

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00469 vom 24. November 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-11-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00469

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00469 du 24 novembre 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00469 del 24 novembre 2010

Erwägungen

E. 1

1.1. Im Vorbescheidverfahren hatte die Beschwerdegegnerin dafür gehalten, seit Februar 2004 sei die Beigeladene in ihrer Arbeitsfähigkeit erheblich eingeschränkt, weshalb ihr ab Februar 2005 Rentenleistungen zuständen (Urk. 7/77/2; vgl. auch Urk. 7/89/4). In der angefochtenen Verfügung ging sie dann davon aus, die Wartefrist sei im Februar 2003 zu eröffnen und im Februar 2004 erfüllt. Nach Ablauf der Wartefrist sei die Beigeladene für jegliche Tätigkeiten vollumfänglich arbeitsunfähig gewesen, was Anspruch auf eine ganze Rente ab dem 1. Februar 2004 ergebe. Seit Oktober 2008 sei ihr aufgrund einer Verbesserung des Gesundheitszustandes eine angepasste Tätigkeit im Umfang von 50 % zumutbar, was unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges von 10 % zu einem Invalideneinkommen von Fr. 29'015.-- jährlich für 40 Stunden und verglichen mit dem Valideneinkommen von Fr. 71'824.-- pro Jahr ab 1. Januar 2009 einen Anspruch auf eine Dreiviertelsrente begründe (Urk. 7/89/5). In der Beschwerdeantwort hielt die Beschwerdegegnerin ergänzend fest, die Anmeldung sei verspätet erfolgt, weshalb eine Eröffnung der Wartezeit im November 2003 - wie von der Beschwerdeführerin beantragt - keine Auswirkung auf den Entscheid der Invalidenversicherung hätte (Urk. 6).

1.2. Dagegen brachte die Beschwerdeführerin vor, es sei nicht erstellt, dass die Beigeladene bereits Ende Februar 2003 an psychischen Beschwerden gelitten habe. Vielmehr sei davon auszugehen, dass die Drogensucht deutlich im Vordergrund gestanden habe. Im Übrigen fehlten echtzeitliche medizinische Unterlagen für eine Arbeitsunfähigkeit zu diesem Zeitpunkt (Urk. 1 S. 5). Vielmehr sei wahrscheinlich, dass auf Grund einer Überforderungssituation an der letzten Arbeitsstelle wieder ein Abgleiten in den Drogenmissbrauch stattgefunden habe. Dafür, dass, wie behauptet, eine (psychiatrische) Grunderkrankung vorgelegen hätte, existierten keine medizinischen Berichte (Urk. 19 S. 3). Damit sei der Entscheid der IV-Stelle, eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit ab März 2003 festzulegen, nicht nachvollziehbar. Gestützt auf den Bericht der Klinik T. vom 8. November 2005 könne von ausgewiesenen psychischen Beschwerden ab Behandlungszeitpunkt per 6. November 2003 ausgegangen werden (Urk. 1 S. 5), weshalb die Eröffnung der Wartefrist auf November 2003 anzusetzen sei (Urk. 1 S. 6).

1.3. Die Beigeladene schliesslich stellte sich auf den Standpunkt, ihre Arbeitsunfähigkeit sei bereits am 22. Februar 2003 der Arbeitgeberin gemeldet worden. In der Folge sei der Krankentaggeldversicherer von einer Arbeitsunfähigkeit ab 1. März 2003 ausgegangen (Urk. 13 S. 2). Dazu komme, dass ab November 2003 kein Drogenkonsum mehr, sondern bloss eine Substitution dokumentiert sei. Wesentlich sei

aber, dass aus rein psychiatrischen Gründen ab dem 22. Februar 2003 eine Arbeitsunfähigkeit diagnostiziert worden sei. Schliesslich habe Dr. med. C. ___ die gesundheitliche Beeinträchtigung der Beigeladenen als Burn-out-Syndrom beschrieben, was ebenfalls verdeutliche, dass überwiegend psychiatrische Diagnosen zu einer Erwerbsunfähigkeit geführt hätten. Eine Erwerbsunfähigkeit infolge Drogenkonsum sei nicht belegt. Für die aktenkundigen Absterbe sei die psychiatrische Grunderkrankung verantwortlich (Urk. 13 S. 3). Sei mithin von einer Invalidität im Rechtssinne seit Februar 2003 auszugehen und die Beigeladene gesundheitsbedingt nicht in der Lage gewesen, sich frühzeitig anzumelden, so habe die Beschwerdegegnerin zu Recht den Beginn der Wartefrist auf den 2. Februar 2003 und den Rentenbeginn auf den 1. Februar 2004 festgelegt. Endlich fehle es der Beschwerdeführerin an einem Berufseintritt im Sinne von Art. 49 Abs. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), wolle sie damit doch einzig ihrer Leistungspflicht entinnen, ohne dass sie ein koordinationsrechtliches Interesse verfolge, weshalb auf die Beschwerde nicht einzutreten sei (Urk. 13 S. 5).

E. 2

2.1.1

2.1.1.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG]). 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 in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

2.1.2.1 Alkoholismus (wie auch Drogensucht und Medikamentenabhängigkeit) begründet für sich allein keine Invalidität im Sinne des Gesetzes. Vielmehr wird er invalidenversicherungsrechtlich erst relevant, wenn er eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher, geistiger oder psychischer, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn er selber Folge eines körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (Urteil des Bundesgerichts in Sachen A. vom 5. März 2009, 8C_694/2008, Erw. 2). Dabei ist das ganze für die Alkoholsucht massgebende Ursachen- und Folgespektrum in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen, was impliziert, dass einer allfälligen Wechselwirkung zwischen Suchtmittelabhängigkeit und psychischer Begleiterkrankung Rechnung zu tragen ist (Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen T. vom 5. November 2002, I 758/01, Erw. 3.2, und P. vom 19. Juni 2002, I 390/01, Erw. 2b). Was die krankheitsbedingten Ursachen der Alkoholsucht betrifft, ist für die invalidenversicherungsrechtliche Relevanz der Abhängigkeit erforderlich, dass dem Alkoholismus eine ausreichend schwere und ihrer Natur nach für die Entwicklung einer Suchtkrankheit geeignete Gesundheitsstörung

zugrunde liegt, welche zumindest eine erhebliche Teilursache der Alkoholsucht darstellt (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen M. vom 23. Oktober 2002, I 192/02, Erw. 1.2.2 mit Hinweis); es genügt nicht, wenn es sich nur um eine ganz untergeordnete Teilursache handelt (nicht veröffentlichtes Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen B. vom 29. August 1994, I 130/93). Mit dem Erfordernis des Krankheitswerts einer allfälligen verursachenden psychischen Krankheit wird verlangt, dass diese die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit einschränkt (BGE 99 V 28 f. Erw. 2; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen M. vom 10. März 2006, I 940/05, Erw. 2.2; erwähntes Urteil I 758/01, Erw. 3.1). Wenn der erforderliche Kausalzusammenhang zwischen Alkoholsucht und krankheitswertigem psychischem Gesundheitsschaden besteht, sind für die Frage der noch zumutbaren Erwerbstätigkeit die psychischen und die suchtbedingten Beeinträchtigungen gesamthaft zu berücksichtigen. Um diese Frage beantworten zu können, sind Verwaltung und Gericht auf möglichst detaillierte medizinische Auskünfte über die Verhältnisse zur Zeit der Entstehung der Alkoholsucht auf der einen und der allfälligen psychiatrischen Komorbidität auf der andern Seite sowie über den allfälligen ursächlichen Zusammenhang zwischen den beiden Aspekten angewiesen (vgl. zur Bedeutung medizinischer Auskünfte zur Bestimmung der Invalidität BGE 115 V 134 Erw. 2; BGE 124 V 268 Erw. 3c mit Hinweis, 99 V 28 Erw. 2; SVR 2001 IV Nr. 3 S. 7 Erw. 2b; AHI 2002 S. 30 Erw. 2a, 2001 S. 228 f. Erw. 2b mit Hinweisen; Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen O. vom 8. August 2006, I 169/06, Erw. 2.2 und 4.2 mit Hinweisen und des Bundesgerichts in Sachen L. vom 27. September 2010, 8C_672/2010, Erw. 2).

2.2 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die:

a. ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können;

b. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und

c. nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG; bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 1 IVG).

2.3 Gemäss Art. 49 Abs. 4 ATSG muss der Versicherungsträger eine Verfügung, welche die Leistungspflicht eines anderen Trägers berührt, diesem die Verfügung ebenfalls eröffnen. Dieser kann die gleichen Rechtsmittel ergreifen wie die versicherte Person.

Zur Beschwerde ist berechtigt, wer durch die angefochtene Verfügung oder den Einspracheentscheid berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat (Art. 59 ATSG).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Besondere Bedeutung kommt dem Legitimationserfordernis zu, wenn nicht der VerfÄ¼gungsadressat im materiellen Sinn, sondern ein Dritter (DrittbeschwerdefÄ¼hrer) den Entscheid anfecht (BGE 127 V 80 E. 3a/aa S. 82 mit Hinweisen). Hier haben die Legitimationsanforderungen die Funktion, die Popularbeschwerde auszuschliessen, weshalb bei der Bejahung der Beschwerdebefugnis von DrittbeschwerdefÄ¼hrern ZurÄ¼ckhaltung geboten ist. Erforderlich ist ein spezifisches Rechtsschutzinteresse, welches nur bejaht wird, wenn der Dritte ein unmittelbares und konkretes Interesse an der Aufhebung oder Ä¼nderung der VerfÄ¼gung hat oder eine spezifische, besonders nahe Beziehung zur Streitsache fÄ¼r sich in Anspruch nehmen kann. Das allgemeine Interesse an der richtigen Auslegung und Durchsetzung des Bundesrechts genÄ¼gt nicht (BGE 133 V 188 E. 4.3.3 S. 192).

2.4 Ä Ä Ä

2.4.1 Ä Ä Aus der engen Verbindung zwischen dem Recht auf eine Rente der Invalidenversicherung und demjenigen auf eine Invalidenleistung nach dem Bundesgesetz Ä¼ber die Berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG) ergibt sich, dass der InvaliditÄ¼tsbegriff im obligatorischen Bereich der beruflichen Vorsorge und in der Invalidenversicherung grundsÄ¼tzlich der gleiche ist (BGE 123 V 271 Erw. 2a, 120 V 108 Erw. 3c, je mit Hinweisen). Wegen der Einheitlichkeit des InvaliditÄ¼tsbegriffs sind praxisgemÄ¼ss die Vorsorgeeinrichtungen im Bereich der gesetzlichen Mindestvorsorge (Art. 6 BVG) an die Feststellungen der IV-Organen (Eintritt der invalidisierenden ArbeitsunfÄ¼higkeit, ErÄ¼ffnung der Wartezeit, Festsetzung des InvaliditÄ¼tsgrades) gebunden, soweit die IV-rechtliche Betrachtung aufgrund einer gesamthaften PrÄ¼fung der Akten nicht als offensichtlich unhaltbar erscheint (BGE 126 V 311 Erw. 1 in fine).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Diese Bindungswirkung entfÄ¼llt, wenn die Vorsorgeeinrichtung nicht spÄ¼rtestens im Vorbescheidverfahren in das invalidenversicherungsrechtliche Verfahren einbezogen wird (BGE 130 V 273 Erw. 3.1). Allerdings erstreckt sich die genannte Verbindlichkeitswirkung nur auf diejenigen Feststellungen und Beurteilungen im IV-Verfahren, welche dort fÄ¼r die Festlegung des Anspruchs auf eine Rente der Invalidenversicherung entscheidend waren und Ä¼ber die demnach effektiv zu befinden war; andernfalls haben die Organe der beruflichen Vorsorge die Anspruchsvoraussetzungen ihrerseits frei zu prÄ¼fen (Urteil des Bundesgerichts i.S. X. vom 25. Juli 2008, 9C_414/2007, Erw. 2.3 mit Hinweisen).

2.4.2 Ä Ä Indem die InvaliditÄ¼tsbemessung der Invalidenversicherung fÄ¼r die Organe der (obligatorischen) beruflichen Vorsorge prinzipiell bindend ist, ist sie geeignet, die Leistungspflicht des BVG-Versicherers in grundsÄ¼tzlicher, zeitlicher und masslicher Hinsicht im Sinne von Art. 49 Abs. 4 ATSG (unmittelbar) zu berÄ¼hren. Die Organe der beruflichen Vorsorge sind daher zur Einsprache gegen die VerfÄ¼gung oder zur Beschwerde gegen den Entscheid der IV-Stelle Ä¼ber den Rentenanspruch als solchen oder den InvaliditÄ¼tsgrad berechtigt (BGE 132 V 1 Erw. 3.3.1).

3. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Vorliegend ist strittig, ob die Beschwerdegegnerin den Beginn der Wartezeit korrekt erÄ¼ffnet hat, sowie, ob die BeschwerdefÄ¼hrerin durch die angefochtene VerfÄ¼gung Ä¼berhaupt beschwert ist. Nachdem die Beschwerdegegnerin der Beigeladenen mit Vorbescheid vom 10. November 2008 einen Rentenanspruch ab 1. Februar 2005 angezeigt (Urk. 7/77), diese hiergegen aber eingewendet hatte, die Wartefrist sei im Februar 2003 zu erÄ¼ffnen (Urk. 7/80), sprach ihr die Beschwerdegegnerin mit

VerfÄ¼gung vom 20. April 2009 zwar im Dispositiv eine Rente ab Februar 2004 zu, richtete diese effektiv aber erst ab Mai 2004 aus (vgl. Urk. 7/90-91). Ob die Beschwerdegegnerin die am 7. April 2005 zugegangene Anmeldung (Urk. 7/2) als verspÄ¼tet betrachtete, oder ob ein Versehen vorliegt, bleibt unklar (vgl. auch Urk. 7/74/6-7). GestÄ¼tzt auf das VerfÄ¼gungs-Dispositiv, gemÄ¼ss welchem die Rentenzusprache per 1. Februar 2004 erfolgte, was mithin die ErÄ¼ffnung des Wartjahres im Februar 2003 impliziert, ist die BeschwerdefÄ¼hrerin durch die angefochtene VerfÄ¼gung berÄ¼hrt (Erw. 2.3 und 2.4, vgl. auch Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl., ZÄ¼rich 2009, Rz 49 zu Art. 49). Auf die Beschwerde ist daher einzutreten.

4.Ä¼Ä¼Ä¼Ä¼ Die medizinische Aktenlage, welche der Beurteilung der Beschwerdegegnerin zugrunde lag, prÄ¼sentierte sich wie folgt:

4.1Ä¼Ä¼Ä¼Ä¼ GemÄ¼ss Austrittsbericht des D.____ vom 11. August 1998 (Urk. 7/16/5-6) war die Beigeladene vom 14. Juli bis zum 3. August 1998 hospitalisiert, im Zuge dessen die Diagnosen multipler Substanzgebrauch (Heroin, Kokain, Cannabis), Alkoholkrankheit sowie chronische Bronchitis (Folienrauchen, Nikotin) genannt wurden (Urk. 7/16/5). Der Psychostatus wurde als weitgehend unauffÄ¼llig, affektiv aktuell wegen der Drogenkarriere als deprimiert und traurig, bezeichnet (Urk. 7/16/6).

Ä¼Ä¼Ä¼Ä¼Ä¼Ä¼ Vom 10. bis zum 25. Februar 1999 (Austrittsbericht vom 4. MÄ¼rz 1999, Urk. 7/16/7-8) hielt sich die Beigeladene erneut zwecks Entzugsbehandlung im D.____ auf. Auch hier zeigte sich der Psychostatus als unauffÄ¼llig (Urk. 7/16/7).

Ä¼Ä¼Ä¼Ä¼Ä¼Ä¼ Bei zum Vorbericht vom 4. MÄ¼rz 1999 (Urk. 7/16/7-8) unverÄ¼nderten Diagnosen (OpiatabhÄ¼ngigkeitssyndrom, gegenwÄ¼rtig abstinent; AlkoholabhÄ¼ngigkeitssyndrom; illegaler Gebrauch von Cannabis, Kokain, LSD und Ecstasy) fand vom 25. Mai bis zum 17. Juni 1999 ein weiterer stationÄ¼rer Entzug statt (Urk. 7/16/9-10).

4.2Ä¼Ä¼Ä¼Ä¼ Mit Zeugnis vom 10. MÄ¼rz 1999 (Urk. 7/31/6) diagnostizierte Dr. med. E.____, Facharzt FMH fÄ¼r Psychiatrie und Psychotherapie, eine Angst- und depressive StÄ¼rung gemischt (ICD-10: F41.2) sowie ein Alkohol- und OpioidabhÄ¼ngigkeitssyndrom (ICD-10: F19.21), zur Zeit abstinent, beides seit dem Jahre 1991. Vom Juli 1998 bis zum Beurteilungszeitpunkt (10. MÄ¼rz 1999) bestehe eine vollstÄ¼ndige ArbeitsunfÄ¼higkeit.

4.3Ä¼Ä¼Ä¼Ä¼ Die Beigeladene meldete ihrer Krankentaggeldversicherung am 10. Dezember 2004 (Urk. 20/2) eine ab Februar 2003 bestehende Erkrankung.

4.4Ä¼Ä¼Ä¼Ä¼ Am 16. Februar 2005 (Urk. 7/27/7) datierte Dr. med. F.____, Klinik T.____, die Behandlungsdauer der Beigeladenen auf den 15. Februar 2002 bis zum 7. Oktober 2003. Als Befund (Feb. 03) nannte er AngstzustÄ¼nde und eine depressive Symptomatik im Zusammenhang mit Stress am Arbeitsplatz und diagnostizierte (Feb. 03) ICD-10: F41.2 [Angst und depressive StÄ¼rung gemischt] und ICD-10: F11.22 [OpiatabhÄ¼ngigkeit mit Substitution], wobei sich AngstzustÄ¼nde im September 2001 und ab Herbst 2002 manifestiert hÄ¼tten und die Beigeladene seit Februar 2002 mittels Antidepressiva therapiert worden sei. Ab dem 1. MÄ¼rz 2003 bis zum 7. Oktober 2003 habe eine ArbeitsunfÄ¼higkeit von 100 % bestanden (Behandlung im H.____ der Klinik T.____, vgl. Urk. 7/27/2).

4.5. Dr. med. G. ____, Facharzt für Allgemeine Medizin, seit 1990 behandelnder Arzt der Beigeladenen, diagnostizierte mit Bericht vom 16. Juli 2005 (Urk. 7/16/3-4) eine Polytoxikomanie (Opiate, Kokain, Alkohol) sowie rezidivierende depressive Episoden und äusserte den Verdacht einer Persönlichkeitsstörung. Er erklärte, seit dem Jahre 1999 sehe er die Beigeladene nur noch sporadisch. Von 1999 bis 2000 habe sich eine stets wechselnde, episodenhafte Arbeitsfähigkeit gezeigt, welche zum Teil mit dem Drogenkonsum, zum Teil aber auch mit der Persönlichkeitsstruktur der Beigeladenen im Zusammenhang gestanden habe. Über die Arbeitsfähigkeit seit dem Jahre 2000 sei er nicht orientiert.

4.6. Mit Bericht der Klinik T. ____, vom 8. November 2005 (Urk. 7/18) - an diesem Tag erfolgte eine (letzte) aktuelle Untersuchung der seit dem 6. November 2003 an der Klinik T. ____, in Behandlung stehenden Beigeladenen - stellten deren Ärzte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: (1) eine mittelgradige depressive Episode ohne somatische Symptome (ICD-10: F32.10), (2) Angst und depressive Stimmung gemischt (ICD-10: F41.2), (3) eine narzisstische Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.8), (4) Probleme in Verbindung mit der Berufstätigkeit (ICD-10: Z56) sowie (5) eine soziale Zurückweisung und Ablehnung (ICD-10: Z60.4). Opiatabhängigkeit mit Substitution (ICD-10: F11.22), Kokainabhängigkeit, sporadischer Substanzgebrauch (ICD-10: F14.26), chronische Hepatitis C (ICD-10: B18.2) sowie Nikotinabhängigkeit, ständiger Substanzgebrauch (ICD-10: F17.25) bezeichneten die Ärzte als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/18/1). Sie hielten im Weiteren dafür, der Gesundheitszustand sei besserungsfähig (Urk. 7/18/2). Betreffend die Anamnese ergibt sich aus dem Bericht, dass die Beigeladene vom Mai 1999 bis zum April 2001 am Therapieprogramm A.U. ____, teilnahm, sich im Januar 2002 einem Entzug im D. ____, stellte und anschliessend im H. ____, behandeln liess. Ab April 2002 erfolgte eine Methadonsubstitution, und ab Herbst 2003 ist von einem Wiederbeginn des regelmässigen Konsums die Rede. Nach wegen erlebten Mobbing auf Ende Februar 2003 erfolgter Kündigung habe ein massiver Konsum von Heroin, Kokain und Alkohol stattgefunden. Seit dem 6. November 2003 stehe die Beigeladene nun in Behandlung an der Tagesklinik der Klinik T. ____, (Urk. 7/18/4). Neben Phasen von kompetenter Arbeitsfähigkeit, geprägt von Ehrgeiz und Tätigkeit, seien immer wieder auftretende Episoden von emotionalem Einbruch, Verlust an Selbstwertgefühl, Depressivität und sozialem Rückzug bis hin zur kompletten Isolation zu verzeichnen (Urk. 7/18/5). Betreffend den psychopathologischen Befund notierten die Ärzte, die Beigeladene habe über Traurigkeit, innere Unruhe, Gereiztheit, Ungeduld und Stimmungsschwankungen, sozialen Rückzug und Insuffizienzgefühl berichtet. Der Rapport habe gut hergestellt werden können. Der Antrieb habe sich vermindert, die Psychomotorik unauffällig gezeigt. Eine Suizidalität sei glaubhaft verneint worden. Im Weiteren notierten die Ärzte, in der Behandlung der Beigeladenen seien langsame, aber stetige Fortschritte zu erkennen: Die Angststörung und Depressivität hätten abgenommen, die Abstinenz von den Drogen und vom Alkohol sei die Regel. Die medikamentöse Stabilisierung funktioniere weitgehend, der Konsum komme nur noch selten in hochemotionalen Belastungssituationen vor. Seit einiger Zeit werde die Beigeladene auf eigenen Wunsch mit einem Antidepressivum behandelt. Aufgrund der narzisstischen Persönlichkeitsstörung setze sie sich ihre Ziele oft unrealistisch hoch. Der Verzicht auf Antidepressiva, um es aus eigener Kraft zu schaffen, sei ebenfalls in diesem Bereich anzusiedeln (Urk. 7/18/5). Endlich ergibt sich aus dem Bericht, dass es der

Beigeladenen nur während einiger Tage gelinge, gleichbleibende Leistungen zu erbringen. Danach erfolge jeweils ein Energieeinbruch. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit hielten die Sachverständigen fest, bis heute sei aus dem geschilderten Verlauf eine inkonstante Arbeitsfähigkeit ersichtlich. Auf längere Sicht sei die Arbeitsfähigkeit verbesserungsfähig, dies jedoch - wegen der immer wieder aufgetretenen und als demütigend erlebten Einbrüchen - nur in kleinen Schritten und wohl dosiert (Urk. 7/18/5-6).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In dem zu Händen der Zürich Versicherung verfassten Bericht vom 5. April 2005 (Urk. 7/27/3-6), welcher Auszüge aus dem oben genannten Arztbericht an die IV-Stelle enthält, wird ab dem 6. November 2003 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit als Direct-Marketing-Assistentin attestiert (Urk. 7/27/5).

4.7 Ä Ä Ä Ä Am 2. Februar 2006 (Urk. 7/31/4) erklärte dipl.-psych. I. ____, Psychotherapeutin, Klinik T. ____, seit Anfang 2004 seien die regelmässig durchgeführten Urinproben in Bezug auf Heroin und Kokain negativ getestet worden. Ebenfalls negativ ausgefallen seien die sporadisch durchgeführten Tests auf Opiate, Benzodiazepine, Amphetamine sowie Cannabinoide. Seit November 2005 erfolgten die Untersuchungen bis zu dreimal monatlich auf alle oben genannten Substanzen mit negativem Testergebnis.

4.8 Ä Ä Ä Ä Dr. med. C. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Dr. phil. J. ____, Klinischer Psychologe, beide K. ____, diagnostizierten am 6. Juli 2006 (Urk. 7/31/1-3) eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1), ein Burnout-Syndrom (ICD-10: F43.21), eine Polytoxikomanie (ICD-10: F19.26) sowie eine Hepatitis C. Ihren Angaben zufolge erlitt die Beigeladene vor dem Hintergrund einer damals belastenden Situation am Arbeitsplatz ein Burnout-Syndrom, was zu einem Rückfall in den Substanzmissbrauch geführt habe. Mit Ausnahme eines formal beweglichen, inhaltlich aber problemkonzentrierten Denkens und anamnestisch vager Suizidgedanken präsentierte sich der Psychostatus als unauffällig. Aufgrund der leichten somatischen, deutlichen kognitiven, emotionalen und psychosozialen Beeinträchtigungen mit funktionellen Einschränkungen im Beruf und Alltag, wegen beruflichem Abstieg, Arbeitsplatzverlust, sozialer Isolierung und Verlust von sozialer Unterstützung sei die Rehabilitationsbedürftigkeit zu bejahen, wobei die Rehabilitationsprognose gut sei. Angaben zur Leistungsfähigkeit fehlen (Urk. 7/31/2).

4.9 Ä Ä Ä Ä Mit Bericht vom 23. Januar 2007 (Urk. 7/36) nannten Dr. med. L. ____, Oberarzt, und M. ____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, beide Klinik N. ____, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1) sowie ein Alkohol-, Opiat- und Kokainabhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent in beschützender Umgebung (ICD-10: F19.21), beides seit dem Jahre 1991, und attestierten - bei besserungsfähigem Gesundheitszustand - in bisheriger Tätigkeit vom 9. Oktober 2006 bis zum 21. Januar 2007 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Urk. 7/36/2). Aufgrund des bisherigen Krankheitsverlaufes sei in Überforderungssituationen mit erneuten Rückfällen in die psychiatrische wie auch die Suchtproblematik zu rechnen, weshalb es von grosser Wichtigkeit sei, eine den Belastungsgrenzen der Beigeladenen angepasste Tagesstruktur aufzubauen und Überforderungssituationen zu vermeiden. Auf längere Sicht sei die Frage der Arbeitsfähigkeit erneut zu prüfen. Es sei davon auszugehen, dass in einer behinderungsangepassten Tätigkeit eine Belastungsstabilisierung möglich und die Prognose als günstig einzuschätzen wäre (Urk. 7/36/3).

4.10.1.1. Am 26. Januar 2007 (Urk. 7/40) diagnostizierten die Ärzte der Klinik N.____ eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1), ein Alkohol-, Opiat- und Kokainabhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinente in beschützender Umgebung, und erklärten, gemäss Angaben der Beigeladenen habe sich vor anderthalb Monaten der letzte Rückfall bei episodischem Substanzmissbrauch - auch im Sinne einer Selbstmedikation - ereignet. Die Ärzte hielten dafür, es handle sich um einen sekundären Alkohol- und Drogenmissbrauch bei langfristig bestehender ängstlich-depressiver Symptomatik (Urk. 7/40/3).

4.11.1.1. Med. pract. O.____, Klinik T.____, attestierte am 21. Februar 2007 (Urk. 7/40/7) eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 15. Januar 2007 bis auf Weiteres.

4.12.1.1. Dr. A.____ erstattete am 3. Mai 2007 das durch die Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene Gutachten (Urk. 7/49). Anlässlich der Exploration vom 1. Mai 2007 diagnostizierte er (1) eine neurotische Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.8) mit Elementen einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus, (2) anamnestisch depressive Episoden bis mittelgradige Ausprägung, gegenwärtig fast völlig abgeklungen (ICD-10: F32.1), sowie (3) Störungen durch Opiate, Kokain und Cannabis, gegenwärtig abstinente in beschützender Umgebung (ICD-10: F11.21, F12.21, F14.21). Anlässlich der Untersuchung habe sich die Beigeladene als bewusstseinsklar, allseits orientiert und geordnet gezeigt. Sie habe gut kooperiert, sei aber in den Details diffus und sich wiederholend gewesen. Ausführlich habe sie über ihre riesige Enttäuschung am letzten Arbeitsplatz berichtet. Der Psychiater erklärte, die depressive Störung sehe man heute eher nur noch in einer leichten Form. Es bestehe aber nach wie vor eine emotionale Instabilität, welche sozusagen ein Bestandteil der Persönlichkeit der Beigeladenen sei. Sie wirke angespannt, ängstlich, nervös, nicht mehr so antriebslos, wie das offenbar früher der Fall gewesen sei, aber unsicher und skeptisch ohne kämpferische Bereitschaft. Die Beigeladene sei intelligent, redigiert, könne ihre Anliegen gut formulieren und die Situation analysieren. Leider fehle es ihr aber an Mut und Selbstvertrauen. Immer noch stehe die Angst vor dem Versagen im Raum (Urk. 7/49/5). Dr. A.____ hielt im Weiteren fest, nach einer vorerst glücklichen Zeit an ihrer letzten Arbeitsstelle habe sich die Beigeladene durch ein Konkurrenzverhältnis zurückgesetzt gefühlt, was ihre narzisstische Persönlichkeit nicht habe ertragen können und zur depressiven Dekompensation geführt habe (Urk. 7/49/5-6). Die Lebensgeschichte der Beigeladenen zeige auf, dass sie sehr gute Leistungen erbringen könne, jedoch immer wieder in die Welt der Drogen abrutsche, wofür die neurotische Persönlichkeitsstruktur mit emotionalen Instabilitäten der Beigeladenen verantwortlich zu machen sei. Quasi zur Selbstheilung greife sie immer wieder zu Drogen und rutsche immer wieder in Depressionen ab, welche sich jedoch - wie die Erfahrung in der Klinik N.____ zeige - gut beheben liessen. Der Gutachter erklärte, die Beigeladene leide an einer psychischen Störung, welche zu einer Verminderung ihrer Leistungsfähigkeit führe. Aufgrund der unvollständigen Aktenlage lasse sich aber die vergangene Arbeitsunfähigkeit nicht mit Sicherheit beurteilen. Die Angaben in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit der Beigeladenen selber seien nicht verlässlich. Klar sei einzig, dass die Beigeladene am 28. Februar 2003 letztmals gearbeitet habe. Eine verlässliche Angabe zur Arbeitsfähigkeit liege einzig von der Klinik N.____ ab dem 21. Januar 2007 vor (Urk. 7/49/6).

Â Â Â Â Â Â Â Â Abschliessend hielt Dr. A. ___ dafür, aktuell lasse sich eine volle Arbeitsunfähigkeit nicht begründen. Die depressiven Symptome seien fast gänzlich verschwunden und die Beigeladene scheine drogenfrei zu sein. Die Verminderung der Arbeitsfähigkeit lasse sich derzeit hauptsächlich durch die Persönlichkeitsstruktur begründen, wobei die Reste der depressiven Störung miteinbezogen würden. Damit ergebe sich eine Arbeitsunfähigkeit von höchstens 30 % bis 35 % seit Februar 2007 bis jetzt und bis auf Weiteres. Eine prognostische Aussage zu machen sei bei der vorliegenden Persönlichkeitsstörung mit Neigung zu Depressionen und Rückfällen in die Drogen schwer. Da jedoch mit einer Reifung der Persönlichkeit gerechnet werden könne und mit Hilfe der bestehenden Institutionen eine Stabilität herbeizuführen sei, könne auf eine weitere Besserung gehofft werden. Eine verbindliche psychiatrische Behandlung sei aber unerlässlich (Urk. 7/49/7).

4.13 Â Â Mit Stellungnahme vom 18. Juni 2007 (Urk. 7/74/6) hielt med. pract. P. ___, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), mit Blick auf das Gutachten von Dr. A. ___ fest, genaue Angaben zum Beginn der Arbeitsunfähigkeit seien fast nicht möglich. Da aufgrund des Drogenmissbrauches eine klare Trennung der psychischen Gesundheitsschäden von eventuellen Folgen des Drogenkonsums nicht möglich gewesen sei und solche erst nach einer Abstinenz hätten nachgewiesen und diagnostisch bestätigt werden können, sei vom Beginn des stationären Aufenthaltes im H. ___ der Klinik T. ___ ab März 2003 auszugehen. Zu diesem Zeitpunkt sei eine vollständige Arbeitsunfähigkeit belegt. Dem Gutachten von Dr. A. ___ folgend sei im Weiteren von einer Restarbeitsfähigkeit von 65 % auszugehen.

4.14 Â Â Dem Verlaufsprotokoll der Berufsberatung vom 29. Februar 2008 (Urk. 7/61/1) zufolge zeigte sich ein Pensum von 70 % für die Beigeladene als zu hoch, weshalb vorerst von einem solchen von 50 % auszugehen sei. Ob eine Steigerung möglich sei, sollte sich im Verlauf eines (weiteren) Trainings zeigen.

4.15 Â Â Nach Absolvierung eines Berufsaufordnungskurses erstattete die Q. ___ am 24. April 2008 Bericht (Urk. 7/68). Daraus ergibt sich, dass die Beigeladene mit einem Arbeitspensum von 70 % überfordert war, weshalb das Praktikum mit einem Pensum von 50 % absolviert wurde (Urk. 7/68/3). Dabei habe sich gezeigt, dass die Beigeladene in einer wohlwollenden und unterstützenden Umgebung eine gute Grundarbeits- und Lernfähigkeit besitze. Der Erfolg einer Arbeitsintegration werde jedoch entscheidend davon abhängen, inwieweit sie in der Lage sein werde, einen realistischen Umgang mit ihren Ansprüchen und Erwartungen zu finden. Die Beigeladene verfüge über eine grosse Motivation und einen hohen Willen, den Einstieg in die Arbeitswelt zu schaffen. Demzufolge erachteten die Sachverständigen einen Wiedereinstieg im erlernten Beruf als kaufmännische Angestellte als ideal. Sie hielten abschliessend fest, die Beigeladene werde mit einem Arbeitspensum von 50 % bei der R. ___ AG tätig sein (Urk. 7/68/6).

4.16 Â Â Am 14. August 2008 (Urk. 7/70) hielten die Sachverständigen der Q. ___ fest, die praktische Erprobung während des Arbeitstrainings habe gezeigt, dass die Beigeladene bei einer Präsenz von 50 % eine durchaus normale Arbeitsleistung zu erbringen im Stande sei. Dennoch habe das Pensum von 50 % für die Beigeladene eine stete Herausforderung dargestellt, und sie habe ihren Angaben zufolge fast ihre ganzen freien Tage zur Regeneration verwenden müssen. Damit sei deutlich geworden, dass eine Steigerung des Arbeitspensums derzeit nicht möglich sei und jede zusätzliche zeitliche Belastung die bisher erreichte Stabilität gefährde. Der Abteilungsleiter der R. ___ AG

wäre die Beigeladene gerne im bisherigen Rahmen weiter beschäftigen. Die R. ___ AG nehme zur Zeit aber keine Festanstellungen vor. Nach Beendigung des Arbeitstrainings am 30. September 2008 erhalte die Beigeladene daher eine befristete Anstellung über die Firma V. ___ (Urk. 7/70/2). Abschliessend wird im Bericht festgehalten, die Beigeladene werde in nächster Zukunft sicher nur ein Arbeitspensum von 50 % erbringen können, wobei eine psychiatrische und therapeutische Begleitung weiterhin angezeigt bleibe (Urk. 7/70/3).

4.17 Am 10. Oktober 2008 (Urk. 7/74/7) erklärte Dr. med. S. ___, FMH Allgemeinmedizin, RAD, gemäss Berichten sei von einer psychischen Störung auszugehen, welche sich in erheblichem Ausmass auf die Leistungsfähigkeit der Beigeladenen auswirke. Zudem sei überwiegend wahrscheinlich, dass eine (episodische) sekundäre Suchtproblematik vorliege. Und endlich sei klar, dass die Restarbeitsfähigkeit bis zum Februar 2007 nur in einem geschätzten Rahmen habe umgesetzt werden könne, womit von einer Arbeitsunfähigkeit in freier Wirtschaft von 100 % von Februar 2004 bis zum Februar 2007 auszugehen sei. Seit Februar 2007 sei eine leidensangepasste Tätigkeit zu 50 % zumutbar. Auf die Auferlegung einer Schadenminderungspflicht sei zu verzichten. Weitere medizinische Abklärungen erbrachten sich.

4.18 Nach dem Einwand der Beigeladenen (Urk. 7/80) hielt die Beschwerdegegnerin im Februar 2009 fest (Urk. 7/85/1), die korrekte Eröffnung der Wartezeit sei auf Februar 2003 anzusetzen, womit das Wartejahr im Februar 2004 erstanden sei. Und Dr. S. ___ erklärte ergänzend, die Restarbeitsfähigkeit von 50 % habe erst ab Oktober 2008 in der freien Wirtschaft verwertet werden können.

4.19 Mit Schreiben zu Händen des Rechtsvertreters der Beigeladenen vom 22. August 2009 (Urk. 14) machte Dr. G. ___ unter Hinweis auf das gleichlautende Arztzeugnis vom 22. Februar 2003 (dem Rechtsvertreter ebenfalls per Fax am 22. August 2009 zugestellt, Urk. 14) aktenkundig, er habe der Beigeladenen bereits Ende 2002 den dringenden Rat gegeben, die damalige Arbeitsstelle aufzugeben, weil ein weiterer Verbleib in dieser Tätigkeit zu einer zunehmenden Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes führen würde.

5. Am Am Am Am Am Am

5.1 Am Am Am Am Ob das Wartejahr von der Beschwerdegegnerin korrekt eröffnet worden ist oder nicht, lässt sich aufgrund der aufliegenden Akten nicht abschliessend beurteilen. Dabei fällt vorab ins Gewicht, dass sich die Beigeladene erst am 7. April 2005 anmeldete, was die Ausrichtung einer Rente grundsätzlich erst ab April 2004 gestattete (Art. 48 Abs. 2 IVG in der bis zum 31. Dezember 2007 gültigen Fassung). Mithin wäre von einer verspäteten Anmeldung auszugehen. Demgegenüber machte die Beigeladene geltend, sie sei gesundheitsbedingt nicht in der Lage gewesen, sich früher zum Leistungsbezug anzumelden (Erw. 1.3). Was aber die Suchtproblematik als solches betrifft, lässt die Aktenlage ebenfalls keine abschliessende Beurteilung zu. Zwar hielt Dr. A. ___ dafür, für das immer wieder erneute Abrutschen in die Drogen sei die neurotische Persönlichkeitsstruktur der Beigeladenen verantwortlich zu machen (Erw. 4.12). Auch die Ärzte der Klinik N. ___ (Erw. 4.10) und in der Folge der RAD (Erw. 4.17) erachteten die Suchtproblematik als (wahrscheinlich) sekundärer Art. Dafür, dass die Beigeladene vor ihrer letzten Anstellung (23. August 2000 bis 28. Februar 2003) an einer

vollständiges Obsiegen (vgl. Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts vom 10. Februar 2004 i.S. K., U 199/02, Erw. 6 mit Hinweis auf BGE 110 V 57 Erw. 3a; SVR 1999 IV Nr. 10 S. 28 Erw. 3) gilt, sind die Kosten der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

6.2 Die Vorsorgeeinrichtung als mit der Durchführung öffentlicher Aufgaben betrauten Institution kann im Obsiegensfall grundsätzlich keine Parteientschädigung beanspruchen (BGE 128 V 132 Erw. 5b), wovon abzuweichen vorliegend kein Anlass besteht. Da die Beigeladene mit ihrem Antrag unterliegt, hat sie ebenfalls keinen Anspruch auf Prozessentschädigung.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtenen Verfügungen vom 31. März 2009 und 20. April 2009 aufgehoben werden, und es wird die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen, damit diese, nach erfolgten Abklärungen im Sinne der Erwägungen, über den Leistungsanspruch der Beigeladenen neu entscheide.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Protekta Rechtsschutz-Versicherung AG
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, 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).

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