

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/212 vom 7. August 2020**

Sg Versicherungsgericht, 2020-08-07, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2018\\_212](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2018_212)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/212 du 7 août 2020

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/212 del 7 agosto 2020

## **Regeste**

Die IV-Stelle hat der Beigeladenen bei der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung Typ Borderline zu Recht eine ganze Rente ab 1. Mai 2016 zugesprochen. Abweisung der durch die zuständige Pensionskasse erhobenen Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 7. August 2020, IV 2018/212).

## **Volltext**

Entscheid vom 7. August 2020 Besetzung Präsidentin Miriam Lendfers, Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Karin Kobelt Geschäftsnr. IV 2018/212 Parteien Sammelstiftung A.\_\_\_\_, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Andreas Gnädinger, Hubatka Müller Vetter, Seestrasse 6, Postfach, 8027 Zürich, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, am Verfahren beteiligt B.\_\_\_\_, Beigeladene, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Laurent Häusermann, Amparo Anwälte und Notare, Neugasse 26, Postfach 148, 9001 St. Gallen, Gegenstand Rente (für B.\_\_\_\_) Sachverhalt B.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherte) absolvierte vom 1. August 2012 bis 31. Juli 2014 im C.\_\_\_\_ eine Lehre zur Fachfrau Hauswirtschaft und war im Anschluss noch bis 31. Dezember 2014 im C.\_\_\_\_ befristet angestellt (IV-act. 15-2 und 15-11). Per 1. März 2015 nahm sie bei der D.\_\_\_\_ ein Arbeitsverhältnis als Betriebsassistentin auf (IV-act. 10-3). Am 22. Mai 2015 trat sie "aufgrund von Mobbing am Arbeitsplatz" ins Kriseninterventionszentrum (KIZ) des Psychiatrischen Zentrums E.\_\_\_\_ ein, wo sie in der Folge bis 2. Juli 2015 stationär behandelt wurde. An diesem Tag trat sie in die Psychiatrische Klinik F.\_\_\_\_ über, wo sie noch bis 8. Oktober 2015 stationär behandelt wurde (vgl. IV-act. 31-7). Dem diesbezüglichen Austrittsbericht vom 26. Oktober 2015 sind die Diagnosen mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10: F32.10) sowie Anpassungsstörung im Sinne einer protrahierten adolescentären Krise (ICD-10: F43.25) zu entnehmen (IV-act. 31-6). Am 30. Oktober 2015 meldete die Versicherte sich unter Hinweis auf eine seit 22. Mai 2015 bestehende und zu vollständiger Arbeitsunfähigkeit führende psychische Erkrankung bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-act. 1). Am 16. November 2015 berichteten Dr. med. G.\_\_\_\_ und Dr. med. H.\_\_\_\_, E.\_\_\_\_, die Versicherte stehe in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung und nehme an der Skills-Gruppe teil (IV-act. 17-2). Das Erstgespräch habe am 26. Oktober 2015 stattgefunden. Es bestehe der Verdacht auf eine emotional-instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typ (ICD-10: F60.31; IV-act. 17-1 f.). Am 9. Februar 2016 wurde die Versicherte von Dr. med. I.\_\_\_\_, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) abgeklärt. Diese kam zum Schluss, dass seit Mai 2015 eine

100%ige Arbeitsunfähigkeit für alle Tätigkeiten auf dem 1. Arbeitsmarkt bestehe. Wie lange diese Arbeitsunfähigkeit andauere, lasse sich momentan noch nicht abschätzen. Es wäre sinnvoll, nach Beendigung der Skillsgruppe einen Arztbericht einzuholen und dann erneut eine versicherungsmedizinische Beurteilung vorzunehmen. Je nach Stabilität des Gesundheitszustandes wäre dann auch an eine Arbeitsabklärung zu denken (IV-act. 22-1 und 4). Mit Mitteilung vom 17. Februar 2016 verneinte die IV-Stelle einen Anspruch der Versicherten auf berufliche Massnahmen, da solche aufgrund ihres Gesundheitszustandes nicht möglich seien (IV-act. 25). Die Dres. G.\_\_\_\_ und H.\_\_\_\_ erhoben mit Arztbericht vom 16. März 2016 die Diagnosen einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typ (ICD-10: F60.31), sowie Störungen durch Alkohol, schädlicher Gebrauch (ICD-10: F10.1). Die Ärzte erklärten, die genaue Dauer der Arbeitsunfähigkeit sei im Moment schwer zu prognostizieren, vorerst würden sie weiterhin von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgehen. Es gebe eine teilweise Rückbildung der depressiven Symptomatik bei weiterhin bestehender Grundproblematik. Für den Sommer 2016 werde evtl. eine langsame berufliche Integration geplant (IV-act. 33). Dr. med. J.\_\_\_\_, Fachärztin für Innere Medizin, K.\_\_\_\_, erklärte mit Bericht vom 3. Juni 2016, die Arbeitsunfähigkeit werde seit November 2015 regelmässig vom Psychiater beurteilt. Bei weiterer Stabilisierung sei im Verlauf eine schrittweise Steigerung der Arbeitsfähigkeit in stressfreier Atmosphäre anzustreben (IV-act. 31-5). Am 6. Juni 2016 berichteten die Dres. G.\_\_\_\_ und H.\_\_\_\_ aufgrund der emotional-instabilen Persönlichkeitsstruktur bestehe immer ein Restrisiko einer eventuellen Dekompensation. Zurzeit sei eine Arbeitsintegration von ca. 20-30% auf dem 2. Arbeitsmarkt denkbar. Man empfehle eine langsame Wiedereingliederung, um die Versicherte nicht zu überfordern, und eine Potentialabklärung. Momentan nehme die Versicherte ca. dreimal pro Monat die ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung in Anspruch und nehme an der Skillsgruppe teil. Zusätzlich besuche sie das Tageszentrum der L.\_\_\_\_ an zwei halben Tagen (IV-act. 37-3 f.). Ende Oktober 2016 (Eingang des Berichts bei der IV-Stelle: 26. Oktober 2016) berichtete Dr. H.\_\_\_\_, welcher sich zwischenzeitlich mit eigener Praxis für Psychiatrie in M.\_\_\_\_ selbständig gemacht hatte, ab November 2016 sei eine Arbeitsintegration von 20% auf dem 1. Arbeitsmarkt denkbar. Es werde eine langsame Wiedereingliederung empfohlen, um eine weitere Stabilisierung zu gewährleisten. Aktuell besuche die Versicherte das Tageszentrum der L.\_\_\_\_ an drei halben Tagen pro Woche (IV-act. 40-2). Am 24. Januar 2017 informierte die Versicherte die IV-Stelle darüber, dass sie ab Februar 2017 wieder zu 100% arbeitsunfähig sein werde (IV-act. 42). Dementsprechend attestierte Dr. H.\_\_\_\_ der Versicherten mit Zeugnis vom 23. Januar 2017 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 1. Februar bis 31. März 2017 (IV-act. 43). Am 24. Februar 2017 bat Dr. I.\_\_\_\_ vom RAD um Einholung eines aktuellen Arztberichts beim behandelnden Psychiater sowie um eine laborchemische Kontrolle von Alkohol (IV-act. 44). Dr. H.\_\_\_\_ berichtete am 6. März 2017, in den vergangenen Wochen habe sich der Allgemeinzustand der Versicherten leider verschlechtert. Die Stimmungsschwankungen und der Drang, sich selbst zu verletzen, seien stärker geworden. Das oberste Ziel sei eine deutliche Stabilisierung der Stimmungs- und Antriebslage der Versicherten, so dass sie in der Lage sei, einer Arbeit nachzugehen. Momentan seien sie noch weit entfernt von diesem Ziel. Ob es je erreicht werden könne, sei noch nicht vorausszusagen (IV-act. 46-1). Unter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung sowie dem Besuch der Skillsgruppe habe die Versicherte ihren Alkoholkonsum reduzieren können. Früher habe sie bis zu drei Liter Bier am Tag getrunken, seit mehr als sechs Monaten trinke sie nicht mehr regelmässig, d.h.

nicht mehr jeden Tag. Wenn sie trinke, dann ca. einen halben Liter Bier (IV-act. 46-2). Dr. J.\_\_\_\_ liess der IV-Stelle am 21. März 2017 Laborresultate der Versicherten vom 27. Januar 2017 zukommen (IV-act. 48-6) und erklärte, bezüglich Alkoholkonsum der Versicherten sei ihr nichts bekannt (IV-act. 48-2). Am 27. März resp. 4. April 2017 informierte die Versicherte die IV-Stelle darüber, dass sie am 3. April 2017 in die Psychotherapeutische Tagesklinik N.\_\_\_\_ eingetreten sei (vgl. IV-act. 51, 52 und act. G 27.1.2 S. 1 oben). Dr. I.\_\_\_\_ vom RAD hielt am 24. Mai 2017 in einer Aktenbeurteilung fest, es liege kein stabiler Gesundheitszustand vor. Seit Mai 2015 sei eine durchgehende Krankschreibung durch den behandelnden Facharzt erfolgt. Die Versicherte befinde sich seit Mai 2015 in psychiatrischer Behandlung (ambulant, stationär, teilstationär). Sie unternehme alle zumutbaren möglichen Massnahmen, um eine Verbesserung des Gesundheitszustandes bzw. der Arbeitsfähigkeit zu erreichen (IV-act. 57). Mit Vorbescheid vom 6. Juli 2017 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Ausrichtung einer ganzen Rente ab 1. Mai 2016 in Aussicht (IV-act. 61). Am 9. und 16. August 2017 fand im O.\_\_\_\_ der E.\_\_\_\_ eine testpsychologische Untersuchung der Versicherten statt (IV-act. 80-3). Gemäss PD Dr. med. Dr. phil. P.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und lic. phil. Q.\_\_\_\_, Psychologe FSP, waren aufgrund der Untersuchung die Kriterien für das Vorliegen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erfüllt. Vor diesem Hintergrund würden sich zudem selbstunsichere und paranoide Persönlichkeitszüge zeigen. Für eine abschliessende Vergabe einer entsprechenden Diagnose sollten, insbesondere wegen des Alters der Versicherten, unbedingt der Verlauf über einen längeren Zeitraum sowie umfangreiche fremdanamnestiche Informationen berücksichtigt werden (Bericht vom 18. August 2017; IV-act. 80-8). Gegen den Vorbescheid vom 6. Juli 2017 liess die Sammelstiftung A.\_\_\_\_ am 29. August 2017 durch ihren Rechtsvertreter Einwände anbringen (IV-act. 64). Am 26. September 2017 ging bei der IV-Stelle ein Arbeitsvertrag zwischen der Versicherten und dem R.\_\_\_\_ ein, gemäss welchem die Versicherte per 1. November 2017 eine 50%-Tätigkeit als Mitarbeiterin im Bereich Hauswirtschaft aufnehmen werde, sofern sie Anspruch auf eine Rente von mindestens 50% habe (IV-act. 67). Der Rechtsvertreter der Versicherten nahm am 7. November 2017 zum Einwand der A.\_\_\_\_ Stellung (IV-act. 80). Dr. I.\_\_\_\_ vom RAD hielt am 19. Dezember 2017 fest, es würden keine neuen medizinischen Informationen vorliegen (IV-act. 81). Am 16. Januar 2018 machte der Rechtsvertreter der A.\_\_\_\_ von der ihm eingeräumten Möglichkeit zur Stellungnahme (IV-act. 82) Gebrauch (IV-act. 83). Mit Verfügung vom 22. Mai 2018 sprach die IV-Stelle der Versicherten ab 1. Mai 2016 eine ganze Rente zu (IV-act. 100). Gegen diese Verfügung liess die A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdeführerin) am 19. Juni 2018 durch ihren Rechtsvertreter die vorliegend zu beurteilende Beschwerde erheben und unter Kosten- und Entschädigungsfolgen beantragen, die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache an die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zurückzuweisen mit dem Auftrag, ein Eingliederungsverfahren an die Hand und weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen. Zur Begründung wurde vorgebracht, die Beschwerdegegnerin habe den Heilungsverlauf und insbesondere die Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Versicherten gar nicht abzuklären versucht. Eine eingehende Abklärung und nach Möglichkeit eine baldmögliche Wiedereingliederung habe bei einer noch sehr jungen Versicherten so bald als möglich stattzufinden. Die stetige Besserung des Gesundheitszustandes der Versicherten sei von der Beschwerdegegnerin sowohl bis zum (vorübergehenden) gesundheitlichen Einbruch im Januar bzw. Februar 2017 als auch danach unberücksichtigt geblieben. Von einem instabilen Gesundheitszustand könne nicht die Rede sein. Eine Erwerbsunfähigkeit im

Sinne des Gesetzes könnte erst nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung festgestellt werden. Hinsichtlich der IV-Berentung von Jugendlichen unter 30 Jahren sei aus gesetzgeberischer Sicht in jüngster Vergangenheit diskutiert worden, Menschen unter 30 Jahren sei grundsätzlich keine Rente zu gewähren. Die Ablehnung dieser Altersgrenze sei namentlich damit gerechtfertigt worden, die Verwaltung habe aufzeigen können, dass die IV darauf hinarbeite, möglichst wenige Renten an unter 30-Jährige auszurichten. Dies sei vorliegend nicht geschehen. Aus den von der Beschwerdegegnerin eingeholten medizinischen Abklärungen ergäben sich zahlreiche Widersprüche und offene Fragen. Eine diagnostische Herleitung des psychischen Krankheitsbildes der Versicherten sei weder nachvollziehbar noch schlüssig belegt worden. Die Diagnosen der Hausärztin Dr. J. \_\_\_ und der behandelnden Ärzte der psychiatrischen Klinik F. \_\_\_ würden nicht mit den Diagnosen des aktuell behandelnden Psychiaters Dr. H. \_\_\_ übereinstimmen. Die von den Ärzten empfohlene Potentialabklärung sei nicht an die Hand genommen worden. Schliesslich sei die durch die psychischen Leiden bedingte Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Versicherten nicht in einem strukturierten Beweisverfahren anhand von Indikatoren ermittelt worden. Darüber hinaus sei von der Beschwerdegegnerin nicht abgeklärt worden, ob der Versicherten eine Reduktion des schädlichen Alkoholkonsums zumutbar sei respektive ob eine solche Reduktion tatsächlich stattgefunden habe (act. G 1). Mit Beschwerdeantwort vom 25. Juli 2018 beantragte die Beschwerdegegnerin unter Hinweis auf ein Urteil des hiesigen Gerichts vom 23. August 2017 (IV 2015/154) das Nichteintreten auf die Beschwerde, da die Beschwerdeführerin nicht zur Beschwerdeerhebung legitimiert sei (act. G 6). Mit Replik vom 16. November 2018 liess die Beschwerdeführerin durch ihren Rechtsvertreter an ihren Anträgen festhalten und ausführen, dass sie sehr wohl zur Beschwerde legitimiert sei, da sie an den Entscheid der Beschwerdegegnerin gebunden sei (act. G 13). Mit Schreiben vom 21. Januar 2019 lud das Versicherungsgericht die Versicherte zum Prozess zwischen der Beschwerdeführerin und der Beschwerdegegnerin bei (act. G 15). Am 8. März 2019 liess sich die Beigeladene durch ihren Rechtsvertreter vernehmen und unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zzgl. Mehrwertsteuer zu Lasten der Beschwerdeführerin das Nichteintreten, eventualiter die Abweisung der Beschwerde beantragen (act. G 18). Gleichzeitig wurde dem Gericht eine E-Mail vom R. \_\_\_ betreffend das Arbeitsverhältnis mit der Beigeladenen vom 8. März 2019 eingereicht. Diesem zufolge war die Beigeladene vom 1. November 2017 bis 7. Februar 2018 in einer 50%-Anstellung im 2. Arbeitsmarkt tätig gewesen und hatte dieses Arbeitsverhältnis nach zunehmend häufigeren gesundheitsbedingten Absenzen beendet (act. G 18.1). Mit Schreiben vom 18. April 2019 äusserte sich der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin unter Erneuerung seiner Begehren gemäss Beschwerde zur Eingabe der Beigeladenen (act. G 22). Zu dieser Stellungnahme äusserte sich der Rechtsvertreter der Beigeladenen am 20. Mai 2019 (act. G 24). Am 4. Februar 2020 reichte der Rechtsvertreter der Beigeladenen einen Bericht der Praxis für Neuropsychologie, MSc S. \_\_\_, M. \_\_\_, vom 23. Januar 2020 betreffend eine neuropsychologische Untersuchung der Beigeladenen vom 20. Januar 2020 (act. G 27.1.1) und einen Bericht von Dr. H. \_\_\_ vom 3. Februar 2020 (act. G 27.1.2) zu den Akten. Am 4. Juni 2020 liess der Rechtsvertreter der Beigeladenen dem Gericht einen Austrittsbericht der E. \_\_\_ vom 1. April 2020 betreffend einen stationären Aufenthalt der Beigeladenen vom 24. Februar bis 18. März 2020 zukommen (act. G 29 und 29.1). Erwägungen Umstritten und vorab von Amtes wegen zu prüfen ist die Frage, ob die Voraussetzungen für ein Eintreten auf die Beschwerde erfüllt sind. Erlässt ein Versicherungsträger eine Verfügung, welche die Leistungspflicht eines anderen Trägers berührt, so hat er auch ihm die Verfügung zu

eröffnen. Dieser kann die gleichen Rechtsmittel ergreifen wie die versicherte Person (Art. 49 Abs. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Gemäss Art. 59 ATSG ist zur Beschwerde berechtigt, wer durch die angefochtene Verfügung berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat. Vorsorgeeinrichtungen haben nach der Rechtsprechung ein schutzwürdiges Interesse an der gerichtlichen Überprüfung einer rentenzusprechenden Verfügung der IV-Stelle, sofern und soweit diese für ihren Entscheid Bindungswirkung entfaltet (vgl. dazu Ulrich Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, N 87 zu Art. 49 und N 47 f. zu Art. 59 sowie BSK ATSG-Susanne Genner, N 62 zu Art. 49 mit Hinweis). Das Bundesgericht hat die gemäss seiner Rechtsprechung bestehende grundsätzliche Bindungswirkung des von einer IV-Stelle festgelegten Invaliditätsgrades und des Beginns der einjährigen Wartezeit nach Art. 29 Abs. 1 lit. b des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) gestützt auf Art. 23 f. und 26 des Bundesgesetzes über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG; SR 831.40) trotz vom hiesigen Gericht zuweilen vertretener gegenteiliger Ansicht (vgl. beispielsweise Entscheide vom 23. August 2017, IV 2015/154, und vom 27. April 2018, IV 2016/52) bestätigt (BGE 133 V 69 E. 4.3.2; Urteil vom 16. November 2018, 9C\_431/2018, E. 3.2; vgl. auch Kieser, ATSG-Kommentar, N 49 zu Art. 59). Nachdem die Beschwerdegegnerin den Beginn des Wartejahres auf den 22. Mai 2015 legte und der Beigeladenen ab 1. Mai 2016 eine IV-Rente zusprach und diese ab dem 1. März 2015 bis Ende des Jahres 2015 bei der Beschwerdeführerin versichert war (vgl. IV-act. 10-5 sowie Art. 10 BVG), ist Letztere durch die angefochtene Verfügung direkt betroffen und an diese gebunden. Sie beantragt der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zufolge eine Abänderung des Dispositivs der angefochtenen Verfügung bezüglich des Rentenanspruchs. Es ist deshalb in Anwendung der referenzierten Bundesgerichtspraxis auf die Beschwerde einzutreten. In materieller Hinsicht ist der Rentenanspruch der Beigeladenen umstritten. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c). Als Invalidität gilt laut Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein Anspruch auf eine Viertelsrente. Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin

ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen; BGE 141 V 14 E. 6.3.1). Rechtsprechungsgemäss bildet das Datum der streitigen Verfügung bzw. des streitigen Einspracheentscheids die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (vgl. BGE 129 V 169 E. 1; Kieser, ATSG-Kommentar, N 109 zu Art. 61). Spätere Arztberichte (und andere einschlägige Dokumente) sind allerdings in die Beurteilung miteinzubeziehen, soweit sie Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegebene Situation erlauben (BGE 121 V 366 E. 1b, Urteil des Bundesgerichts vom 30. Oktober 2009, 8C\_447/2009 E. 3.5). Die Beschwerdeführerin stellt sich auf den Standpunkt, die Beschwerdegegnerin habe der Beigeladenen gestützt auf eine unvollständige medizinische Aktenlage und in Verletzung des Grundsatzes "Eingliederung vor Rente" ab 1. Mai 2016 eine ganze Rente zugesprochen (act. G 1 IV.). Die Beigeladene stand erstmals in psychiatrischer Behandlung, als sie sich vom 22. Mai bis 8. Oktober 2015 stationär im KIZ und in der psychiatrischen Klinik F.\_\_\_\_ aufhielt (vgl. IV-act. 31-6 f.). Beim Austritt wurden die Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10: F32.10) sowie einer Anpassungsstörung im Sinne einer protrahierten adoleszenten Krise (ICD-10: F43.25) gestellt (IV-act. 31-6). Nach dieser stationären Behandlung begab sich die Versicherte am 26. Oktober 2015 in ambulante psychiatrische Behandlung bei Dr. H.\_\_\_\_, welcher am 16. November 2015 zusammen mit Dr. G.\_\_\_\_ die Verdachtsdiagnose einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (ICD-10: F60.31) stellte (IV-act. 17-2 sowie 17-1). Dr. I.\_\_\_\_ vom RAD erhob diese Diagnose nach ihrer Untersuchung der Beigeladenen vom 9. Februar 2016 (IV-act. 22-3). Und auch die Dres. H.\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_ erachteten diese Diagnose ab spätestens 16. März 2016 als feststehend (IV-act. 33). Sie wichen in keinem späteren Bericht von dieser ab (vgl. IV-act. 37-2, 40-1 und 46-1) und Dr. H.\_\_\_\_ erklärte am 3. Februar 2020, nach mehr als vier Jahren ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung der Beigeladenen könne er bestätigen, dass es sich bei ihr um eine Borderline-Persönlichkeitsstörung handle (act. G 27.1.2). Bestätigt wurde diese Diagnose sodann durch eine testpsychologische Untersuchung vom 9. und 16. August 2017 vom Psychologen lic. phil. Q.\_\_\_\_ und vom Psychiater und Psychologen Dr. Dr. P.\_\_\_\_ (IV-act. 80) sowie im Rahmen einer neuropsychologischen Untersuchung vom 20. Januar 2020 durch die Fachpsychologin MSc S.\_\_\_\_ (act. G 27.1.1). Auch im Austrittsbericht der E.\_\_\_\_ vom 1. April 2020 betreffend die stationäre Behandlung der Beigeladenen vom 24. Februar bis 18. März 2020 bestätigten die beiden berichtenden Ärzte diese Diagnose (act. G 29.1). Soweit der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hinsichtlich der abweichenden Diagnosestellung auf den Austrittsbericht der Psychiatrischen Klinik F.\_\_\_\_ vom 26. Oktober 2015 und die Hausärztin Dr. J.\_\_\_\_ verweist, welche eine Anpassungsstörung im Sinne einer protrahierten adoleszenten Krise nennen, vermag dies die später durch fünf psychiatrische Fachärzte und zwei Psychologen erhobene resp. bestätigte Diagnose der Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ nicht in Zweifel zu ziehen. Einerseits nannte Dr. J.\_\_\_\_ diese Diagnosen am 3. Juni 2016 und 21. März 2017

wohl gestützt auf den ganz am Anfang der psychiatrischen Behandlung der Beigeladenen stehenden und daher im Verfügungszeitpunkt nur noch begrenzt aussagekräftigen Austrittsbericht der Psychiatrischen Klinik F.\_\_\_\_ vom 26. Oktober 2015 (vgl. IV-act. 31 sowie 48). Andererseits kann gemäss den ICD-Kriterien ohnehin nur bis zu einer Dauer von sechs Monaten die Diagnose einer Anpassungsstörung gestellt werden, da die Symptome definitionsgemäss nicht länger als sechs Monate nach Ende der Belastung oder ihrer Folgen andauern (Horst Dilling/Harald J. Freyberger, Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen, 7. Aufl., Bern 2014, S. 177 f.) bzw. bei längerem Verlauf eine neue Diagnosestellung zu erfolgen hat. Nach dem Gesagten ist es plausibel und nachvollziehbar, dass die Beschwerdegegnerin bei der Beigeladenen im Verfügungszeitpunkt von der Diagnose Persönlichkeitsstörung vom Typ Borderline ausging. Hieran vermag auch der Umstand nichts zu ändern, dass lic. phil. Q.\_\_\_\_ und Dr. Dr. P.\_\_\_\_ nach der testpsychologischen Untersuchung vom 18. August 2017 festhielten, für eine abschliessende Vergabe einer entsprechenden Diagnose sollten insbesondere wegen des Alters der Patientin der Verlauf sowie umfangreiche fremdanamnestiche Informationen berücksichtigt werden (IV-act. 80-8). Denn einerseits hielten die beiden klar fest, dass die Kriterien für das Vorliegen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erfüllt seien (IV-act. 80-8), und andererseits wurde die Diagnose - unter anderem - durch eine gut zwei Jahre später am 20. Januar 2020 erfolgte neuropsychologische Untersuchung bestätigt (act. G 27.1.1). Hinsichtlich des von der Beschwerdeführerin ins Feld geführten Alkoholkonsums der Beigeladenen hat Dr. I.\_\_\_\_ am 24. Mai 2017 festgehalten, Menschen mit der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung würden oftmals ein Suchtverhalten aufweisen, im IV-Kontext sei somit von einem sekundären Suchtgeschehen auszugehen (IV-act. 57-1). Die Beschwerdegegnerin hat am 5. Juli 2017 zusammenfassend festgestellt, der Alkoholkonsum stelle kein primäres Krankheitsgeschehen dar, sondern sei im Bereich des Krankheitsbildes entstanden. Auch mit einer vollständigen Abstinenz würde auf dem freien Arbeitsmarkt keine Arbeitsfähigkeit bestehen, weshalb keine diesbezüglichen Auflagen angezeigt seien. Die Beigeladene befinde sich in adäquater Behandlung (IV-act. 58-3). MSc S.\_\_\_\_ beschrieb den Alkoholkonsum der Beigeladenen als "im Sinne einer Selbsttherapie interpretierbar", was vor dem Hintergrund, dass die Beigeladene den Alkoholkonsum als die Stimmungsschwankungen etwas beruhigend angab (vgl. act. G 27.1.1 S. 2 Mitte und S. 5 unten), nachvollziehbar ist. Dass die der Beschwerdegegnerin von Dr. J.\_\_\_\_ am 21. März 2017 eingereichten Laborresultate der Beigeladenen vom 27. Januar 2017 in Bezug auf die Kontrolle des Alkoholkonsums allenfalls nicht relevant sind - wie dies die Beschwerdeführerin vorbringen lässt (act. G 1 II. Ziff. 9) -, ist möglich. Dies kann vom Gericht nicht beurteilt werden. Aus dem Hinweis in Dr. J.\_\_\_\_s Bericht vom 21. März 2017, ihr sei nichts bekannt in Zusammenhang mit einem allfälligen Alkoholkonsum der Beigeladenen, ist immerhin zu schliessen, dass allfällige Marker für Alkohol in dieser Laboruntersuchung unauffällig waren. Vor dem Hintergrund, dass aufgrund der Akten davon auszugehen ist, dass der Alkoholkonsum mit der Persönlichkeitsstörung der Beigeladenen zusammenhing und mit der Beschwerdegegnerin davon auszugehen ist, dass auch mit einer vollständigen Abstinenz auf dem freien Arbeitsmarkt keine Arbeitsfähigkeit der Beigeladenen bestanden hätte (vgl. nachstehend Erwägung 3.3 und 3.4), ist es nicht zu beanstanden, dass die laborchemische Kontrolle von der Beschwerdegegnerin nicht weiterverfolgt worden ist. Bezüglich der der Beigeladenen attestierten Arbeits(un)fähigkeit macht der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin geltend, Dr. I.\_\_\_\_ sei in ihrer RAD-Stellungnahme vom 24. Mai 2017 aktenwidrig von einer durchgehenden 100%igen

Arbeitsunfähigkeit seit 22. Mai 2015 ausgegangen (act. G 1 II. Ziff. 10). Es ist korrekt, dass der behandelnde Psychiater Dr. H.\_\_\_\_ am 6. Juni 2016 über eine ca. 20-30%ige Arbeitsfähigkeit auf dem 2. Arbeitsmarkt der Beigeladenen berichtete (IV-act. 37-4) und ihr ab 1. November 2016 eine 20%ige Arbeitsfähigkeit auf dem 1. Arbeitsmarkt attestierte (IV-act. 40-2). Jedoch musste Dr. H.\_\_\_\_ der Beigeladenen bereits ab 1. Februar 2017 wieder eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestieren (IV-act. 43), weil sich ihr Allgemeinzustand verschlechtert habe. Die Stimmungsschwankungen und der Drang, sich selber zu verletzen, seien stärker geworden (IV-act. 46). Entgegen den Vorbringen der Beschwerdeführerin stabilisierte sich der Gesundheitszustand der Beigeladenen in der Folge nicht (vgl. act. G 1 II. Ziff. 9), vielmehr musste sie sich vom 3. April bis 7. Juli 2017 teilstationär behandeln lassen (vgl. act. G 27.1.2). Bei diesem kurzen Zeitfenster einer 20%igen Arbeitsfähigkeit im 1. Arbeitsmarkt ist nicht ersichtlich, inwiefern die Beschwerdegegnerin eine Eingliederung hätte vornehmen sollen respektive können. Selbiges gilt für die von der Beschwerdeführerin verlangte Potentialabklärung (vgl. act. G 1 III. Ziff. 2.4), welche von verschiedenen Ärzten empfohlen wurde für den Zeitpunkt, in welchem sich der Gesundheitszustand der Beigeladenen stabilisiert hat. Dies war bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung nicht der Fall. Der Vollständigkeit halber ist darauf hinzuweisen, dass auch eine länger andauernde Arbeitsfähigkeit im Bereich von 20% nichts am Anspruch auf eine ganze Rente zu ändern vermocht hätte (vgl. auch nachstehend Erwägung 3.4). Nach dem Gesagten gilt es zu prüfen, ob die medizinische Aktenlage eine schlüssige Beurteilung im Licht der massgeblichen Indikatoren (Schweregrad: Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome, Behandlungserfolg oder -resistenz, Komorbidität, Komplex der Persönlichkeit und sozialer Kontext; Konsistenz: Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen und Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen) erlaubt (vgl. BGE 141 V 309 E. 8). Hinsichtlich der genannten Indikatoren kam der Rechtsdienst der Beschwerdegegnerin zum Schluss, dass das Krankheitsbild bei der Beigeladenen ausgewiesen und nicht zu hinterfragen sei. Die Persönlichkeitsstörung sei ausgeprägt. Die wenigen Ressourcen könnten von der Beigeladenen nicht umgesetzt werden. Auch in geschütztem Rahmen könnte keine relevante Leistung umgesetzt werden, weshalb berufliche Massnahmen keinen weiteren Sinn machen würden (IV-act. 58-2). Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin macht demgegenüber gestützt auf die Schilderungen der Beigeladenen anlässlich der RAD-Untersuchung vom 9. Februar 2016 geltend, die Beigeladene verfüge angesichts des Aktivitätsniveaus und der sozialen Kontakte über massgebliche Ressourcen, mit dem - nicht abschliessend geprüften - Krankheitsgeschehen umzugehen (act. G 1 III. Ziff. 2.5 i.V.m. II. Ziff. 4). Die medizinische Aktenlage belegt jedoch hinreichend, dass dem nicht so ist. Die Beigeladene hatte sich vom 22. Mai bis 8. Oktober 2015 stationär behandeln lassen und stand seither durchgehend (bis mindestens 3. Februar 2020, vgl. act. G 27.1.2) in ambulanter Behandlung bei Dr. H.\_\_\_\_. Vom 3. April bis 7. Juli 2017 liess sie sich zusätzlich in der psychotherapeutischen Tagesklinik N.\_\_\_\_ behandeln (act. G 27.1.2) und zuletzt war sie bei akuter Suizidalität vom 24. Februar bis 18. März 2020 auf der akutenpsychiatrischen Abteilung der Psychiatrie F.\_\_\_\_ mit Übertritt ins KIZ stationiert (act. G 29.1). Dr. I.\_\_\_\_ erklärte nach ihrer Exploration der Beigeladenen nachvollziehbar und überzeugend, der psychische Gesundheitszustand der Beigeladenen sei jahrelang schleichend verlaufen, bis es im Mai 2015 zu einem Zusammenbruch gekommen sei. Seitdem zeige sich die Symptomatik der Borderline-Erkrankung mit einem massiven Ausprägungsgrad. Die Beigeladene halte eine

Tagesstruktur ein und sei motiviert, wieder zu arbeiten, was als positive Faktoren zu werten sei. Auf der anderen Seite stünden aktuell die Instabilität und selbstverletzendes Verhalten (IV-act. 22-3). Letztere beiden Faktoren sind bis zum vorliegend zu prüfenden Verfügungserlass durchgehend dokumentiert (vgl. insbesondere IV-act. 33, 37, 46, act. G 27.1.2). Hinsichtlich der Bestrebungen der Beigeladenen, alle zumutbaren möglichen Massnahmen zu unternehmen, um eine Verbesserung ihres Gesundheitszustandes und ihrer Arbeitsfähigkeit zu erreichen (vgl. hierzu IV-act. 57), gehen aus den Akten keinerlei Zweifel hervor. Vor diesem Hintergrund ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin von einer hohen Ausprägung der diagnostizierten Persönlichkeitsstörung und von einer fehlenden Möglichkeit der Umsetzung der vorhandenen Ressourcen und damit von einer fehlenden Arbeitsfähigkeit ausging. Angesichts der vollständigen Arbeitsunfähigkeit der Beigeladenen in der angestammten und in angepassten Tätigkeiten ab 22. Mai 2015 besteht nach Ablauf des Wartejahres ab 1. Mai 2016 (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG) Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung. Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint als angemessen. Die vollständig unterliegende Beschwerdeführerin hat die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu tragen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird ihr daran angerechnet. Obsiegende, anwaltlich vertretene Beigeladene haben Anspruch auf Prozessentschädigung durch die unterliegende Partei (vgl. Melchior Volz in: Christian Zünd, Brigitte Pfiffner Rauber [Hrsg.], Kommentar zum Gesetz über das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich, 2. Auflage Zürich 2009, N 34 zu § 14; vgl. ferner das Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts H 204/00 vom 26. August 2002, E. 6). Die Parteientschädigung ist vom Gericht ermessensweise festzusetzen, wobei insbesondere der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand Rechnung zu tragen ist. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Mit Blick auf die grosse Bedeutung der Streitsache für die Beigeladene und den eher geringen Aktenumfang erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 2'500.-- (einschliesslich Mehrwertsteuer und Barauslagen) angemessen. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Die Beschwerdeführerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird ihr daran angerechnet. Die Beschwerdeführerin hat die Beigeladene mit Fr. 2'500.-- zu entschädigen.

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