drei Jahren unter depressiven Symptomen leide. Sowohl im Rahmen eines Notfallgesprächs am 30. Dezember 2016 im Ambulatorium AD._____ als auch am 27. Februar 2017, als auch im Vorgespräch in der

Klinik AI._____ sei die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD 10 F32.1), gestellt worden. Es sei davon auszugehen, dass bereits Ende des Jahres 2016 ein Gesundheitsschaden im Sinne einer rezidivierenden depressiven Störung ICD-10 F33.1 vorgelegen habe. Intensiviert nehme die Beigeladene seither eine leitliniengerechte integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung wahr. Entsprechend zuletzt vorliegenden ärztlichen Befundberichten sei auch die Diagnose einer bipolaren Störung eingeräumt worden. Bei einer bipolaren Störung zeigten sich zusätzlich zu depressiven Episoden auch Episoden mit hypomanischer oder auch manischer Symptomatik. Diese Phasen könnten durch eine unproduktive Geschäftigkeit gekennzeichnet sein (IV-act. 102).

E. 4.2.12

Psychotherapeutin L._____ und Dr. med. AA._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, stellten im Verlaufsbericht vom 20. Januar 2020 die Diagnosen einer bipolaren Störung mit depressiven sowie hypomanischen Episoden (Rapid Cycling) (F31.6), von Akzentuierungen der Persönlichkeit dependent, vermeidend-unsicher, perfektionistisch (Z73), sowie eines Verdachts auf nichtorganische Hypersomnie oder andere Schlafstörung (F51.1). Die Auffassungsfähigkeit, Konzentrations-, Merk- und Gedächtnisfähigkeit seien leicht vermindert. Hypomane-Phasen (Gefühl, alles machen zu können, energievoll, bereit für alles, euphorische Gefühle) wechselten sich ab mit depressiven Phasen (müde, lustlos, Vitalität beeinträchtigt, Antriebshemmung, Insuffizienzgefühle, Schuldgefühle, deprimiert). Der Wechsel der Phasen finde jeweils sehr rasch, teils innerhalb von wenigen Stunden, statt. Zudem berichte die Beigeladene, unabhängig von der jeweiligen Phase allgemein gereizt und angespannt zu sein und sich häufig im Kontakt mit Menschen verletzt zu fühlen, was mittelgradiges Grübeln verursache. Aufgrund der andauernden Müdigkeit blieben oftmals Alltagsaufgaben wie Haushaltführen, Kochen, Einkaufen liegen oder könnten

- 14 - nur mit viel Energieaufwand erledigt werden, was bei der Beigeladenen zusätzlich Stress, Schuld- und Insuffizienzgefühle auslöse (IV-act. 131 S. 2).

E. 4.2.13

RAD-Arzt D._____ hielt in seiner Aktennotiz vom 22. Januar 2020 fest, die Beigeladene leide seit mehreren Jahren unter einer deutlich beeinträchtigten psychischen Gesundheit. Langfristig sei von einer reduzierten Leistungsfähigkeit und damit Arbeitsfähigkeit auszugehen. Diagnosen (gem. Verlaufsbericht vom 20. Januar 2020): Bipolare Störung mit depressiven sowie hypomanischen Episoden (rapid cycling) (ICD-10 F31.6); Akzentuierungen der Persönlichkeit dependent, vermeidend-unsicher, perfektionistisch (ICD-10 Z73). Verdacht auf Nichtorganische Hypersomnie oder andere Schlafstörung (ICD-10 F51.1). Als ungünstig einzuschätzen sei eine Tätigkeit in der Mitarbeiterführung. Einschränkungen könnten bestehen im Aufrechterhalten der Daueraufmerksamkeit, der Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeitsleistung und der Belastbarkeit hinsichtlich Verantwortungsübernahme für Menschen und Bedienen von Maschinen. Die Tätigkeit sollte folgende Charakteristika aufweisen: Keine zu grosse Hektik, nicht zu starker Druck, Möglichkeit für Pausen, strukturierte Aufgaben, reizarmes Arbeitsumfeld. Eine Tätigkeit im Pflegebereich, insbesondere im direkten, häufigen Patientenkontakt, sei dauerhaft als nicht geeignet bzw. zumutbar einzuschätzen. Günstiger schienen beispielsweise administrative Tätigkeiten mit Planbarkeit der Aufgaben (IV-act. 132).

E. 4.2.14

RAD-Arzt D._____ führte in seiner Aktennotiz vom 17. März 2020 in Ergänzung zur Aktennotiz vom 22. Januar 2020 aus, in einer Akzentuierung der Persönlichkeit mit dependenten und vermeidenden-unsicheren Persönlichkeitszügen liege eine erhöhte Anfälligkeit für Überforderungserleben begründet. Beide Persönlichkeitszüge gingen in der Regel mit einer reduzierten assertiven Kompetenz (Abgrenzungsfähigkeit und Selbstbehauptungsfähigkeit) einher. Prinzipiell sei dies nicht zuletzt unter psychotherapeutischer Begleitung veränderbar. Jedoch werde assertive Kompetenz in Heilberufen mit direktem Patientenkontakt meist benötigt. Da bei der Beigeladenen jedoch auch eine bipolare Störung vorliege, könnte entsprechendes Überforderungserleben sowohl depressive als auch hypomanische Symptomatik begünstigen. Dies gelte es bei der Beigeladenen zu berücksichtigen. Unter begleitender integrierter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung seien medizinische Bereiche, in denen Patientenkontakt nicht mit überwiegend einforderndem Verhalten der Patienten bzw. Konfrontation mit Leid einhergehe, der Beigeladenen zumutbar. Die Tätigkeit beispielsweise auf einer Wochenbettstation könne gegebenenfalls geeignete Raumbedingungen für die Beigeladene bieten (IV-act. 145).

- 15 -

E. 4.2.15

Psychotherapeutin L._____ und Dr. med. AA._____ hielten in ihrem Bericht vom 24. Mai 2022 fest, die erste dokumentierte depressive Phase habe 2009 stattgefunden. Die Beigeladene habe danach versucht, ihre schweren Stimmungsschwankungen zunehmend mit Arbeit zu kompensieren und sich so abzulenken. Dadurch hätten sich die Erschöpfungszustände erhöht, was ab Oktober 2016 zu einer erneuten depressiven Episode geführt habe. Vom 6. März bis 12. Mai 2017 habe sich die Beigeladene in der Klinik AI._____ befunden und versuche seither, sich in den Arbeitsprozess einzugliedern, was leider damals nicht gelungen sei, da es keine begleitende Unterstützung gegeben habe (IV-act. 224 S. 3). Durch die bipolare Störung zeigten sich oftmals sehr hohe Motivationsschübe, was in der Übernahme von Aufgaben resultiere, welche die Beigeladene dann oftmals überforderten, vor allem wenn die hypomanische Phase ende und die Beigeladene wieder in einen deprimierten Zustand ver falle. Die Schwankungen, welche sehr rasch wechseln würden, benötigten viel Energie, was unter anderem zu Erschöpfung und auch Hoffnungslosigkeit führe. Die Persönlichkeitsakzentuierung mache zudem die Zusammenarbeit in Arbeitsteams nicht einfach, da eine hohe Verletzlichkeit bestehe, was auch einem oftmals falschen Einschätzen von Reaktionen von Arbeitskollegen und Kolleginnen geschuldet sei. Auch der perfektionistische Anteil wirke sich erschwerend aus, da so viel Energie bzw. Zeit in Arbeiten gesetzt werde. Durch die chronische Erschöpfung benötige die Beigeladene genügend Erholungsphasen, welche nur mit einer Teilzeitarbeit vereinbar seien. Ein volles Pensum wäre nicht möglich über längere Zeit einzuhalten, da so in kurzer Zeit wieder eine schwere Erschöpfungsdepression entstehen würde (IV-act. 224 S. 4). Im Fragebogen der IV-Stelle gaben die behandelnde Psychotherapeutin und die behandelnde Ärztin ebenfalls mit Datum vom 24. Mai 2022 gegenüber der IV-Stelle an, es lägen eine bipolare Störung mit depressiven sowie hypomanischen Episoden (rapid cycling) (F31.6) sowie Persönlichkeitsakzentuierungen: dependent, vermeidend, selbstunsicher, perfektionistisch, sowie ein Verdacht auf konstitutionell Langschläfertyp vor. Es bestehe eine 50%ige

Arbeitsfähigkeit an einem angepassten Arbeitsplatz, die Präsenzzeit lasse sich allenfalls auf 60 % steigern. Wichtig: Durch das 50%- bis maximal 60%-Pensum gelinge es der Beigeladenen, sich trotz weiter bestehenden Schwankungen relativ stabil zu halten (IV-act. 224 S. 9).

E. 4.2.16

Im Fragebogen der IV-Stelle führte Dr. med. AA._____ am 15. Mai 2023 zum Gesundheitszustand im Verlauf aus, es bestünden wiederkehrend kürzere Hochs mit längeren Tiefs, jedoch stabil. Es seien keine weiteren Abklärungen veranlasst worden (IV-act. 240 S. 2). Es habe sich im Praktikum im Kantonsspital AE eine Verschlechterung gezeigt, bei welcher klar andere Erwartungen seitens des Arbeitgebers bestanden hätten. Ebenso beschäftige sich die Beigeladene mit Einsamkeitsgefühlen. Weiterhin würden

- 16 - wechselnde hypermanische und depressive Phasen bestehen. Es bestehe eine hohe Beeinträchtigung der Vitalität, die Beigeladene sei gereizt und angespannt. Die Persönlichkeitsakzentuierung führe zusätzlich zu Leid. Die Beigeladene fühle sich rasch verletzt. Perfektionistische Ansprüche und starke Vermeidungsängste würden zu sozialem Rückzug führen. Aufgrund der Erschöpfung und Antriebshemmung seien die Erledigung des Haushalts und Freizeitaktivitäten erschwert (IV-act. 240 S. 3).

E. 4.2.17

RAD-Arzt D._____ hielt in seiner Aktennotiz vom 22. Juni 2023 fest, die Beigeladene habe zuletzt in einem 100%-Pensum im Aussendienst gearbeitet. Das Arbeitsverhältnis sei von Seite des Arbeitgebers per 30. September 2017 gekündigt worden. Im weiteren Verlauf sei die Beigeladene in eine Tätigkeit als Case Managerin umgeschult worden und habe am Ende der Umschulung eine Anstellung in der Klinik AB._____ erhalten. Es habe sich über die ganze Eingliederungsphase eine reduzierte Leistungsfähigkeit von maximal 50-60 % gezeigt, wobei anzumerken sei, dass die 60 % mittel- oder langfristig nicht hätten gehalten werden können. Bei einem Pensum von 50 % sei es der Beigeladenen möglich, genügend Ressourcen für kleine Konflikte und hektische Momente zu haben (IV-act. 244 S. 1). In der Gesamtschau habe nach den vorliegenden Unterlagen die psychiatrische Diagnose bei starker Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde aus versicherungsmedizinischer Sicht Relevanz und gehe mit dem begrenzten Behandlungserfolg, insbesondere hinsichtlich Wiedererlangung einer höherprozentigen Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt, einher. Der Eingliederungserfolg sei daher im Rahmen von Aufbau und Umschulung begrenzt. Die Diagnose einer bipolaren Störung lasse sich nicht selten erst im Rahmen einer Verlaufsbeobachtung bis hin über Jahre weg stellen und lasse oft eine eingeschränkt positive Prognose hinsichtlich einer stabil verwertbaren Arbeitsfähigkeit zu. Bei der Beigeladenen liege mit der bipolaren affektiven Störung bei komorbid vorliegender persönlichkeitsstruktureller Vulnerabilität (eingeschränkte persönliche Ressourcen) ein Gesundheitsschaden mit Krankheitswert vor, der eine länger dauernde und bleibende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit, aber auch in einer angepassten Tätigkeit, begründe. Aus versicherungsmedizinischer Sicht werde auf Boden von Aktenanalyse, Verlaufsdocumentation und der vorliegenden nachvollziehbaren fachärztlichen Einschätzung überwiegend wahrscheinlich davon ausgegangen, dass dauerhaft eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in angepasster Tätigkeit vorliege. Bei einem 50 % Pensum in einer angepassten Tätigkeit sei von keiner relevanten Leistungseinschränkung auszugehen. Unter "Gebrechens- und Funktionsausfallcode" gab der RAD-Arzt "ICD-10

F31" an (IV-act. 244 S. 2).

E. 4.3

Das Vorbringen der Beklagten, wonach die behandelnden Ärzte zu Beginn der ab 21. Februar 2017 attestierten Arbeitsunfähigkeit von einer rezidi-

- 17 - vierenden depressiven Störung ausgegangen seien (E. 4.2.1 bis 4.2.5, IV-act. 6 S. 2; IV-act. 19 S. 13), trifft zu. Auch erschien die Diagnose einer bipolaren Störung erstmals im Assessmentbericht Integration vom 27. September 2018 (E. 4.2.7., IV-act. 47) sowie im Bericht der Psychiatrischen Dienste G._____ vom 4. Januar 2019 (E. 4.2.8., IV-act. 60 S. 12) als Verdachtsdiagnose in den Akten und somit nach der Versicherungszeit bei der Beklagten. Jedoch kann - entgegen der Beklagten - daraus nicht der Schluss gezogen werden, es bestehe kein sachlicher Zusammenhang zwischen der ab dem 21. Februar 2017 attestierten Arbeitsunfähigkeit und der seit 1. Juni 2023 aufgrund einer bipolaren Störung bestehenden, im IV-Rentenanspruch der Beigeladenen resultierenden Invalidität. Das Bundesgericht hält unter Verweis auf die einschlägige medizinische Fachliteratur fest, dass die Diagnose einer bipolaren affektiven Störung nach der ICD-

E. 5

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Klägerin." 2.3. Mit Replik vom 31. März 2025 stellte die Klägerin folgende Rechtsbegehren: "1. Es sei festzustellen, dass die Beklagte die für die Ausrichtung der Invalidenleistungen aus beruflicher Vorsorge zuständige Vorsorgeeinrichtung ist. 2. Es sei die Beklagte zu verpflichten, der Klägerin die unter dem Titel Vorleistung ab dem 25. März 2024 erbrachten Rentenbeträge (Valuta per 25. September 2024: Fr. 6'683.95) vollumfänglich zurückzuerstatten zuzüglich Zins zu 2.25 % vom 25. April 2024 bis 31. Dezember 2024 und Zins zu 2.25 % seit 1. Januar 2025. 3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beklagten." 2.4. Die Beklagte teilte am 16. April 2025 ihren Verzicht auf eine Duplik mit. 2.5. Mit instruktionsrichterlicher Verfügung vom 22. April 2025 wurde Q._____ im Verfahren beigeladen und ihr Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben. 2.6. Mit Eingabe vom 18. August 2025 nahm die Beigeladene zum Verfahren Stellung und stellte folgende Anträge: "1. Es sei die Klage vom 3. Oktober 2024 gutzuheissen und die Beklagte zu verurteilen, die gesetzlichen und reglementarischen Leistungen gemäss BVG und Reglement im Zusammenhang mit der Arbeitsunfähigkeit der Beigeladenen seit 21. Februar 2017 zu bezahlen. 2. Unter o/e-Kostenfolge."

- 4 - 2.7. Mit Eingabe vom 4. September 2025 nahm die Beklagte zur Eingabe der Beigeladenen Stellung. 2.8. Mit Eingabe vom 18. September 2025 nahm die Klägerin zu den Eingaben der Beigeladenen und der Beklagten Stellung. 2.9. Mit Eingabe vom 22. September 2025 nahm die Beigeladene zur Eingabe der Beklagten Stellung. 2.10. Mit Eingaben vom 30. September 2025 nahm die Klägerin zur Eingabe der Beigeladenen Stellung. 2.11. Mit prozessleitender Verfügung vom 5. November 2025 wurden die IV-Akten der SVA Aargau, IV-Stelle, bezüglich der Beigeladenen beigezogen. Das Versicherungsgericht zieht in Erwägung: 1. 1.1. Die Klägerin macht zusammengefasst geltend, sie habe Vorleistungen in Höhe von Fr. 6'683.95 gegenüber der Beigeladenen geleistet, welche von der Beklagten zuzüglich Zins zurückzuerstatten seien, da der Eintritt der Arbeitsunfähigkeit der Beigeladenen, deren Ursache schliesslich zur Invalidität geführt habe, während der Zeit erfolgt sei, in der die Beigeladene im Rahmen der beruflichen Vorsorge bei der Beklagten versichert gewesen sei. Die Beklagte bringt

dagegen zusammengefasst vor, die Symptome der bi- polaren Störung, die schliesslich zur Invalidität geführt habe, seien erst- mals Ende 2018/Anfang 2019 beobachtet worden, weshalb es wahrschein- lich sei, dass die Beigeladene die bipolare Störung erst während oder auf- grund der Tätigkeit bei der der Klägerin angeschlossenen Arbeitgeberin entwickelt habe. Damit bestehe kein sachlicher Konnex zwischen dem in der Invalidität resultierenden Gesundheitsschaden und demjenigen, der im Februar 2017, als die Beigeladene bei ihr (der Beklagten) versichert gewe- sen sei, zu einer Arbeitsunfähigkeit geführt habe. Zudem habe die Beige- ladene vom 1. April bis 5. September 2018 und damit während gut fünf Monaten ein 100%-Pensum ausgeübt, womit auch der zeitliche Konnex un- terbrochen worden sei.

- 5 - 1.2. Gegenstand der vorliegenden Klage ist eine Regressforderung der Kläge- rin im Sinne von Art. 26 Abs. 4 BVG. Der betreffende Artikel regelt für den Fall, dass sich der Versicherte beim Entstehen des Leistungsanspruchs nicht in der leistungspflichtigen Vorsorgeeinrichtung befindet, dass dieje- nige Vorsorgeeinrichtung vorleistungspflichtig ist, der er zuletzt angehört hat. Steht die leistungspflichtige Vorsorgeeinrichtung fest, so kann die vor- leistungspflichtige Vorsorgeeinrichtung auf diese Rückgriff nehmen. Als Vorfrage ist deshalb zu prüfen, ob die Beklagte effektiv leistungspflichtig ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_671/2014 vom 30. Januar 2015 E. 3.4). Die Klägerin verlangt mit ihrem Rechtsbegehren Ziffer 1 zudem die Fest- stellung der Leistungspflicht der Beklagten. Mit der Prüfung der Regress- forderung geht auch die Prüfung einer allfälligen Leistungspflicht der Be- klagten einher. Da das Rechtsschutzinteresse durch ein rechtsgestalten- des Urteil vollständig gewahrt werden kann, besteht kein eigenständiges schutzwürdiges Interesse an der Feststellung der Leistungspflicht der Be- klagten (BGE 120 V 299 E. 2a S. 301 f.). Auf das entsprechende Rechts- begehren der Klägerin ist demnach nicht einzutreten. 2. 2.1. Gemäss Art. 23 lit. a BVG haben Personen Anspruch auf Invalidenleistun- gen, die im Sinne der IV mindestens 40 % invalid sind und bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, versichert wa- ren. 2.2. 2.2.1. Die Invalidenleistungen nach BVG werden von derjenigen Vorsorgeeinrich- tung geschuldet, welcher die den Anspruch erhebende Person bei Eintritt des versicherten Ereignisses angeschlossen war. Versichertes Ereignis nach Art. 23 lit. a BVG ist der Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, unabhängig davon, in welchem Zeitpunkt und in welchem Mass daraus ein Anspruch auf Invalidenleistungen entsteht (BGE 136 V 65 E. 3.1 S. 68). 2.2.2. Unter relevanter Arbeitsunfähigkeit ist die Einbusse an funktionellem Leis- tungsvermögen im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zu verstehen (BGE 134 V 20 E. 3.2.2 S. 23 mit Hinweisen). Die Arbeitsunfähigkeit muss ferner erheblich, offensichtlich und dauerhaft sein (Urteil des Eidgenössi- schen Versicherungsgerichts B 18/97 vom 29. April 1998), und sie muss mindestens 20 % betragen (Urteile des Bundesgerichts 9C_102/2014 vom 1. September 2014 E. 1.1, 9C_569/2013 vom 18. Februar 2014 E. 1.1 und 9C_934/2012 vom 18. Juli 2012 E. 2; MARC HÜRZELER, in: Schneider/

- 6 - Geiser/Gächter [Hrsg.], Kommentar BVG und FZG, 2. Aufl. 2019, N. 8 zu Art. 23 BVG). 2.2.3. Tritt während der Versicherungsperiode eine Arbeitsunfähigkeit ein, die ei- nen Anspruch auf Invalidenleistungen zur Folge hat, muss die Vorsorge- einrichtung den Fall übernehmen, selbst wenn der Invaliditätsgrad sich nach Beendigung des Vorsorgeverhältnisses verändert. Die Leistungs- pflicht einer Vorsorgeeinrichtung für eine erst nach Beendigung des Vor- sorgeverhältnisses eingetretene oder verschlimmerte

Invalidität setzt in- dessen in jedem Fall voraus, dass zwischen relevanter Arbeitsunfähigkeit und nachfolgender Invalidität ein enger sachlicher und zeitlicher Zusammenhang besteht (BGE 136 V 65 E. 3.1 S. 68). 2.2.4. Der sachliche Konnex ist gegeben, wenn der Gesundheitsschaden, der zur Arbeitsunfähigkeit geführt hat, von der Art her im Wesentlichen derselbe ist wie derjenige, der der Erwerbsunfähigkeit zu Grunde liegt. Nicht erforderlich ist ein adäquater Kausalzusammenhang; eine Wechselwirkung im Sinne natürlicher Kausalität genügt (BGE 134 V 20 E. 3.2 S. 22; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] B 111/02 vom 14. Juni 2004 E. 2.2.2.). Die Unterbrechung des zeitlichen Konnexes erfordert eine länger andauernde (annähernd) vollständige Arbeitsfähigkeit (BGE 134 V 20 E. 3.2.1 S. 22; Urteil des Bundesgerichts 9C_653/2016 vom 2. März 2017 E. 3). Eine nachhaltige, den zeitlichen Zusammenhang unterbrechende Er- holung ist anzunehmen, wenn während mehr als dreier Monate eine Ar- beitsfähigkeit von über 80 % in einer angepassten Erwerbstätigkeit vorge- legen hat (BGE 144 V 58 E. 4.5 S. 63). Eine drei Monate oder länger an- dauernde (annähernd) vollständige Arbeitsfähigkeit ist ein gewichtiges In- diz für eine Unterbrechung des zeitlichen Zusammenhangs, sofern sich eine dauerhafte Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit als objektiv wahr- scheinlich darstellt (BGE 134 V 20 E. 3.2.1 S. 22 f. und SVR 2014 BVG Nr. 1 S. 1, 9C_98/2013 E. 4.1). Der zeitliche Zusammenhang kann daher auch bei einer länger als drei Monate dauernden Tätigkeit gewahrt sein, wenn eine dauerhafte berufliche Wiedereingliederung unwahrscheinlich war, etwa weil die Tätigkeit (allenfalls auch erst im Rückblick) als Einglie- derungsversuch zu werten ist oder massgeblich auf sozialen Erwägungen des Arbeitgebers beruhte (BGE 134 V 20 E. 3.2.1 S. 22 f., SVR 2010 BVG Nr. 18 S. 70, 9C_169/2009 E. 3.2 sowie; Urteil des Bundesgerichts 9C_569/2013 vom 18. Februar 2014 E. 1.2.2 und E. 5.3). Eine zuverlässige Einschätzung des zeitlichen Zusammenhangs ist nur möglich, wenn die Entwicklung gesamthaft betrachtet wird. Die Frage, ob eine nachhaltige Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit möglich war, ist somit auch im Lichte von erst später gewonnenen Erkenntnissen zu beurteilen (Urteil des Bun- desgerichts 9C_100/2018 vom 21. Juni 2018 E. 4.2.2 mit Hinweisen).

- 7 - 2.3. Ein Entscheid der IV-Stelle ist für eine Einrichtung der beruflichen Vorsorge verbindlich, insbesondere hinsichtlich des IV-Grades und Rentenbeginns, einschliesslich dem dafür massgebenden Beginn der Arbeitsunfähigkeit in angestammter Tätigkeit, sofern sie in das invalidenversicherungsrechtliche Verfahren einbezogen wurde, die konkrete Fragestellung für die Beurtei- lung des Rentenanspruchs gegenüber der Invalidenversicherung entschei- dend war und die invalidenversicherungsrechtliche Betrachtungsweise auf- grund einer gesamthaften Prüfung der Akten nicht als offensichtlich unhalt- bar erscheint (BGE 143 V 434 E. 2.2 S. 437 und 133 V 67 E. 4.3.2 S. 69 sowie SVR 2021 IV Nr. 38 S. 116, 9C_552/2020 E. 3.2). 3. Zunächst ist zu prüfen, ob die Verfügungen der IV-Stelle vom 12. Juli 2018 (IV-act. 43) und vom 17. Oktober 2023 (IV-act. 258) für die Klägerin und die Beklagte verbindlich sind. Weder der Klägerin noch der Beklagten wurde die IV-Verfügung vom 12. Juli 2018 (IV-act. 43 S. 2) eröffnet, weshalb dieser keine Bindungswir- kung zukommt. Mit Verfügung vom 17. Oktober 2023 wurde der Beigeladenen ab dem 1. Juli 2023 eine Invalidenrente von 50 % einer ganzen In- validenrente zugesprochen (IV-act. 258 S. 4). Da die Beigeladene bis am 31. Mai 2023 ein Taggeld der Invalidenversicherung bezog und erst mit Wirkung ab dem 1. Juni 2023 eine Rente der Invalidenversicherung zuge- sprochen erhielt, war die IV-Stelle nicht darauf angewiesen, den Beginn der Arbeitsunfähigkeit genau festzulegen, zumal die einjährige Wartezeit ge- mäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG per 1. Juni 2023, bei bereits am 24. Septem- ber 2018

erfolgter IV-Anmeldung (IV-act. 48), längst abgelaufen war. Unter diesen Umständen entfaltet die Verfügung der IV-Stelle vom 17. Oktober 2023 bezüglich des Eintritts der invalidisierenden Arbeitsunfähigkeit gegen- über der Klägerin und der Beklagten keine Bindungswirkung (Urteil des EVG B 79/99 und B 4/00 vom 26. Januar 2001 E. 6). Hingegen ist zwischen den Parteien unstrittig und durch die Akten ausgewiesen, dass der Beige- ladenen die Rente aufgrund einer bipolaren Störung (rapid cycling), ICD-

E. 5.1

Die Beklagte erachtet den zeitlichen Konnex zwischen der während des Versicherungsverhältnisses mit ihr eingetretenen Arbeitsunfähigkeit und der bestehenden Invalidität als unterbrochen, da bei der Beigeladenen ab Dezember 2017 eine Arbeitsfähigkeit von 100 % in angepasster Tätigkeit vorgelegen (Klageantwort Rz. 25; 46) und sie vom 1. April bis zum 5. Sep- tember 2018 in einem 100%-Pensum gearbeitet habe, wobei keine Hin- weise über Absenzen oder ungenügende Leistungen vorlägen (Klageant- wort Rz. 27; 47). Bei der Tätigkeit vom 1. April bis zum 5. September 2018 habe es sich um keine angepasste Tätigkeit gehandelt (Klageantwort - 19 - Rz. 51), und erst diese Tätigkeit habe dazu geführt, dass sich ab 2019 die Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit als nicht mehr wahrscheinlich dargestellt habe (Klageantwort Rz. 52).

E. 5.2

Das Arbeitsverhältnis der Beigeladenen bei der der Beklagten angeschlos- senen C._____ GmbH dauerte vom 1. Juli 2015 bis am 30. September 2017 (IV-act. 21.1 S. 1). Ab dem 21. Februar 2017 war die Beigeladene zu 100 % arbeitsunfähig (IV-act. 21.1 S. 2) und befand sich vom 6. März bis

E. 5.3

Soweit echtzeitlich – namentlich im Bericht von Dr. med. J._____ vom 18. August 2017 und im RAD-Bericht vom 20. Oktober 2017 – eine sukzes- sive Steigerung der Arbeitsfähigkeit bis zu 100 % in Aussicht gestellt wurde

- 20 - (IV-act. 23 S. 2; 32 S. 4), handelt es sich um Prognosen, welche sich jedoch in der Folge nicht bestätigen liessen. Bereits im Bericht der Klinik AI._____ vom 18. Mai 2017 war ein Wiedereinstieg mit deutlich reduziertem Pensum empfohlen worden, wobei die behandelnden Ärzte von einer vorsichtig günstigen Prognose ausgegangen waren (IV-act. 19 S. 9). Die Behauptung der Beklagten, wonach sowohl sämtliche Ärzte als auch die Beigeladene davon ausgegangen seien, dass die Arbeitsfähigkeit der Beigeladenen in angepasster Tätigkeit ab Dezember 2017 wieder 100 % betragen habe (Klageantwort Rz. 26), findet demnach keine Grundlage in den Akten. Eine Unterbrechung des zeitlichen Zusammenhangs kann auch nicht aus der von der Beigeladenen per 1. April 2018 bis zum 5. September 2018 aufgenommenen Tätigkeit in der Klinik D._____ in einem 100%-Pensum abgeleitet werden. So wies die behandelnde Psychologin bereits in ihrer E- Mail vom 29. August 2018 darauf hin, dass die Beigeladene seit dem er- neuten Start in den beruflichen Alltag starke Erschöpfungssymptome auf- weise, die rasche Wiedereingliederung bzw. 100%ige Arbeitsfähigkeit lang- fristig nicht gegeben sei und es sich im Gegenteil zeige, dass ein Weiter- führen der aktuellen Arbeit zunehmend die Gesundheit der Beigeladenen gefährde (IV-act. 44). Zudem zeigten sich gemäss fachärztlicher Aussage bei der Beigeladenen durch die bipolare Störung oftmals sehr hohe Moti- vationsschübe, was in der

Übernahme von Aufgaben resultiere, welche die Beigeladene dann oftmals überforderten, vor allem wenn die hypomani- sche Phase ende und die Beigeladene wieder in einen deprimierten Zu- stand verfallt. Auch habe die Beigeladene versucht, ihre schweren Stimmungsschwankungen mit Arbeit zu kompensieren und sich so abzulenken, wodurch sich die Erschöpfungszustände erhöht hätten (IV-act. 224 S. 4). Vor diesem Hintergrund erklärt sich, weshalb die Beigeladene die Anforderungen der Stelle im Jahr 2018 während einiger Monate nach aussen hin zu erfüllen vermochte. Daraus kann jedoch auf keine nachhaltige Wieder- herstellung der Arbeitsfähigkeit geschlossen werden. Auch in der Folge zeigte sich wiederholt, dass die Belastbarkeit der Beigeladenen bei 50– 60 % lag, wobei ein Pensum von 60 % mittel- bis langfristig nicht gehalten werden konnte und Erhöhungen regelmässig mit Leistungsabfall einhergin- gen (vgl. IV-act. 54; IV-act. 62; IV-act. 224 S. 9; IV-act. 242; IV-act. 244 S. 1). In Würdigung aller Umstände ist eine länger andauernde, annähernd voll- ständige Arbeitsfähigkeit mit der tatsächlichen Perspektive einer dauerhaf- ten Berufsausübung und damit eine Unterbrechung der zeitlichen Konnexi- tät nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt (E. 2.2.4. hiervor). Damit ist auch der zeitliche Konnex zwischen der im Zeitraum des Vorsorgeverhält- nisses mit der Beklagten eingetretenen Arbeitsunfähigkeit und der Invalidi- tät ab Juli 2023 (IV-act. 258 S. 4) zu bejahen. Demnach hat die Beklagte aus dem Vorsorgeverhältnis eine Invalidenrente gemäss den gesetzlichen und reglementarischen Bestimmungen auszurichten.

- 21 - 6. Dies führt zusammengefasst zur Bejahung der Leistungspflicht der Beklag- ten. Die von der Klägerin geltend gemachten Vorleistungen für die Beige- ladene für die Zeit vom 25. März 2024 bis zum 25. September 2024 in der Höhe von Fr. 6'683.95 sind ausgewiesen und von der Beklagten nicht be- stritten (Klage Rz. 6; KB 6). Die Beklagte ist antragsgemäss zu verpflichten, der Klägerin diesen Betrag zu bezahlen. 7. 7.1. Die Klägerin verlangt zudem gemäss dem mit der Replik geänderten Rechtsbegehren Ziffer 2 einen Zins von 2.25 % auf ihre Forderung gegen- über der Beklagten aufgrund der seit dem 25. April 2025 monatlich erbrach- ten Vorleistungen (Klage Rz. 45). Die Beklagte verweist auf BGE 145 V 18 und macht geltend, es seien mangels eines vertraglichen Verhältnisses keine Verzugszinsen geschuldet (Klageantwort Rz. 59). Das Bundesgericht entschied mit BGE 145 V 18, dass im Rahmen von Art. 26 Abs. 4 BVG kein Raum für einen Verzugszins verbleibe (BGE 145 V 18 E. 5). In BGE 147 V 10 hat es aber festgehalten, dass zur Regress- forderung ein Regress- resp. Schadenszins gehört, dessen Höhe sich nach dem BVG-Mindestzinssatz plus ein Prozent richtet (BGE 147 V 10 E. 4 und 5). Der Anspruch entsteht im Moment der (Vor-)Leistung der regressieren- den Vorsorgeeinrichtung an die versicherte Person und wird ab dann auch fällig. Gleichzeitig fällt Regress- resp. Schadenszins zugunsten der vorleis- tungspflichtigen Vorsorgeeinrichtung an (BGE 147 V 10 E. 4.3.3 mit Hin- weisen). 7.2. Die Beklagte ist demgemäss zu verpflichten, ab dem 25. April 2024 bis zur Rückerstattung der Vorleistung einen Zins von 2.25 % zu bezahlen (vgl. Art. 12 lit. k BVV 2). Die einzelnen Beträge sind ab dem Zeitpunkt der jeweiligen Leistungserbringung der Klägerin zu verzinsen. 8. 8.1. Das Verfahren ist kostenlos (Art. 73 Abs. 2 BVG). 8.2. Die Beklagte hat ausgangsgemäss (§ 64 Abs. 3 VRPG i.V.m. Art. 106 ZPO) und die Klägerin aufgrund ihrer Stellung als mit einer öffentlich-rechtlichen Aufgabe betraute Organisation (BGE 134 III 625 E. 4 S. 636 und 126 V 143 E. 4a S. 150 f. sowie Urteil des Bundesgerichts 9C_454/2016 vom 9. März 2017 E. 8) keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Jedoch hat die Beklagte der Beigeladenen ausgangsgemäss eine richterlich festgesetzte

- 22 - Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'300.00 zu entrichten (Art. 64 Abs. 3 VRPG i.V.m. Art. 106 Abs. 1 ZPO).

- 23 - Das Versicherungsgericht erkennt: 1. In Gutheissung der Klage vom 3. Oktober 2024, soweit darauf eingetreten wird, wird die Beklagte verpflichtet, der Klägerin die seit dem 25. März 2024 an die Beigeladene erbrachten Vorleistungen zzgl. Zins zu 2.25 % seit der jeweiligen Leistungserbringung zurückzuerstatten. 2. Das Verfahren ist kostenlos. 3. Die Beklagte wird verpflichtet, der Beigeladenen die Parteikosten in richterlich festgesetzter Höhe von Fr. 3'300.00 zu bezahlen. Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG). Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen. Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Aarau, 10. März 2026 Versicherungsgericht des Kantons Aargau 3. Kammer Die Präsidentin: Der Gerichtsschreiber: Gössi Bächli

E. 10

F31 ff. wesensgemäss erst verlässlich diagnostiziert werden könne, wenn wenigstens zwei Episoden ausgewiesen seien. Die Diagnose einer bipolaren affektiven Störung sei umso schwieriger und fehleranfälliger, je kürzer der bisherige Krankheitsverlauf sei. Insbesondere würden hypomane Nachschwankungen (d.h. auf eine Depression folgende Zeiten besonderen Wohlbefindens, guter Stimmung und grosser Aktivität, die aber nicht das Ausmass einer Manie erreichten), auch von Fachleuten nicht selten im Rahmen unipolarer Depressionen gewertet und die Bipolarität der Symptomatik (zunächst) verkannt (Urteil des Bundesgerichts 9C_142/2016 vom 9. November 2016 E. 6.1). Lasse aber erst eine retrospektive Gesamtbetrachtung eine zuverlässige Beurteilung der Entwicklung und der Tragweite eines Gesundheitsschadens zu, könne aus dem Fehlen einer gesicherten echtzeitlichen Diagnose jedenfalls nicht unbesehen auf die fehlende sachliche Konnexität geschlossen werden (Urteil des Bundesgerichts 9C_142/2016 vom 9. November 2016 E. 6.1; 9C_569/2013 vom 18. Februar 2014 E. 5.3). Auch RAD-Arzt D. _____ hielt in seiner Aktennotiz vom 22. Juni 2023 fest, die Diagnose einer bipolaren Störung lasse sich nicht selten erst im Rahmen einer Verlaufsbeobachtung bis hin über Jahre weg stellen (E. 4.2.17, IV-act. 244 S. 2). Dies trifft auch auf den vorliegenden Fall zu. Wie die Beklagte selbst vorbringt, sei 2019 eine Diskussion darüber entbrannt, ob die Beigeladene tatsächlich an einer bipolaren Störung leide, was später bejaht worden sei (Klageantwort Rz. 40). Demnach spricht das Fehlen einer echtzeitlichen Diagnose der unbestrittenen massenhaften rentenbegründenden bipolaren Störung nicht gegen die sachliche Konnexität. Gemäss Bericht der Klinik AI. _____ vom 18. Mai 2017 gab die Beigeladene an, unter starker Antriebsarmut und Stimmungsschwankungen zu leiden, und es wurde über eine Affektlabilität berichtet (E. 4.2.3., IV-act. 19 S. 8). Im Bericht der Psychiatrischen Dienste G. _____ vom 4. Januar 2019 wurde festgehalten, die von der Beigeladenen beschriebenen Schwankungen in der Stimmung würden auf eine bipolare Störung mit depressiven sowie hypomanischen Episoden in Form von Rapid Cycling (ICD-10 F31.6) hindeuten. Im

selben Bericht wurde ausgeführt, dass die Beigeladene selbst

- 18 - berichte, seit zwei Jahren an starken Stimmungsschwankungen zu leiden, wobei sie ca. fünf Tage eine gedrückte Stimmung mit Erschöpfung, geringem Antrieb und vermehrtem Schlafbedürfnis, gefolgt von ca. zwei Tagen eines Hochs, erlebe. Seitdem die Beigeladene Venlafaxin einnehme, sei es nun zu vermehrtem Wechsel zwischen den Episoden gekommen. Der Wechsel auf Venlafaxin sei in der Klinik AI._____ erfolgt (E. 4.2.8., IV-act. 61 S. 3 f.). Die Behandlung in der Klinik AI._____ erfolgte vom 6. März bis

E. 12

Mai 2017 in stationärer psychiatrischer Behandlung in der Klinik AI._____ (IV-act. 19; vgl. IV-act. 55). Im Bericht vom 18. Mai 2017 wurde festgehalten, der Schweregrad der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit betrage weiterhin 100 %, ab Anfang Juni könne mit einer schrittweisen Wiederaufnahme der Arbeit gerechnet werden, wobei für den Wiedereinstieg ausdrücklich ein deutlich reduziertes Arbeitspensum empfohlen wurde (IV-act. 19 S. 9; vgl. IV-act. 55). Dr. med. I._____ attestierte per 1. September 2017 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % und per 9. November 2017 eine solche von 30 % (IV-act. 40). Dr. med. J._____ attestierte in seinem Bericht vom 18. August 2017 per 1. September eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für 6- 8 Wochen mit gestufter Leistungssteigerung bis zum Vollzeitpensum (IV-act. 23 S. 2). Der RAD hielt in der Aktenbeurteilung vom 20. Oktober 2017 fest, die Beigeladene sei aktuell in angestammter wie auch angepasster Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig, prognostisch sei eine sukzessive Steigerung bis 100 % möglich (IV-act. 32 S. 4). Ab dem 1. Oktober 2017 bis 31. März 2018 bezog die Beigeladene Vorleistungen der Arbeitslosenversicherung, wobei sie gemäss Verfügung des Amts für Wirtschaft und Arbeit Aargau vom 25. Oktober 2017 als 50 % arbeitsfähig erachtet wurde (IV-act. 35). Per 1. April 2018 trat die Beigeladene eine neue Stelle in der Klinik D._____ als OP-Assistentin in einem 100%-Pensum an (IV-act. 125 S. 3). Bereits im Verlauf des Sommers 2018 zeigte sich indes eine erneute Dekompensation. Die behandelnde Psychologin hielt in einem E-Mail vom 29. August 2018 fest, seit Wochen bzw. seit erneutem Start in den beruflichen Alltag zeigten sich wieder starke Erschöpfungssymptome, eine rasche Wiedereingliederung bzw. 100%ige Arbeitsfähigkeit sei langfristig nicht gegeben, und eine Weiterführung der aktuellen Arbeit gefährde zunehmend die Gesundheit (IV-act. 44). Im Assessmentbericht Integration vom 27. September 2018 wurde ebenfalls festgehalten, seit Stellenantritt im April 2018 sei es relativ rasch wieder zu einem Erschöpfungszustand gekommen und der Gesundheitszustand habe sich rasch wieder verschlechtert (IV-act. 47). Per 6. September 2018 war die Beigeladene sodann zu 50 % arbeitsunfähig (IV-act. 47 S. 2).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.