

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2021/215 vom 7. September 2022

Sg Versicherungsgericht, 2022-09-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2021_215

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2021/215 du 7 septembre 2022

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2021/215 del 7 settembre 2022

Regeste

Art. 28 IVG; Art. 16 ATSG: Verneinung einer verwertbaren Arbeitsfähigkeit des Beigeladenen auf dem ersten Arbeitsmarkt. Anspruch des Beigeladenen auf eine ganze Invalidenrente bejaht; angefochtene Verfügung der IV-Stelle bestätigt. Abweisung der Beschwerde der Berufsvorsorgeeinrichtung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 7. September 2022, IV 2021/215).

Volltext

Entscheid vom 7. September 2022 Besetzung Präsidentin Christiane Gallati Schneider, Versicherungsrichter Joachim Huber und Michael Rutz; Gerichtsschreiberin Sabrina Bleile Geschäftsnr. IV 2021/215 Parteien Pensionskasse 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.____, Beigeladener, Gegenstand Rente (für B.____) Sachverhalt B.____ (nachfolgend: Versicherter) meldete sich im Februar 2017 für berufliche Massnahmen und Rentenleistungen bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen (nachfolgend: IV-Stelle) an (IV-act. 1). Er war zuletzt bis 31. Januar 2017 als Z.____ in einem Pensum von 100 % bei der C.____ AG tätig gewesen (vgl. IV-act. 1-4 und 8-2). Vom 28. November bis 13. Dezember 2016 hatte er sich stationär in der Psychiatrischen Klinik D.____ aufgehalten. Im entsprechenden Austrittsbericht vom 16. Januar 2017 waren als Diagnosen eine bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome, Störungen durch Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom: Mit ständigem Substanzgebrauch, Kokainmissbrauch und Alkoholmissbrauch genannt worden. Weiter war im Bericht ausgeführt worden, der Versicherte habe angegeben, die erste depressive Episode mit 13 Jahren und die erste manische Episode vor knapp einem Jahr erlebt zu haben. Dann sei er wieder in ein depressives Loch gefallen und sei jetzt wieder manisch. Vor ca. zwei Monaten habe er bemerkt, dass er fast keinen Schlaf mehr brauche. Er habe das Gefühl, ein spezieller Mensch und hochintelligent zu sein. Sein Gehirn arbeite schneller als dasjenige von anderen. Bei ihm sei vor einem Jahr ein Tumor im Gehirn festgestellt worden und daher rauche er Marihuana. Von anderen Schmerzmitteln halte er nichts. Auch konsumiere er Drogen und täglich ca. acht Liter Bier. Die behandelnden Ärzte hatten weiter ausgeführt, dass der Versicherte im Gespräch sehr angetrieben, im formalen Denken sprunghaft und logorrhöisch gewirkt habe. Er habe deutlich gesteigerte Selbstwertgefühle gezeigt und als Ziel des Aufenthaltes angegeben, dass er einen IQ-Test sowie verschiedene andere Tests zur Prüfung der Gehirnleistung durchführen lassen wolle. Im Verlauf der Behandlung sei es ihm gelungen, seine Impulse besser zu kontrollieren und das Schlafverhalten habe sich zunehmend normalisiert. Die Grössenideen seien jedoch

geblieben und im Verlauf habe sich eine unzureichende medikamentöse Adhärenz, die dem Behandlungsvertrag widersprochen habe, gezeigt. Aus diesem Grund sei ein Timeout vereinbart worden und der Eintritt in ein ambulantes Behandlungssetting erfolgt. Der Versicherte sei bei Austritt nicht arbeitsfähig gewesen (IV-act. 15; zum Bericht der Behandelnden des Ambulatoriums vgl. IV-act. 10; zu einem Telefonat des regionalen ärztlichen Dienstes [RAD] mit der behandelnden Psychiaterin vgl. ferner IV-act. 12). Vom 23. August bis 13. Oktober 2017 wurde der Versicherte in der Psychiatrischen Tagesklinik E.____ teilstationär behandelt. Im Austrittsbericht vom 6. November 2017 wurden als Diagnosen eine bipolare affektive Störung (bei Eintritt leichte oder mittelgradige depressive Episode), Störungen durch Alkohol: schädlicher Gebrauch, anamnestisch Störungen durch Kokain: schädlicher Gebrauch, und Störungen durch Cannabinoide:

Abhängigkeitssyndrom: Mit ständigem Substanzgebrauch genannt. Weiter wurde von den behandelnden Ärzten festgehalten, dass der Versicherte Mühe bekundet habe, sich auf die Therapie einzulassen, wobei gerade in der Abschlussphase eine fehlende Krankheitseinsicht im Vordergrund gestanden habe. Im weiteren Verlauf habe sich neben einer unzureichenden medikamentösen Adhärenz (der Versicherte habe jegliche Medikation abgelehnt) und den deutlichen Grössenideen eine eingeschränkte Selbstreflexionsfähigkeit gezeigt, was die Therapiefähigkeit zusätzlich begrenzt habe. Aus diesem Grund sei mit dem Versicherten die vorzeitige Beendigung der Therapie vereinbart worden, was er schwer habe nachvollziehen und akzeptieren können. Den Vorschlag zur stationären Behandlung habe er abgelehnt, wobei bei fehlender akuter Selbst- oder Fremdgefährdung kein Anlass zur Einweisung per fürsorglicher Unterbringung bestanden habe. Es werde eine weitere enge psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung empfohlen. Durch med. pract. F.____, Psychiatrische Tagesklinik E.____, sei diese vorerst sichergestellt. Als wichtig empfunden werde die weitere Überprüfung bzw. Besprechung der Compliance hinsichtlich der medikamentösen Behandlung zur Rückfall/Phasenprophylaxe. In Bezug auf eine berufliche Eingliederung und sinnvolle Tagesstruktur werde die Aufgleisung beruflicher Massnahmen unter Rücksichtnahme auf die Belastbarkeit und Stabilität, beginnend mit einem Pensum von 20 %, empfohlen (IV-act. 18). In einer Stellungnahme vom 17. Januar 2018 gab der RAD die vorläufige Einschätzung ab, wonach sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit eine Präsenzzeit von 50 % bei noch offener Leistungsfähigkeit möglich sei; bei günstigem Verlauf steigerbar und mindestens mittelfristig unterjährig auch im ersten Arbeitsmarkt umsetzbar. Eine weitere versicherungsmedizinische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und der Rahmenbedingungen (erster oder zweiter Arbeitsmarkt) werde unter Einbezug der eingliederungsfachlichen Angaben erfolgen (IV-act. 20). Mit Mitteilung vom 25. April 2018 bejahte die IV-Stelle einen Anspruch des Versicherten auf Integrationsmassnahmen und erteilte Kostengutsprache für ein vom 16. April bis 15. Juli 2018 dauerndes Belastbarkeitstraining bei der G.____ AG mit einer anfänglichen Präsenzzeit von zwei Stunden pro Tag (IV-act. 32; zum entsprechenden Eingliederungsplan vgl. IV-act. 30). Mit Mitteilung vom 19. Juli 2018 verlängerte die IV-Stelle das Aufbautraining bis zum 15. November 2018 mit dem Ziel, die erreichte Präsenzzeit von vier Stunden pro Tag kontinuierlich zu steigern (IV-act. 40; zum Eingliederungsplan vgl. IV-act. 38). Da die zuletzt vereinbarten Ziele innerhalb der gesetzten Frist noch nicht erreicht werden konnten, verlängerte die IV-Stelle mit Mitteilung vom 10. Oktober 2018 das Aufbautraining bis zum 15. Februar 2019 mit dem Ziel, die erreichte Präsenzzeit von fünf Stunden auf sechs bis acht Stunden an fünf Tagen pro Woche zu erhöhen und die Arbeitsfähigkeit zu steigern (IV-act. 49; zum Eingliederungsplan vgl. IV-act. 47). Da der Versicherte am 5. November

2018 erneut in einer psychiatrischen Klinik hospitalisiert werden musste (vgl. IV-act. 62 und 73), wurde die Integrationsmassnahme per 6. November 2018 beendet (vgl. Mitteilung vom 21. November 2018; IV-act. 55; vgl. ferner IV-act. 52). Im Schlussbericht der G.____ AG vom 16. November 2018 wurde festgehalten, dass die Arbeitsfähigkeit aktuell bei 20-30 %, dem Niveau, wies es kurz vor der aktuellen Hospitalisation gewesen sei, liege (IV-act. 59). Am 20. Dezember 2018 wurde der Versicherte aus der stationären Behandlung entlassen. Im Austrittsbericht der Psychiatrie H.____ vom 18. Januar 2019 wurde als Hauptdiagnose eine bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen, genannt. Weiter wurde festgehalten, dass der Versicherte aufgrund optischer Halluzinationen (er habe Blut an den Wänden gesehen und Angst gehabt) auf Zuweisung der ambulanten Psychiaterin im Kantonsspital St. Gallen (KSSG) vorstellig geworden sei. Nach einer somatischen Abklärung im Spital sei der Versicherte in Begleitung seiner Verlobten und seines Vaters bei ihnen erschienen. Fremdanamnestic sei zu erfahren gewesen, dass der Versicherte seit ca. einer Woche nicht mehr er selbst sei. Er schlafe kaum, sei angetrieben und konsumiere Alkohol. Auch konsumiere er Marihuana, Kokain und MDMA. Während des Eintrittsgesprächs sei der zunächst ruhig und ratlos erscheinende Versicherte zunehmend agitiert, logorrhöisch und verbal aggressiv geworden. Kurz nach Eintritt in die Klinik habe der Versicherte ohne Absprache das Klinikgelände verlassen und sei im KSSG auffällig angetroffen worden, sodass eine erneute Zuweisung mit amtsärztlicher fürsorgerischer Unterbringung erfolgt sei. Rückblickend sei die Eintrittssituation, an die sich der Versicherte kaum mehr habe erinnern können, im Rahmen einer manischen Episode mit psychotischen Symptomen interpretiert worden. Aufgrund bizarren Verhaltens (der Versicherte habe z.B. eine Überschwemmung verursachen wollen) sei zunächst die Unterbringung im Isolierzimmer zur Reizabschirmung erfolgt. Mit Hilfe des Sozialdienstes seien Belastungsproben erfolgt, wobei vor allem Konzentrationsstörungen und eine rasche Erschöpfung aufgefallen seien, sodass zunächst unklar gewesen sei, ob das Aufbautraining bei der G.____ AG fortgeführt werden könne. Insgesamt habe sich der Versicherte mässig krankheitseinsichtig und teilweise externalisierend gezeigt. Er sei schliesslich auf eigenen Wunsch nach Hause entlassen worden (IV-act. 73). Mit Mitteilung vom 24. April 2019 erteilte die IV-Stelle eine Kostengutsprache für ein vom 2. April bis 30. September 2019 dauerndes Aufbautraining (IV-act. 82) mit dem Ziel, bei positivem Verlauf die Präsenzzeit von anfänglich drei auf vier Stunden und anschliessend monatlich weiter zu steigern (vgl. IV-act. 79). Mit Mitteilung vom 4. Oktober 2019 wurde das Aufbautraining bis zum 31. Dezember 2019 verlängert (IV-act. 97) mit dem Ziel, die erreichte Präsenzzeit von 50 % weiter zu erhöhen und wenn möglich auch die Arbeitsfähigkeit zu steigern (vgl. IV-act. 95). In einem Bericht vom 22. Oktober 2019 erklärte med. pract. F.____, dass der Versicherte seit dem 27. September 2016 im Rahmen einer hypomanischen Episode im Vorfeld seiner ersten psychiatrischen Hospitalisation krankgeschrieben worden sei. Nach einer Phase des Krankentaggeldbezugs befinde er sich in einer beruflichen Eingliederung mit einem aktuellen Arbeitspensum von ca. 50 %, was seiner realen Arbeitsfähigkeit entspreche. Bei weiterer Abstinenz bezüglich psychotroper Substanzen und weiterhin zuverlässiger Medikamenteneinnahme, der Aufrechterhaltung eines regelmässigen Lebensrhythmus sowie der Einhaltung der persönlichen Leistungsgrenze bzw. dem Einplanen von ausreichend Regenerationszeit zeichne sich eine gute Prognose ab (IV-act. 102). Vom 18. bis 29. November 2019 wurde der Versicherte aufgrund einer hypomanen Phase der bipolaren Störung in der Klinik I.____ hospitalisiert (IV-act. 111). In einer Aktennotiz vom

29. November 2019 bekundete die IV-Eingliederungsberaterin ihre Zweifel, ob eine berufliche Integration auf dem ersten Arbeitsmarkt realistisch sei, nachdem solche hypomanischen bzw. manischen Episoden innerhalb eines Jahres bereits zum zweiten Mal aufgetreten seien (IV-act. 104). Mit Mitteilung vom 2. Dezember 2019 hob die IV-Stelle die Mitteilung vom 4. Oktober 2019 sodann rückwirkend per 18. November 2019 auf (IV-act. 107). Im Austrittsbericht der Klinik I. ___ vom 9. Dezember 2019 wurde festgehalten, dass der Versicherte vom 18. bis 29. November 2019 hospitalisiert worden sei mit dem Ziel der medikamentösen Einstellung und Stimmungsstabilisation. Diagnostisch gehe man von einer hypomanen Entgleisung im Rahmen der bipolaren Störung und einem schädlichen Gebrauch von Cannabinoiden und Kokain aus. Bei Austritt habe noch eine regrediente Angetriebenheit bestanden. Anhaltspunkte für eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung hätten indessen keine mehr vorgelegen (IV-act. 111). Da man sich aufgrund der Neueinstellung der Medikation eine bessere Kontrolle der psychischen Schwankungen erhoffte (vgl. IV-act. 114), erteilte die IV-Stelle am 18. Dezember 2019 erneut Kostengutsprache für ein vom 16. Dezember 2019 bis 15. Mai 2020 dauerndes Aufbautraining zu Beginn mit einem Pensum von 4.5 Stunden pro Tag und mit dem Ziel, dieses zu steigern (IV-act. 115; zum Eingliederungsplan vgl. IV-act. 113). Im Schlussbericht der G. ___ AG vom 10. Juni 2020 wurde ausgeführt, dass die Medikation des Versicherten laufend in Absprache mit med. pract. F. ___ an die jeweiligen Phasen der bipolaren Erkrankung angepasst worden sei. Je nach Phase der Erkrankung sei das Aktivitätsniveau des Versicherten stark schwankend gewesen. In den manischen Phasen habe der Versicherte vor Energie gestrotzt, sei überaus aktiv gewesen und habe nur sehr wenig geschlafen. In den depressiven Phasen sei es genau umgekehrt gewesen. Aufgrund der unvorhersehbaren manischen und depressiven Phasen sei es für den Versicherten schwierig, eine konstant verwertbare Leistung im ersten Arbeitsmarkt zu erbringen (IV-act. 123). Per ___ 2020 trat der Versicherte eine selber gefundene neue Anstellung als technischer Verkaufsdienstmitarbeiter in einem Pensum von 100 % an (IV-act. 127), was der RAD als nicht zielführend erachtete, da im Längsschnitt höchstens eine Arbeitsfähigkeit von 50 % angenommen werden könne (vgl. dazu IV-act. 125). In einem Telefonat vom ___ 2020 informierte der Versicherte die IV-Stelle darüber, dass er an diesem Tag die Kündigung erhalten habe (vgl. IV-act. 130-21). Die IV-Eingliederungsberaterin hielt in ihrem Schlussbericht vom 15. Oktober 2020 fest, dass der Versicherte bereits am Tag vor dem Stellenantritt am Telefon auf sie manisch und sehr angetrieben gewirkt und sich super gefühlt habe. Er habe dem Stellenantritt locker entgegengesehen. Sie hätten vereinbart, in regelmässigem Kontakt zu bleiben. Im Anruf vom ___ 2020 habe der Versicherte ohne Punkt und Komma und inhaltlich nicht mehr in der Realität geredet. Er habe berichtet, dass er gehackt worden sei und ein sehr mächtiger Mann ihn kontrolliere. Alle Menschen seien schizophran; nur er sei normal. Er schlafe aktuell noch ca. drei Stunden. Auch habe er wieder eine Freundin und die Frauen würden bei ihm Schlange stehen. Alle hätten das Gefühl, er sei manisch. Aber weder seine Eltern noch seine Behandlerin hätten einen Plan. Ihm gehe es endlich wieder gut und er habe Energie ohne Ende. Er habe die Medikation abgesetzt, kiffe wieder und konsumiere viel Alkohol. Die Eingliederungsberaterin hielt weiter fest, sie habe ihm zu erklären versucht, dass die Rentenprüfung eingeleitet werde. Er habe abgewinkt und behauptet, er könne arbeiten und wolle keine Rente. Die Eingliederungsverantwortliche kam zum Schluss, dass keine verwertbare Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt bestehe. Sollte es gelingen, dass die Erkrankung nicht solchen starken Schwankungen unterworfen sei, bringe der

Versicherte viele Ressourcen mit. Es habe sich jedoch über die lange Zeit der beruflichen Eingliederung hinweg gezeigt, dass keine längere Phase der Stabilität erreicht worden sei (IV-act. 130-21 f.). In einem Telefonat vom 16. Oktober 2020 informierte der Vater des Versicherten die IV-Stelle darüber, dass sein Sohn erneut per fürsorglicher Unterbringung in die Klinik D.____ eingeliefert worden sei (IV-act. 131; zum entsprechenden Austrittsbericht vgl. IV-act. 137). Mit Mitteilung vom 19. Oktober 2020 wies die IV-Stelle einen Anspruch auf weitere berufliche Massnahmen ab (IV-act. 133). In einer Aktenbeurteilung vom 7. Januar 2021 kam der RAD zum Schluss, dass eine nachhaltig belastbare und verbindlich abrufbare Arbeitsfähigkeit unter den Bedingungen des ersten Arbeitsmarktes sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit für die nächsten ein bis zwei Jahre nicht zu erkennen sei, weshalb die Arbeitsunfähigkeit 100 % betrage (IV-act. 140-4). Mit Vorbescheid vom 26. Januar 2021 stellte die IV-Stelle dem Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 100 % die Zusprache einer ganzen Rente für die Zeit ab dem 1. Januar 2018 in Aussicht (IV-act. 143). Dagegen erhob die Pensionskasse A.____, bei welcher der Versicherte während seiner Anstellung bei der C.____ AG vom ____ 2011 bis 31. Januar 2017 berufsvorsorgerechtlich versichert gewesen war (vgl. IV-act. 8), vertreten durch Rechtsanwalt A. Gnädinger, Zürich, am 19. März 2021 einen Einwand (IV-act. 146). Nach Einholung einer Stellungnahme ihres Rechtsdienstes (vgl. IV-act. 152) sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit mehreren Verfügungen vom 17. September 2021 für die Zeit ab dem 1. Januar 2018 – abgesehen von den Zeiten des IV-Taggeldbezugs – bei einem Invaliditätsgrad von 100 % eine ganze Invalidenrente zu (IV-act. 153 f. und 158 ff.). Gegen diese Verfügung(en) erhob die weiterhin durch Rechtsanwalt Gnädinger vertretene Pensionskasse A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführerin) am 27. Oktober 2021 Beschwerde. Sie beantragte, die Verfügung der IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) vom 17. September 2021 sei aufzuheben und es sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zur weiteren Untersuchung zurückzuweisen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin (act. G 1). Mit Schreiben vom 17. Januar 2022 wurde der Versicherte (nachfolgend: Beigeladener) seitens des Versicherungsgerichts als mitinteressierte Partei zum Prozess beigelegt (act. G 4). In ihrer Beschwerdeantwort vom 14. Februar 2022 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G 7). Sie reichte eine weitere RAD-Beurteilung vom 25. Januar 2022 ein (vgl. act. G 7.1). In ihrer Replik vom 28. März 2022 hielt die Beschwerdeführerin an den in der Beschwerde gestellten Anträgen fest (act. G 9). Mit Schreiben vom 7. April 2022 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf die Erstattung einer ausführlichen Duplik und hielt an dem in der Beschwerdeantwort gestellten Antrag vollumfänglich fest (act. G 11). Erwägungen Die Beschwerdeführerin beantragt die Aufhebung der Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 17. September 2021, ohne anzugeben, welche der gleichentags erlassenen Verfügungen sie meint (vgl. act. G 1). Angesichts dessen, dass sich die Verfügungen lediglich auf unterschiedliche Zeiträume beziehen, alle jedoch die Zusprache einer ganzen Invalidenrente zum Gegenstand haben (vgl. IV-act. 158 ff.) und ihnen derselbe Beschluss der Beschwerdegegnerin zu Grunde liegt (vgl. IV-act. 153 f.), liegt materiell nur eine Verfügung vor (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.2 und 2.3), sodass der Rentenanspruch ab 1. Januar 2018 Streitgegenstand bildet. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin ein schutzwürdiges Interesse an der Aufhebung oder Abänderung der angefochtenen Verfügungen, da diese für sie infolge Einbezugs in das invalidenversicherungsrechtliche Vorbescheidverfahren hinsichtlich des festgelegten Invaliditätsgrades und des Beginns der einjährigen Wartezeit nach Art. 28 Abs. 1 lit. b des

Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) Bindungswirkung entfalten können (vgl. Art. 59 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]; BGE 133 V 69 E. 4.3.2 und 129 V 75 f. E. 4.2.2; Urteil des Bundesgerichts vom 16. November 2018, 9C_431/2018, E. 3.2; Ulrich Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, N 49 zu Art. 59). Sie ist demnach zur Beschwerde legitimiert. Nachdem auch die übrigen Prozessvoraussetzungen erfüllt sind, ist auf die Beschwerde einzutreten. Zwischen den Parteien umstritten und vorliegend zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beigeladenen gegenüber der Beschwerdegegnerin. Einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Art. 28 Abs. 1 IVG). Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit wird in Art. 7 Abs. 1 ATSG als der durch eine 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 ausgeglichen Arbeitsmarkt definiert. Die Invalidität ist grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei wird 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 kann, in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). 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 der medizinischen Fachpersonen 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). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis). Praxisgemäss kann auch auf versicherungsinterne ärztliche Feststellungen abgestellt werden. Bestehen jedoch auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit, sind weitere Abklärungen vorzunehmen (Urteil des Bundesgerichts vom 9. Juli 2020, 8C_322/2020, E. 3, mit vielen Hinweisen). Die Beschwerdeführerin ist der Ansicht, dass aufgrund der aktenkundigen Berichte der behandelnden Ärzte sowie der Beurteilungen des RAD kein erheblicher invalidisierender Gesundheitsschaden überwiegend wahrscheinlich ausgewiesen sei (vgl. act. G 1 S. 11 ff.). In der angefochtenen Verfügung sei festgehalten worden, dass in den medizinischen Berichten durchgehend die Diagnose einer bipolaren Störung gestellt worden sei. Aus den medizinischen Berichten sei aber auch zu erkennen, dass der Beigeladene zumindest vor einem gesundheitlichen Einbruch die Medikamente jeweils abgesetzt und sich der Drogenkonsum massgeblich verstärkt habe. Es sei nicht eingehend

geprüft worden, ob eine Abstinenz im Rahmen der Schadenminderungspflicht angezeigt respektive möglich wäre. Unklar sei somit, welchen Einfluss der Drogenkonsum auf die psychische Störung und die Arbeitsfähigkeit habe und ob eine Therapie respektive eine Drogenabstinenz als zumutbar gelten müsse (act. G 1 S. 13 f.; vgl. ferner act. G 1 S. 12). Insbesondere sei übersehen worden, dass die behandelnde Institution dem Beigeladenen mit Bericht vom 22. Oktober 2019 noch eine gute Prognose gestellt habe, falls eine Abstinenz von psychotropen Substanzen und eine gute Medikamentencompliance bestehe. Die Meinung des RAD, wonach der Substanzgebrauch krankheitsbedingt erfolge, sei aufgrund der vorliegenden Unterlagen nicht ausgewiesen (act. G 1 S. 14). Was das Vorliegen eines Gesundheitsschadens betrifft, ist mit der Beschwerdegegnerin festzuhalten, dass sich die Diagnose einer bipolaren affektiven Störung in den aktenkundigen Berichten der behandelnden Ärzteschaft durchgehend finden lässt (vgl. act. 10, 15, 18, 73, 102, 111 und 137). Mehrere Berichte betreffen stationäre Behandlungen, in denen die behandelnden Fachärztinnen und Fachärzte den Beigeladenen über einen längeren Zeitraum erlebt haben, weshalb anzunehmen ist, dass sein Störungsbild relativ gut überprüfbar gewesen ist. Dies gilt erst recht, weil der RAD in der im Beschwerdeverfahren eingereichten Stellungnahme vom 25. Januar 2022 dargelegt hat, dass die diagnostizierte bipolare affektive Störung Typ I im spezifischen Ausprägungsmuster der Symptome pathognomonisch hochsignifikant und hinsichtlich des syndromalen Musters auch vom Allgemeinmediziner zumindest in akuten Phasen kaum zu verwechseln sei (vgl. act. G 7.1 S. 1 f.). Nachdem die Diagnose von mehreren Arztpersonen verifiziert worden ist und keine medizinischen Berichte ersichtlich sind, in welchen ernsthafte Zweifel an dieser Diagnosestellung geäussert worden sind, ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin von einem ausgewiesenen psychischen Gesundheitsschaden ausgegangen ist und diesbezüglich keinen weiteren Abklärungsbedarf gesehen hat. Neben der bipolaren affektiven Störung liegt gemäss der medizinischen Aktenlage auch ein Abhängigkeitssyndrom vor (vgl. z.B. IV-act. 15 und 18). In BGE 145 V 215 ist das Bundesgericht zum Schluss gekommen, dass auch fachärztlich einwandfrei diagnostizierten Abhängigkeitssyndromen bzw. Substanzkonsumstörungen nicht zum vornherein jede invalidenversicherungsrechtliche Relevanz abgesprochen werden könne, sondern diese als invalidenversicherungsrechtlich beachtliche psychische Gesundheitsschäden in Betracht fielen (BGE 145 V 226 f. E. 5.3.3 und 6 mit Hinweisen). Bei der final konzipierten Invalidenversicherung besteht keine Grundlage dafür, das Herbeiführen einer Suchterkrankung durch den willentlichen Konsum von Suchtmitteln zum Anlass zu nehmen, einen versicherten Gesundheitsschaden zum vornherein zu verneinen und mit der Begründung eines Selbstverschuldens auf die Prüfung der funktionellen Einschränkungen zu verzichten. Allerdings kommt der versicherten Person bei Vorliegen eines Abhängigkeitssyndroms eine Schadenminderungspflicht zu, sodass von ihr die aktive Teilnahme an einer zumutbaren medizinischen Behandlung verlangt werden kann. Kommt sie den ihr auferlegten Schadenminderungspflichten nicht nach, sondern erhält willentlich den krankhaften Zustand aufrecht, ist eine Verweigerung oder Kürzung von Leistungen möglich (BGE 145 V 225 f. E. 5.3.1 mit Hinweisen). Damit von einer willentlichen Herbeiführung bzw. Aufrechterhaltung oder Verschlimmerung eines Gesundheitsschadens ausgegangen werden kann, die zu einer Kürzung oder Verweigerung von Leistungen führt (vgl. Art. 21 Abs. 1 ATSG), müssen der versicherten Person die entsprechenden Auflagen sowie die bei deren Missachtung drohenden Rechtsfolgen aber gehörig angedroht werden (vgl. Art. 21 Abs. 4 ATSG). Eine solche Androhung ist im vorliegenden Fall gerade nicht aktenkundig, was dem Beigeladenen nicht zum Nachteil

gereichen darf. Selbst wenn die Beschwerdegegnerin dem Beigeladenen zu Unrecht keine Auflagen hinsichtlich des Suchtmittelkonsums gemacht hätte, dürfte dies nach dem Gesagten grundsätzlich nicht zu einer sofortigen Leistungsverweigerung bzw. -kürzung führen. Eine solche käme erst nach Androhung der Auflagen und Ablauf einer Bedenkzeit in Frage (vgl. Art. 21 Abs. 4 ATSG). Vorliegend ist denn aber auch nachvollziehbar, dass die Beschwerdegegnerin auf Auflagen verzichtet hat. Der Beigeladene ist nämlich mehrfach (teil-)stationär behandelt worden (IV-act. 15, 18, 62, 73, 111, 131 und 137). Er hat auch an ambulanten Behandlungen teilgenommen (vgl. IV-act. 10, 12 und 102) und sich aktiv über lange Zeit an Eingliederungsversuchen beteiligt (vgl. IV-act. 30, 32, 38, 40, 47, 49, 52, 55, 59, 79, 82, 95, 97, 104, 107, 113 ff., 123 und 130-22). Er hat sogar selbständig nach einer Anstellung gesucht, womit er seinen Arbeitswillen bekräftigt hat, wenn er dabei auch seine Leistungsfähigkeit überschätzt hat (vgl. IV-act. 127 und 125). Zwar ist es richtig, dass aus den Berichten der stationären Aufenthalte hervorgeht, dass der Beigeladene bei Einweisung häufig Substanzen konsumiert hat, und es wird vom RAD auch nicht in Abrede gestellt, dass dieser Substanzkonsum die psychischen Auffälligkeiten verstärken kann (vgl. z.B. act. G 7.1 S. 2 und IV-act. 140-3 f.). Dass der Beigeladene nur dann psychisch auffällig ist, wenn er Substanzen konsumiert, lässt sich daraus jedoch nicht ableiten. Vielmehr ergibt sich aus den Akten, dass seine Leistungsfähigkeit krankheitsbedingt schwankend gewesen ist und ihn psychische Auffälligkeiten auch in stabileren Phasen begleitet haben (vgl. dazu z.B. IV-act. 130). So hat denn auch die Medikation ständig an die Phasen der bipolaren Störung angepasst werden müssen (vgl. IV-act. 123). Im Übrigen ist anzunehmen, dass der Beigeladene während der stationären Aufenthalte keine Drogen hat konsumieren können, gleichwohl hat die Therapie teilweise aufgrund mangelnder Therapiefähigkeit abgebrochen werden müssen und es ist später zu erneuten psychischen Entgleisungen gekommen (vgl. z.B. IV-act. 15 und 73; zum Abbruch der tagesklinischen Behandlung vgl. ferner IV-act. 18). Gerade vor diesem Hintergrund ist es nachvollziehbar, wenn der RAD in seiner Beurteilung vom 25. Januar 2022 zum Schluss kommt, dass der Suchtmittelkonsum in jedem Fall nachrangig sei. Auch bei Annahme einer Suchtmittelabstinenz sei mit wiederkehrenden Phasen schwergradiger, die Arbeitsfähigkeit ausschliessender psychopathologischer Symptomatik zu rechnen, welche zudem die Compliance der Behandlung der manisch-depressiven Erkrankung krankheitsbedingt in hohem Masse beeinträchtigte. Der Beigeladene sei im Wesentlichen durch die manisch-depressive Erkrankung nicht in der Lage, Behandlungsaufgaben über einen längeren Zeitraum zu folgen. Daran würden auch kürzere Phasen relativer Stabilität nichts ändern (vgl. act. G 7.1 S. 2). Dass die Therapiefähigkeit beeinträchtigt ist, ergibt sich namentlich auch aus dem Bericht der Psychiatrischen Tagesklinik E.____ vom 6. November 2017. Darin ist ausgeführt worden, dass der Beigeladene Mühe bekundet habe, sich auf die Therapie einzulassen, wobei gerade in der Abschlussphase die fehlende Krankheitseinsicht im Vordergrund gestanden habe. Im weiteren Verlauf habe sich neben einer unzureichenden medikamentösen Adhärenz und den deutlichen Grössenideen eine eingeschränkte Selbstreflexionsfähigkeit gezeigt, was die Therapiefähigkeit zusätzlich begrenzt habe (IV-act. 18). Für eine eingeschränkte Steuerbarkeit spricht auch, dass der Beigeladene gemäss Austrittsbericht der Psychiatrie H.____ vom 18. Januar 2019 ohne Absprache das Klinikgelände verlassen hat und auffällig angetroffen worden ist, weshalb er mit amtsärztlicher fürsorglicher Unterbringung erneut zugewiesen worden ist. Im gleichen Bericht ist auch festgehalten worden, dass sich der Beigeladene mässig krankheitseinsichtig und teilweise externalisierend gezeigt habe (vgl. IV-act. 73). Aus dem Umstand, dass die behandelnde Ärztin med. pract. F.____ in ihrem

Bericht vom 22. Oktober 2019 bei Abstinenz psychotroper Substanzen, zuverlässiger Medikamenteneinnahme und Aufrechterhaltung eines regelmässigen Lebensrhythmus sowie der Einhaltung der persönlichen Leistungsgrenze bzw. dem Einplanen von ausreichend Regenerationszeit, von einer guten Prognose ausgegangen ist (vgl. IV-act. 102), lässt sich sodann - entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin - nicht ableiten, dass eine Drogenabstinenz und Medikamentencompliance zumutbar und möglich ist. Zur Frage der Zumutbarkeit hat sich med. pract. F. ___ in diesem Bericht gerade nicht geäußert. Auch hat sie keine Entzugsbehandlung oder Auflagen empfohlen (vgl. IV-act. 102). Schliesslich dürfte sich auch durch eine Begutachtung kaum gesichert feststellen lassen, inwieweit der Drogenkonsum die psychische Erkrankung effektiv beeinflusst und inwiefern er durch die Erkrankung bedingt ist (vgl. dazu auch die Stellungnahme des RAD, wonach die Frage einer Triggerung der Erkrankung durch den Drogenkonsum und einer Stabilisierung durch einen Verzicht darauf ein Streit um Kaisers Bart sei; act. G 7.1). Deswegen und aufgrund der in den ärztlichen Berichten festgestellten mangelnden Therapiefähigkeit des Beigeladenen sowie dessen psychischer Problematik trotz anzunehmender Abstinenz im Rahmen der stationären Aufenthalte ist die Zumutbarkeit von Auflagen, wie vom RAD schlüssig festgestellt (vgl. act. G 7.1), nicht ausgewiesen. Folglich ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin auf entsprechende Auflagen verzichtet hat. Weiter kritisiert die Beschwerdeführerin, dass die Beschwerdegegnerin zur Beurteilung der funktionellen Einschränkungen und der Arbeitsfähigkeit des Beigeladenen kein strukturiertes Beweisverfahren unter Berücksichtigung dessen erheblicher persönlicher Ressourcen durchgeführt habe (vgl. act. G 1 S. 12). Die Vornahme eines strukturierten Beweisverfahrens sei gestützt auf die vorliegende Aktenlage nicht möglich (act. G 1 S. 13, oben), weshalb die Sache zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen sei (vgl. act. G 1, insbesondere S. 16, unten). Ausserdem seien die behandelnde Medizinerin sowie die Eingliederungsverantwortlichen der Beschwerdegegnerin ursprünglich davon ausgegangen, dass eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bestehe. Die Annahme des RAD, wonach beim Beigeladenen eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vorliege, sei somit nicht nachvollziehbar (act. G 1 S. 12 und 14). Bei versicherungsinternen Beurteilungen wie derjenigen des RAD genügten schon geringe Zweifel, um weitere Abklärungen vornehmen zu müssen. Bei behandelnden Medizinerinnen sei zudem der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte in Zweifelsfällen eher zu Gunsten der Patienten aussagen würden (act. G 1 S. 13). Einzig auf deren Berichte könne somit ebenfalls nicht abgestellt werden. Es dränge sich folglich die Einholung eines psychiatrischen Gutachtens auf (act. G 1 S. 15). Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (vgl. BGE 143 V 429 E. 7.2 und 145 V 215; je mit Hinweisen). Dabei ist das Vorliegen einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit anhand von systematisierten Indikatoren zu beurteilen, die - unter Berücksichtigung von leistungshindernden äusseren Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (vgl. BGE 141 V 281 und 143 V 418; Urteil des Bundesgerichts vom 22. Juni 2018, 9C_680/2017, E. 5.1; je mit Hinweisen). Bei diesen Indikatoren handelt es sich aber nicht um eine abhnbare Checkliste. Vielmehr ist die Handhabung des Katalogs den Umständen des Einzelfalls anzupassen (vgl. BGE 141 V 297 E. 4.1.1 mit Hinweisen). Im Übrigen kann nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung aus Gründen der Verhältnismässigkeit von einem

strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden, wenn ein solches nicht nötig oder gar nicht geeignet ist, wobei sich die Notwendigkeit nach dem konkreten Beweisbedarf beurteilt (vgl. BGE 143 V 428 f. E. 7.1; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2018, 8C_564/2017, E. 3.1; je mit Hinweisen; vgl. ferner act. G 7 S. 6). Vorliegend hat der RAD zwar keine Aktenbeurteilung erstellt, in welcher sämtliche Indikatoren chronologisch abgehandelt werden. Aus seiner Schlussbeurteilung vom 7. Januar 2021 (IV-act. 140-4) sowie aus der im Beschwerdeverfahren eingereichten Aktenbeurteilung vom 25. Januar 2022 (act. G 7.1) ergibt sich gleichwohl, dass er die von der Rechtsprechung genannten, für den vorliegenden Fall relevanten Indikatoren bei seiner Beurteilung berücksichtigt hat. Jedenfalls lässt sich aufgrund des Gesamtbildes der medizinischen sowie der eingliederungsrelevanten Akten ein konsistentes und schlüssiges Bild über das Leistungsvermögen des Beigeladenen ableiten. Unter dem von der Rechtsprechung entwickelten Komplex "Gesundheitsschädigung" fällt vorliegend namentlich das Kriterium des Behandlungserfolgs bzw. der Behandlungsresistenz ins Gewicht. Wie bereits erwähnt, hat der Beigeladene an zahlreichen Therapien teilgenommen. Teilweise haben die Therapien aufgrund mangelnder Therapiefähigkeit abgebrochen werden müssen (vgl. IV-act. 15 und 18). Auch haben die stationären Aufenthalte den Beigeladenen nicht vor erneuten psychischen Einbrüchen bewahren können. Der Beigeladene leidet neben der bipolaren affektiven Störung nachweislich auch an psychischen Komorbiditäten aus dem Kreis der Suchterkrankungen, was das Krankheitsbild, wie vom RAD einleuchtend dargelegt (vgl. IV-act. 140-1 ff.; vgl. ferner act. G 7.1), zusätzlich verkompliziert. Bezüglich "Konsistenz" ist zu erwähnen, dass der Beigeladene, soweit krankheitsbedingt möglich, therapeutische Optionen wahrgenommen (vgl. IV-act. 10, 12, 15, 18, 62, 73, 102, 111; vgl. ferner IV-act. 131 und 137) und sich aktiv am Eingliederungsprozess beteiligt hat (vgl. IV-act. 30, 32, 38, 40, 47, 49, 52, 55, 59, 79, 82, 95, 97, 104, 107, 113 ff., 123 und 130). Dass es nicht am Willen zur Therapie mangelt, hat sich beispielsweise daran gezeigt, dass er den Abbruch der tagesklinischen Behandlung nur schwer hat akzeptieren können (vgl. IV-act. 18). Auch hat er sich aus eigenem Antrieb aktiv um eine Stelle bemüht und diese mit Elan angetreten (vgl. IV-act. 127 und 130-21 f.). Bezeichnend ist denn auch, dass er sich gegenüber der IV-Eingliederungsverantwortlichen selber als arbeitsfähig bezeichnet und eine Rente als nicht erforderlich erachtet hat (vgl. IV-act. 130-22). Die den Beigeladenen belastenden Einschränkungen zeigen sich denn auch konsistent in verschiedenen Lebensbereichen. Sowohl im therapeutischen Kontext als auch im Rahmen der beruflichen Eingliederung hat der Beigeladene teils skurrile Verhaltensweisen an den Tag gelegt und entsprechend den krankheitsbedingten Schwankungen auch schwankende Leistungen gezeigt (vgl. z.B. IV-act. 18, 73 und 123). Die psychische Instabilität hat sich auch im Rahmen von Telefonaten und Gesprächen mit der IV-Eingliederungsverantwortlichen offenbart (vgl. namentlich IV-act. 130-21 f.). Überdies ist der Beigeladene teils per fürsorglicher Unterbringung stationär in Kliniken eingewiesen worden (vgl. IV-act. 73, 131 und 137). Auch der Leidensdruck wird durch die arbeitsrelevanten Bemühungen des Beigeladenen deutlich, wobei er seine Fähigkeiten nicht richtig einordnen kann (vgl. dazu namentlich IV-act. 125 und 130-21 f.). Soweit die Beschwerdegegnerin geltend macht, den Ressourcen des Beigeladenen sei nicht ausreichend Beachtung geschenkt worden, ist ihr entgegenzuhalten, dass diese sowohl von der Ärzteschaft als auch von den Eingliederungsverantwortlichen durchaus erkannt worden sind, weshalb auch mehrere Versuche betreffend Eingliederung unternommen worden sind (vgl. dazu z.B. IV-act. 114, 125-2 und 130-22). Offensichtlich ist es dem Beigeladenen aber

trotz dieser Ressourcen krankheitsbedingt nicht gelungen, eine stabil abrufbare Arbeitsleistung zu erreichen. Vor diesem Hintergrund ist es nachvollziehbar, wenn der RAD keine auf dem ersten Arbeitsmarkt verwertbare Arbeitsfähigkeit angenommen hat (vgl. IV-act. 140-4 und act. G 7.1). Der Umstand, dass der RAD sowie die behandelnde Ärztin med. pract. F.____ im Rahmen des Eingliederungsprozesses teilweise noch die Prognose gestellt hatten, dass sich im Längsschnitt möglicherweise eine Arbeitsfähigkeit von 50 % ergeben könnte (vgl. IV-act. 102 und 125), lässt die Schlussbeurteilung des RAD nicht als unzutreffend erscheinen. Eine Prognose ist stets ungewiss. Ausserdem hat med. pract. F.____ die Einschätzung von zahlreichen Bedingungen abhängig gemacht, die sich teilweise nicht bewahrheitet haben bzw. nicht erfüllen liessen (vgl. IV-act. 102). Zudem haben gerade diejenigen Phasen, in denen eine allfällig höhere Leistungsfähigkeit bestanden hat (vgl. dazu namentlich den Bericht der G.____ AG vom 10. Juni 2022; IV-act. 123), eine Einschätzung für die Zukunft erschwert. Es ist nachvollziehbar, wenn im Rahmen der Eingliederungsbemühungen teilweise die Hoffnung vorgeherrscht hat, es möge allenfalls gelingen, die leistungsstarken Zustände zu stabilisieren. Der RAD ist aber bereits in seiner Beurteilung vom 17. Januar 2018 lediglich von einer anfänglichen Präsenzzeit von 50 % ausgegangen, wobei die Leistungsfähigkeit noch zu eruieren sei. Er hat schon damals klar zum Ausdruck gebracht, dass es ungewiss sei, ob eine stabile Leistungsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt erreicht werden könne (vgl. IV-act. 20). Nachfolgend hat sich im Rahmen der Integrationsmassnahme gezeigt, dass selbst eine Präsenzzeit von 50 % und vor allem eine entsprechende Leistungsfähigkeit nicht zu erreichen gewesen sind (IV-act. 48, 59 und 80). Die Beurteilung des RAD vom 7. Januar 2021, wonach eine nachhaltig belastbare und verbindlich abrufbare Arbeitsfähigkeit unter den Bedingungen des ersten Arbeitsmarktes sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit für die nächsten ein bis zwei Jahre nicht zu erkennen sei, weshalb die Arbeitsunfähigkeit 100 % betrage (IV-act. 140-4), ist nach dem Gesagten nachvollziehbar und schlüssig, zumal die Einschätzung auch von der IV-Eingliederungsverantwortlichen sowie der G.____ AG geteilt wird (vgl. IV-act. 123 und 130-22). Inwiefern von einer medizinischen Begutachtung bessere Erkenntnisse hinsichtlich der Leistungsfähigkeit des Beigeladenen zu erwarten wären, ist nicht ersichtlich. Vielmehr ist es zweifelhaft, ob die psychische Störung, die gemäss Aktenlage starken Schwankungen unterworfen ist, im Rahmen einer einmaligen Begutachtung ausreichend erfasst werden kann. Die medizinischen sowie die eingliederungsrelevanten Akten, die den gesundheitlichen Verlauf des Beigeladenen über einen längeren Zeitraum dokumentieren, dürften ein besseres Bild über das funktionelle Leistungsvermögen geben als eine einzelne Begutachtung. Auch ist es fraglich, ob sich der Beigeladene aufgrund seiner Suchtproblematik und seiner psychischen Störung im Rahmen einer einzelnen Begutachtung überhaupt ausreichend öffnen könnte. Schliesslich gilt es zu berücksichtigen, dass sich der RAD gerade nicht detailliert zur medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit in den einzelnen Phasen der Erkrankung ausgesprochen, sondern gestützt auf die gesamte Aktenlage nachvollziehbar dargelegt hat, weshalb keine nachhaltig belastbare und verbindlich abrufbare bzw. verwertbare Arbeitsfähigkeit anzunehmen ist (vgl. IV-act. 140-3 f. und act. G 7.1). Ob die theoretische Arbeitsfähigkeit in den einzelnen Leistungsphasen beispielsweise bei 20 % oder 50 % liegt, spielt letztlich keine Rolle, wenn gesamthaft gesehen keine nur annähernd stabile Leistung erzielt werden kann und der Beigeladene aufgrund seiner psychischen Einbrüche mit ausgesprochenen Verhaltensauffälligkeiten einem Arbeitgeber nicht zumutbar ist. Bei der Frage der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit handelt es sich sodann ohnehin auch um eine

rechtliche Frage (vgl. dazu E. 5), die in einem medizinischen Gutachten nicht abschliessend geklärt werden kann. Aus juristischer Sicht ist die Zumutbarkeit der Ausschöpfung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit unter Annahme eines ausgeglichenen Arbeitsmarktes zu bestimmen. Der Begriff des ausgeglichenen Arbeitsmarktes gemäss Art. 16 ATSG ist ein theoretischer und abstrakter Begriff, welcher die konkrete Arbeitsmarktlage nicht berücksichtigt (BGE 134 V 71 E. 4.2.1 mit Hinweis). Er umschliesst einerseits ein gewisses Gleichgewicht zwischen dem Angebot von Stellen und der Nachfrage nach solchen. Andererseits bezeichnet er einen Arbeitsmarkt, der von seiner Struktur her einen Fächer verschiedenartiger Stellen offenhält, und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes (BGE 110 V 276 E. 4b; Urteil des Bundesgerichts vom 28. November 2014, 9C_485/2014, E. 2.2; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 3. Dezember 2003, I 349/01, E. 6; je mit Hinweisen). Der ausgeglichene Arbeitsmarkt umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers gerechnet werden kann (Urteil des Bundesgerichts vom 28. November 2014, 9C_485/2014, E. 2.2, mit Hinweis auf Urteil des Bundesgerichts vom 29. August 2007, 9C_95/2007, E. 4.3). Von einer Arbeitsgelegenheit kann allerdings nicht mehr gesprochen werden, wenn die zumutbare Tätigkeit nur in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein als ausgeschlossen erscheint (Urteil des Bundesgerichts vom 28. April 2010, 8C_1050/2009, E 3.3 mit Hinweisen). Aus juristischer Sicht kann der Einschätzung des RAD, wonach im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung keine stabil verwertbare Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt bestanden hat (vgl. IV-act. 140-4 und act. G 7.1), ebenfalls gefolgt werden. Aus den Akten ergibt sich ein schwankender Verlauf mit mehrfacher psychischer Entgleisung einhergehend mit stationären Behandlungen (vgl. dazu oben E. 3.4) und teilweise seltsamen Verhaltensweisen. Im Austrittsbericht der Psychiatrie H.____ vom 18. Januar 2019 ist beispielsweise festgehalten worden, dass der Beigeladene aufgrund optischer Halluzinationen (er habe Blut an den Wänden gesehen) zugewiesen worden sei. Aufgrund bizarren Verhaltens (der Beigeladene habe z.B. eine Überschwemmung verursachen wollen) sei er zur Reizabschirmung zunächst in ein Isolierzimmer gebracht worden (vgl. IV-act. 73). Im Schlussbericht der G.____ AG vom 10. Juni 2020 heisst es sodann, dass der Beigeladene sich in den manischen Phasen auffällig vorwiegend in der Farbe Neongelb gekleidet habe. Aufgrund des schwankenden Gesundheitszustandes schwanke seine Arbeitsleistung von adäquat in den stabilen Phasen, völliger Überdrehtheit in den manischen Phasen bis hin zur Handlungsunfähigkeit in depressiven Phasen (IV-act. 123-8). Dem Austrittsbericht der Psychiatrie H.____ vom 6. November 2017 ist sodann zu entnehmen, dass der Beigeladene im Verlauf ein deutlich vermindertes Schlafbedürfnis, eine hypomane Stimmung, eine gesteigerte Aktivität, Gesprächigkeit und Geselligkeit entwickelt habe. Sein Verhalten habe in der Patientengruppe und im Stationsalltag wiederholt zu Irritationen und Störungen geführt. Der Beigeladene habe sich zunehmend teils inadäquat witzig und theatralisch verhalten. Auch sein Erscheinungsbild sei auffällig gewesen, z.B. habe er in der Morgenrunde einen Auftritt in einer Pelzjacke gehabt oder ein nicht der Temperatur angemessenes weit ausgeschnittenes ärmelloses neonfarbiges T-Shirt angezogen (IV-act. 18-4). Die IV-Eingliederungsberaterin hat in ihrem Schlussbericht vom

15. Oktober 2020 festgehalten, dass der Beigeladene im Anruf vom ____ 2020 ohne Punkt und Komma und inhaltlich nicht mehr in der Realität geredet habe. Er habe berichtet, dass er gehackt worden sei und ein sehr mächtiger Mann ihn kontrolliere. Alle Menschen seien schizophran, nur er sei normal. Er fühle sich richtig gut, schlafe aktuell noch ca. drei Stunden und es gehe ihm blendend. Er habe wieder eine Freundin und die Frauen würden bei ihm Schlange stehen. Alle hätten das Gefühl, er sei manisch. Aber weder seine Eltern noch seine Behandlerin hätten einen Plan. Ihm gehe es endlich wieder gut und er habe Energie ohne Ende. Die Eingliederungsverantwortliche ist sodann ebenfalls zum Schluss gekommen, dass keine verwertbare Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt bestehe (vgl. IV-act. 130-22). Zusammenfassend ist festzuhalten, dass aufgrund des schwankenden Verlaufs mit mehrfachen psychischen Dekompensationen und den teilweise seltsam anmutenden Verhaltensweisen eine verwertbare Arbeitsfähigkeit zu verneinen ist, da auch ein sozial eingestellter Arbeitgeber die ständige Unberechenbarkeit eines Leistungseinbruchs einhergehend mit bizarr anmutendem Verhalten kaum tolerieren wird. Folglich hat die Beschwerdegegnerin dem Beigeladenen zu Recht eine ganze Invalidenrente zugesprochen. Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde gegen die angefochtene Verfügung 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 in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Der unterliegenden Beschwerdeführerin sind die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 600.-- aufzuerlegen, wobei der in gleicher Höhe geleistete Kostenvorschuss daran anzurechnen ist. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung, soweit eine solche bei ihr als Vorsorgeeinrichtung überhaupt in Frage käme (vgl. dazu BGE 128 V 323). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Die Beschwerdeführerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese ist durch den in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss gedeckt.

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