

# **BL\_GERICHTE 735 20 38 / 168 vom 9. Juli 2020**

BL Gerichte, 2020-07-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl\\_gerichte\\_735\\_20\\_38\\_\\_\\_168](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_735_20_38___168)

FR: BL\_GERICHTE 735 20 38 / 168 du 9 juillet 2020

IT: BL\_GERICHTE 735 20 38 / 168 del 9 luglio 2020

## **Regeste**

Invalidenrente

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Nach Art. 73 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die berufliche Vorsorge (BVG) vom 25. Juni 1982 und § 54 des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 ist für die Beurteilung der vorliegenden Streitigkeit über Ansprüche einer versicherten Person gegenüber einer Vorsorgeeinrichtung das Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht, sachlich zuständig. Art. 73 Abs. 3 BVG regelt die örtliche Zuständigkeit für die Entscheidung von Streitigkeiten berufsvorsorgerechtlicher Natur. Gerichtsstand ist demnach der schweizerische Sitz oder Wohnsitz der beklagten Partei oder der Ort des Betriebs, bei dem die versicherte Person angestellt worden war. Der Sitz der Beklagten befindet sich vorliegend in X.\_\_\_\_. Damit ist das Kantonsgericht für die Beurteilung der gegen die Beklagte erhobenen Klage auch örtlich zuständig. Auf die – im Übrigen formgerecht eingereichte – Klage vom 21. Januar 2020 ist demnach einzutreten.

### **E. 2**

Strittig ist der Anspruch der Klägerin auf Leistungen aus dem Vorsorgeverhältnis mit der Beklagten. 3.1 Die obligatorische Versicherung beginnt mit dem Antritt des Arbeitsverhältnisses (Art. 10 Abs. 1 BVG; vgl. auch Art. 5 Abs. 1 des Vorsorgereglements der Valora Pensionskasse [Reglement] vom 1. Januar 2014). Die Versicherungspflicht endet, wenn der Anspruch auf Altersleistung entsteht, das Arbeitsverhältnis aufgelöst, der Mindestlohn unterschritten oder die Ausrichtung von Taggeldern der ALV eingestellt wird; vorbehalten bleibt Art. 8 Abs. 3 BVG (Art. 10 Abs. 2 BVG; vgl. auch Art. 5 Abs. 2 des Reglements). Für die Risiken Tod und Invalidität bleibt die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer während eines Monats nach Auflösung des Vorsorgeverhältnisses bei der bisherigen Vorsorgeeinrichtung versichert (Art. 10 Abs. 3 BVG; vgl. auch Art. 5 Abs. 4 des Reglements). 3.2.1 Nach 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 geführt hat, versichert waren. Nach Art. 24 Abs. 1 BVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine volle Invalidenrente, wenn sie im Sinne der IV mindestens zu 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zur Hälfte und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40% invalid ist. Auf Grund 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 ihren Reglementen zugunsten der versicherten Personen zu erweitern oder Invalidenrenten schon

bei einem IV-Grad von weniger als 40% auszurichten. Das Reglement der Valora Pensionskasse geht grundsätzlich vom gleichen Invaliditätsbegriff aus wie die IV (vgl. auch Art. 24 Abs. 1-3 des Reglements).

3.2.2 Für den Beginn des Anspruchs auf Invalidenleistungen der (obligatorischen) beruflichen Vorsorge gelten sinngemäss die entsprechenden Bestimmungen des IVG (Art. 29 IVG; Art. 26 Abs. 1 BVG). Der Anspruch entsteht demnach grundsätzlich mit dem Beginn der Rente der Invalidenversicherung nach Art. 29 Abs. 1 IVG, d.h. frühestens sechs Monate nach der Anmeldung bei der Invalidenversicherung zum Rentenbezug (BGE 140 V 470).

3.3 Invalidenleistungen der obligatorischen beruflichen Vorsorge werden von derjenigen Vorsorgeeinrichtung geschuldet, durch welche die ansprechende Person bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, versichert war. Dieser Grundsatz findet auch in der weitergehenden beruflichen Vorsorge Anwendung, wenn das Reglement oder die Statuten nichts Anderes vorsehen (BGE 136 V 65 E. 3.2). Entscheidend ist somit einzig der Eintritt der relevanten Arbeitsunfähigkeit, unabhängig davon, in welchem Zeitpunkt und in welchem Masse daraus ein Anspruch auf Invalidenleistungen entsteht. Die Versicherteneigenschaft muss nur bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit gegeben sein, dagegen nicht notwendigerweise auch im Zeitpunkt des Eintritts oder der Verschlimmerung der Invalidität (Urteil des Bundesgerichts vom 8. September 2017, 9C\_139/2017, E. 2.1). Für die Bestimmung der Leistungszuständigkeit ist eine erhebliche und dauerhafte Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich massgebend. Diese muss mindestens 20% betragen (BGE 134 V 20 E. 3.2.2). Es wird zwar in der Regel, aber nicht in jedem Fall zwingend eine echtzeitlich ärztlich attestierte Arbeitsunfähigkeit zum rechtsgenügenden Nachweis einer berufsvorsorgerechtlich relevanten Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen verlangt (Urteile des Bundesgerichts vom 11. Juni 2008, 9C\_96/2008, E. 3.2.2 und vom 11. Februar 2008, B 152/06, E. 6.3). Immerhin reichen nachträgliche Annahmen und spekulative Überlegungen, wie etwa eine rückwirkend festgelegte medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit nicht aus (Urteile des Bundesgerichts vom 8. September 2017, 9C\_139/2017, E. 4.2.2.1 und vom 11. September 2008, 9C\_368/2008, E. 2 jeweils mit Hinweisen). Die gesundheitliche Beeinträchtigung muss sich auf das Arbeitsverhältnis sinnfällig auswirken oder ausgewirkt haben; die Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen muss mit anderen Worten arbeitsrechtlich in Erscheinung getreten sein, etwa durch einen Abfall der Leistungen mit entsprechender Feststellung oder gar Ermahnung des Arbeitgebers oder durch gehäufte aus dem Rahmen fallende gesundheitlich bedingte Arbeitsausfälle (SVR 2008 BVG Nr. 34 S. 143, 9C\_127/2008 E. 2.3 und 2008 IV Nr. 11 S. 32, I 687/06 E. 5.1; Urteil des Bundesgerichts vom 6. Juni 2012, 9C\_362/2012, E. 5.2.1 mit Hinweis).

3.4 Der Anspruch auf Invalidenleistungen der (obligatorischen) beruflichen Vorsorge setzt einen engen sachlichen und zeitlichen Zusammenhang (Konnex) zwischen der während des Vorsorgeverhältnisses eingetretenen Arbeitsunfähigkeit und der allenfalls erst später eingetretenen Invalidität voraus (BGE 136 V 65 E. 3.1 mit Hinweisen). Der sachliche Konnex ist gegeben, wenn der Gesundheitsschaden, der zur Arbeitsunfähigkeit geführt hat, von der Art her im Wesentlichen derselbe ist wie derjenige, welcher der Erwerbsunfähigkeit zugrunde liegt. Der zeitliche Konnex setzt voraus, dass die versicherte Person nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, nicht während längerer Zeit wieder arbeitsfähig war. Bei der Prüfung dieser Frage sind die gesamten Umstände des konkreten Einzelfalles zu berücksichtigen, namentlich die Art des Gesundheitsschadens, dessen prognostische Beurteilung durch den Arzt sowie die Beweggründe, welche die

versicherte Person zur Wiederaufnahme oder Nichtwiederaufnahme der Arbeit veranlasst haben (BGE 134 V 20 E. 3.2). 3.5 Ein Entscheid der IV-Stelle ist für eine Einrichtung der beruflichen Vorsorge verbindlich, 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. Die Bindungswirkung findet ihre positivrechtliche Grundlage in den Art. 23, 24 Abs. 1 und 26 Abs. 1 BVG, welche an die Regelung des IVG anknüpfen oder diese übernehmen (BGE 143 V 434 E. 2.2; 133 V 67 E. 4.3.2). 4.1 Gemäss dem im Sozialversicherungsverfahren geltenden Untersuchungsgrundsatz haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen und ohne Bindung an die Parteibegehren für die richtige und vollständige Feststellung des Sachverhaltes zu sorgen (Art. 73 Abs. 2 BVG; BGE 125 V 195 E. 2, 122 V 158 E. 1a). Dabei schliesst der Untersuchungsgrundsatz die Beweislast im Sinne einer Beweisführungspflicht begriffsnotwendig aus. Im Prozess nach Art. 73 BVG tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten will. Nach der Praxis des Bundesgerichts liegt die Beweislast bei anspruchsbegründenden Tatfragen demzufolge bei jener Partei, die den Anspruch geltend macht. Bei anspruchsaufhebenden Tatfragen liegt sie bei der Partei, die sich auf das Dahinfallen des Anspruchs beruft (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b). Diese Beweisregeln kommen allerdings erst dann zur Anwendung, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die überwiegende Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wahrheit zu entsprechen (BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen). Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung gilt der Untersuchungsgrundsatz im Bereich der beruflichen Vorsorge allerdings lediglich beschränkt (Urteil des Bundesgerichts vom 4. September 2017, 9C\_48/2017, E. 2.2.2). Vorliegend geht es um den Anspruch auf eine Invalidenrente. Die Beweislast und damit die Folgen der Beweislosigkeit trägt demnach die Klägerin. 4.2 Bei der Feststellung des Gesundheitszustands und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person ist die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung und im Streitfall das Gericht – auf Unterlagen angewiesen, die vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Deren Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 115 V 134 E. 2, 114 V 314 E. 3c, 105 V 158 E. 1 in fine). Darüber hinaus bilden die ärztlichen Stellungnahmen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Zumutbarkeit, also der Frage, welche anderen Erwerbstätigkeiten als die zuletzt ausgeübte Berufsarbeit von der versicherten Person auf dem allgemeinen, ausgeglichenen und nach ihren persönlichen Verhältnissen in Frage kommenden Arbeitsmarkt zumutbarerweise noch verrichtet werden können (Ulrich Meyer-Blaser, Zur Prozentgenauigkeit in der Invaliditätsschätzung, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 20 f. mit Hinweisen). 5.1.1 Aufgrund der vorliegenden Akten stellt sich der rechtserhebliche Sachverhalt wie folgt dar: Die Versicherte war ab dem 1. Juni 2010 bei der B.\_\_\_\_ AG als Verkäuferin und im weiteren Verlauf als (stellvertretende) Geschäftsführerin angestellt. Am 28. Mai 2014 kündigte die Arbeitgeberin das Arbeitsverhältnis per 31. Juli 2014 unter sofortiger Freistellung der Klägerin. Mit

Vereinbarung vom 7. Juli 2014 wurde die Kündigungsfrist der Versicherten verlängert, woraufhin das Arbeitsverhältnis am 15. August 2014 endete. Ab dem 16. August 2014 war die Versicherte als stellvertretende Geschäftsführerin beim C.\_\_\_\_ angestellt. Der Arbeitgeber kündigte dieses Arbeitsverhältnis am 5. September 2014 innerhalb der Probezeit per 12. September 2014.

5.1.2 Betreffend die Dauer der Versicherungsdeckung bei der Beklagten geht aus den Akten hervor, dass die Beklagte die Austrittsabrechnung per 31. August 2014 vornahm (Klagebeilage [KB] Nr. 1). Die Lohnabrechnungen des C.\_\_\_\_ der Monate August und September 2014 (KB Nr. 13) zeigen weiter, dass die Klägerin in diesem Zeitraum krankheitsbedingt Taggelder bezogen hatte. Folglich habe - entsprechend den Ausführungen in der Klageantwort - kein Arbeitsantritt stattgefunden und für das Arbeitsverhältnis beim C.\_\_\_\_ sei keine Anmeldung bei der Beklagten erfolgt. In Anbetracht der nachfolgenden Ausführungen kann jedoch offengelassen werden, ob die Versicherungsdeckung der Klägerin unter Berücksichtigung einer einmonatigen Nachdeckung nunmehr per 15. September 2014 oder per 12. Oktober 2014 endete.

5.2 Die Akten der IV enthalten zahlreiche medizinische Unterlagen, welche vom Kantonsgericht allesamt gewürdigt wurden. Im Folgenden sollen indessen lediglich diejenigen Berichte wiedergegeben werden, die sich für den Entscheid als relevant erweisen.

5.2.1 Dr. med. G.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im Bericht vom 7. April 2014 (act. 24, S. 8) eine Tendinitis calcarea beidseits sowie differentialdiagnostisch symptomatische AC-Gelenksbeschwerden (Acromioclaviculargelenk [AC]) beidseits und eine chronische Lumbalgie bei einem Status nach einer Dekompression im Bereich L5/S1 im Dezember 2010. Die Versicherte habe über Dauerschmerzen im Bereich der Schultern berichtet. Diese Schmerzen würden vor allem bei der Mobilisation etwa bei der Arbeit, beim Greifen nach oben oder beim Heben und Tragen von Gegenständen auftreten.

5.2.2 Am 20. August 2014 wurde der Versicherten mit ärztlichem Zeugnis der behandelnden Ärztin Dr. med. H.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin, für den 19. August 2014 (act. 9, S. 7) eine Arbeitsunfähigkeit im Umfang von 100% attestiert.

5.2.3 Am 28. August 2014 (act. 9, S. 6) bestätigte Dr. H.\_\_\_\_, dass die Versicherte vom 27. August 2014 bis 7. September 2014 zu 100% arbeitsunfähig sei.

5.2.4 Der Versicherten wurde mit ärztlichem Zeugnis des Zentrums Y.\_\_\_\_ vom 5. September 2014 (act. 19.2, S. 19) eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit für den Zeitraum vom 8. September 2014 bis 23. September 2014 attestiert.

5.2.5 Anlässlich der Verlaufskontrolle diagnostizierte prakt. med. I.\_\_\_\_ mit Sprechstundenbericht vom 8. September 2014 (act. 19.2, S. 18 f.) chronische Zervikozephalgien bei einem Verdacht auf eine Tendinitis calcarea bzw. differentialdiagnostisch einer Omarthrose links sowie einer chronischen Lumbalgie bei einem Status nach einer Dekompression im Bereich L5/S1 sowie PLIF-Operation L5/S1 mit dorsaler Spondylodese vom 8. Dezember 2010 bei Spondylolyse L5 mit Anterolisthese L5/S1 im Grad I nach Meyerding. Die Versicherte habe über eine Zunahme der Rückenschmerzen in den letzten Wochen mit Ausstrahlung in die Beine berichtet. Eine Dermatombzuordnung sei nicht möglich, auch seien keine sensomotorischen Defizite der unteren Extremitäten geschildert worden. Unter Analgesie habe keine deutliche Beschwerdelinderung erreicht werden können.

5.2.6 Im Bericht vom 18. September 2014 (act. 19.2, S. 17) erhob prakt. med. I.\_\_\_\_ die Diagnosen von chronischen Zervikozephalgien bei einem Verdacht auf eine Tendinitis calcarea bzw. differentialdiagnostisch einer Omarthrose links sowie einer chronischen Lumbalgie bei einem Status nach einer Dekompression im Bereich L5/S1 sowie PLIF-Operation L5/S1 mit dorsaler Spondylodese vom 8. Dezember 2010 bei Spondylolyse L5 mit Anterolisthese

L5/S1 im Grad I nach Meyerding. Anlässlich der Röntgenuntersuchung habe sich keine Anschlussdekomensation oberhalb des operierten Segments gezeigt. Es bestehe eine beginnende Spondylarthrose auf der Höhe L4/5. Die Patientin sei aufgrund der starken Schmerzsymptomatik bis zum 23. September 2014 vollständig arbeitsunfähig. 5.2.7 Mit ärztlichem Zeugnis vom 22. September 2014 (act. 9, S. 5) attestierte die behandelnde Ärztin Dr. H.\_\_\_\_ der Versicherten vom 24. September 2014 bis 22. Oktober 2014 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. 5.2.8 Dr. med. J.\_\_\_\_, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie, erhob mit Bericht vom 6. Oktober 2014 (act. 19.2, S. 14 f.) eine Schulterproblematik mit ausgeprägter AC-Arthrose beidseits, eine leichte Supraspinatustendinopathie, ein chronisches Lumbovertebralsyndrom bei einem Status nach Stabil-PLIF-Operation L5/S1 mit dorsaler Sponylodese am 8. Dezember 2012 bei einer Spondylolyse L5, eine Adipositas sowie ein Deconditioning. Die Versicherte habe über eine wiederholt schmerzhaft eingeschränkte Schulterbeweglichkeit und ein chronisches Lumbovertebralsyndrom bei längerem Stehen, insbesondere mit krampfartigen Schmerzen in der linken Flanke, geklagt. Es bestünden eine allgemeine Leistungsschwäche und wiederholt Blockaden in den Daumengelenken. Auch leide sie unter Nachtschweiss und einer erheblichen Gewichtszunahme in den vergangenen vier Jahren. 5.2.9 Gemäss dem ärztlichen Zeugnis des Zentrums Y.\_\_\_\_ vom 21. Oktober 2014 (act. 9, S. 4) war die Versicherte vom 21. Oktober 2014 bis 31. Oktober 2014 zu 100% und vom 1. November 2014 bis 31. Dezember 2014 zu 50% arbeitsunfähig. Ab dem 1. November 2014 sei der Versicherten eine halbtägige, leichte Arbeit bei wechselnder Belastung und unter Einhaltung einer Hebe- und Tragelimites von fünf Kilogramm zumutbar. 5.2.10 Im Bericht vom 23. Oktober 2014 (act. 19.2, S. 9 f.) erhob Dr. J.\_\_\_\_ ein fibromyalgisches Beschwerdebild mit typischer Anamnese, ausgehend von einer chronischen lumbalen Problematik nach einer Stabilisationsoperation am 8. Dezember 2010. Aktuell bestehe eine Überforderungssituation bei schwerer psychosozialer Belastung. Die Patientin sei sehr bedrückt, weil ein Verwandter verstorben sei. Es bestünden vermehrt Anlaufschwierigkeiten am Morgen aufgrund der Steifigkeit des Rückens und der grossen Gelenke. Im Bereich der Hand bzw. der Finger komme es gehäuft zu Blockierungen, jedoch ohne Krampferscheinungen. In Ergänzung der Anamnese hielt Dr. J.\_\_\_\_ fest, dass die Versicherte mit 18 Jahren ein schweres Trauma erlitten habe, als sie von drei Männern vergewaltigt worden sei. In der Folge habe sie sich in eine Ehe gestürzt, welche nach sechs Jahren zerbrochen sei. Auch werde sie wahrscheinlich immer wieder von diesem Trauma eingeholt, da sie in den vergangenen Jahren keine längerdauernden Beziehungen gehabt habe. Im Jahre 2000 seien eine Hysterektomie und eine einseitige Ovariectomie vorgenommen worden. Von 2000 bis 2002 sei sie bereits in psychiatrischer Behandlung gewesen. Einige dieser Symptome seien nun wiederaufgetreten. Die Patientin solle sich in diesem Zusammenhang Gedanken zu einer psychosozialen Hilfestellung machen. 5.2.11 Im Überweisungsschreiben an Dr. med. K.\_\_\_\_, FMH Endokrinologie und Diabetologie, vom 23. Oktober 2014 (act. 9, S. 15; act. 19.2, S. 11) wies Dr. J.\_\_\_\_ daraufhin, dass die Patientin unter erheblichem psychosozialen Druck stehe. Diese Belastung sei seiner Ansicht nach für einen wesentlichen Teil der fibromyalgischen Beschwerden verantwortlich, respektive führe zu einer Verstärkung derselben. 5.2.12 Mit Bericht vom 13. November 2014 (act. 9, S. 13 f.) diagnostizierte Dr. J.\_\_\_\_ ein chronisches Lumbovertebralsyndrom bei einem Status nach einer Dekompression und PLIF L5/S1 am 8. Dezember 2010 bei einer Spondylolyse im Bereich L5, Schulterschmerzen beidseits bei deutlicher AC-Arthrose und einer Supraspinatustendinopathie sowie ein

Deconditioning-Syndrom. Ab dem 1. November 2014 bestehe eine teilweise Arbeitsfähigkeit im Umfang von 50%. Einschränkungen psychischer Art seien nicht vorhanden. 5.2.13 Über die Konsultationen der Versicherten vom 1. Januar 2014 bis 31. Dezember 2019 bei der behandelnden Ärztin Dr. H.\_\_\_\_ besteht ein Verlaufsbericht (KB Nr. 28). Dem Eintrag vom 20. August 2014 ist zu entnehmen, dass die Versicherte «überall Schmerzen» beklagt habe. Die Schmerzen würden insbesondere im Bereich des Nackens, der Schultern und der Beine auftreten. Es bestehe der Verdacht auf ein Fibromyalgiesyndrom. Mit Eintrag vom 22. September 2014 hielt die behandelnde Ärztin fest, dass die Versicherte nunmehr die Physiotherapie besuche. Sie sei noch zu sehr verspannt und unterziehe sich heute noch einer Cortison-Behandlung. Die Versicherte sei für vier Wochen arbeitsunfähig. Dr. H.\_\_\_\_ warf zudem die Frage nach einer Psychosomatik auf. Im Eintrag vom 28. Oktober 2014 berichtet die behandelnde Ärztin über eine bis auf einen leicht ungenügenden Anstieg des Cortisols unauffällige Laboruntersuchung. Eventuell sei eine psychische Behandlung indiziert. 5.2.14 Vom 2. Februar 2015 bis 21. Februar 2015 war die Versicherte zur muskuloskelettalen Rehabilitation im Zentrum L.\_\_\_\_ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 4. März 2015 (act. 24, S. 3 ff.) erhob prakt. med. M.\_\_\_\_ die Diagnose eines chronischen Lumbovertebralsyndroms bei einem Status nach einer Dekompression und PLIF L5/S1 am 8. Februar 2010 bei Spondylolyse L5, bei SPECT-/Szintigraphisch keinen Hinweisen für eine Implantatlockerung im Dezember 2014 und bei schwerer Dekonditionierung. Weiter diagnostizierte sie Schulterschmerzen beidseits bei einer AC-Arthrose und leichter Supraspinatustendinopathie, eine Fibromyalgie bei einem Dekonditionierungssyndrom, psychosozialen Belastungsfaktoren und Durchschlafstörungen seit 2010, eine Adipositas, einen Vitamin D-Mangel sowie eine Hypothyreose. Als Nebendiagnosen wurden ein Status nach einer Hysterektomie und einseitiger Ovariectomie im Jahr 2000 sowie ein Status nach einer psychiatrischen Behandlung von 2000 bis 2002 nach einem schweren Psychotrauma erhoben. Die Patientin habe sich in einem reduzierten Allgemein- und adipösem Ernährungszustand befunden. Es hätten weder motorische Ausfälle noch Sensibilitätsstörungen bestanden. Bei Vorliegen einer chronifizierten Schmerzsymptomatik habe die Versicherte denn auch über weitgehend unveränderte Beschwerden geklagt. Des Weiteren leide sie unter beidseitigen Schulterbeschwerden, welche unter Schmerzmedikation erträglich seien. Bei der Versicherten hätten suizidale Gedanken bestanden, von denen sie sich jeweils habe distanzieren können. Es bestehe ausserdem eine schwere Selbstwertproblematik, weshalb eine fachärztliche Weiterbetreuung indiziert sei. 5.2.15 Mit Bericht vom 28. Februar 2015 (act. 24, S. 7) überwies Dr. J.\_\_\_\_ die Versicherte an die psychiatrischen Dienste Y.\_\_\_\_ zu weiteren Abklärungen. Seit dem 23. März 2015 befinde sich die Versicherte nunmehr in ambulanter psychiatrisch-psychologischer Behandlung. Mit ärztlichem Bericht für die Taggeldversicherung vom 3. März 2016 (KB Nr. 17) diagnostizierte der behandelnde Arzt Dr. med. N.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig mittelschwerer Episode, eine Agoraphobie mit Panikstörungen sowie eine akzentuierte Persönlichkeit mit zwanghaften, paranoiden und schizoiden Zügen. Die Versicherte leide seit 2003 unter intermittierenden Schmerzen im Lumbalbereich mit Ausstrahlung in die Beine, welche zunächst vor allem bei Belastung aufgetreten seien. Nach einem operativen Eingriff im Dezember 2010 habe sie eine längere schmerzfreie Phase erlebt. Ende 2012 hätten die Schmerzen jedoch wieder zugenommen, wobei zusätzlich Schulterschmerzen aufgetreten seien. Im August 2015 seien zwei Schulteroperationen durchgeführt worden. Aktuell leide

sie vor allem unter Schmerzen im Lumbalbereich, in der rechten Schulter sowie in beiden Knien. Zur Schmerzproblematik beigetragen hätten möglicherweise zahlreiche psychosoziale Belastungsfaktoren. Die Versicherte habe angegeben, unter Konzentrationsschwierigkeiten und Vergesslichkeit zu leiden. Weiter bestünden agoraphobische Ängste, eine Tendenz zum Perfektionismus und übermäßigem «Beschäftigtsein» mit Details, dem Halten von Ordnung und Sauberkeit bzw. der Einhaltung von Regeln. Die Schwingungsfähigkeit sei leicht reduziert, wohingegen der affektive Rapport gut herstellbar sei. Die Versicherte sei niedergeschlagen, wirke ängstlich und sei reizbar. Es bestünden eine innere Unruhe und Suizidphantasien, wobei sie sich von letzteren glaubhaft habe distanzieren können. Der Antrieb sei vermindert und sie leide an schmerzbedingten Durchschlafstörungen. Die Versicherte sei seit dem 9. August 2014 zu 100% arbeitsunfähig. Aufgrund der vorstehenden psychiatrischen Diagnosen sei die Arbeitsfähigkeit insbesondere durch Konzentrationsschwierigkeiten, eine eingeschränkte Merkfähigkeit, eine Vergesslichkeit, eine Müdigkeit, eine rasche Erschöpfung, eine innere Unruhe, durch Ängste bezüglich der Schmerzproblematik sowie ein verlangsamtes Arbeitstempo reduziert. In körperlicher Hinsicht bestünden Einschränkungen aufgrund der Rücken- und Schulterschmerzen. Eine Tätigkeit in der freien Marktwirtschaft sei erst nach intensiver Psychotherapie, einer multimodal ausgerichteten Schmerzbehandlung und mithilfe einer von der IV unterstützten Integrationsmassnahme wieder möglich. Dabei seien sowohl Beschäftigungsmassnahmen als auch Massnahmen zur sozialberuflichen Rehabilitation mit der Möglichkeit von Aufbau- und Belastungstrainings in Betracht zu ziehen.

5.2.16 Mit Bericht vom 16. November 2016 (act. 50) erhob der behandelnde Arzt Dr. N.\_\_\_\_ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit die Diagnosen einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion bei psychosozialen Belastungsfaktoren (Kündigung, fehlende berufliche Perspektive, finanzielle Probleme, Probleme mit der Integration, konflikthafte Beziehung zur Tochter) bestehend seit August 2014, einer Agoraphobie mit Panikstörungen bestehend seit 2002, einer akzentuierten Persönlichkeit mit zwanghaften, paranoiden und schizoiden Zügen bestehend seit der Adoleszenz, eines chronischen Lumbovertebralsyndroms bestehend seit 2003 und von Schulterschmerzen beidseits bei einer AC-Arthrose und Supraspinatustendinopathie.

5.2.17 Dr. med. F.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im psychiatrischen Parteigutachten vom 12. August 2016 (act. 91) eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit vorwiegend selbstunsicheren, dependenten und zwanghaften Zügen, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig leichter Episode. Aufgrund der vorliegenden Dokumentationen spreche einiges dafür, dass die Versicherte von 1990 bis 1992, 2002 bis 2004, 2010 und ab 2012 jeweils eine depressive Episode in unterschiedlicher Ausprägung durchlitten habe. Im Untersuchungszeitpunkt seien die Kriterien einer leichten depressiven Episode erfüllt. Die kombinierte Persönlichkeitsstörung mit vorwiegend selbstunsicheren, dependenten und zwanghaften Zügen bestehe seit der Adoleszenz. Eine Dekompensation sei jedoch erst ab 2010 sukzessive erfolgt. Der Beginn der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sei schwer rekonstruierbar. Die Rückenprobleme bestünden bereits seit dem 34. oder 35. Lebensjahr. Bis 2010 seien die Schmerzen jeweils durch kurzfristiges Erholen und Schonen verschwunden oder zumindest weitgehend zurückgegangen. Wahrscheinlich habe sich die Schmerzstörung ab 2012 schleichend entwickelt und sei circa 2014 dekompenziert. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Versicherten liege vor. So sei sie in der Tätigkeit als Geschäftsführerin vollständig

arbeitsunfähig. Zumutbar sei dagegen eine klar strukturierte, halbtägige Tätigkeit mit wohlwollender Unterstützung, ausreichender Bestätigung und persönlicher Begleitung durch den Arbeitgeber. Der Betreuungsaufwand sei folglich relativ hoch. Diese Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe seit April 2014. 5.2.18 Im Rahmen der medizinischen Abklärungen gab die IV-Stelle die bidisziplinäre Begutachtung vom 24. Oktober 2016 in Auftrag. Dr. D.\_\_\_\_ erhob im rheumatologischen Teilgutachten (act. 103.1) nur Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Er diagnostizierte ein chronisches, generalisiertes Schmerzsyndrom, welches somatisch nicht ausreichend abstützbar und durch krankheitsfremde Faktoren mitgeprägt sei. Es bestehe ein primäres Fibromyalgie-Syndrom betont im Bereich der unteren rechten Körperhälfte, eine Panalgie, diffuse Druckschmerzen sowie Polyarthralgien axialer und peripherer Gelenke. Weiter diagnostizierte er eine Gonarthrose rechts, eine Adipositas, ein beginnendes metabolisches Syndrom, eine gestörte Gluconeogenese, einen Nikotinkonsum und anamnestisch ein Reizmagen-Syndrom. Die von der Versicherten geschilderten Schmerzen wiesen seit spätestens 2013 auf vordergründig nicht mehr somatisch abstützbare Beschwerden hin. Eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit habe aber aus rheumatologischer Sicht auch retrospektiv nicht bestanden. Lediglich im Anschluss an die Schulteroperation rechtsseitig im April 2015 und linksseitig im August 2015 seien zeitlich limitierte Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit von maximal je einem Monat ausgewiesen. Im psychiatrischen Teilgutachten (act. 102.1) nannte Dr. E.\_\_\_\_ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig leichter Episode, wobei der Beginn der Störung mindestens auf das Jahr 2002 zurückgehe und die aktuelle depressive Episode aktenanamnestisch im Jahr 2014 begonnen habe, sowie eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und zwanghaften Anteilen bestehend seit der Adoleszenz. Seit 2013 leide die Versicherte unter Schmerzen im Bereich der Schultern, welche sich rasch auf weitere Körperpartien (Rücken, Hände, Knie) ausgeweitet hätten und trotz zahlreicher Behandlungen persistieren würden. Die in diesem Zusammenhang bestehende chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren wirke sich jedoch ebenso wenig wie die Klaustrophobie und der schädliche Gebrauch von Tabak auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten aus. Sie habe trotz ihrer kombinierten Persönlichkeitsstörung unter geeigneten Rahmenbedingungen über Jahre hinweg ein gutes Leistungsniveau aufrechterhalten können, welches massgeblich durch die sehr hohen Leistungsansprüche beeinflusst worden sei. Menschen mit narzisstischen Persönlichkeitsanteilen würden oft zwei Selbstkonzepte aufweisen: Das negative Selbstkonzept stamme meist aus der Kindheit und führe dazu, dass Betroffene sich als unfähig und nicht liebenswert erlebten. Daneben entstehe ein positives Selbstkonzept, das vor allem durch das kompensatorische Leistungsverhalten zustande gekommen sei. Es entstehe vorliegend der Eindruck, als ob die Versicherte aufgrund einer deutlichen Leistungseinschränkung verbunden mit einer dadurch bedingten reduzierten Anerkennung und Wertschätzung durch andere Menschen von einem positiven in ein negatives Selbstkonzept gefallen sei. Aus psychiatrischer Sicht bestehe aktuell eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50%. Aufgrund der Angaben der Versicherten, der vorliegenden Dokumentation sowie des fluktuierenden Verlaufs der depressiven Symptomatik sei es nicht möglich, eine exakte retrospektive Einschätzung vorzunehmen, sodass spätestens ab dem Zeitpunkt der aktuellen Begutachtung von der vorstehend erwähnten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen sei. 5.3 Die IV-Stelle stützte sich in ihrer Verfügung vom 8. August 2018 bei der Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit der

Versicherten im Wesentlichen auf das bidisziplinäre Gutachten der Dres. D.\_\_\_\_ und E.\_\_\_\_ vom 24. Oktober 2016. Sie ging demzufolge davon aus, dass seit Ablauf des gesetzlichen Wartjahres am 9. August 2015 ununterbrochen eine Arbeitsunfähigkeit von 50% aufgrund einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und zwanghaften Anteilen sowie einer rezidivierenden depressiven Störung mit gegenwärtig leichtgradiger Episode bestand und sprach ihr gestützt auf einen IV-Grad von 55% rückwirkend ab dem 1. September 2015 eine halbe Invalidenrente zu. Aus den Akten ergibt sich, dass die Versicherte aufgrund einer Kniegelenksoperation am 29. August 2017 und im postoperativen Verlauf auftretenden Komplikationen im Zusammenhang mit der Wundheilung vorübergehend vollständig arbeitsunfähig war. Die IV-Stelle sprach der Versicherten in der Folge vom 1. November 2017 bis 31. März 2018 aufgrund eines IV-Grads von 100% eine ganze Rente zu. Nach Abheilung dieser somatischen Beschwerden bestand ab dem 1. April 2018 eine 50%-ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der vorbestehenden psychischen Beeinträchtigungen, woraufhin ihr die IV-Stelle gestützt auf einen IV-Grad von wiederum 55% eine unbefristete halbe Rente zusprach. Nach Durchführung einer Rentenrevision im Oktober 2018 bestätigte die IV-Stelle mit Mitteilung vom 27. Mai 2019 den unveränderten Anspruch der Versicherten auf eine halbe Invalidenrente.

6.1 Die Klägerin macht vorliegend geltend, dass sowohl der sachliche als auch der zeitliche Konnex gegeben seien, da sich die massgebenden psychischen Beschwerden bereits während des Vorsorgeverhältnisses manifestiert hätten und die Klägerin seit Beginn der gesetzlichen einjährigen Wartezeit am 9. August 2014 zu mindestens 50% arbeitsunfähig sei. Demzufolge sei die Beklagte ihrer Leistungspflicht zu Unrecht nicht nachgekommen. Dagegen bringt die Beklagte vor, dass während des Vorsorgeverhältnisses keine echtzeitlich dokumentierte Einschränkung der Leistungsfähigkeit der Klägerin aufgrund einer psychischen Erkrankung ausgewiesen sei. Es fehle damit am sachlichen Konnex, weshalb sich eine Diskussion des zeitlichen Konnexes erübrige. Die Beklagte treffe folglich keine Leistungspflicht. Dieser Auffassung ist zu folgen, wie sich den nachfolgenden Ausführungen entnehmen lässt.

6.2 Der Anspruch auf eine Invalidenleistung der beruflichen Vorsorge setzt - wie bereits in Erwägung 3.4 hiervoor ausgeführt - einen engen sachlichen und zeitlichen Zusammenhang zwischen der während des Vorsorgeverhältnisses eingetretenen Arbeitsunfähigkeit und der allenfalls später eingetretenen Invalidität voraus. Ein sachlicher Konnex liegt demnach vor, wenn die gesundheitliche Beeinträchtigung, welche zur Arbeitsunfähigkeit geführt hat, von der Art her im Wesentlichen dieselbe ist wie diejenige, welche der Erwerbsunfähigkeit und damit dem Invalidenrentenanspruch zugrunde liegt. Zum rechtsgenügenden Nachweis der berufsvorsorgerechtlich relevanten Leistungseinbusse wird dabei eine echtzeitlich ärztlich attestierte Arbeitsunfähigkeit verlangt. Dabei gilt es jedoch zu berücksichtigen, dass nachträgliche Annahmen und spekulative Überlegungen, wie etwa eine erst nach Jahren rückwirkend festgelegte medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit, nicht ausreichen, um den Nachweis einer berufsvorsorgerechtlich relevanten Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen zu begründen. Ebenso muss sich die gesundheitliche Beeinträchtigung auf das Arbeitsverhältnis sinnfällig ausgewirkt haben. Wie sich aus den vorstehenden Ausführungen ergibt (vgl. Erwägung 5.3 hiervoor), sprach die IV-Stelle der Klägerin eine halbe Invalidenrente aufgrund einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und zwanghaften Anteilen sowie einer rezidivierenden depressiven Störung mit gegenwärtig leichtgradiger Episode zu. Zu prüfen ist folglich, ob sich diese psychischen Beschwerden der Klägerin während des Vorsorgeverhältnisses mit der Beklagten

manifestiert und letztlich zur Invalidität geführt hatten. 6.3 Wie den diversen ärztlichen Zeugnissen der behandelnden Ärztin Dr. H.\_\_\_\_ und des Zentrums Y.\_\_\_\_ (vgl. Erwägungen 5.2.2 bis 5.2.4, 5.2.7 und 5.2.9 hiervor) zu entnehmen ist, war die Versicherte am 19. August 2014 und ab dem 27. August 2014 bis 31. Oktober 2014 vollständig arbeitsunfähig. Ab dem 1. November 2014 bis 31. Dezember 2014 bestand dagegen eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit, wobei der Versicherten eine leichte Arbeit bei wechselnder Belastung und unter Einhaltung einer Hebe- und Tragelimiten von fünf Kilogramm zumutbar sei. Dieses Zumutbarkeitsprofil weist auf eine bestehende somatische Beschwerdeproblematik hin, was sich mit Blick auf die echtzeitlichen ärztlichen Berichte bestätigt. So erhob Dr. G.\_\_\_\_ im Bericht vom 7. April 2014 die Diagnose einer Tendinitis calcarea beidseits sowie differentialdiagnostisch symptomatische AC-Gelenksbeschwerden beidseits und eine chronische Lumbalgie. Die Versicherte habe über Dauerschmerzen im Bereich der Schultern berichtet, wobei diese vor allem bei Belastung auftreten würden. Prakt. med. I.\_\_\_\_ diagnostizierte in den Berichten vom 8. bzw. 18. September 2014 chronische Zervikozephalgien bei einem Verdacht auf eine Tendinitis calcarea und differentialdiagnostisch einer Omarthrose links sowie eine chronische Lumbalgie. Die Versicherte habe über eine Zunahme der Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in die Beine berichtet. Letztlich erhob auch Dr. J.\_\_\_\_ im Bericht vom 6. Oktober 2014 eine Schulterproblematik mit ausgeprägter AC-Arthrose beidseits, eine leichte Supraspinatustendinopathie und ein chronisches Lumbovertebralsyndrom. Die Schulterbeweglichkeit sei schmerzhaft eingeschränkt. Hinweise auf ein psychisches Beschwerdebild können diesen Berichten jedoch nicht entnommen werden. Soweit sich die Klägerin darauf beruft, dass die behandelnde Ärztin Dr. H.\_\_\_\_ im Verlaufsbericht mit Eintrag vom 20. August 2014 ausführte, die Versicherte beklage «überall Schmerzen», womit ein echtzeitlicher Nachweis für eine psychische Erkrankung vorliege, verkennt sie, dass sich diese Ausführungen als nicht fundiert genug erweisen, um auf die Manifestation einer psychischen Erkrankung zu schliessen. Auch der von der behandelnden Ärztin geäußerte, nicht näher substantiierte Verdacht auf ein Fibromyalgiesyndrom vermag diesen Nachweis nicht zu erbringen. Darüber hinaus hätten die Schmerzen vor allem im Bereich des Nackens, der Schultern und der Beine bestanden, was wiederum mit dem vorstehend erwähnten somatischen Beschwerdebild korrespondiert. 6.4 Erste Hinweise für eine allfällige, sich entwickelnde psychische Symptomatik sind den Einträgen vom 22. September 2014 und 28. Oktober 2014 des Verlaufsberichts von Dr. H.\_\_\_\_ zu entnehmen. Die behandelnde Ärztin warf darin die Fragen auf, ob allenfalls eine Psychosomatik bestehe und demzufolge eine psychische Behandlung indiziert sei. Weiter erhob Dr. J.\_\_\_\_ im Bericht vom 23. Oktober 2014 ein fibromyalgisches Beschwerdebild und eine bestehende Überforderungssituation bei schwerer psychosozialer Belastung. Die Versicherte habe berichtet, sich in den Jahren 2000 bis 2002 in psychiatrischer Behandlung befunden zu haben, wobei einige dieser Symptome nun wieder aufgetreten seien. Ferner führte er aus, die Patientin solle sich Gedanken zu einer psychosozialen Hilfestellung machen. Mit Überweisungsschreiben vom selben Tag wies Dr. J.\_\_\_\_ ausserdem darauf hin, dass seiner Ansicht nach der erhebliche psychosoziale Druck für einen wesentlichen Teil der fibromyalgischen Beschwerden verantwortlich sei respektive zu einer Verstärkung derselben führen würde. Diesen Berichten ist gemein, dass sie zwar Hinweise für eine psychische Beschwerdesymptomatik liefern, diese jedoch nicht weiter begründen. So geht aus dem knappen Verlaufsbericht nicht hervor, auf welche Befunde Dr. H.\_\_\_\_ ihre Einschätzung stützte. Unklar ist weiter, welche Symptome nunmehr wieder aufgetreten sein

sollen und wie sich diese konkret auswirkten. Im Übrigen weist Dr. J.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 13. November 2014 ausdrücklich darauf hin, dass keine Einschränkungen psychischer Art bestehen würden. Mit Blick auf ein aktenkundiges somatisches Beschwerdebild erweisen sich die Ausführungen der Dres. H.\_\_\_\_ und J.\_\_\_\_ als nicht aussagekräftig genug, um den Beginn einer psychischen Erkrankung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auszuweisen.

6.5 Betreffend die von der Klägerin angeführte Begründung der von der B.\_\_\_\_ AG ausgesprochenen Kündigung, wonach das Arbeitsverhältnis mit der Klägerin aufgrund einer «ungenügenden Leistung/Verhalten» beendet worden sei (vgl. act. 29, S. 2), ist anzumerken, dass daraus nicht hervorgeht, worin bzw. aufgrund welcher Umstände die ungenügende Leistung bzw. das ungenügende Verhalten bestanden haben soll. Beim Schluss der Klägerin auf psychische Gründe, die zu einem Einbruch des Leistungsvermögens geführt haben sollen, handelt es sich folglich lediglich um eine Annahme, die nicht echtzeitlich belegt werden kann. Somit liegt kein rechtsgenügender Nachweis einer berufsvorsorgerechtlich relevanten Leistungseinbusse vor. Insofern kann auch aus der Freistellung vom 28. Mai 2014 bis 16. Juli 2014 keine krankheitsbedingte Leistungseinbusse abgeleitet werden, zumal die Klägerin ihre Arbeit nach Beendigung der Freistellung für die verbliebenen Arbeitstage wiederaufgenommen hatte.

6.6 Soweit sich die Klägerin auf das psychiatrische Parteigutachten von Dr. F.\_\_\_\_ vom 12. August 2016 beruft, wonach der Beginn der Arbeitsunfähigkeit im Umfang von 50% im April 2014 datiere, ist anzuführen, dass sich den Akten keine echtzeitlichen ärztlichen Berichte entnehmen lassen, welche in diesem Zeitraum ein psychisches Leiden rechtsgenügend ausweisen (vgl. Erwägungen 6.3 und 6.4 hiervor). Auch ergibt sich aus dem Fehlzeitenkalender der Klägerin (act. 30.5) für diesen Zeitraum keine arbeitsrechtlich in Erscheinung getretene, relevante Leistungseinbusse. Zwar bestand im Januar und Februar 2014 jeweils eine Häufung von Fehlzeiten. Dagegen blieb die Klägerin anschliessend lediglich im März und Mai 2014 jeweils nur einen Tag krankheitsbedingt der Arbeit fern. Nichts Anderes ergibt sich in Bezug auf den Bericht von Dr. N.\_\_\_\_ vom 16. November 2016, wonach die diagnostizierte Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion bei psychosozialen Belastungsfaktoren bereits seit August 2014 bestehe. Die Klägerin war zwar ab dem 27. August 2014 arbeitsunfähig, jedoch geht aus den Akten nicht rechtsgenügend hervor, dass dieser Leistungseinschränkung eine psychische Störung zugrunde gelegen hatte (vgl. Erwägung 6.3 und 6.4 hiervor).

Betreffend die seit der Adoleszenz bestehende kombinierte Persönlichkeitsstörung führt Dr. E.\_\_\_\_ im psychiatrischen Teilgutachten vom 24. Oktober 2016 aus, dass die Klägerin über Jahre hinweg ein gutes Leistungsniveau habe aufrechterhalten können, was massgeblich durch ihre sehr hohen Leistungsansprüche beeinflusst worden sei. Aufgrund der deutlichen Leistungseinschränkung verbunden mit einer dadurch bedingten reduzierten Anerkennung und Wertschätzung durch andere Menschen sei sie nunmehr von einem positiven in ein negatives Selbstkonzept gefallen. Diese Einschätzung erweist sich insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Klägerin in ihrer beruflichen Karriere zur Geschäftsführerin aufgestiegen ist, bevor sie im August 2014 arbeitsunfähig wurde, als schlüssig. Der Zeitpunkt der Dekompensation der kombinierten Persönlichkeitsstörung geht aus den vorliegenden medizinischen Akten jedoch nicht überwiegend wahrscheinlich hervor. Insofern ist die Aussage von Dr. F.\_\_\_\_, wonach die Persönlichkeitsstörung ab 2010 sukzessive dekomponiert sei, nicht belegt und stellt folglich lediglich eine retrospektive Annahme einer beginnenden Leistungseinschränkung dar, was den beweisrechtlichen Anforderungen allein nicht genügt. In Bezug auf die angerufenen Ausführungen von Dr. D.\_\_\_\_ im rheumatologischen Teilgutachten vom 24.

Oktober 2016, wonach die geschilderten Schmerzen seit spätestens 2013 vordergründig nicht mehr auf somatisch abstützbare Beschwerden hingewiesen hätten, verkennt die Klägerin, dass diese Beurteilung ohne entsprechenden medizinischen Befund im Raum steht. Daran vermögen auch die diversen krankheitsbedingten Absenzen gemäss dem Fehlzeitenkalender 2013 (act. 30.6) nichts zu ändern. Hinzu kommt, dass sich die bestehende chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gemäss den Ausführungen von Dr. E.\_\_\_\_ im psychiatrischen Teilgutachten vom 24. Oktober 2016 nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt. Folglich kann sie auch nicht der Erwerbsunfähigkeit zugrunde liegen, welche letztlich zum Rentenanspruch der Klägerin geführt hat. Aus den vorstehenden Ausführungen resultiert, dass der Beginn der psychischen Erkrankung der Klägerin auch retrospektiv nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen werden kann. Dies gilt umso mehr, als sich auch Dr. E.\_\_\_\_ im psychiatrischen Teilgutachten vom 24. Oktober 2016 zu keiner exakten retrospektiven Einschätzung der psychisch bedingten Leistungseinschränkung in der Lage sah. Insofern kann die Klägerin auch aus dem angeführten Urteil des Bundesgerichts vom 9. November 2016, 9C\_142/2016, E. 6.1 nichts zu ihren Gunsten ableiten. Demgemäss dürfe der sachliche Konnex bei einer fehlenden, gesicherten echtzeitlichen Diagnose zwar nicht ohne Weiteres verneint werden, wenn aufgrund einer retrospektiven Gesamtbetrachtung eine zuverlässige Beurteilung der Entwicklung und der Tragweite eines Gesundheitsschadens möglich sei. Eine zuverlässige retrospektive Beurteilung ist vorliegend indessen gerade nicht möglich, wie sich aus den vorstehenden Ausführungen ergibt. 6.7 Im Bericht vom 4. März 2015 stellte prakt. med. M.\_\_\_\_ während des Aufenthalts im Zentrum L.\_\_\_\_ bei der Klägerin passive suizidale Gedanken sowie eine Selbstwertproblematik fest und schloss gestützt darauf auf eine Indikation zur fachärztlichen Behandlung. Mit Blick auf diesen Befund sowie den effektiven Beginn der psychiatrischen Behandlung am 23. März 2015 erweist sich der Schluss der Beklagten auf eine seit März 2015 bestehende, rechtsgenügend ausgewiesene, psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit als nachvollziehbar. Auch wenn die Klägerin ab April 2014 offensichtlich unter somatischen Beschwerden gelitten hatte und im August 2014 infolgedessen eine Arbeitsunfähigkeit eintrat, wirkten sich diese im Zeitpunkt der bidisziplinären Begutachtung im Oktober 2016 nicht mehr auf die Arbeitsfähigkeit aus. Es begann sich aber offenbar eine psychische Erkrankung herauszubilden, welche dann im Rahmen der externen Begutachtung als invalidisierend erkannt wurde und letztlich zu einem Invalidenrentenanspruch führte. In Anbetracht der vorstehenden Ausführungen ist die Manifestation einer psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung, selbst wenn angenommen würde, dass die Versicherungsdeckung bei der Beklagten - unter Berücksichtigung einer einmonatigen Nachdeckung nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses beim C.\_\_\_\_ - bis zum 12. Oktober 2014 gedauert hätte, erst deutlich nach deren Ablauf ausgewiesen. Soweit sich den medizinischen Akten bereits davor Hinweise auf eine mögliche psychische Symptomatik entnehmen lassen, kann daraus kein rechtsgenügender Nachweis derselben abgeleitet werden.

## **E. 7**

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich die psychischen Beschwerden der Klägerin in Form einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und zwanghaften Anteilen sowie eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig leichtgradiger Episode nicht überwiegend wahrscheinlich während des Vorsorgeverhältnisses manifestiert haben. Es fehlt diesbezüglich an einem rechtsgenügenden Nachweis derselben, weshalb zwischen der während dem Vorsorgeverhältnis eingetretenen Arbeitsunfähigkeit und der

späteren Invalidität kein sachlicher Zusammenhang besteht. Weitere Ausführungen zum zeitlichen Konnex und zur Bindungswirkung erübrigen sich infolgedessen. Damit fehlt es an den Voraussetzungen einer berufsvorsorgerechtlichen Leistungspflicht, weshalb kein Anspruch der Klägerin auf Invalidenleistungen der beruflichen Vorsorge besteht. Die Beklagte trifft folglich keine Leistungspflicht. Die Klage ist abzuweisen.

#### **E. 8**

Abschliessend bleibt über die Kosten zu befinden. Gestützt auf Art. 73 Abs. 2 BVG sind für das vorliegende Verfahren keine Verfahrenskosten zu erheben. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend wird keine Parteientschädigungen zugesprochen. Demgemäss wird erkannt: ://: 1. Die Klage wird abgewiesen. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Eine Parteientschädigung wird nicht zugesprochen. Gegen dieses Urteil wurde seitens des Beschwerdeführers am 28. September 2020 Beschwerde beim Bundesgericht (siehe nach Vorliegen des Urteils: 9C\_601/2020) erhoben.

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