

BL_GERICHTE 735 2011 303 vom 22. März 2012

BL Gerichte, 2012-03-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_735_2011_303

FR: BL_GERICHTE 735 2011 303 du 22 mars 2012

IT: BL_GERICHTE 735 2011 303 del 22 marzo 2012

Regeste

Invalidenrente

Erwägungen

E. 1

Für die vorliegende Streitigkeit über Ansprüche einer versicherten Person gegenüber einer Vorsorgeeinrichtung ist nach Art. 73 des Bundesgesetzes über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG) vom 25. Juni 1982 und § 54 der Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 das Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht, zur Beurteilung sachlich und örtlich zuständig. Auf die Klage ist daher einzutreten.

E. 2

Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet die Frage, ob die Klägerin über den 1. April 2011 hinaus gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 100 % Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

E. 2.1

Gemäss Art. 23 lit. a BVG haben Personen Anspruch auf Invalidenleistungen, die im Sinne der IV zu mindestens 40 % invalid sind und bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität führte, versichert waren. Aus der engen Verbindung zwischen dem Recht auf eine Rente der IV und demjenigen auf eine Invalidenleistung nach BVG ergibt sich, dass der Invaliditätsbegriff im obligatorischen Bereich der beruflichen Vorsorge und in der IV grundsätzlich identisch ist. Aufgrund von Art. 6 BVG steht es den Vorsorgeeinrichtungen aber frei, nicht nur im Bereich der weitergehenden Vorsorge, sondern auch im obligatorischen Bereich den Invaliditätsbegriff in ihren Statuten oder Reglementen zugunsten der versicherten Personen zu erweitern oder Invalidenrenten schon bei einem Invaliditätsgrad von weniger als 40 % beziehungsweise 50 % auszurichten. Das hier anwendbare Reglement, Berufliche Vorsorge nach L-GAV, der B. geht vom gleichen Invaliditätsbegriff aus wie die Invalidenversicherung; d.h. ein Anspruch auf Invaliditätsleistungen bei einer Erwerbsunfähigkeit unter 40 % besteht nicht.

E. 2.2

Der Anspruch auf Invalidenleistungen der (obligatorischen) beruflichen Vorsorge setzt weiter einen engen sachlichen und zeitlichen Zusammenhang zwischen der während der Dauer des Vorsorgeverhältnisses (einschliesslich der Nachdeckungsfrist nach Art. 10 Abs. 3 BVG) bestandenen Arbeitsunfähigkeit und der allenfalls erst später eingetretenen Invalidität voraus (vgl. BGE 130 V 270 E. 4.1 in fine). Der Gesundheitsschaden, der zur Arbeitsunfähigkeit geführt hat, muss von der Art her im Wesentlichen derselbe sein, der der

Erwerbsunfähigkeit zu Grunde liegt.

E. 2.3

Nach der Rechtsprechung ist ein Entscheid der IV-Stelle für die Einrichtungen der beruflichen Vorsorge verbindlich, sofern die Vorsorgeeinrichtung durch Eröffnung der entsprechenden Verfügung in das IVrechtliche Verfahren einbezogen wurde und soweit die konkrete Fragestellung für die Beurteilung des Rentenanspruches gegenüber der Invalidenversicherung entscheidend war. Die Orientierung an der IV bezieht sich insbesondere auf die sachbezüglichen Voraussetzungen des Rentenanspruches, die Rentenhöhe und den Rentenbeginn. Mit der Bejahung der Bindungswirkung wird einerseits eine gewisse (nicht uneingeschränkte) materiellrechtliche Koordinierung zwischen erster und zweiter Säule angestrebt. Andererseits sollen die Organe der beruflichen Vorsorge von eigenen aufwändigen Abklärungen freigestellt werden (vgl. zum Ganzen BGE 132 V 4 ff.). Diese Bindung gilt im Bereich der weitergehenden Vorsorge nur, wenn das Vorsorgereglement ausdrücklich oder unter Hinweis auf das Gesetz vom selben Invaliditätsbegriff wie die Invalidenversicherung ausgeht (vgl. BGE 126 V 308 E. 1; Urteil des Bundesgerichts vom 16. Juni 2010, 9C_81/2010, E. 3.1 in fine). Keine Bindung vermag der Entscheid der IV dann zu entfalten, wenn sich dieser als offensichtlich unrichtig erweist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 6. November 2009, 9C_469/2009, E. 4.1).

E. 2.4

Die Annahme einer offensichtlichen Unhaltbarkeit ist an strenge Voraussetzungen geknüpft. Es wird eine qualifizierte, augenfällige und sofort erkennbare Fehlerhaftigkeit des IV-Entscheidendes verlangt. Der IV-Entscheid muss somit eine Norm oder einen unumstrittenen Rechtssatz krass verletzen, sich mit sachlichen Gründen schlechterdings nicht vertreten lassen oder in stossender Weise dem Gerechtigkeitsgedanken zuwiderlaufen. Ein Beispiel dafür ist eine einseitige Würdigung medizinischer Gutachten (Markus Moser , Die berufsvorsorgerechtliche Bindungswirkung von IV-Entscheiden: Ruhekissen oder Prokrustesbett?, in: AJP 2002, S. 927). Eine Beweiswürdigung ist jedoch nicht bereits unhaltbar, wenn eine andere Lösung ebenfalls vertretbar ist oder gar vorzuziehen wäre, sondern erst, wenn der Entscheid zur tatsächlichen Situation im Widerspruch steht oder auf einem offenkundigen Fehler beruht (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 4. Februar 2010, 9C_73/2009, E. 3.2). Offensichtliche Unhaltbarkeit ist auch dann anzunehmen, wenn klare und aktenkundige Tatsachen übergangen werden (MARC Hürzeler , Invaliditätsproblematiken in der beruflichen Vorsorge, Basel/Genf/ München 2006, S. 202 f.). Für die Beurteilung der Frage, ob sich die Invaliditätsbemessung der Invalidenversicherung als offensichtlich unhaltbar erweist, ist auf die Aktenlage abzustellen, wie sie sich bei Verfügungserlass präsentierte (Hans - Ulrich Stauffer , Berufliche Vorsorge, Zürich/Basel/Genf 2005, S. 271). 2.5.1 Die vorstehenden Grundsätze betreffen den Fall der erstmaligen Rentenzusprechung. Analog zu den Renten der IV sind auch jene der beruflichen Vorsorge im Rahmen einer Revision anzupassen oder aufzuheben, wenn sich die Verhältnisse in anspruchrelevanter Weise veränderten (BGE 133 V 68 E. 4.3.1; Thomas Locher , Revision der Invalidenrente - Diskussion aktueller Fragestellungen [materiellrechtliche und formelrechtliche Aspekte], in Schaffhauser/Kieser [Hrsg.], Invalidität im Wandel, St. Gallen 2005, S. 113 ff., 115 f.). Die entsprechend der Rentenrevision der IV festgelegte neue Rente respektive der Wegfall einer Rente haben die Vorsorgeeinrichtungen nachzuvollziehen. Das Bundesgericht entschied in BGE 118 V 35 dazu, dass die Bindung nicht nur bei der Festlegung des Invaliditätsgrades bestehe, sondern

auch bei der Frage, wann sich die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person erheblich verschlechtert habe. Vorsorgeeinrichtungen bleiben nach dem genannten Entscheid auch leistungspflichtig, wenn sich der Invaliditätsgrad später ändert. Voraussetzung ist, dass die der Invalidität zugrundeliegende Arbeitsunfähigkeit während der Dauer des Versicherungsverhältnisses eintrat (Roman Schnyder , Rechtsfragen der Invalidenrentenanpassung in der beruflichen Vorsorge, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 151 ff.). Somit ist die Vorsorgeeinrichtung - sofern sie in ihrem Reglement den Invaliditätsbegriff gemäss IVG verwendet und ihr der Entscheid der IV eröffnet wurde - sowohl bei der ursprünglichen Rentenzusprechung als auch bei der Rentenrevision an die Feststellungen der IV gebunden. Die Bindungswirkung entfällt bei offensichtlicher Unrichtigkeit des Entscheides der IV, wobei die Vorsorgeeinrichtung diesfalls die ihr eröffnete Verfügung der IV-Stelle anzufechten und die Rüge der offensichtlichen Unrichtigkeit in das invalidenversicherungsrechtliche Verfahren einzubringen hat. Selber tätig werden kann die Vorsorgeeinrichtung grundsätzlich nur dann, wenn sich ein Entscheid der IV ohne ihr Zutun hinauszögert und ihr ein längeres Zuwarten nicht mehr zugemutet werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 28. November 2006, B 25/06, E. 4.3).

2.5.2 Die bereits eine Teilrente ausrichtende Vorsorgeeinrichtung hat für die rentenrelevante Erhöhung des Invaliditätsgrades auch dann nicht einzustehen, wenn sich die Erwerbsfähigkeit der versicherten Person nach Austritt aus der Vorsorgeeinrichtung aufgrund des Hinzutretens eines neuen, von der ursprünglichen Beeinträchtigung losgelösten und unabhängigen Leidens verschlechtert. Die nachträgliche Exazerbation aufgrund einer neu hinzutretenden Gesundheitsbeeinträchtigung stellt einen neuen Versicherungsfall dar, für welchen die neue Vorsorgeeinrichtung, bei der die teilinvaliden Person für die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit vorsorgeversichert war, aufzukommen hat (Marc Hürzeler , in: BVG und FZG; Schneider/Geiser/Gächter [Hrsg.], Bern 2010, zu Art. 23, Rz. 42). Demgegenüber hat die ursprüngliche Vorsorgeeinrichtung für nachträgliche revisionsrelevante Erhöhungen des Leistungsanspruchs aufzukommen, wenn die medizinische Ursache, welche zur Verschlechterung führte, dieselbe ist, welche bereits der initialen Arbeitsunfähigkeit zu Grunde lag. Dies lässt sich damit begründen, dass zwischen der während des Vorsorgeschatzes eingetretenen initialen Arbeitsunfähigkeit und der Exazerbation des Invaliditätsgrades sowohl ein sachlicher als auch zeitlicher Zusammenhang besteht (Hürzeler , BVG und FZG, a.a.O., Rz. 44; BGE 132 V 209, E. 3.2; Urteil des Bundesgerichts vom 1. September 2009, 9C_57/2009, E. 6.2; SZS 1995, S. 467 f.).

3.1. Die IV-Stelle Basel-Stadt sprach der Klägerin mit Verfügungen vom 23. Juni 2003 ab 1. Juli 1999 eine halbe und ab 17. Oktober 2007 eine ganze Invalidenrente zu. Diese Verfügungen wurden der B. eröffnet, was auch nicht bestritten wird. Mit der Eröffnung dieser Rentenverfügungen wurde die an diesem Verfahren beteiligte B. in das IV-Verfahren miteinbezogen, weshalb eine grundsätzliche Bindungswirkung an die IV-Entscheide besteht. Die B. stellt sich auf den Standpunkt, dass gestützt auf die Aktengutachten von Dr. F. vom 5. Februar 2011 und Dr. med. J. , FMH Neurologie, vom 16. November 2010 sowohl die Rentenverfügung der IV-Stelle Basel-Stadt vom 23. Mai 2003 als auch diejenige vom 17. Oktober 2007 mangels Vorliegen einer Invalidität von mindestens 20 % offensichtlich unrichtig seien.

3.2.1. Die IV-Stelle Basel-Stadt ging in ihrer Rentenverfügung vom 23. Juni 2003 von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit der Klägerin aus. Dabei stützte sie sich in orthopädischer Hinsicht auf das Gutachten des K. vom 12. Oktober 2000, wonach die Klägerin an einem chronischen Zervikalsyndrom bei Status nach

Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) und leichtem Schädelhirntrauma vom 24. Juli 1998 leide. Klinisch bestehe bei der Untersuchung eine mässiggradige schmerzhaft Funktionseinschränkung der HWS ohne neurologische Defizite. Aufgrund der glaubhaften subjektiven Beschwerden sowie der klinischen und radiologischen Befunde sei die Klägerin als Serviceangestellte nur noch stundenweise für maximal 2 Stunden täglich arbeitsfähig. In einer alternativen, leichten, rückenadaptierten Tätigkeit mit Möglichkeit zum Positions-wechsel und ohne Heben und Tragen von Gewichten, ohne monotone Körperhaltungen oder längere Bildschirmarbeiten (Konzentrationsstörung) bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Ebenfalls zu einer 50%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit kamen die Gutachter der L. in Zürich in ihrem Bericht vom 7. Juni 2000. Als neuropsychologischer Sicht leide die Klägerin an leichten neuropsychologischen Störungen (Aufmerksamkeits- und Konzentrationsschwäche), welche typisch für die Folgen eines HWS-Distorsionstraumas seien. Eine rheumatologisch-neurologische Begutachtung fand Ende 2001 und Anfang 2002 im M. statt. Dr. med. N. , FMH Neurologie, hielt in seinem Bericht vom 29. April 2002 als Diagnosen einen Status nach Verkehrsunfall mit HWS-Distorsion, eine Diskushernie C5/C6 mit chronischem Zervikalsyndrom und zervikozepalem Syndrom ohne radikuläre Reiz- und Ausfallsymptome an den oberen Extremitäten und ohne Hinweise auf eine spinale Läsion, eine leichte neuropsychologische Funktionsstörung mit Aufmerksamkeits- und Konzentrationsschwäche, eine depressive Verstimmung, einen Verdacht auf eine posttraumatische Anpassungsstörung sowie ein Karpaltunnelsyndrom links fest. Aus neurologischer Sicht ergebe sich kein adäquates klinisches Korrelat zu den geklagten Beschwerden im Sinne einer zentralnervösen bzw. peripherneurogenen Läsion. Das chronifizierte Schmerzsyndrom müsse im Rahmen eines Zervikalsyndroms und eines zervikozepalen Syndroms nach HWS-Distorsion interpretiert werden. Dr. med. O. , FMH Rheumatologie und physikalische Medizin und Rehabilitation, führte in seinem Gutachten vom 21. Mai 2002/12. Juli 2002 die von Dr. N. genannten Diagnosen auf und wies darauf hin, dass die kurz nach dem Unfall angefertigten Röntgenbilder leichte degenerative, vorbestehende Veränderungen der HWS zeigten. Es seien keine objektivierbaren neurologischen Ausfälle vorhanden, welche auf die Diskushernie zurückgeführt werden könnten. Es sei deshalb nicht von einer traumatisch bedingten Diskushernie auszugehen. Es sei aber eine klinische Erfahrung, dass solche asymptomatische Diskushernien nach einem Unfallereignis symptomatisch würden. Die leichten neuropsychologischen Funktionsstörungen und die depressive Verstimmung seien Symptome, welche in den Formenkreis der HWS-Distorsionstraumen gehörten, ohne dass eine eindeutige strukturelle Schädigung nachweisbar sein müsse. Die Diskrepanz zwischen den klinischen Befunden, den strukturellen Veränderungen in der Bildgebung und den von der Klägerin angegebenen Belastbarkeitsgrenzen würden den Verdacht auf eine nichtorganische Schmerzgenese, z.B. eine posttraumatische Anpassungsstörung, aufkommen lassen. Aufgrund der somatischen Befunde könne die Versicherte maximal 4 Stunden täglich (je 2 Stunden pro Einsatz) ihre Tätigkeit als Serviceangestellte oder eine andere Arbeit ausführen. Unter Berücksichtigung einer Leistungsminderung bestehe eine Gesamtarbeitsfähigkeit von rund 40 % (50 % eines Arbeitspensums mit 80 – 90%iger effektiver Leistung). Dabei dürfe sie keine Lasten über 10 kg häufig tragen oder heben. Längeres Arbeiten über Schulterhöhe und Arbeiten, welche Haltungen in starker Flexion/Extension oder Rotation des Kopfes erfordern würden, seien nicht mehr möglich. Das Arbeitstempo dürfe in Stresssituationen aufgrund der Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörung limitiert sein. 3.2.2. Dr. H. erstellte am 22. September 2002 ein

psychiatrisches Gutachten. Er diagnostizierte eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung bei somatischen und psychischen Faktoren nach HWS-Distorsionstrauma, eine chronifizierte depressive Episode leichten Grades sowie neuropsychologische Funktionsstörungen. Nach dem Unfall habe sich aufgrund der Schmerzen und der sozialen Problematik eine depressive Grundstimmung entwickelt, die einen entscheidenden ursächlichen Einfluss auf die Entwicklung einer anhaltenden, therapieresistenten, somatoformen Schmerzstörung gehabt habe. Die somatoforme Schmerzstörung stände ganz klar in einem Zusammenhang mit somatischen Faktoren, so dass die Voraussetzungen nach DMS-IV 309.89 erfüllt seien. Weiter könne bei der Klägerin eine depressive Grundstimmung festgestellt werden. Sie sei dysphorisch, enttäuscht, resigniert und sie leide unter den andauernden Schmerzen. Es sei zu einer Chronifizierung der Schmerzen gekommen. Die kognitiven Copingmechanismen seien durch die Schmerzproblematik und die Depression beeinträchtigt. Nicht zuletzt spielten auch die psychosozialen Faktoren (lange Arbeitsunfähigkeit, gescheiterte Arbeitsversuche, medicolegale Auseinandersetzung, allenfalls Kränkung im Zusammenhang mit Meinungsverschiedenheiten zwischen Ärzten) eine wichtige Rolle. Allein aufgrund der depressiven Symptomatik könnte die Klägerin ihre berufliche Tätigkeit ohne Einbusse noch knapp ausführen. Insgesamt sei sie aus psychiatrischer Sicht in ihrer Arbeitsfähigkeit in einer ihr körperlich angepassten Tätigkeit zu ca. 50 % eingeschränkt.

3.3 Im Rahmen des im Jahr 2003 eingeleiteten IV-Revisionsverfahrens wurde die Klägerin am 14. Juni 2004 nochmals von Dr. H. begutachtet. Bei gleichbleibender Diagnose stellte er fest, dass sich seit der letzten Begutachtung insbesondere hinsichtlich der depressiven Verstimmung eine leichte Verschlechterung gezeigt habe. Sie klage über vermehrte Kopfschmerzen, Tinnitus, Nacken- und Schulterbeschwerden, zwischendurch auch über Schlafstörungen und erheblichen Konzentrationsstörungen. Aus psychiatrischer Sicht sei die Explorandin in ihrer Arbeitsfähigkeit zwischen 50 – 60 % eingeschränkt.

3.4 Zum Zeitpunkt des Revisionsverfahrens lagen zudem der Bericht der behandelnden Psychologin, Dr. phil. P., Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, vom 30. Dezember 2003 und derjenige von Dr. med. Q., FMH Neurologie, vom 21. Februar 2005 vor. Dr. P. betrachtete die Klägerin als nicht mehr arbeitsfähig. Dr. Q. stellte eine leichte Verlangsamung der zentralen motorischen Laufzeit zum Myotom C6, einen Erschöpfungszustand, ein Engegefühl über der Epiglottis, ein Lumbovertebralsyndrom, eine Adipositas und einen Verdacht auf eine sternoklavikuläre Arthrose (Kontusion der Gelenke durch die Sicherheitsgurte) fest (vgl. auch MRI-Bericht von Dr. med. R., FMH Radiologie, vom 6. Mai 2003). Eine Steigerung der 50%igen Arbeitsfähigkeit sei zurzeit nicht möglich.

3.5 Gestützt auf die Beurteilung von Dr. H. teilte die IV-Stelle Basel-Stadt der Klägerin mit Verfügung vom 13. April 2005 mit, es habe sich keine rentenbeeinflussende Änderung ergeben. Diese Verfügung bestätigte sie mit Einspracheentscheid vom 22. November 2005. Aufgrund des Urteils des Sozialversicherungsgerichts Basel-Stadt vom 26. April 2006 beauftragte die IV-Stelle das E., die Klägerin umfassend zu begutachten. Dabei wurde sie internistisch, rheumatologisch, neurologisch, neuropsychologisch und psychiatrisch untersucht. Im Gutachten vom 5. April 2007 hielten die Gutachter als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom chronifiziert, eine leichte bis mittelschwere kognitive Einschränkung, ein chronisches Zervikovertebral- und Zervikozephalosyndrom, ein chronisch rezidivierendes Lumbovertebralsyndrom und eine beginnende AC-Gelenksarthrose der linken Schulter fest. Gemäss Konsensbeurteilung würde die chronifizierte, mittelgradige depressive Episode die

Arbeitsfähigkeit am stärksten beeinflussen. Die Klägerin sei als Serviceangestellte oder in einer Verweistätigkeit nicht mehr arbeitsfähig. 3.6.1. Der Gutachter Dr. med. S. , FMH Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, hielt fest, dass die rheumatologischen Beeinträchtigungen (chronisches Zervikovertebral- und Zervikozephalosyndrom mit vegetativen Störungen, aber ohne radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik, chronisches rezidivierendes Lumbovertebralsyndrom und AC-Gelenksarthrose der linken Schulter) die Klägerin in ihrem angestammten Beruf als Serviceangestellte in ihrer Arbeitsfähigkeit zu 40 % einschränkten. Dabei sollte der tägliche Arbeitseinsatz nicht mehr als 3,6 Stunden betragen. Das häufige Tragen und Heben von Gewichten über 10 kg, Arbeiten über Schulterhöhe und in Zwangshaltungen (Rotation des Kopfes, in gebückter Stellung oder Überkopfhöhe) seien zu vermeiden. Die maximale Gewichtslimite betrage 15 kg. Dabei sei von einer Leistungsminderung von 10 % auszugehen. 3.6.2. Dr. med. T. , FMH Neurologie, bestätigte die rheumatologischen Diagnosen. Sie erachtete die nuchal ausstrahlenden Kopfschmerzen mit brennendem Charakter, die Lärm- und Lichtempfindlichkeit sowie die Übelkeit sehr wahrscheinlich als eine Unfallfolge, da die Versicherte vor dem Unfall beschwerdefrei gewesen sei. Der chronische Verlauf spreche aber auch für eine Symptomausweitung. Hinweise für eine milde traumatische Hirnschädigung seien nicht vorhanden. Die rezidivierende Lumbago weise keine ischialgieformen Ausstrahlungen oder eine radikuläre Reiz- oder sensomotorische Ausfallsymptomatik auf. Die belastungsabhängig auftretenden Kribbelparästhesien an Digitum IV und V der linken Hand würden für ein leichtes Sulcus-ulnaris-Syndrom mit sensibler Reizsymptomatik sprechen. Aufgrund dieser Befunde bestehe aus neurologischer Sicht für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit schmerzbedingt eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % bzw. für leichtere Arbeiten in einer Verweistätigkeit von 10 %. 3.6.3 In neuropsychologischer Hinsicht würden sich gemäss Dr. phil. U. leichte bis mittelschwere kognitive Einschränkungen objektivieren lassen. Es zeigten sich ein reduziertes Bearbeitungsstempo und eine unter der Norm liegende Leistung im Bereich gezielter Aufmerksamkeit. Darüber hinaus erweise sich die nonverbale Merkspanne und die Interferenzresistenz als leichtgradig reduziert. Eine Progredienz der kognitiven Symptome sei seit der letzten Begutachtung im Juli 2000 insgesamt dagegen nicht festzustellen. Aus rein neuropsychologischer Sicht sei die Versicherte als Serviceangestellte zu 30 % arbeitsunfähig, weil sie im Bereich der Aufmerksamkeit sowie des raschen Wechsels des Aufmerksamkeitsfokus eingeschränkt sei. Bei Arbeiten, welche erlaubten, Aufgaben schwerpunktmässig nacheinander und ohne grosse Interferenzen durch andere Anforderungen zu bearbeiten, sei die Arbeitsfähigkeit zu 20 – 25 % beeinträchtigt. 3.6.4 Dr. I. führte in seiner psychiatrischen Beurteilung aus, dass eine leichtgradige Affektverflachung bestehe. Im Gespräch sei ein affektiver Rapport zwar herstellbar, es bestehe jedoch im Gespräch wenig Schwingungsfähigkeit. Die Klägerin grüble häufig über die Zukunft, sehe wenig Zukunftsperspektiven und habe zeitweise Sterbenswünsche und Suizidgedanken. Sie könne sich aber auch freuen, so das letzte Mal bei einem Besuch einer Freundin. Sie gebe eine Störung der Vitalgefühle an, habe ein deutlich herabgesetztes Gefühl der körperlichen und seelischen Kraft sowie der Lebendigkeit und habe Angst vor dem Anrempeln, wenn viele Leute um sie herum seien. Im Sozialverhalten bestehe ein starker sozialer Rückzug. Sie habe ein massiv defizitorientiertes Krankheitsbild. Eine klare Kausalität ihres Zustands mit dem Schleudertrauma bejahe sie grundsätzlich, verneine jedoch einen psychischen Anteil. Die Kriterien für die Diagnose einer mittelgradigen Depression seien erfüllt (Interessensoder Freudeverlust bei Aktivitäten, verminderter Antrieb und gesteigerte Ermüdbarkeit, Verlust

des Selbstvertrauens, wiederkehrende Gedanken an den Tod und Klagen eines verminderten Denk- und Konzentrationsvermögens). Er stelle sich sogar die Frage, ob die Diagnose einer mittelschweren depressiven Episode nicht bereits im Jahr 2004 hätte gestellt werden müssen. Das somatische Syndrom sei aufgrund des deutlichen Interesseverlusts, der mangelnden Fähigkeit, auf Ereignisse oder Aktivitäten emotional zu reagieren, des deutlichen Appetitverlusts, des Gewichts- und Libidoverlusts zu bejahen. Auch zeige die Klägerin weiterhin Symptome einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Sie leide seit mindestens 6 Monaten an kontinuierlichen, an den meisten Tagen anhaltenden, schweren und belastenden Schmerzen in einem Körperteil, die nicht durch den Nachweis eines physiologischen Prozesses oder einer körperlichen Störung erklärt werden könnten und anhaltend der Hauptfokus der Aufmerksamkeit der Klägerin seien. Eine posttraumatische Belastungsstörung könne dagegen nicht bestätigt werden. Des Weiteren zeige die Klägerin alle Zeichen einer Alexithymie, d.h. sie sei nicht in der Lage, ihre eigenen Gefühle zu lesen und wahrzunehmen. Diese Persönlichkeitszüge erklärten, weshalb es zu einer schweren Chronifizierung der Symptomatik gekommen sei. Dr. I. erachtete die Arbeitsfähigkeit der Versicherten aufgrund ihrer psychischen Beeinträchtigungen als nicht mehr gegeben. Die Klägerin habe bereits im Rahmen eines Eingliederungsversuchs wegen Erschöpfung nicht arbeiten können. Seither habe sich der Schweregrad sowohl der Depression als auch der subjektiv empfundenen Schmerzen massiv verstärkt. Die Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes sei aufgrund der Akten dokumentiert. Es müsse davon ausgegangen werden, dass bereits seit Juni 2004 keine Arbeitsfähigkeit mehr bestehe. 3.7 Gestützt auf das Gutachten der E. vom 5. April 2007 sprach die IV-Stelle der Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 100 % eine ganze Invalidenrente mit Wirkung per 1. Juni 2004 zu. 3.8 Nach Erlass dieser Rentenverfügung erstellte Dr. J. im Auftrag des Unfallversicherers ein neurologisches Gutachten. In seinem Bericht vom 16. November 2010 führte er aus, dass aus seiner Sicht die vor 2003 festgestellten somatischen Veränderungen keine Arbeitsunfähigkeit von 50 % rechtfertigen würden. Die psychischen Veränderungen ständen nicht in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis. Nach 2004 habe sich die gesundheitliche Situation sowohl in psychischer als auch in physischer Hinsicht verschlechtert. Die Zunahme der depressiven Verstimmung sei aber nicht unfallbedingt. 3.9 Schliesslich beauftragte die B. Dr. F. mit der psychiatrischen Begutachtung der Klägerin. Dr. F. führte am 5. Februar 2011 aus, dass er die Gutachten von Dr. H. nicht nachvollziehen könne. So sei nicht einzusehen, weshalb die von ihm diagnostizierte leichte depressive Störung die Arbeitsfähigkeit der Klägerin im Umfang von 50 bzw. 50 - 60 % einschränke. Diese Einschätzung liege bei der Klägerin, welche keine intellektuell anfordernden Arbeiten leisten müsse, viel zu hoch. Korrekt wäre eine volle Arbeitsfähigkeit mit allenfalls einer leichten Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Ebenso wenig verständlich sei, wie Dr. I. zu der Diagnose einer mittelgradigen depressiven Störung und einer daraus resultierenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit komme. Beide Gutachter hätten die psychosozialen Faktoren nicht ausgeklammert. Dr. I. stütze sich auf einen nicht objektiven Psychostatus. Seine Befunde (leichtgradige Affektverflachung, guter affektiver Rapport, die Klägerin könne sich freuen und fühle sich nicht depressiv) entsprächen einer leichtgradigen Depression. Aus psychiatrischer Sicht könne die Versicherte deshalb ihre frühere Tätigkeit ganztagig ausführen. Es sei höchstens mit einer leichten Leistungseinschränkung zu rechnen. Selbst wenn von einer mittelschweren Depression auszugehen wäre, könne die Arbeitsunfähigkeit höchstens 50 % betragen. 4.1.1 In Anbetracht dieser umfangreichen und umfassenden

Abklärungen des Gesundheitszustandes der Klägerin, bei der mehrfach psychiatrische und somatische Begutachtungen durchgeführt wurden, kann nicht davon gesprochen werden, die Rentenentscheide der IV-Stelle Basel-Stadt vom 23. Juni 2003 und 17. Oktober 2007 beruhten auf ungenügenden oder sogar fehlenden medizinischen Unterlagen. Ebenso wenig ist eine offensichtliche Unhaltbarkeit der Rentenverfügungen zu erblicken. Die IV-Stelle stützte sich bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes der Klägerin im Rahmen der erstmaligen Rentenzusprache auf Beurteilungen von Ärztinnen und Ärzten aus verschiedenen Fachdisziplinen (Orthopädie, Neurologie, Rheumatologie, Psychiatrie). Keiner von ihnen attestierte der Klägerin in ihrer angestammten Arbeit als Serviceangestellte oder in einer Verweistätigkeit eine Arbeitsfähigkeit über 50 %. Die einzelnen Fachgutachten beruhten auf eingehenden Beobachtungen und Untersuchungen. Sie vermittelten ein umfassendes Bild über den Gesundheitszustand der Klägerin und gelangten bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen. Den Akten waren keine Anhaltspunkte zu entnehmen, welche an der Zuverlässigkeit dieser Berichte zweifeln lassen. Es ist deshalb nicht zu beanstanden, dass die IV-Stelle Basel-Stadt der Klägerin gestützt auf die damalige medizinische Aktenlage eine halbe Invalidenrente zusprach. 4.1.2. Desgleichen geht aus dem Gutachten der E. vom 5. April 2007, auf welches sich die IV-Stelle bei der Rentenverfügung vom 17. Oktober 2007 stützte und in der Folge die halbe Invalidenrente auf eine ganze erhöhte, keine grobe Fehlerhaftigkeit hervor. Das Gutachten ist sowohl in formaler als auch in inhaltlicher Hinsicht umfassend, vollständig und widerspruchsfrei. Es gibt keine Hinweise auf wichtige ungeklärte Fragen oder fehlende notwendige Abklärungen. Die Schlussfolgerungen hinsichtlich der 100%igen Arbeitsunfähigkeit sind schlüssig. Auch wenn auf den ersten Blick aus heutiger Sicht bei einer mittelgradigen depressiven Störung eine vollständige Arbeitsunfähigkeit als hoch erscheint, ist unter Berücksichtigung der doch recht erheblichen somatischen Beeinträchtigungen nachvollziehbar, dass die Gutachter die Klägerin nicht mehr als arbeitsfähig betrachten. Auf jeden Fall kann keine Rede davon sein, dass der auf das Gutachten der E. gestützte Rentenentscheid vom 17. Oktober 2007 zur tatsächlichen Situation in Widerspruch steht oder auf einem offenkundigen Fehler beruht. 4.2. An diesem Ergebnis ändern auch die von der B. angeführten Aktengutachten von Dr. F. vom 5. Februar 2011 und der Bericht von Dr. J. vom 16. November 2010 nichts. Dr. J. äusserte sich als Neurologe zur Entwicklung der depressiven Symptomatik. Die Psychiatrie fällt jedoch nicht in sein Fachgebiet, so dass seiner Beurteilung kein entscheidender Beweiswert zukommen kann. Dr. F. als psychiatrische Fachperson zweifelte nicht an den bisher gestellten somatischen Diagnosen. Er rügt auch keine Unvollständigkeit oder Fehlerhaftigkeit der in den Akten vorliegenden Gutachten. Er beanstandete in psychischer Hinsicht lediglich den Schweregrad der depressiven Störung, was ihn veranlasste, die zumutbare Arbeitsfähigkeit der Klägerin höher einzuschätzen als Dr. H. und Dr. I. dies taten. Zur Begründung führte er an, dass die von Dr. H. und Dr. I. festgestellten Arbeitsunfähigkeitsgrade von 50 - 60 % bzw. 100 % nicht gerechtfertigt seien. Richtigerweise müsse bei der Versicherten, welche keine intellektuell anspruchsvollen Arbeiten verrichten müsse, von einer vollen Arbeitsfähigkeit mit einer allenfalls leichten Einschränkung der Leistungsfähigkeit ausgegangen werden. Zudem hätten Dr. H. und Dr. I. psychosoziale Faktoren in ihren Zumutbarkeitsbeurteilungen nicht ausgeklammert. Ein wesentlicher Mangel des Gutachtens von Dr. F. liegt darin, dass er seine Einschätzung nicht begründet. So ist nicht nachzuvollziehen, weshalb die Versicherte seiner Meinung nach voll arbeitsfähig sein sollte und woraus sich gegebenenfalls die leicht verminderte Leistungsfähigkeit ergeben würde.

Er setzt sich auch nicht sorgfältig mit den Befunden und Beurteilungen von Dr. H. und Dr. I. auseinander. Dr. F. übersieht, dass Dr. H. nicht nur die leichte depressive Störung, sondern auch eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung als psychiatrische Diagnose aufführte. Entgegen den Ausführungen von Dr. F. ist die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit von 50 - 60 % somit nicht nur mit dem Vorliegen einer leichtgradigen Depression begründet. Es fällt weiter auf, dass Dr. F. die Untersuchungsbefunde von Dr. I. nur unvollständig und missverständlich zitiert ("leichtgradige Affektverflachung, guter affektiver Rapport, sie könne sich freuen; die Versicherte fühle sich nicht depressiv"). So geht aus dem psychiatrischen Fachgutachten von Dr. I. unter anderem hervor, dass im Gespräch zwar ein affektiver Rapport herstellbar gewesen sei, dabei jedoch wenig Schwingungsfähigkeit bestanden habe. Dr. I. erwähnte auch die von der Klägerin geäusserten Sterbenswünsche und zeitweise vorhandenen Suizidgedanken, die fehlende Zukunftsperspektiven, die Störung der Vitalgefühle, die Angst vor grossen Menschenmengen und einen starken sozialen Rückzug. Es trifft zu, dass die Klägerin angab, an keiner depressiven Erkrankung zu leiden. Dr. I. wies in diesem Zusammenhang aber darauf hin, dass zwischen der subjektiven Beurteilung der Klägerin und ihren geäusserten depressiven Symptomen eine Diskrepanz auffalle, was er auf die bei der Versicherten festgestellten Gefühlsblindheit (Alexothymie) zurückführe. Aufgrund dieses Persönlichkeitsmerkmals sei es der Klägerin gar nicht möglich, "sich depressiv zu fühlen". Unter diesen Umständen ist die Ansicht von Dr. F., wonach der von Dr. I. beschriebene subjektiv gefärbte Psychostatus einer leichtgradigen Depression entspreche, nicht überzeugend. Es ist vielmehr davon auszugehen, dass die Klägerin an einer mittelgradigen depressiven Episode leidet. Entgegen den Ausführungen von Dr. F. beschrieb Dr. I. keine psychosoziale Belastungssituation, welche Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Klägerin haben könnte. Damit erweist sich das Aktengutachten von Dr. F. nicht als geeignet, die Beurteilungen von Dr. H. und Dr. I. in bedeutender Weise in Frage zu stellen. Selbst wenn die Beurteilung von Dr. F. überzeugender wäre als diejenigen von Dr. H. und Dr. I., können die Rentenentscheide, welche sich unter anderem auf die psychiatrischen Beurteilungen von Dr. H. und Dr. I. stützen, keinesfalls als offensichtlich unrichtig bezeichnet werden (vgl. Erwägung 2.4).

5.1. Die Beklagte macht weiter geltend, dass die sachliche Konnexität für die weitere Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes und die dadurch bedingte Rentenerhöhung fehle. Die krankheitsbedingte Verschlechterung stelle eine neue Ursache dar, die in einem Zeitpunkt eingetreten sei, in welchem die Klägerin nicht mehr dem Vorsorgeschutz der B. unterstellt gewesen sei. So habe auch der Unfallversicherer eine Erhöhung der Rente mangels adäquaten Kausalzusammenhangs der psychischen Verschlechterung und dem Unfallereignis verneint. Die Beklagte verkennt, dass unfallrechtliche Adäquanzüberlegungen bei der Beurteilung der sachlichen Konnexität in der beruflichen Vorsorge keine bedeutende Rolle spielen. Das Vorsorgesystem des BVG ist final konzipiert. Anders als im Recht der sozialen Unfallversicherung kommt deshalb der Adäquanz als Wertungselement im Hinblick auf eine versicherungsmässig vernünftige und gerechte Abgrenzung Haftung begründender und ausschliessender Unfälle keine Bedeutung zu (vgl. Moser, a.a.O., S. 930). In der beruflichen Vorsorge ist nämlich bereits dann eine sachliche Konnexität zu bejahen, wenn der der Invalidität zu Grunde liegende Gesundheitsschaden im Wesentlichen derselbe ist, der seinerzeit zur Arbeitsunfähigkeit führte (BGE 123 V 264 E. 1c mit Hinweisen). Ob der Gesundheitsschaden eine Krankheit oder die Folge eines Unfalls ist, spielt keine Rolle (Urteil des Eidgenössischen

Versicherungsgerichts [EVG] vom 31. Dezember 2003, B 3/03, E. 2.1). Es ist auch nicht von Belang, ob zwischen der Krankheit bzw. Unfall, die der Arbeitsunfähigkeit zu Grunde liegt, und dem Leiden, das die Invalidität zur Folge hatte, ein Kausalzusammenhang besteht. Ausschlaggebend ist allein, ob die neue gesundheitliche Beeinträchtigung verglichen mit den vorherigen Leiden qualitativ eine wesentlich unterscheidbare, anderes geartete gesundheitliche Beeinträchtigung ist (Urteil des Bundesgerichts vom 11. Februar 2003, B 42/02, E. 2.2). Dies trifft vorliegend nicht zu. Aus den beigezogenen IV-Akten ergibt sich, dass die am 1. Juni 2004 eingetretene gesundheitliche Verschlechterung in psychischer Hinsicht, welche eine vollständige erwerbliche Leistungseinbusse bewirkte, auf dieselbe Ursache zurückzuführen ist und keinen neuen, die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden gesundheitlichen Krankheitsgründe hinzugekommen sind. So gehen Dr. H. und Dr. I. davon aus, dass beim Eintritt der Arbeitsunfähigkeit eine psychische gesundheitliche Beeinträchtigung vorgelegen habe, welche sich mit der Zeit verschlimmert habe. Selbst Dr. F. stellt sich nicht auf den Standpunkt, dass die depressive Erkrankung aufgrund einer neuen Ursache bestehe. 5.2. Desgleichen ist nicht daran zu zweifeln, dass die im Rahmen der ersten Rentenverfügung attestierte psychische Symptomatik unfallkausal ist. Dr. H. stellte in seinem Gutachten vom 22. September 2002 fest, dass die Klägerin vor dem Unfall nie depressiv erkrankt sei und sich keine gravierenden psychischen Belastungsfaktoren finden lassen würden, die auch ohne Unfall zu einer depressiven Symptomatik hätten führen können. Erst seit dem Unfall leide die Klägerin an kognitiven Problemen und Schmerzsymptomen, was sich in der Folge zu einer depressiven Symptomatik entwickelt habe und inzwischen chronifiziert sei. Zwischen den Schmerzen und der depressiven Störung sei ein "circulus vitiosus" entstanden, der die für die Bewältigung der Symptomatik unbedingt notwendigen kognitiven Copingmassnahmen negativ beeinflusse. Seine Ausführungen zur Unfallkausalität der psychischen Störung sind überzeugend und widerspruchsfrei. Dazu kommt, dass Dr. F. die Unfallkausalität der depressiven Störungen nicht in Frage stellte. Einzig Dr. J. bezweifelte die unfallkausale Ursache der psychischen Beeinträchtigungen. Wie bereits erwähnt, kann auf seine als Neurologe vorgenommene psychiatrische Beurteilung nicht abgestellt werden (vgl. Erwägung 4.2). Es steht somit fest, dass die psychische Erkrankung sich bereits während der Versicherungsdeckung bei der B. manifestierte und das Krankheitsgeschehen erkennbar mittrugte. Der die Arbeitsunfähigkeit und die Invalidität begründende Gesundheitsschaden ist damit derselbe.

E. 6

Aus dem Gesagten ergibt sich, dass sich die Rentenverfügungen der IV-Stelle Basel-Stadt vom 23. Juni 2003 und 17. Oktober 2007 nicht als offensichtlich unrichtig erweisen und der Invalidität begründende Gesundheitsschaden im Wesentlichen derselbe ist, welcher für die während des Vorsorgeverhältnisses eingetretene Arbeitsunfähigkeit ursächlich war. Damit ist auch gesagt, dass die B. an die IV-Entscheidung gebunden ist und die Einstellung der Invalidenrente aus beruflicher Vorsorge per 31. März 2011 unzulässig war. Demgemäss hat die Klägerin über den 31. März 2011 hinaus grundsätzlich weiterhin Anspruch auf eine halbe Invalidenrente.

E. 7

Es bleibt zu prüfen, ob die B. die Invalidenrente aufgrund der Verletzung der Mitwirkungspflicht der Klägerin auf die BVG-Minimalleistungen kürzen darf.

E. 7.1

Gemäss Art. 7.2 des hier anwendbaren Reglements kann die B. von den versicherten Personen verlangen, dass sie sich durch einen von der B. bezeichneten Arzt untersuchen lassen. Kommt die versicherte Person dieser Pflicht nicht nach, werden nur die BVG-Minimalleistungen ausgerichtet. Es ist unbestritten, dass sich die Klägerin weigerte, sich vom Psychiater Dr. F. untersuchen zu lassen. Zur Begründung brachte sie vor, dass sie das Aufgebot zur Untersuchung als schikanös und unnötig betrachte, da die Abklärungen im UVG-Revisionsverfahren erst wenige Monate zurückliegen würden und ihr deshalb ein erneutes Revisionsverfahren nicht zuzumuten gewesen sei. Es ist nun zu berücksichtigen, dass die B. die Klägerin zu einer ärztlichen Abklärung aufbot, was gemäss Reglement zulässig ist. Von einer schikanösen und rechtsmissbräuchlichen Anwendung von Art. 7 Abs. 2 des Reglements kann erst gesprochen werden, wenn die B. beispielsweise kurz vor dem Untersuchungstermin bei Dr. F. bereits ärztliche Untersuchungen angeordnet hätte, was hier aber nicht zutrifft. Es ist damit festzustellen, dass die Klägerin ihre Mitwirkungspflicht verletzte, weshalb sie gemäss Reglement der B. lediglich Anspruch auf BVG-Minimalleistungen hat.

E. 7.2

In teilweiser Gutheissung der Klage ist somit festzustellen, dass die B. der Klägerin die seit 1. April 2011 verfallenen Raten der ganzen Invalidenrente im Umfang der BVG-Mindestleistungen zu bezahlen und die laufende ganze Invalidenrente im Umfang der BVG-Mindestleistungen weiterhin auszurichten hat. Dabei beträgt die BVG-Minimalrente jährlich Fr. 7'706.60 (vgl. Schreiben der B. vom 26. März 2012).

E. 7.3

Anzumerken bleibt, dass unabhängig von diesem Verfahrensausgang fraglich ist, ob die B. selber tätig werden durfte, indem sie die Invalidenrente der Klägerin ab 1. April 2011 einstellte. Aus den IV-Akten geht hervor, dass die B. mit Schreiben vom 15. März 2011 bei der IV-Stelle ein Wiedererwägungsgesuch stellte. Die IV-Stelle wies dieses Gesuch am 21. März 2011 ab. Gleichzeitig teilte sie mit, dass sie die im Jahr 2011 vorgesehene Rentenrevision von Amtes wegen eingeleitet habe. Unter diesen Umständen wäre es der B. ohne weiteres zumutbar gewesen, den Abschluss des IV-Revisionsverfahrens abzuwarten und ihren Einwand der offensichtlichen Unrichtigkeit ins IVrechtliche Verfahren einzubringen (vgl. Erwägung 2.5). Da das Gericht vorliegend zur Erkenntnis gelangt, dass die Klägerin Anspruch auf eine Invalidenrente hat, verzichtet es, auf diese Frage näher einzugehen.

E. 8

Rechtsprechungsgemäss ist auf den geschuldeten Rentenbeträgen seit Einreichung der Klage ein Verzugszins von 5 % zu bezahlen (vgl. BGE 119 V 133; Urteil des EVG vom 18. Juli 2002, B 10/99, E. 6c). Die Klägerin hat demnach Anspruch auf Verzugszinsen von 5 % ab 7. September 2011. 9.1 Gemäss Art. 73 Abs. 2 BVG ist das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in der Regel kostenlos. Es sind deshalb keine Verfahrenskosten zu erheben.

E. 10

Die Klägerin ist mit ihrem Rechtsbegehren durchgedrungen und hat demgemäss Anspruch auf eine Parteientschädigung zulasten der Beklagten (vgl. § 21 VPO). Die B. hat der

Klägerin demnach bei einem praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 250.-- eine Parteientschädigung von Fr. 2'966.75 (10,5 Stunden à Fr. 250.--; inkl. Auslagen von Fr. 122.-- und 8 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen. Demgemäss wird e r k a n n t :

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