

AG_VERSICHERUNGSGERICHT VKL.2022.2 vom 14. November 2023

Ag Versicherungsgericht, 2023-11-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ag_versicherungsgericht_VKL.2022.2

FR: AG_VERSICHERUNGSGERICHT VKL.2022.2 du 14 novembre 2023

IT: AG_VERSICHERUNGSGERICHT VKL.2022.2 del 14 novembre 2023

Erwägungen

E. 3

Dr. D._____ sei gerichtlich folgende Frage zu stellen: [...]

E. 3.1

In rechtlicher Hinsicht ist vorab festzuhalten, dass angesichts des versicherten Jahreslohns der Klägerin von Fr. 45'890.00 in den Jahren 2012 und

- 9 - 2013 (vgl. KB 3 und 4) vorliegend einzig Leistungen der obligatorischen beruflichen Vorsorge in Frage stehen. Dies ist zwischen den Parteien denn auch zu Recht unumstritten. Gleiches gilt für den Umstand, dass das Arbeitsverhältnis der Klägerin mit der B._____ AG durch Kündigung der Arbeitgeberin per 30. September 2013 (KB 6 [auch RB 30]) geendet hat und sie damit – unter Berücksichtigung der Nachversicherungsfrist gemäss Art. 10 Abs. 3 Satz 1 BVG – bis zum 31. Oktober 2013 bei der Beklagten berufsvorsorgeversichert war.

E. 3.2

Zur Beurteilung des von der Klägerin geltend gemachten Leistungsanspruchs sind im Wesentlichen folgende Umstände massgebend: Dem Bericht von Prof. Dr. med. E._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Rheumatologie, und Assistenzarzt Dr. med. F._____, Kantonsspital G._____, vom 15. Oktober 2012 ist gestützt auf eine MRI-Untersuchung der LWS vom 31. Mai 2012 (vgl. hierzu den Bericht von Dr. med. H._____, Facharzt für Radiologie, Röntgeninstitut I._____, vom 31. Mai 2012 in IV-act. 6, S. 4) zu entnehmen, dass die Klägerin unter einem chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndrom ohne sicheren Hinweis auf eine radikuläre Symptomatik leide (IV-act. 6, S. 2, resp. Replikbeilage [RB] 31). Eine in der Folge durchgeführte SPECT-CT-Untersuchung der LWS zeigte gemäss Bericht von Prof. Dr. med. E._____ und Dr. med. F._____ vom 9. November 2012 eine aktivierte Facettengelenksarthrose LWK3/4 (IV-act. 6, S. 1). Dem Bericht des Hausarztes der Klägerin Dr. med. D._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 8. April 2013 zu Händen der IV-Stelle des Kantons Aargau ist als Diagnose ein chronisches lumbo- und zervikospodylogenes Schmerzsyndrom zu entnehmen. Anamnestisch bestünden seit ungefähr Dezember 2011 Rückenbeschwerden. Es sei wiederholt zu Perioden der Arbeitsunfähigkeit gekommen (vgl. auch dessen Arztzeugnisse in IV-act. 12, S. 2 ff.). Ab etwa Februar 2013 bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit wegen der chronischen lumbospondylogenen Schmerzproblematik mit verminderter körperlicher Leistungsfähigkeit. Ob infolge des "missmutigen Zustands auch eine psychische Einschränkung bestehe", konnte Dr. med. D._____ nicht beurteilen. Es sei eine stationäre Rehabilitation vorgesehen (IV-act. 14, S. 2 f. [auch RB 37]). Diese fand vom 26. April bis 16. Mai 2013 in der Klinik J._____ statt. Dem diesbezüglichen Bericht

von Dr. med. K._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Rheumatologie, und Assistenzärztin prakt. med. L._____ vom 22. Mai 2013 ist wiederum die Diagnose eines chronischen lumbo- und zervikospodylogenen Schmerzsyndroms zu entnehmen. Anamnestisch bestünden die Beschwerden seit "ca. einem Jahr" und persistierten bis heute, so dass die Klägerin nur leichteste Tätigkeiten übernehmen könne. Analgesie, Infiltrationen und Physiotherapie hätten keine Besserung gebracht. Die Beschwerden hätten ferner "auf die Stimmung gedrückt". Im Rahmen der Rehabilitation sei es zu einer Beschwerdebesserung gekommen. Aus medizinischer und rehabilitativer

- 10 - Sicht bestehe eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit mit leichten, wechselnden Tätigkeiten (IV-act. 20, S. 2 f. [auch RB 38]). Nach Angaben der damaligen Arbeitgeberin der Klägerin sei diese mit der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung nicht einverstanden gewesen "und habe sich vom Hausarzt wieder zu 100 % krankschrieben lassen" (vgl. die Telefonnotiz vom 12. Juni 2013 in IV-act. 21).

E. 3.3

In der Folge liess die Krankentaggeldversicherung die Klägerin durch Dr. med. M._____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, orthopädisch beurteilen. Diese hielt in ihrem Untersuchungsbericht vom 23. August 2013 unter Bezugnahme auf den Austrittsbericht der Klinik J._____ vom 22. Mai 2013 sowie die Ergebnisse der vorerwähnten bildgebenden Untersuchungen und nach eigener Untersuchung der Klägerin fest, es würden weitgehend altersentsprechende Befunde an der Wirbelsäule und den grossen/kleinen Gelenken der oberen/unteren Extremitäten ohne nervenwurzelbezogenes neurologisches Defizit, jedoch auch reproduzierbare Schmerzen nuchal/lumbal in Muskulatur und Weichteilen sowie die Notwendigkeit einer deutlichen Gewichtsreduktion bestehen (IV-act. 29, S. 12, resp. Klagebeilage [KB] 16). Es liege aktuell eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch eine verminderte körperliche Belastbarkeit bei erheblichem Körpergewicht und muskulärer Dekompensation vor. In einer angepassten körperlich leichten und im Sitzen zu verrichtenden Tätigkeit bestehe ab dem 1. Oktober 2013 eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Diese könne innerhalb von vier bis sechs Wochen auf 75 % gesteigert werden und betrage ab dem 1. Januar 2014 schliesslich 100 % (IV-act. 29, S. 13 [auch KB 16]). Dr. med. N._____, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) der IV-Stelle des Kantons Aargau, schloss sich dieser Beurteilung mit Stellungnahme vom 11. Oktober 2013 an und hielt fest, körperlich belastende beziehungsweise stehende Tätigkeiten seien "auf Dauer ungünstig". Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten leichten sitzenden Tätigkeit durch Dr. med. M._____ sei schlüssig und nachvollziehbar (IV-act. 31, S. 2). Der Hausarzt der Klägerin Dr. med. D._____ erachtete die Beurteilung von Dr. med. M._____ in seinem Schreiben vom 25. Oktober 2013 als vollständig und sehr gut. Indes ging er – ohne Differenzierung zwischen angestammter und angepasster Tätigkeiten – weiterhin von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus (vgl. IV-act. 38, S. 3, resp. Triplikbeilage [TB] 45)). Nach neuerlicher Rücksprache mit RAD-Arzt Dr. med. N._____, welcher mit ergänzender Stellungnahme vom 31. Januar 2014 an seiner Beurteilung vom

E. 3.4

Am 9. August 2018 meldete sich die Klägerin erneut bei der IV-Stelle des Kantons Aargau zum Leistungsbezug an (IV-act. 48). Aus den während dieses Neuanmeldungsverfahrens zu den Akten genommenen ärztlichen Berichten ergibt sich insbesondere, dass sich die

Klägerin seit einer weiteren stationären Rehabilitation vom 13. April bis 3. Mai 2017 (vgl. den diesbezüglichen Bericht der Klinik J. _____ vom 8. Mai 2017 in IV-act. 62 [auch RB 39]) in psychiatrischer Therapie befindet (vgl. den Bericht von Dr. med. D. _____ vom 10. September 2018 in IV-act. 59, S. 3). Den Berichten von Chefarzt Dr. med. O. _____ und Dr. med. P. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinik Q. _____ vom

E. 4

Die Beklagte sei gerichtlich zu verpflichten, die Honorarkosten des Gutachters Dr. med. C. _____ in der Höhe von CHF 3'000.-- gemäss Honorarrechnung vom 15. Mai 2023 zur Bezahlung zu übernehmen.

E. 4.1.1

Für die Zeit während der Versicherungsdeckung bei der Beklagten finden sich in den Akten zahlreiche Berichte und Arztzeugnisse des Hausarztes der Klägerin Dr. med. D. _____, in welchen der Klägerin eine Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde. Hierbei findet indes keine Unterscheidung zwischen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten und in einer angepassten Tätigkeit statt respektive es fehlen Angaben zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. Erst im Bericht von Dr. med. K. _____ und prakt. med. L. _____ vom 22. Mai 2013 über die stationäre Rehabilitation vom 26. April bis 16. Mai 2013 waren erstmals zumindest gewisse Ausführungen zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit enthalten, wurde dort doch eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in einer leichten wechselbelastenden Tätigkeiten attestiert. Dem von der Krankentaggeldversicherung eingeholten Untersuchungsbericht von Dr. med. M. _____ vom 23. August 2013, bei welchem es sich nicht um ein Gutachten nach Art. 44 ATSG handelt (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_668/2018 vom 5. April 2019 E. 3.3, 9C_580/2018 vom 14. November 2018 E. 4.1 und 8C_682/2017 vom 14. Februar 2018 E. 5), ist schliesslich für eine angepasste körperlich leichte und im Sitzen zu verrichtende Tätigkeit ab dem 1. Oktober 2013 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % zu entnehmen, welche innerhalb von vier bis sechs Wochen auf 75 % gesteigert werden könne und ab dem 1. Januar 2014 schliesslich 100 % betrage (vgl. zum Ganzen vorne E. 3.3.). Dr. med. M. _____ gab ferner an, die Arbeitsfähigkeit sei bei weitgehend altersentsprechenden Befunden an der Wirbelsäule und den grossen/kleinen Gelenken der oberen/unteren Extremitäten ohne nervenwurzelbezogenes neurologisches Defizit durch "eine verminderte körperliche Belastbarkeit bei erheblichem Körpergewicht und muskulärer Dekompensation eingeschränkt" (IV-act. 29, S. 13 [auch KB 16]). Eine blosser Dekonditionierung stellt indes keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden dar (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_793/2021 vom 30. März 2022 E. 5.3, 8C_385/2017 vom 19. September 2017 E. 4.2 und 9C_848/2016 vom 12. Mai 2017 E. 4.2). Die Formulierung im Untersuchungsbericht von Dr. med. M. _____ lässt denn auch keinen Zweifel daran, dass nicht eine Angewöhnung an ein Leiden, sondern an das Arbeiten an sich gemeint ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_785/2017 vom 20. Februar 2018 E. 1.2.2). Dr. med. M. _____ beschrieb denn auch nirgends die Notwendigkeit einer vorgängigen Durchführung medizinischer oder beruflicher Massnahmen im Sinne eines Vorbehalts bezüglich der ab dem 1. Januar 2014 attestierten vollen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. Sie ging demnach nicht davon aus, dass diese erst nach (erfolgreicher) Durchführung medizinischer oder beruflicher Massnahmen umgesetzt werden konnte (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 961/06 vom 19. November 2007 E. 3.2; siehe ferner vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_432/2015 vom 23. September 2015 E. 5.2, 9C_141/2009 vom 5. Oktober 2009 E. 2.3.1

- 13 - und 9C_53/2008 vom 18. Februar 2009 E. 3; je mit Hinweis auf Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 2/06 vom 23. Mai 2006 E. 2.2).

E. 4.1.2

Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit während der Dauer der Versicherungsdeckung bei der Beklagten erscheint damit insgesamt nicht als überwiegend wahrscheinlich (vgl. zum Beweis- grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit statt vieler BGE 139 V 176 E. 5.3 S. 186, 138 V 218 E. 6 S. 221 und 126 V 353 E. 5b S. 360), zumal auch der Hausarzt Dr. med. D._____ nach Lage der Akten nicht durch- gängig eine volle Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit attes- tiert hat (vgl. dazu die Arztzeugnisse in IV-act. 12, S. 2 ff. sowie in KB 7). Daran vermag entgegen der Ansicht der Klägerin (vgl. insb. Verhandlungs- protokoll, S. 3 [mit Verweis auf die Plädoyernotizen, S. 3 f.]) nichts zu än- dern, dass der rheumatologische BEGAZ-Gutachter – welcher im Übrigen für die Zeit ab dem 1. August 2013 gestützt auf den Untersuchungsbericht von Dr. med. M._____ vom 23. August 2013 von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit mit Einschränkung der Leistungsfähigkeit um 10 % aus- ging – bezüglich des zeitlichen Verlaufs der Arbeitsfähigkeit ausführte, es habe gemäss den Akten "initial eine vollständige Arbeitsunfähigkeit ab Be- schwerdebeginn" und damit gemäss Aktenlage ab dem 8. Mai 2012 be- standen (IV-act. 121.7, S. 15 [auch RB 43]). Dieser Beurteilung fehlt eine nachvollziehbare Begründung anhand echtzeitlicher Befunde und sie scheint ferner auf den (damaligen) Angaben des Hausarztes der Klägerin zu basieren, welche indes nach dem Dargelegten gerade nicht eine ange- passte Tätigkeit betrafen. Zudem bezog sich die gutachterliche Angabe auf einen Zeitraum ausserhalb der für die IV relevanten Periode und ist damit für die Beklagte nicht verbindlich (vgl. Urteile des Bundesge- richts 9C_876/2011 vom 7. Mai 2012 E. 3.3 und I 349/05 vom 21. April 2006 E. 2.3).

E. 4.2.1

Für die Zeit nach Ende der Versicherungsdeckung bei der Beklagten ging nach Lage der Akten lediglich der Hausarzt der Klägerin Dr. med. D._____ weiterhin – und nach wie vor ohne Differenzierung zwischen angestammter und angepasster Tätigkeit und ohne Nennung veränderter Befunde (vgl. hierzu auch die von Dr. med. D._____ geführte Krankengeschichte [KG] der Klägerin in RB 34) – von einer vollen Arbeitsunfähigkeit aus (vgl. bspw. das Arztzeugnis vom 29. Mai 2015 in KB 7), wobei er in seinem Schreiben vom 25. Oktober 2013 selbst eingeräumt hatte, dass ihm "als Nicht-Ortho- päde ein abschliessendes Urteil [...] nicht möglich" sei (vgl. IV-act. 38, S. 3 [TB 45]). Die IV-Stelle des Kantons Aargau verneinte mit Verfügung vom

E. 4.2.2

Im weiteren Verlauf finden sich über Monate keine medizinischen Akten, welche auf eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit hindeuten würden. Insbesondere geht solches entgegen der An- sicht der Klägerin (vgl. insb. Verhandlungsprotokoll, S. 4 [mit Verweis auf die Plädoyernotizen, S. 4]) gerade nicht aus dem Bericht der Klinik J._____ vom 22. Mai 2013 hervor. Erst am 21. August 2014 ist der hausärztlichen KG zu entnehmen, dass es zu einer Exazerbation der chronischen Schmerzsymptomatik gekommen sei (vgl. RB 34). Ob damit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit einher- ging, kann offen bleiben, denn aus Sicht der beruflichen Vorsorge besteht damit eine Periode voller Arbeitsfähigkeit für

angepasste Tätigkeiten (vgl. zu deren Massgeblichkeit statt vieler BGE 144 V 58 E. 4.4 f. S. 62 f. sowie SVR 2022 BVG Nr. 17 S. 63, 9C_296/2021 E. 5.1 und E. 5.2) von über einem halben Jahr. Dass eine dauerhafte Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit oder berufliche Wiedereingliederung objektiv unwahrscheinlich gewesen wäre, ergibt sich aus den Akten zudem nicht. Dass die Klägerin im fraglichen Zeitraum keine Erwerbstätigkeit aufnahm, hat demnach keine medizinischen Gründe. Die anwaltlich vertretene Klägerin substantiiert zudem auch nicht hinreichend, weshalb eine dauerhafte Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit oder berufliche Wiedereingliederung damals objektiv unwahrscheinlich gewesen sein soll (vgl. zur Substantiierungspflicht als Ausfluss der Mitwirkungspflichten der Parteien statt vieler HÜRZELER/BÄTTIG-LISCHER, in: Hürzeler/Stauffer [Hrsg.], Basler Kommentar Berufliche Vorsorge, 2021, N. 66 zu Art. 73 BVG mit Hinweisen). Es ist damit mit dem massgebenden Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass eine dauerhafte Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit oder berufliche Wiedereingliederung nicht objektiv unwahrscheinlich gewesen ist. Damit ist ein enger zeitlicher Zusammenhang zwischen relevanter Arbeitsunfähigkeit und nachfolgender Invalidität, auf welche die Klägerin vorliegend ihr Leistungsbegehren stützt, zu verneinen.

- 15 -

E. 4.3

Hinsichtlich der von der Klägerin angeführten psychischen Beschwerden ist ferner Folgendes zu ergänzen: Im den rentenzusprechenden Verfügungen der IV-Stelle des Kantons Aargau vom 24. und 26. November 2020 zu Grunde liegenden BEGAZ-Gutachten vom 10. August 2020 wird der Klägerin eine namhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auch in einer angepassten Tätigkeit infolge eines psychischen Gesundheitsschadens attestiert (vgl. IV-act. 121.2, S. 12 [auch KB 18], sowie den psychiatrischen Teil des Gutachtens in IV-act. 121.6, S. 14 f. [auch RB 33]). Aus den echtzeitlichen Berichten ergibt sich für die Zeit ab Februar 2012 und während der Dauer der Versicherungsdeckung indes keine manifestierte psychische Beeinträchtigung, welche das Krankheitsgeschehen erkennbar mitgeprägt hätte. Insbesondere fehlt es an einer entsprechenden (fachärztlichen) Diagnose, begab sich die Klägerin doch erst mehrere Jahre nach Ende der Versicherungsdeckung bei der Beklagten in entsprechende (fachärztliche) Behandlung (vgl. hierzu vorne E. 3.4.). Auch wurden im Rahmen der stationären Rehabilitation in der Klinik J._____ im Frühling 2013 keine psychischen Auffälligkeiten beschrieben, obschon die Klägerin angab, ihre Beschwerden hätten "auf die Stimmung gedrückt", weshalb sie "Cipralex einnehme" (IV-act. 20, S. 2 [auch RB 38]). Das Medikament Cipralex wurde ursprünglich im Mai 2012 "gegen Schmerzen" hausärztlich verordnet (vgl. insb. die KG-Einträge von Dr. med. D._____ zwischen dem 16. Mai und dem 25. Oktober 2012 in RB 34). Alleine aus der Verwendung eines Medikaments kann aber nicht auf einen Gesundheitsschaden geschlossen werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_286/2017 vom 19. Juni 2017 E. 5.2). Hausarzt Dr. med. D._____ beschrieb ferner lediglich psychiatrische Verdachts- oder Differentialdiagnosen (vgl. bspw. dessen KG-Einträge vom 24. Oktober 2012 und vom 9. Januar sowie 20. Juni 2013 in RB 34) und hielt darüber hinaus am 8. April 2013 explizit fest, er könne nicht beurteilen, ob wegen des "missmutigen Zustands auch eine psychische Einschränkung bestehe". Weitere diesbezügliche Abklärungen leitete er nicht ein (vgl. IV-act. 14, S. 2 f. [auch RB 37]). Insgesamt kann damit entgegen der Ansicht der Klägerin (vgl. insb. Verhandlungsprotokoll, S. 4 [mit Verweis auf die Plädoyernotizen, S. 4]) nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf eine bereits

während der Versicherungsdeckung manifestierte psychische Beeinträchtigung geschlossen werden. Daran vermag auch die von der Klägerin eingeholte ergänzende Stellungnahme des psychiatrischen BEGAZ-Gutachters vom 15. Mai 2023 (Beilage 47 zur Eingabe der Klägerin vom 23. Mai 2023) nichts zu ändern, wird doch auch dort das Fehlen entsprechender (echtzeitlicher fachärztlicher) Diagnosen explizit anerkannt. Ähnliches gilt für den nicht fachärztlichen Bericht des Hausarztes der Klägerin Dr. med. D._____ vom 1. Mai 2023 (Beilage 49 zur Eingabe der Klägerin vom 23. Mai 2023), in welchem – im Widerspruch zur vorerwähnten echtzeitlichen Dokumentation von Dr. med. D._____, wonach er nicht beurteilen könne, ob eine psychische Einschränkung bestehe – retrospektiv das Vorliegen einer psychischen

- 16 - Störung "vor dem 31. Oktober 2013" postuliert wird, fehlt es doch auch hierfür an entsprechenden Hinbeziehungsweise Nachweisen in den echtzeitlichen Akten. Soweit der von der Klägerin nunmehr als invalidisierend geltend gemachte Gesundheitsschaden auf psychischen Beschwerden beruht, fehlt es am engen sachlichen Zusammenhang.

E. 4.4

Zusammengefasst ergibt sich damit, dass eine anspruchsbegründende Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit während der Zeit der Versicherungsdeckung sowie ein enger zeitlicher und sachlicher Zusammenhang zwischen der Arbeitsunfähigkeit während der Versicherungsdeckung und der nunmehr geltend gemachten Invalidität nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sind. Eine Leistungspflicht der Beklagten fällt damit ausser Betracht. Soweit noch aktuell, sind von den weiteren von der Klägerin beantragten Beweiserhebungen (Partei- oder Zeugenbefragung, Einholung eines gerichtlichen Gutachtens, Beizug weiterer Akten etc.) keine wesentlichen zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten ist (vgl. statt vieler BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368 f. mit Hinweis und BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236 f.). 5.

E. 5

Die Klage sei vollumfänglich gutzuheissen.

E. 5.1

Nach dem Dargelegten ist die Klage abzuweisen.

E. 5.2

Das Verfahren ist kostenlos (Art. 73 Abs. 2 BVG).

E. 5.3

Der Klägerin steht gemäss Verfahrensausgang (§ 64 Abs. 3 VRPG i.V.m. Art. 106 ZPO) und der obsiegenden Beklagten als Sozialversicherungsträgerin (BGE 126 V 143 E. 4 S. 149 ff.) kein Anspruch auf eine Parteientschädigung zu.

E. 5.4

Die von der Klägerin eingeholte ergänzende Stellungnahme des psychiatrischen BEGAZ-Gutachters vom 15. Mai 2023 war weder zur Begründung eines engen sachlichen Zusammenhangs geeignet noch konnte sie in sonst irgendeiner Form die Entscheidungsfindung des Gerichts beeinflussen. Die Kosten für die fragliche Stellungnahme in der Höhe von Fr. 3'000.00 (vgl. die Honorarrechnung vom 12. Mai 2023 in Beilage 48 zur Eingabe der Klägerin vom 23. Mai 2023) sind demnach nicht nach Art. 45 Abs. 1 ATSG (vgl. zu dessen

Anwendbarkeit Art. 73 Abs. 2 BVG i.V.m. § 58 Abs. 2 VRPG) der Beklagten aufzuerlegen (vgl. zum Ganzen statt vieler Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, N. 27 ff. zu Art. 45 ATSG mit Hinweisen). Der Antrag auf Kostenübernahme ist folglich abzuweisen.

- 17 - Das Versicherungsgericht erkennt: 1. Die Klage wird abgewiesen. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen. Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG). Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen. Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Aarau, 14. November 2023
Versicherungsgericht des Kantons Aargau 3. Kammer Die Präsidentin: Der
Gerichtsschreiber: Gössi Berner

E. 6

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beklagten." 2.8. Mit einer weiteren Eingabe vom 16. August 2023 stellte die Klägerin folgende Rechtsbegehren: "1. Es sei eine gerichtliche Begutachtung den Fall der Klägerin betreffend durchzuführen. Eventualiter: Dr. med. C._____ sei gerichtlich zum Fall der Klägerin zu befragen. 2. Dem unterzeichneten Rechtsanwalt sei das vollständige Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons Aargau (VKL.2022.8) vom 28. September 2022 in anonymisierter Form zukommen zu lassen. 3. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beklagten." 2.9. Am 28. August 2023 wurde vor dem Versicherungsgericht eine öffentliche Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK durchgeführt. Anlässlich der Verhandlung stellte die Klägerin folgende Rechtsbegehren: "1. Die Klage sei vollumfänglich gutzuheissen.

- 5 - 2. Die Beklagte sei zu verpflichten, der Klägerin seit wann rechtens die gesetzlichen und reglementarischen Leistungen nach Massgabe eines IV- Grades von 50% zuzüglich einem Verzugszins zu 5% seit wann rechtens auszurichten. 3. Die Beklagte sei gerichtlich zu verpflichten, die Honorarkosten des Gutachters Dr. med. C._____ in der Höhe von CHF 3'000.-- gemäss Honorarrechnung vom 15. Mai 2023 zur Bezahlung zu übernehmen. 4. Es sei der Klägerin eine Parteientschädigung in der Höhe der eingereichten detaillierten Kostennote ihres Rechtsanwalts gerichtlich zuzusprechen. 5. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beklagten." 2.10. Am 4. September 2023 beantragte die Beklagte Akteneinsicht, die ihr am

E. 8

September 2023 gewährt wurde. Das Versicherungsgericht zieht in Erwägung: 1. Die Klägerin macht im Wesentlichen geltend, ab dem 15. Februar 2012 bestehe eine anspruchsbegründende Invalidität. Soweit die IV-Stelle des Kantons Aargau mit Verfügung vom 21. Februar 2014 einen Anspruch ihrerseits auf eine Invalidenrente der IV verneint habe, bestehe keine Bindung der Beklagten an diesen Entscheid. Bei richtiger Betrachtung liege zudem ein enger sachlicher und zeitlicher Zusammenhang zwischen der aktuellen – und von der IV-Stelle des Kantons Aargau mit Verfügungen vom 24. und 26.

November 2020 mit Wirkung ab dem 1. Februar 2019 anerkannten – Invalidität der Klägerin und den bereits während des Vorsorgeverhältnisses der Parteien vorgelegenen, eine Arbeitsunfähigkeit begründenden Gesundheitsschäden der Klägerin vor. Sie habe daher Anspruch auf eine Invalidenrente der beruflichen Vorsorge zu Lasten der Beklagten. Die Beklagte macht demgegenüber zusammengefasst geltend, es fehle vorliegend an den Anspruchsvoraussetzungen des engen sachlichen und auch zeitlichen Zusammenhangs. Entgegen der Ansicht der Klägerin sei die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Aargau vom 21. Februar 2014 zudem für die Beklagte verbindlich. Die Klägerin habe ihr gegenüber daher keinen Anspruch auf eine Invalidenrente. Streitig und zu prüfen ist damit, ob die Klägerin gegenüber der Beklagten einen Anspruch auf Leistungen aus beruflicher Vorsorge hat.

- 6 - 2. 2.1. 2.1.1. Gemäss Art. 23 lit. a BVG haben Personen Anspruch auf Invalidenleistungen, die im Sinne der IV mindestens 40 % invalid sind und bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, versichert waren. 2.1.2. Die Invalidenleistungen nach BVG werden von derjenigen Vorsorgeeinrichtung geschuldet, welcher die den Anspruch erhebende Person bei Eintritt des versicherten Ereignisses angeschlossen war. Versichertes Ereignis nach Art. 23 lit. a BVG ist der Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, unabhängig davon, in welchem Zeitpunkt und in welchem Mass daraus ein Anspruch auf Invalidenleistungen entsteht (BGE 136 V 65 E. 3.1 S. 68). 2.1.3. Unter relevanter Arbeitsunfähigkeit ist die Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zu verstehen (BGE 134 V 20 E. 3.2.2 S. 23 mit Hinweisen). Die Arbeitsunfähigkeit muss ferner erheblich, offensichtlich und dauerhaft sein (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts B 18/97 vom 29. April 1998), und sie muss mindestens 20 % betragen (Urteile des Bundesgerichts 9C_102/2014 vom 1. September 2014 E. 1.1, 9C_569/2013 vom 18. Februar 2014 E. 1.1 und 9C_934/2012 vom 18. Juli 2012 E. 2; MARC HÜRZELER, in: Schneider/Geiser/Gächter [Hrsg.], Kommentar BVG und FZG, 2. Aufl. 2019, N. 8 zu Art. 23 BVG). 2.2. 2.2.1. Tritt während der Versicherungsperiode eine Arbeitsunfähigkeit ein, die einen Anspruch auf Invalidenleistungen zur Folge hat, muss die Vorsorgeeinrichtung den Fall übernehmen, selbst wenn der Invaliditätsgrad sich nach Beendigung des Vorsorgeverhältnisses verändert. Die Leistungspflicht einer Vorsorgeeinrichtung für eine erst nach Beendigung des Vorsorgeverhältnisses eingetretene oder verschlimmerte Invalidität setzt indes in jedem Fall voraus, dass zwischen relevanter Arbeitsunfähigkeit und nachfolgender Invalidität ein enger sachlicher und zeitlicher Zusammenhang besteht (BGE 136 V 65 E. 3.1 S. 68). 2.2.2. Die Annahme eines engen zeitlichen Zusammenhangs setzt voraus, dass bis zum Eintritt der Invalidität ohne wesentlichen Unterbruch (auch) in einer der gesundheitlichen Beeinträchtigung angepassten Tätigkeit eine Arbeits-

- 7 - unfähigkeit von wenigstens 20 % bestand. Die Unterbrechung des zeitlichen Konnexes erfordert eine länger andauernde (annähernd) vollständige Arbeitsfähigkeit (BGE 134 V 20 E. 3.2.1 S. 22; Urteil des Bundesgerichts 9C_653/2016 vom 2. März 2017 E. 3). Eine nachhaltige, den zeitlichen Zusammenhang unterbrechende Erholung ist anzunehmen, wenn während mehr als dreier Monate eine Arbeitsfähigkeit von über 80 % in einer angepassten Erwerbstätigkeit vorgelegen hat (BGE 144 V 58 E. 4.5 S. 63). Eine drei Monate oder länger andauernde (annähernd) vollständige Arbeitsfähigkeit ist ein gewichtiges Indiz für eine Unterbrechung des zeitlichen Zusammenhangs, sofern sich eine

dauerhafte Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit als objektiv wahrscheinlich darstellt (BGE 134 V 20 E. 3.2.1 S. 22 f. und SVR 2014 BVG Nr. 1 S. 1, 9C_98/2013 E. 4.1). Der zeitliche Zusammenhang kann daher auch bei einer länger als drei Monate dauernden Tätigkeit gewahrt sein, wenn eine dauerhafte berufliche Wiedereingliederung unwahrscheinlich war, etwa weil die Tätigkeit (allenfalls auch erst im Rückblick) als Eingliederungsversuch zu werten ist oder massgeblich auf sozialen Erwägungen des Arbeitgebers beruhte (BGE 134 V 20 E. 3.2.1 S. 22 f., SVR 2010 BVG Nr. 18 S. 70, 9C_169/2009 E. 3.2 sowie; Urteil des Bundesgerichts 9C_569/2013 vom 18. Februar 2014 E. 1.2.2 und E. 5.3). 2.2.3. In sachlicher Hinsicht liegt ein enger Zusammenhang vor, wenn der Gesundheitsschaden, der zur Arbeitsunfähigkeit geführt hat, von der Art her im Wesentlichen derselbe ist, welcher der Erwerbsunfähigkeit zu Grund liegt (BGE 134 V 20 E. 3.2 S. 22 und 123 V 270 E. 1c S. 265). Ist die bei noch bestehender Versicherungsdeckung eingetretene Arbeitsunfähigkeit somatisch, die Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung begründende Invalidität jedoch psychisch bedingt, muss sich die Störung während des Vorsorgeverhältnisses manifestiert und das Krankheitsgeschehen erkennbar mitgeprägt haben. In der Regel wird dabei nicht vorausgesetzt, dass während der Dauer des Vorsorgeverhältnisses beziehungsweise vor dem Ende der Nachdeckungsfrist (für die Risiken Tod und Invalidität) die Arbeitsfähigkeit psychisch bedingt (mindestens zu 20 % wie bei körperlichen Beeinträchtigungen) eingeschränkt war. Umso grössere Bedeutung kommt dem Nachweis zu, dass das Leiden sich manifestiert und das Krankheitsgeschehen erkennbar mitprägt hatte, an welchen demzufolge keine zu geringen Anforderungen gestellt werden dürfen. Verlangt sind grundsätzlich echtzeitliche Belege, aus denen sich allenfalls im Verbund mit späteren fachärztlichen Berichten gewichtige Anhaltspunkte ergeben, wonach bei noch bestehender Versicherungsdeckung psychische Beeinträchtigungen mit Auswirkungen auf das Krankheitsgeschehen bestanden (SVR 2022 BVG Nr. 6 S. 21, 9C_181/2021 E. 4.3 und SVR 2017 BVG Nr. 19, 9C_583/2016 E. 3.1 und E. 5.1).

- 8 - 2.3. Ein Entscheid der IV-Stelle ist für eine Einrichtung der beruflichen Vorsorge verbindlich, insbesondere hinsichtlich des IV-Grades und Rentenbeginns, einschliesslich dem dafür massgebenden Beginn der Arbeitsunfähigkeit in angestammter Tätigkeit, sofern sie in das invalidenversicherungsrechtliche Verfahren einbezogen wurde, die konkrete Fragestellung für die Beurteilung des Rentenanspruchs gegenüber der Invalidenversicherung entscheidend war und die invalidenversicherungsrechtliche Betrachtungsweise aufgrund einer gesamthaften Prüfung der Akten nicht als offensichtlich unhaltbar erscheint (BGE 143 V 434 E. 2.2 S. 437 und 133 V 67 E. 4.3.2 S. 69 sowie SVR 2021 IV Nr. 38 S. 116, 9C_552/2020 E. 3.2). Dies gilt auch für rentenaufhebende Entscheide der IV-Stelle (BGE 133 V 67 E. 4.3.3 S. 69 f.). 2.4. 2.4.1. Gemäss dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung sind die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Das bedeutet, dass alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen sind und danach zu entscheiden ist, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Eine Tatsache darf nur dann als bewiesen angenommen werden, wenn der Rechtsanwender von ihrem Bestehen überzeugt ist. Bei einander widersprechenden medizinischen Berichten darf der Prozess nicht erledigt werden, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, weshalb sie auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abgestellt wird (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352 und Urteil des Bundesgerichts 9C_179/2011 vom 16. Mai 2011 E.

3.1.1). 2.4.2. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). 3.

E. 11

Oktober 2013 festhielt (vgl. IV-act. 42, S. 2), entschied die IV-Stelle des Kantons Aargau die Anmeldung der Klägerin zum Leistungsbezug vom

E. 15

März 2013 (IV-act. 4 [auch KB 15]) betreffend in ihrer Verfügung vom 21. Februar 2014, die Klägerin könne bei einem Valideneinkommen von Fr. 45'890.00 und einem Invalideneinkommen von Fr. 53'912.00 in einer

- 11 - aus medizinischer Sicht zumutbaren angepassten Tätigkeit einen vergleichbaren Verdienst wie bis anhin erzielen. Aus erwerblicher Sicht sei daher keine Lohneinbusse ausgewiesen, weshalb keine leistungsbegründende Invalidität bestehe (IV-act. 43 [auch KB 17]).

E. 16

Januar 2018 (IV-act. 68, S. 3 ff. [auch RB 42]) und von Dr. med. P. _____ vom 3. Oktober 2018 (IV-act. 67, S. 3 ff. [auch RB 41]) ist im Wesentlichen zu entnehmen, dass es vor dem Hintergrund einer Verschlechterung des somatischen Gesundheitszustands im Januar 2017 zu einer depressiven Exazerbation im Sinne einer Anpassungsstörung gekommen sei, weshalb die Klägerin im Januar 2017 zur Behandlung zugewiesen (IV-act. 67, S. 4) worden sei. Diagnostisch bestünden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.2) sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45; vgl. IV-act. 68, S. 5 [auch RB 42]). Am 15. Februar 2019 ersuchte die IV-Stelle des Kantons Aargau Dr. med. P. _____ um eine Verlaufsbeurteilung sowie um Zustellung sämtlicher Berichte seit 2016 (IV-act. 72). Am 24. Juni 2019 erstattete Dr. med. P. _____ einen Verlaufsbericht, reichte indes keine weiteren Berichte zu den Akten (IV-act. 83). Dem von RAD-Arzt Dr. med. N. _____ mit Stellungnahme vom 28. November 2019 empfohlenen (vgl. IV-act. 89, S. 3 f. [auch TB 44]) polydisziplinären BEGAZ-Gutachten vom 10. August 2020 ist im Wesentlichen zu entnehmen, dass die Klägerin seit Dezember 2017 in der angestammten Tätigkeit voll und in einer angepassten Tätigkeit zu 70 % arbeitsunfähig sei (vgl. IV-act. 121.2, S. 11 f. [auch KB 18]). In der Folge sprach die IV-Stelle des Kantons Aargau dieser nach Rücksprache mit ihrem RAD (vgl. IV-act. 123, S. 4 f.) mit zwei Verfügungen vom 24. und 26. November 2020 bei einem Invaliditätsgrad von 72 % rückwirkend ab dem 1. Februar 2019 eine unbefristete ganze Invalidenrente der IV zu (IV-act. 131 f. [auch KB 19 f.]).

- 12 - 4.

E. 21

Februar 2014 einen Invalidenrentenanspruch der Klägerin (vgl. dazu vorne E. 3.3.). Die Beklagte war in dieses von der IV-Stelle des Kantons

- 14 - Aargau durchgeführte invalidenversicherungsrechtlich Verfahren einbezogen worden (vgl. insb. IV-act. 43, S. 1 [auch KB 17], wonach ihr die Verfügung vom 21. Februar 2014 zugestellt wurde). Der negative Leistungsentcheid der IV-Stelle des Kantons Aargau ist für die Beklagte demnach insbesondere hinsichtlich des Fehlens eines anspruchsbegründenden Invaliditätsgrads ab dem 1. Januar 2014 sowie im Speziellen der diesem zu Grunde liegenden Arbeitsunfähigkeitsbeurteilung verbindlich, waren (unter anderem) diese Faktoren doch für die Beurteilung des Rentenanspruchs gegenüber der Invalidenversicherung entscheidend und erweist sich ferner die invalidenversicherungsrechtliche Betrachtungsweise aufgrund einer gesamthaften Prüfung der Akten insbesondere mit Blick auf die vorerwähnten (fach-)ärztlichen Berichte nicht als offensichtlich unhaltbar. Die damals bereits rechtskundig vertretene Klägerin focht die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Aargau vom 21. Februar 2014 denn auch nicht an.

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