

GR_GERICHTE A 2020 25 vom 5. Mai 2020

GR Gerichte, 2020-05-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_A_2020_25

FR: GR_GERICHTE A 2020 25 du 5 mai 2020

IT: GR_GERICHTE A 2020 25 del 5 maggio 2020

Erwägungen

E. 2

Die Suva erbrachte aufgrund des erlittenen Unfalls am 18. März 2013 ihre gesetzlichen Leistungen in Form von Taggeld und Heilbehandlung bis zum 30. November 2016. Mit Verfügung vom 23. November 2016 sprach die Suva dem Kläger gestützt auf die kreisärztliche Untersuchung vom 31. Oktober 2016 eine UV-Rente von monatlich Fr. 1'306.25 ab 1. Dezember 2016 bei einem IV-Grad von 24 % sowie eine Integritätsentschädigung von Fr. 9'450 bei einer Integritätseinbusse von 7.5 % zu. Diese Verfügung ist in Rechtskraft erwachsen.

E. 3

Am 18. Juli 2013 meldete sich der Kläger infolge der Unterschenkelfraktur rechts bei der IV-Stelle des Kantons Graubünden (IV-Stelle) zum Bezug von Leistungen an. Mit Verfügung vom 1. Juni 2018 sprach die IV-Stelle dem Kläger ab dem 1. März 2014 bis zum 31. August 2015 sowie ab dem 1. Dezember 2016 eine ganze IV-Rente zu.

E. 4

Mit Schreiben vom 23. Juli 2018 teilte die Pensionskasse D._____ dem Kläger mit, dass die Rentenperiode vom 1. März 2014 bis zum 31. August 2015 in einem kausalen Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 18. März 2013 stehe und sie damit während dieser Dauer die Beitragsbefreiung von 100 % unverändert leisten würde. Hingegen lehnte die Pensionskasse D._____ ihre Leistungspflicht ab dem 1. Dezember 2016 ab mit der Begründung, der IV-Rentenanspruch ab dem 1. Dezember 2016 gründe auf einer neuen Ursache. Aufgrund des Austritts des Klägers aus

- 3 - der bisherigen Arbeitgeberin per 31. Januar 2015 falle diese neue Ursache nicht mehr in ihre Versicherungsperiode. Dagegen opponierte der Kläger mit Schreiben vom 31. Juli 2018, wobei die Pensionskasse D._____ nach nochmaliger Prüfung der relevanten Akten mit Schreiben vom 10. August 2018 die Ablehnung ihrer Leistungspflicht ab 1. Dezember 2016 bestätigte.

E. 4.1

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. Die obligatorische Versicherung beginnt mit dem Antritt des Arbeitsverhältnisses (Art. 10 Abs. 1 BVG). Die Versicherungspflicht endet, wenn der Anspruch auf eine Altersleistung entsteht, das Arbeitsverhältnis aufgelöst, der Mindestlohn unterschritten wird oder der Anspruch auf Taggelder der Arbeitslosenversicherung endet (Abs. 2). Für das Risiko der Invalidität bleibt

der Arbeitnehmer während eines Monats nach Auflösung des Vorsorgeverhältnisses bei der bisherigen Vorsorgeeinrichtung versichert, ausser wenn während dieser Zeit ein neues Vorsorgeverhältnis begründet wird (Abs. 3). Da das Arbeitsverhältnis des Klägers mit der Firma C._____ vom 1. Januar 2003 bis 31. Januar 2015 dauerte, besteht unter Berücksichtigung der einmonatigen Nachdeckungsfrist gemäss Art. 10 Abs. 3 BVG eine Versicherungsdeckung vom 1. Januar 2003 bis 28. Februar 2015.

E. 4.2

Anspruch auf Invalidenleistungen haben gemäss Art. 23 BVG Personen, 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. 23 BVG versichertes Ereignis ist einzig der Eintritt der relevanten Arbeitsunfähigkeit, unabhängig davon, in welchem Zeitpunkt und in welchem Masse daraus ein Anspruch auf Invalidenleistungen entsteht. Die

- 11 - Versicherteneigenschaft muss nur bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit gegeben sein, dagegen nicht notwendigerweise auch im Zeitpunkt des Eintritts oder der Verschlimmerung der Invalidität. Diese wörtliche Auslegung steht in Einklang mit Sinn und Zweck der Bestimmung, nämlich denjenigen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern Versicherungsschutz angedeihen zu lassen, welche nach einer längeren Krankheit aus dem Arbeitsverhältnis ausscheiden und erst später invalid werden. Für eine einmal aus – während der Versicherungsdauer aufgetretener – Arbeitsunfähigkeit geschuldete Invalidenleistung bleibt die Vorsorgeeinrichtung somit leistungspflichtig, selbst wenn sich nach Beendigung des Vorsorgeverhältnisses der Invaliditätsgrad ändert. Entsprechend bildet denn auch der Wegfall der Versicherteneigenschaft kein Erlösungsgrund (Urteil des Bundesgerichts 9C_139/2017 vom 8. September 2017 E.2.1).

E. 4.3

Damit eine Vorsorgeeinrichtung, der eine Arbeitnehmerin oder ein Arbeitnehmer beim Eintritt der Arbeitsunfähigkeit angeschlossen war, für das erst nach Beendigung des Vorsorgeverhältnisses eingetretene Invaliditätsrisiko aufzukommen hat, ist indes erforderlich, dass zwischen Arbeitsunfähigkeit und Invalidität ein enger sachlicher und zeitlicher Zusammenhang besteht (BGE 136 V 65 E.3.1, 130 V 270 E.4.1). In sachlicher Hinsicht liegt ein solcher Zusammenhang vor, wenn der der Invalidität zu Grunde liegende Gesundheitsschaden im Wesentlichen derselbe ist, der zur Arbeitsunfähigkeit geführt hat. Die Annahme eines engen zeitlichen Zusammenhangs setzt voraus, dass die versicherte Person nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, nicht während längerer Zeit wieder arbeitsfähig war. Eine nachhaltige, den zeitlichen Zusammenhang unterbrechende Erholung liegt grundsätzlich nicht vor, solange eine Arbeitsfähigkeit von über 80 % weniger als drei Monate gedauert hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_115/2015 vom 12. November 2015 E.2.2 mit weiteren Hinweisen). Zu berücksichtigen sind die gesamten Umstände des konkreten Einzelfalles, namentlich die Art des Gesundheitsschadens, des-

- 12 - sen prognostische ärztliche Beurteilung und die Beweggründe, die die versicherte Person zur Wiederaufnahme der Arbeit veranlasst haben (Urteil des Bundesgerichts 9C_509/2018 vom 21. Februar 2019 E.2.2).

E. 4.4

Die Arbeitsunfähigkeit ist relevant, wenn sie mindestens 20 % beträgt und sich auf das Arbeitsverhältnis sinnfällig auswirkt oder ausgewirkt hat. Es muss arbeitsrechtlich in Erscheinung treten, dass die versicherte Person im bisherigen Beruf an Leistungsvermögen eingebüsst hat, so etwa durch einen Abfall der Leistungen mit entsprechender Feststellung oder gar Ermahnung des Arbeitgebers oder durch gehäufte, gesundheitlich bedingte Arbeitsausfälle. Der Zeitpunkt des Eintritts der berufsvorsorgerechtlich relevanten Arbeitsunfähigkeit muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit grundsätzlich echtzeitlich nachgewiesen sein. Dieser Nachweis darf nicht durch nachträgliche Annahmen und spekulative Überlegungen ersetzt werden (Urteil des Bundesgerichts 9C_91/2013 vom 17. Juni 2013 E.4.1.2 mit Hinweisen).

E. 4.5

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 der gleiche ist (BGE 120 V 108 E.3c mit Hinweisen). Im Bereich der weitergehenden Vorsorge steht es der Vorsorgeeinrichtung frei, den Invaliditätsbegriff in ihren Statuten oder ihren Reglementen abweichend zu regeln. Gemäss Ziffer 6.2.2 des Vorsorgereglements 2009, Zweiter Teil: Allgemeine Bestimmungen, der Beklagten in der Fassung vom 1. Januar 2009 haben Personen Anspruch auf eine Invalidenrente, die im Sinne der IV zu mindestens 40 % invalid sind und bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, bei der Pensionskasse versichert waren (Bk-act. 3). Mit diesen Formulierungen geht die Beklagte somit vom gleichen Invaliditätsbegriff aus wie die IV.

- 13 -

E. 4.6

Gehen die Vorsorgeeinrichtungen vom gleichen Invaliditätsbegriff aus, sind die Vorsorgeeinrichtungen im Bereich der gesetzlichen Mindestvorsorge an die Feststellungen der Organe der IV (Rentenanspruch, Rentenbeginn, Festsetzung des Invaliditätsgrades) gebunden, soweit sie in das entsprechende IV-rechtliche Verfahren einbezogen wurden, die konkrete Fragestellung für die Beurteilung des Rentenanspruchs gegenüber der IV entscheidend war und die IV-rechtliche Betrachtungsweise aufgrund einer gesamthaften Prüfung der Akten nicht als offensichtlich unhaltbar erscheint (Urteil des Bundesgerichts 9C_333/2019 vom 24. September 2019 E.2.1 mit weiteren Hinweisen). Stellt die Vorsorgeeinrichtung auf die IV-rechtliche Betrachtungsweise ab, muss sich die versicherte Person diese entgegenhalten lassen, soweit diese für die Festlegung des Anspruchs auf eine Invalidenrente entscheidend war, und zwar ungeachtet dessen, ob der Vorsorgeversicherer im Verfahren der IV beteiligt war oder nicht. Vorbehalten sind jene Fälle, in denen eine gesamthafte Prüfung der Aktenlage ergibt, dass die Invaliditätsbemessung der IV offensichtlich unhaltbar war (BGE 130 V 270 E.3.1).

E. 5

Am 30. August 2018 erhob der Kläger Klage gegen die Pensionskasse D._____ beim Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden und beantragte, es sei die Beklagte zu verpflichten, dem Kläger ab dem 1. März 2014, eventuell ab dem 1. März 2015, eine IV-Rente in Höhe von monatlich Fr. 2'280.40 auszurichten; unter Kosten- und Entschädigungsfolge zuzüglich Mehrwertsteuer zulasten der Beklagten. Zur Begründung

fürte der Kläger im Wesentlichen aus, nach dem Unfall vom 18. März 2013 habe sich der Heilverlauf beträchtlich aufgrund intraoperativer Probleme und einer Wundheilungsstörung verzögert. Am 18. Juli 2013 habe sich der Kläger bei der IV angemeldet, weil krankheitsbedingte Beschwerden hinzugetreten seien. Der Kläger leide an Diabetes Mellitus, an einer arteriellen Hypertonie und im März 2014 sei eine Perfusionsstörung am rechten Ober- und Unterschenkel aufgetreten. Seit 2014 habe die arterielle Problematik die Folgen des Unfalles zunehmend in den Hintergrund treten lassen und sei letztlich ausschliesslich für die nun bestehende Invalidität ursächlich. Im Austrittsbericht des Kantonsspitals Graubünden vom 24. Januar 2017 werde die periphere arterielle Verschlusskrankheit diagnostiziert, bekannt seit 2014. Aus dem Bericht gehe sodann hervor, dass sich die Probleme verstärkt hätten und inzwischen eine Grosszehenekrose aufgetreten sei. Weiter machte der Kläger geltend, er sei seit dem Unfall in seinem erlernten und ausgeübten Beruf als Autoelektriker ununterbrochen ganz oder in hohem Masse arbeitsunfähig gewesen. Der Verlauf der gesundheitlichen Entwicklung, der Arbeitsunfähigkeit und der verschiedenen Ursachen sei der kreisärztlichen Untersuchung vom 31. Oktober 2016 zu entnehmen. Darin zeigten sich auch frühe Hinweise auf die periphere Verschlusskrankheit

- 4 - und deren Folgen auf die Arbeitsfähigkeit. Die beruflichen Eingliederungsmassnahmen der IV seien an den fehlenden gesundheitlichen Voraussetzungen auch für angepasste und wechselbelastende Tätigkeiten gescheitert und im Dezember 2015 sei die Arbeitsvermittlung wegen einer weiteren im Raum stehenden Operation sistiert worden. Seither habe sich der Gesundheitszustand des Klägers stetig verschlechtert. Die IV habe deshalb konsequenterweise rückwirkend ab 1. März 2014 eine Rente verfügt. Hingegen sei die Annahme der IV, wonach der Kläger ab Mai 2015 in angepasster Tätigkeit voll arbeitsfähig gewesen wäre, nicht zutreffend. Da die Taggeldleistungen der Suva bis zum 30. November 2016 aber den besten Erwerbsausfall weitestgehend ausgeglichen hätten, habe der Kläger auf eine Beschwerde gegen die inzwischen rechtskräftige IV-Rentenverfügung verzichtet. Entgegen der Meinung der Beklagten sei im Zeitraum vom Juli 2015 bis November 2016 nicht massgebend, welche theoretische Arbeitsfähigkeit in einer anderen Arbeit bestanden hätte, da die Suva die Behandlung als noch nicht abgeschlossen betrachtet und somit der erlernte Beruf im Fokus gestanden habe. Gleichzeitig hätte die gescheiterte Eingliederung gezeigt, dass die Annahme einer weitgehenden Arbeitsfähigkeit in angepassten und wechselbelasteten Tätigkeiten nicht realistisch gewesen sei, da damals bereits die Folgen der Gefässverschlusskrankheit dominiert und angepasste Tätigkeiten verhindert hätten. Der Kläger habe seit Beendigung seines Arbeitsverhältnisses mit der Firma C._____, mithin ab 1. Februar 2015, keine neue Arbeitstätigkeit mehr aufgenommen bzw. aufnehmen können. Damit werde die Beklagte aus dem mit ihr bei Eintritt der Krankheit bestehenden Vorsorgeverhältnis leistungspflichtig.

E. 5.1

Der Kläger macht im Wesentlichen geltend, nach dem Unfall am 18. März 2013 sei er nahtlos in seiner angestammten Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig gewesen. Allein aufgrund der Unfallfolgen sei er in einer angepassten Tätigkeit ab 1. Dezember 2016 noch teilweise arbeitsfähig gewesen. Für die nun bestehende Invalidität sei letztlich ausschliesslich die periphere arterielle Verschlusskrankheit ursächlich. Diese sei bereits im Jahr 2014 diagnostiziert worden und habe die Folgen des Unfalls zunehmend in den

Hin- tergrund treten lassen. Die Annahme der IV, wonach der Kläger ab Mai 2015 in angepasster Tätigkeit voll arbeitsfähig gewesen wäre, treffe so- dann nicht zu, so hätten die gescheiterten beruflichen Eingliederungsmass- nahmen der IV gezeigt, dass die Annahme einer weitergehenden Arbeits-

- 14 - fähigkeit in angepassten und wechselbelastenden Tätigkeiten nicht realis- tisch gewesen sei.

E. 5.2

Demgegenüber stellt sich die Beklagte auf den Standpunkt, dass sowohl der sachliche als auch der zeitliche Konnex nicht erfüllt seien und auch keine relevante Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % wegen des Krank- heitsleidens aktenkundig sei. 6.1.1 Vorliegend sprach die IV-Stelle dem Kläger mit Verfügung vom 1. Juni 2018 (Bk-act. 6) ab 1. März 2014 bis 31. August 2015 und erneut ab 1. Dezember 2016 eine ganze Invalidenrente zu. Begründend hielt die IV-Stelle fest, seit 18. März 2013 (Beginn der einjährigen Wartezeit) sei der Kläger in seiner Arbeitsfähigkeit erheblich eingeschränkt. Nach Ablauf der einjährigen War- tezeit am 18. März 2014 habe weiterhin eine volle Arbeitsfähigkeit bestan- den. Gestützt auf das rheumatologische Gutachten habe festgestellt wer- den können, dass der Kläger als Autoelektriker nicht mehr arbeitsfähig sei. Hingegen habe dem Kläger ab Mai 2015 in einer angepassten Tätigkeit (körperlich leichten Tätigkeit) eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert werden können. Aufgrund des Einkommensvergleichs ergebe sich ab diesem Zeit- punkt lediglich ein Invaliditätsgrad von 16.85 %. Seit Dezember 2016 habe sich der Gesundheitszustand verschlechtert. Aus medizinischer Sicht könne der Kläger ab diesem Zeitpunkt und bis auf weiteres wieder keine Erwerbstätigkeit mehr ausführen. Die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit basiere sowohl auf den vorliegenden unfallbedingten wie auch krankheits- bedingten Einschränkungen. Unter Berücksichtigung der dreimonatigen Wartefrist ab Mai 2015 (Verbesserung) werde die ganze Rente ab 1. Sep- tember 2015 aufgehoben, da der IV-Grad unter 40 % liege. Ab Dezember 2016 (Verschlechterung) könne die ganze Rente wieder ausgerichtet wer- den.

- 15 - 6.1.2 Diese Verfügung wurde der Beklagten eröffnet (vgl. Bk-act. 6), was von den Parteien auch nicht bestritten wird. Die Beklagte erhob kein Rechtsmittel dagegen. Aufgrund der gegenüber der Beklagten formgültig eröffneten, rechtskräftigen Rentenverfügung vom 1. Juni 2018 und der Tatsache, dass der reglementarische Invaliditätsbegriff mit der IV-rechtlichen Invaliditäts- definition im Wesentlichen übereinstimmt, besteht grundsätzlich eine Bin- dungswirkung der Beklagten an den IV-Rentenentscheid vom 1. Juni 2018. 6.2.1 Die Beklagte bestreitet ihre Bindungspflicht an den Rentenentscheid vom 1. Juni 2018 nicht. Vielmehr stellt sie auf die Begründung der IV-Stelle in der Verfügung vom 1. Juni 2018 ab, wonach gestützt auf das rheumatolo- gische Gutachten dem Kläger ab Mai 2015 in einer angepassten Tätigkeit (körperlich leichten Tätigkeit) eine volle Arbeitsfähigkeit habe attestiert wer- den können (Bk-act. 6). Aufgrund dessen, dass die IV-Stelle von Mai 2015 bis November 2016 während 19 Monaten in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % festgestellt hat, verneint die Beklagte u.a. einen zeitlichen Zusammenhang zwischen der während des Vorsorgever- hältnisses eingetretenen Arbeitsunfähigkeit und der späteren Invalidität (vgl. Klageantwort S. 5). 6.2.2 Auf Seiten des Klägers steht fest, dass dieser die Verfügung vom 1. Juni 2018 auch nicht angefochten hat (vgl. Klageschrift S. 5). Er muss sich des- halb grundsätzlich entgegenhalten lassen, wenn die Beklagte auf die IV- rechtliche Betrachtungsweise abstellt, ausser die Feststellungen der IV er- weisen sich als

offensichtlich unhaltbar (BGE 130 V 270 E.3.1). Genau eine solche offensichtliche Unhaltbarkeit bringt der Kläger vor, indem er ausführt, die IV-Stelle habe bei der Annahme einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit zwischen Juli 2015 bis November 2016 geirrt. Es sei unzulässig und widerspreche der medizinischen Aktenlage in dieser Zwischenzeit von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit des Klägers auszugehen (vgl. Replik S. 4 ff.).

- 16 -

E. 6

Am 21. September 2018 ersuchte die B._____ um Fristerstreckung zur Einreichung der Klageantwort sowie um Berichtigung der Passivlegitimation. Zum Letztgenannten führte sie aus, die Pensionskasse D._____ sei eines ihrer 13 Vorsorgewerke. Die Vorsorgewerke selbst hätten keine eigene Rechtspersönlichkeit und seien auch nicht im Handelsregister eingetragen.

- 5 - Die B._____ sei die Rechtsträgerin der ihr angeschlossenen Vorsorgewerke und somit für die Pensionskasse D._____ ins Recht zu fassen. Aus prozessökonomischen Gründen verzichtete die B._____ auf eine Abweisung der Klage infolge fehlender Prozesslegitimation der Pensionskasse D._____, sondern ersuchte um entsprechende Korrektur des Rubrums. Dieses Vorgehen begrüßte auch der Kläger in seiner Eingabe vom 1. Oktober 2018.

E. 7

Mit Klageantwort vom 12. November 2018 beantragte die B._____ (nachfolgend: Beklagte) die vollumfängliche Abweisung der Klage. Zur Begründung führte sie hauptsächlich aus, es könne höchstens vermutet werden und sei nicht bewiesen, dass bereits zum Zeitpunkt der IV-Anmeldung im Juli 2013 krankheitsbedingte Beschwerden hinzugetreten seien. Weder die Duplexsonographie (Röntgenuntersuchung) im März 2014 noch eine perkutane transluminale Angioplastie (PTA) der Ober- und Unterschenkelarterien zur Verbesserung der Blutzirkulation würden automatisch den Beginn einer Krankheit bedeuten. Die vom Kläger angeführte Diskushernie sei im Bericht von Dr. med. E._____ des Spitals F._____ vom 3. November 2014 als leicht eingestuft worden, ohne einen nennenswerten Krankheitswert. Die entzündliche Veränderung des ISG, welche gemäss Aussage desselben Arztes am ehesten mit einer ankylosierenden Spondylitis vergleichbar wäre, lege ebenfalls nahe, dass dies lediglich eine Vermutung sei und keine klare Diagnose. Massgebend und relevant sei vorliegend, dass wegen den genannten Beschwerden während der Versicherungszeit bei der Beklagten keine ärztlich attestierte Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Im Weiteren bestritt die Beklagte, dass die arterielle Problematik die massiven Unfallfolgen in den Hintergrund hätte treten lassen. Im Gegenteil, die Folgen und der komplizierte Heilungsverlauf der Unterschenkelfraktur werde in den medizinischen Unterlagen immer wieder dokumentiert. Die IV-Stelle habe die befristete Rente vom 1. März 2014 bis 31. August 2015 aufgrund der Unfallfolgen gesprochen. Die arterielle Erkrankung sei erstmals im Aus-

- 6 - trittsbericht des Kantonsspitals Graubünden vom 24. Juli 2017 diagnostiziert worden, also deutlich nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses bei der C._____ AG. Sodann ergebe sich aus dem festgehaltenen Zumutbarkeitsprofil des Kreisarztes der Suva in seinem Bericht vom 1. November 2016, dass eine angepasste Arbeitstätigkeit zu 100% zumutbar gewesen sei. Der Entscheid der IV-Stelle sei massgebend für die Leistungen nach

BVG. Die IV-Stelle habe aufgrund des Unfalls am 1. Juni 2018 für den Zeitraum vom 1. März 2014 bis 31. August 2015 eine ganze Rente zugesprochen. Von Juni 2015 bis November 2016 habe in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % bestanden. Diese Verfügung sei ohne Anfechtung in Rechtskraft erwachsen. Die Begründung der IV-Stelle, wonach der Kläger ab Juni 2015 in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig gewesen sei, sei für die Beurteilung des vorliegenden Sachverhalts relevant und gemäss medizinischen Akten auch nicht offensichtlich falsch. Zusammenfassend sei nicht erwiesen, dass die Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt habe, während der Versicherungszeit bei der Beklagten aufgetreten sei.

E. 7.1

Aus den umfangreichen medizinischen Akten sind nachfolgend diejenigen Berichte auszugsweise wiederzugeben, die für die Beurteilung der streitgegenständlichen Fragen von Belang sind.

7.2.1 Der Kläger zog sich bei einem Unfall am 18. März 2013 eine mehrfragmentäre Unterschenkelfraktur rechts zu, welche gleichentags im Spital F._____ versorgt wurde. Intraoperativ kam es beim Versuch der Tibiamarknagelosteosynthese zu einem dorsalen Ausbrechen des Nagels, weshalb auf eine Versorgung mittels Plattenosteosynthese gewechselt wurde (vgl. IV-act. 7 S. 1 und S. 5). In der Folge verzögerte sich der Heilverlauf aufgrund einer Wundheilungsstörung beträchtlich. Im Austrittsbericht des Spitals F._____ vom 10. Mai 2013 betreffend Hospitalisation des Klägers vom 18. März 2013 bis 10. Mai 2013 (IV-act. 7 S. 3) wurden folgende Diagnosen festgehalten: 1) Unterschenkelfraktur rechts mit/mehrfragmentärer Tibiaschaftfraktur und Fibulaköpfchenfraktur - Hautnekrose im Bereich des proximalen Plattenendes - Ruptur des vorderen Kreuzbandes mit Distorsion des Lig. collaterale mediale Knie - kritische Weichteilverhältnisse mit Infektionsgefahr 2) Chronischer Nikotinabusus 3) Makrozytäre hyperchrome Anämie bei: - St. n. V.a. Alkoholabusus - aktuell unter Thiamin- und Cobalaminsubstitution (seit 7. Mai 2013)

7.2.2 Seit dem 1. Mai 2013 wurden zur Wundbehandlung eine Vakuumtherapie und regelmässige Débridements durchgeführt (vgl. die diesbezüglichen Operationsberichte IV-act. 7 S. 6, 7, 8, 10, 12, 13, 15, 20, 22, 24, 26; IV-act. 21 S. 1 und 2). Unter dieser Behandlung ist es zu einem langsamen Zuwachsen des Wunddefektes gekommen, so dass Ende Juli 2013 eine Spalthauttransplantation vorgenommen wurde. Es kam zu einer Transplan-

- 17 - tatabstossung und es wurde wieder die offene Wundbehandlung durchgeführt. Mitte August trat alsdann ein Abszess im unteren Drittel des Plattenlagers auf. Es folgte ein weiterer Spitalaufenthalt des Klägers im Spital F._____ vom 21. August 2013 bis zum 12. Oktober 2013, während welchem dem Kläger u.a. das Osteosynthesematerial operativ entfernt und ein Fixateur externe angelegt wurde (IV-act. 27). Im Austrittsbericht des Spitals F._____ vom 12. Oktober 2013 (IV-act. 27 S. 3) sind alsdann folgende Diagnosen festgehalten: 1) Status nach Plattenosteosynthese der Tibia bei Unterschenkelfraktur rechts (AO 42-C1) am 18. März 2013 mit/mehrfragmentärer Tibiaschaftfraktur und Fibulaköpfchenfraktur - VKB Ruptur rechts mit Distorsion des Ligamentum collaterale mediale - Retropatellarer traumatisch bedingter Knorpeldefekt - Kritische Weichteilverhältnisse mit Infektgefahr - Auftreten einer Hautnekrose am proximalen Plattenende am 1. Mai 2013 mit freiliegendem Osteosynthesematerial; regelmässiges Wunddébridement und VAC-Behandlung - St. n. Defektdeckung im Bereich des proximalen Plattenendes mit einem Spalthauttransplantat am 24. Juli 2013 - Auftreten eines Infektes im distalen Plattenanteil am 13. August 2013 - Zunehmende Valgisierung 2)

Diabetes mellitus Typ II (orale Antidiabetika/Diät; ED 09/2013) 3) Arterielle Hypertonie 4) Nikotinabusus 5) Adipositas 7.2.3 Mit Schreiben vom 10. März 2014 (IV-act. 30 S. 1 f.) überwies der leitende Arzt Chirurgie des Spitals F._____, Dr. med. H._____, den Kläger zur weiteren Behandlung an Dr. med. I._____, Chefarzt Unfall-/Allgemeinchirurgie des Kantonsspitals Graubünden. Dem Überweisungsschreiben ist u.a. zu entnehmen, dass die peripheren Durchblutungsverhältnisse in Ordnung seien, was die arteriellen Pulse anging, trotzdem müsse von einer gewissen arteriosklerotischen Kompromittierung ausgegangen werden. Eine

- 18 - spezielle angiologische Abklärung sei bis dato nicht vorgenommen worden (IV-act. 30 S. 2). 7.2.4 Dr. med. I._____ führte in seinem Bericht vom 17. März 2014 (IV-act. 30 S. 4) folgende Diagnosen auf: 1) Infekt pseudarthrose distaler Tibiaschaft rechts mit distaler, medialer Fistulierung: - Zustand nach geschlossener Unterschenkelschafttortionfraktur vom 18. März 2013 - St.n. notfallmässiger Osteosynthese mit Marknagelversuch, Wechsel auf eine mediale Platte vom 18. Juli 2013 - St.n. Hautnekrose am proximalen Plattenende am 1. Mai 2013 mit nachfolgendem regelmässigem Débridement und VAC-Behandlung - St.n. Spalthauttransplantation zur Deckung im Bereich des proximalen Plattenendes am 24. Juli 2013 - persistierender Infekt mit Ausbreitung nach distal am 13. August 2013 - St.n. Plattenentfernung und Wechsel auf einen Fixateur externe mit Débridement am 21. August 2013 - St.n. Modifikation des Fixateur externe am 5. Oktober 2013 - St.n. Dynamisierung/Minimalisierung des Fixateur externe im Dezember 2013 - Nachweis von Staphylococcus epidermidis sowie Propionibacterium acnes im August 2013 - St.n. langzeitiger Antibiotikumbehandlung mit Vancomycin und Clindamycin bis 31. Januar 2014 - St.n. weiterer Minimalisierung des Fixateur externe am 23. Februar 2014 - Chronische Fistelbildung am distalen Tibiaschaft seit August 2013 2) Nachweis einer möglicherweise relevanten arteriellen Verschlusskrankheit rechts (Verdacht auf Mehretagenproblem Becken und Oberschenkel) bei: - Chronischem Nikotinabusus (ca. 80-100py) - Diabetes mellitus Typ II - Aethylabusus Im Zusammenhang mit der arteriellen Verschlusskrankheit wird im Arztbericht von Dr. med. I._____ auf die Angiologische Untersuchung von

- 19 - Dr. med. J._____, Leitender Arzt Angiologie am Kantonsspital Graubünden, vom 17. März 2014 verwiesen (IV-act. 30 S. 5). Letzterer führte beim Kläger am 17. März 2014 u.a. eine Duplexsonographie der Ober- und Unterschenkelarterien durch und hielt in seinem diesbezüglichen Bericht vom 18. März 2014 (Klägerische Beilage [KI-act.] 4) den Verdacht auf Mehretagenproblem rechts mit möglicherweise relevanter vorgeschalteter Beckenstenose und sicherlich relevanter distaler A. femoralis superficialis Stenose rechts fest. Der oszillographische Befund passe zu dem duplexsonographischen Befund. Diskussion einer Service-PTA crossover von links mit Dilatation der vermuteten Beckenstenose und der zusätzlich nachgewiesenen hochgradigen distalen A. femoralis superficialis-Stenose rechts. Der Beurteilung von Dr. med. I._____ ist sodann zu entnehmen, dass beim Kläger das Bild einer infizierten Pseudarthrose am distalen Tibiaschaft rechts vorliege, aktuell ein Jahr nach initialem Unfall. Es handle sich einerseits um ein mechanisches Problem bei dem liegenden, zu wenig Stabilität bietenden Fixateur externe, andererseits aber auch um ein biologisches Problem mit lokal ungenügender Weichteildeckung sowie fistulierendem Infekt. Massgeblich mitbeteiligt sei vermutlich auch noch eine nun neu nachgewiesene arterielle Verschlusskrankheit im Rahmen der bekannten Risikofaktoren wie massiver, nicht sistierter Nikotinabusus und einem Diabetes

mellitus Typ II. Therapeutisch müsse das Ganze mehrschichtig angegangen werden. Dabei wurde u.a. ein Eintritt stationär am 24. März 2014 mit Angiographie und allenfalls, sofern nötig, einer PTA der Gefässachse zur Verbesserung der Zirkulation vorgesehen (IV-act. 30 S. 5). 7.2.5 Aufgrund einer Stressfraktur bei medialer Instabilität am 20. März 2014 war der Kläger vom 20. März 2014 bis 21. März 2014 erneut im Spital F._____ und infolge Verlegung vom 21. März 2014 bis 19. April 2014 im Kantons- spital Graubünden hospitalisiert (IV-act. 32 S. 11). Dem Austrittsbericht des

- 20 - Kantonsspitals Graubünden vom 19. April 2014 (IV-act. 32 S. 11 ff.) ist zu entnehmen, dass am 24. März 2014 die bereits vorgängig geplante Cross-over PTA der mittleren A. femoralis superficialis und A. popliteal rechts sowie die PTA der A. iliaca communis beidseits erfolgte. Anschliessend habe sich ein verbessertes Resultat mit 2-Gefäss-Run-off am rechten Unterschenkel bei verschlossener A. tibialis anterior gezeigt (IV-act. 32 S. 13). Als Diagnosen sind im Austrittsbericht vom 19. April 2014 (IV-act. 32 S. 11 f.) zusätzlich zu den im Bericht vom 17. März 2014 festgehaltenen Diagnosen die folgenden aufgeführt: Aktuell: - Ermüdungsfraktur der Fibula am 19. März 2014 - Nachweis von Staphylococcus epidermidis aus Probeentnahme Tibia sowie Markraum rechts Periphere Verschlusskrankheit ED 02/2014 - mässiggradige Stenosen iliacal beidseits und popliteal rechts - PTA am 24. März 2014 - 2-Gefäss Run-of crural, A. tibialis anterior verschlossen, DD posttraumatisch cvRF: anhaltender Nikotinabusus, Diabetes mellitus Typ 2 Diabetes mellitus Typ 2 ED 09/2013 - orale Antidiabetika Arterielle Hypertonie - v.a. ACE-Hemmer induzierten Reizhusten - Coversum wegen Reizhusten selbständig sistiert Adipositas Verdacht auf obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom (OSAS) - Heavy Snorer - anamnestisch nächtliche Atempausen, fraglich Arousels Verdacht auf Alkoholüberkonsum - fremdanamnestisch - Eigenangaben 1 Bier/Tag Kryptorchismus rechts - St.n. Leistenhernienoperation als Kleinkind

- 21 - Dem Kläger wurde vom 21. April 2014 bis 6. Mai 2014 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (IV-act. 32 S. 13). 7.2.6 Vom 6. Mai 2014 bis 17. Mai 2014 war der Kläger zwecks Semikastration rechts und Vasektomie links sowie zur definitiven Osteosynthese erneut im Kantonsspital Graubünden hospitalisiert (IV-act. 32 S. 19 f.). 7.2.7 Vom 17. Mai 2014 bis 21. Juni 2014 war der Kläger zur muskuloskelettalen Rehabilitation in der Zürcher Höhenklinik Davos hospitalisiert. Dem Versicherungsbericht der Zürcher Höhenklinik Davos vom 7. Juli 2014 (IV-act. 32 S. 24 f.) zuhanden der Suva sind folgende Diagnosen zu entnehmen: 1) Fixateur-externe-Entfernung, definitive Osteosynthese Tibia rechts am 9. Mai 2014 2) Infektpseudarthrose distaler Tibiaschaft rechts mit distaler, medialer Fistulierung 3) Nachweis von Staphylococcus epidermidis sowie Propionibacterium acnes im Rahmen der Dg. 2 im August 2013 4) Chronische Fistelbildung am distalen Tibiaschaft seit August 2013 5) Ermüdungsfraktur der Fibula am 19. März 2014 6) Nachweis von Staphylococcus epidermidis aus Probeentnahme Tibia sowie Markraum rechts 7) Kryptorchismus rechts 8) Verdacht auf obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom (OSAS) 9) Periphere arterielle Verschlusskrankheit ED 02/2014 10) Diabetes mellitus Typ 2 ED 09/2013 11) Arterielle Hypertonie 7.2.8 Im Verlaufsbericht vom 18. Juni 2014 (IV-act. 32 S. 22 f.) berichtete Dr. med. I._____, der postoperative Verlauf sei sehr erfreulich. Ab dem heutigen Zeitpunkt könne eine Mobilisation im 4-Punktengang mit Hilfe der Physiotherapie begonnen werden. Weiter ist dem Bericht zu entnehmen, dass der Kläger im Bereich des Unterschenkels rechts annähernd beschwerdefrei sei und lediglich über leichte Schmerzen im Bereich der linken Hüfte klage, welche wahrscheinlich aufgrund

der Fehlbelastung aufgetreten

- 22 - seien. Ebenfalls ergibt sich aus dem Verlaufsbericht von Dr. med. I. _____ vom 29. Juli 2014 (IV-act. 35 S. 1 f.), dass der Kläger aktuell von Seiten der Fraktur praktisch beschwerdefrei sei und die Hauptbeschwerden momentan auf die linke Hüfte lokalisiert seien. Das Bein rechts könne nun absolut voll belastet werden und es habe weitere Mobilisation mit Hilfe der Physiotherapie insbesondere auch Gangschulung zur Entlastung der linken Hüfte stattzufinden. 7.2.9 Im Verlaufsbericht vom 15. September 2014 (IV-act. 35 S. 3 f.) hielt Dr. med. I. _____ neu den Verdacht auf rezidivierende ISG-Blockade links fest und führte aus, die vom Kläger beschriebenen Schmerzen, die rezidivierend aufträten im Bereich der Hüfte links, seien für ihn eher vom ISG ausgehend. Am ehesten handle es sich um rezidivierende ISG-Blockaden. Dr. med. I. _____ überwies den Kläger hierzu in die Chiropraktoren-Praxis in Y. _____. Weiter führte Dr. med. I. _____ in seinem Bericht aus, von Seiten des Unterschenkels rechts zeigten sich regelrechte Verhältnisse. Die anti-biotische Therapie würde nun bei trockenen Wundverhältnissen gestoppt. Sicherlich sei in den nächsten vier Wochen noch eine 100 % Arbeitsunfähigkeit vorhanden, um eine Gehschulung und ein Auftrainieren der Muskulatur mit Hilfe der Physiotherapie zu absolvieren (IV-act. 35 S. 4). 7.2.10 Im Verlaufsbericht vom 22. Oktober 2014 (IV-act. 35 S. 5 f.) hielt Dr. med. I. _____ fest, von Seiten des Unterschenkels zeigten sich regelrechte Verhältnisse. Von Seiten des ISG sei der Kläger noch massiv schmerzgeplagt. Darum finde eine Chiropraktikerbehandlung in Y. _____ statt. Sicherlich sei der Kläger bis Ende November arbeitsunfähig. 7.2.11 Zur Abklärung der starken Schmerzen über dem linken ISG erfolgte auf Zuweisung der Chiropraktikerin des Klägers, Dr. med. K. _____, am 3. November 2014 ein MRT der LWS sowie des ISG im Spital F. _____. Dr. med. E. _____, Chefarzt Radiologie des Spitals F. _____, hielt in seinem Arztbe-

- 23 - richt vom 3. November 2014 (IV-act. 66 S. 58 f.) den Nachweis einer kleinen Diskushernie L4/L5 mit Kompression der Nervenwurzel L5 links im Recessus lateralis fest. Eine CT-gesteuerte periradikuläre Infiltration sei hier gut möglich. Die beschriebenen entzündlichen Veränderungen der ISG vor allem rechtsseitig seien am ehesten mit einer ankylosierenden Spondylitis vereinbar. 7.2.12 Sodann fand am 12. Januar 2015 wegen belastungsabhängigen Schmerzen im Sprunggelenk rechts ein MRI im Kantonsspital Graubünden statt. Aus dem MRI-Bericht ergibt sich folgend Beurteilung: Keine Zeichen einer stattgehabten Verletzung am oberen Sprunggelenk sowie am restlichen Rückfuss und Vorfuss. Unauffälliges Knochenmarksignal. Keine osteochondrale Verletzung. Keine Zeichen einer Bandverletzung des Rück- und Mittelfusses (IV-act. 66 S. 62). 7.2.13 Dem Verlaufsbericht von Dr. med. I. _____ vom 26. Januar 2015 (IV-act. 47 S. 3 f.) ist zu entnehmen, dass der Kläger über persistierende rezidivierende Schmerzen im Bereich des Sprunggelenkes rechts sowie rezidivierende Schmerzen im Bereich des ISG links berichtete. Dr. med. I. _____ führte aus, die beschriebenen Schmerzen des Klägers im Sprunggelenk rechts könnten keinem Korrelat im MRI zugewiesen werden. Er empfehle weiter Aufbau mittels Physiotherapie zum Training der Propriozeption und Schwimmtraining. Von Seiten des ISG sei der Kläger in chiropraktischer Behandlung. 7.2.14 Nachdem der Kreisarzt der Suva, Dr. med. L. _____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, in seiner Beurteilung vom 27. November 2014 (IV-act. 48) festhielt, weder das Trauma selbst noch der langwierige Verlauf sei geeignet, eine ISG-Problematik auszulösen und eine weitergehende

rheumatologisch-orthopädische Abklärung empfahl, gab die IV-Stelle am 26. Februar 2015 ein rheumatolo-

- 24 - gisches Gutachten inkl. Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) bei Dr. med. M._____, FMH für Rheumatologie, in Auftrag (IV-act. 52). Dieser stellte in seinem Gutachten vom 26. Mai 2015 (IV-act. 66) folgende Diagnosen: Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 66 S. 35): 1. Residualzustand nach Unterschenkelschaftfraktur rechts mit mehrfragmentärer Tibiaschaftfraktur und Fibulaköpfchenfraktur sowie Ruptur des vorderen Kreuzbandes Knie rechts bei Stolpersturz am 18. März 2013 mit/bei belastungsabhängigen Schmerzen im OSR rechts - definitiver Osteosynthese mittels dorsolateralem Zugang und Osteosynthese mittels 11-Loch-LISS am 9. Mai 2014 - St. n. kompliziertem Heilverlauf mit postoperativem Wundinfekt, Osteosynthesematerialentfernung, Fixateur extern und späterer Ermüdungsfraktur - St. n. notfallmässiger Osteosynthese mit Marknagelversuch und Wechsel auf eine mediale Platte am 18. März 2013 2. Rehabilitationsdefizit mit Dekonditionierung und Gewichtszunahme ca. 20kg 3. Muskuläre Gesässschmerzen links bei muskulärer Dysbalance und iliosakal-Gelenksyndrom links anamnestisch 4. Unspezifische Rückenschmerzen bei Haltungsinsuffizienz und Fehllhaltung der Wirbelsäule Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 66 S. 36): 1. Metabolisches Syndrom - Adipositas Grad I (BMI 32.7 kg/m², Bauchumfang 123 cm) - Diabetes mellitus Typ 2, ED 09/2013 - Hyperlipidämie - Hyperurikämie - Arterielle Hypertonie 2. Generalisierte Arteriosklerose mit/bei periphere arterielle Verschlusskrankheit ED 02/2014 - St. n. PTA Stenosen Aa. Femoralis, poplitealis und iliaca communis rechts am 23. April 2014 [recte: 24. März 2014] - Risikofaktoren: Nikotinabusus, metabolisches Syndrom 3. Periphere Polyneuropathie möglich

- 25 - - DD: Diabetes mellitus Typ 2 äthylisch monoklonale Gammopathie möglich 4. Bursitis olecrani rechts - DD: Gicht 5. Schwerer Vitamin D-Mangel 6. Heavy Snorer anamnestisch mit Verdacht auf obstruktives Schlafapnoe-Syndrom 7. Alkoholabusus wahrscheinlich Aktuell sei dem Kläger weder ein Steigen auf Lastwagen, noch Arbeiten in Zwangshaltung möglich, weshalb für die angestammte Tätigkeit als Autoelektriker eine volle Arbeitsunfähigkeit bestehe (IV-act. 66 S. 44). Zur Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit hielt Dr. med. M._____ fest, aktuell sei der Kläger in seiner körperlichen Leistungsfähigkeit generell eingeschränkt. Zudem bestünden Einschränkungen der Steh- und Gehfähigkeit. Aufgrund der klinischen Untersuchung sei dem Kläger jedoch eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit vollzeitlich möglich. Die in der EFL beobachtete Leistungsfähigkeit entspreche einer leichten bis mittelschweren Arbeit. Das Hantieren mit Gewichten bis maximal 12.5 kg sei dem Kläger selten, d.h. insgesamt bis ca. ½ Stunde, zuzumuten. Gewichte, welche ihm oft, d.h. insgesamt drei bis sechs Stunden, zuzumuten seien, lägen bei 5 – 7.5 kg. Es bestünden spezielle Leistungsdefizite bezüglich Gleichgewicht, vorgeneigtem Stehen, Rotationen im Stehen, Hockstellung, Knien, wiederholten Kniebeugen und Leitersteigen. Eine körperlich leichte angepasste Tätigkeit sei dem Kläger per sofort möglich. Da allerdings nach dem rubrizierten Ereignis noch kein Endzustand vorliege und immer noch ein dringender Rehabilitationsbedarf bestehe, scheine eine berufliche Integration zurzeit verfrüht (IV-act. 66 S. 44). In prognostischer Hinsicht führte Dr. med. M._____ aus, er gehe davon aus, dass nach einer stationären Rehabilitation und einer anschliessenden intensiven medizinischen Trainingstherapie während etwa drei Monaten die Arbeitsfähigkeit

- 26 - sukzessive gesteigert werden könne. Dabei gehe er davon aus, dass dann teilweise auch mittelschwere Tätigkeiten möglich sein würden. Ob wieder eine Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf erreicht werden könne, müsse noch offen bleiben (IV-act. 66 S. 45). 7.2.15 Dem Bericht von Dr. med. I. _____ vom 1. September 2015 (IV-act. 76 S. 20 f.) ist zu entnehmen, dass von Seiten des Unterschenkels nun von einer abgeschlossenen Konsolidation gesprochen werden könne. Von Seiten der chronischen Schmerzen im Sprunggelenk rechts mit Ausstrahlung in den Vorfuss fand eine Überweisung an den Fussorthopäden im Kantonsspital Graubünden statt. 7.2.16 Dr. med. N. _____, Chefarzt Orthopädie/Traumatologie am Kantonsspital Graubünden, hielt in seinem Bericht vom 30. September 2015 (IV-act. 76 S. 18 f.) folgenden Befund fest: Weitgehend reizlose ausgeprägte Vernarbungen im distalen Unterschenkelbereich rechts nach Osteosynthese mit Folgeoperationen bei Infektseptidarthritis. Hier bestehe distal der Narbe eine ausgeprägte Druckdolenz bereits auf leichte Palpation, insbesondere auch um den medialen Malleolus herum, weitgehend im Sinne einer Allodynie. Die OSG-Beweglichkeit sei unbelastet ordentlich erhalten und praktisch schmerzfrei möglich. Gutes Achsenalignment des Rückfusses. Cho-part und weiter distal keine wesentliche Pathologie am Fuss erkennbar. Dr. med. N. _____ führte betreffend Beurteilung aus, anamnestisch und klinisch habe er eher nicht den Eindruck, dass eine wesentliche Schmerzpathogenese seitens des oberen Sprunggelenkes zum gesamten Beschwerdebild beitrage. Rein strukturell sei diesbezüglich auch wenig gefunden worden, insbesondere nicht im MRI vom 12. Januar 2015 und auch nicht in den konventionellen Verlaufsaufnahmen des oberen Sprunggelenkes von heute. Dabei sei anzufügen, dass auch die primäre Verletzung nicht das Sprunggelenk betroffen habe, dafür aber zusammen mit der Infektsituation für eine erhebliche Weichteilproblematik am distalen Unterschenkel geführt habe.

- 27 - Insofern betrachte er es für sehr wahrscheinlich, dass ein Hauptbeschwerdeproblem weichteilbedingt allenfalls auch neuropathisch sein dürfte bei aktuell doch deutlicher Allodynie. Auf Empfehlung von Dr. med. N. _____ erfolgte am 30. September 2015 eine Infiltration des oberen Sprunggelenkes im Kantonsspital Graubünden (IV-act. 76 S. 17). 7.2.17 Im Bericht vom 26. Oktober 2015 (IV-act. 76 S. 15 f.) hielt Dr. med. N. _____ fest, das gute Ansprechen auf die Testinfiltration bestätige an sich einen erheblichen artikulären Schmerz, welcher nicht klar zugeordnet werden könne. Die MRI-Untersuchung vom Januar dieses Jahres habe praktisch einen unauffälligen Gelenksbefund ergeben. Gemäss Ansicht von Dr. med. N. _____ habe im MRI eine leichte Verschmälerung, insbesondere des anterioren Gelenkknorpels/Gelenkspaltes, bestanden. 7.2.18 Gemäss Austrittsbericht des Zürcher Reha Zentrums Davos vom 30. November 2015 (IV-act. 76 S. 1 ff.) betreffend stationären Aufenthalt vom 13. Oktober 2015 bis 17. November 2015 zuhause des Vertrauensarztes der Suva litt der Kläger beim Eintritt an stechenden Schmerzen im linken Hüftgelenk, beim Gehen an zunehmenden Schmerzen und Schwellungsgefühl im rechten Fuss sowie an Schmerzen im rechten Hüftgelenk. Wegen den Schmerzen im rechten Fuss sei die Gehfähigkeit eingeschränkt. Am 17. November 2015 habe der Kläger in gutem Allgemeinzustand und verbesserter Beweglichkeit entlassen werden können. Dem Kläger wurde bis zum 1. Dezember 2015 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (IV-act. 76 S. 4). 7.2.19 Im Bericht vom 14. Dezember 2015 (IV-act. 79) hielt Dr. med. I. _____ fest, die veranlasste CT-Untersuchung zeige eine kleinere Knorpelläsion die allfällig für die Schmerzen verantwortlich sein könnte, da insbesondere die Testinfiltration durch Dr. med. N. _____ kurzzeitig einen Erfolg gezeigt habe. Ob eine OSG-Arthroskopie wirklich den

gewünschten Erfolg im Sinne

- 28 - einer Schmerzreduktion bringen werde, sei aktuell sehr fraglich und mit Dr. med. N._____ zu besprechen. Dr. I._____ attestierte aktuell eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %. 7.2.20 Im Schreiben der Suva an den Rechtsvertreter des Klägers vom 5. Februar 2016 wird festgehalten, dass die Arbeitsunfähigkeit weiterhin 100 % betrage (IV-act. 88 S. 9). 7.2.21 Im Bericht vom 9. Februar 2016 (IV-act. 86) hielt Dr. med. N._____ was folgt fest: Erneut an sich recht diffuse Schmerzangabe im Knöchelbereich/OSG-Bereich sowohl anterior wie auch perimalleolär mit recht ausgeprägter Druckdolenz, was insgesamt etwas atypisch sei für einen artikulären Schmerz. Ebenfalls etwas atypisch und diskrepant sei dies zum geringen Chondropathie-Befund. MRI mässig bestehe eine minimale Gelenkstufe und eine kleine postero-medial umschriebene Knorpelläsion. Sowohl die etwas ausgeprägte Symptomatik wie auch die recht diffuse Schmerzlokalisation seien etwas auffällig und diskrepant zum pathomorphologischen Befund. Es stelle sich auch die Frage, ob nicht auch gewisse metallassozierte Restbeschwerden differenzialdiagnostisch zu erwägen seien. 7.2.22 Am 9. März 2016 erfolgte erneut eine Infiltration des oberen Sprunggelenkes (IV-act. 89 S. 7). Im Bericht vom 19. April 2016 (IV-act. 89 S. 9 f.) führte Dr. med. N._____ sodann aus, 1.5 Monate postoperativ zeige sich keine wesentliche Besserung der Schmerzsymptomatik nach OSG-Infiltration rechts. Somit könne davon ausgegangen werden, dass die Hauptschmerzursache nicht artikulären Ursprungs sei. Unterstützt werde diese These aufgrund der unauffälligen bildgebenden Untersuchung, wo neben den konventionell-radiologischen Aufnahmen einer MRI-Untersuchung sowie eine Arthro-CT-Untersuchung zur Beurteilung der chondralen Verhältnisse durchgeführt worden sei. Diese zeigten in der Arthro-CT-Untersuchung

- 29 - eine lediglich minime Stufenbildung bei Status nach Volkmann-Fraktur bei unauffälligen Knorpelverhältnissen. Von dieser Seite her könne dem Kläger keine Verbesserung angeboten werden. Nach Ansicht von Dr. med. N._____ seien die Hauptbeschwerden aufgrund der Weichteilveränderungen sowie neurogenen Charakters. Des Weiteren sähen sie eine weitere mögliche Schmerzursache aufgrund der doch sehr rigiden Platte, welche die Flexibilität des distalen Unterschenkels sicherlich behindere. Es sei deshalb als nächste mögliche Option eine Metallentfernung zu diskutieren. 7.2.23 Mit Mitteilung vom 22. September 2016 schloss die IV-Stelle die beruflichen Massnahmen ab und hielt fest, trotz intensiver Begleitung und Unterstützung bei der Stellensuche sei es nicht gelungen, für den Kläger einen Arbeitsplatz im 1. Arbeitsmarkt zu finden (IV-act. 101). 7.2.24 Der Kreisarzt der Suva, Dr. med. P._____, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, stellte in seinem Bericht betreffend kreisärztliche Untersuchung vom 1. November 2016 (IV-act. 106 S. 3) folgende Diagnosen (IV-act. 106 S. 9): Status nach Unterschenkelfraktur rechts 18. März 2013 mit komplexem Verlauf inkl. Infekt und Pseudarthrose an der Tibia, konsolidiert; im CT nachgewiesene minimale tibiale Gelenkstufe im OSG rechts, radiologisch ohne Arthrose und ohne Progredienz der degenerativen Veränderungen; Überlagerung der posttraumatischen Situation durch Adipositas, Gefässkrankheit und metabolisches Syndrom mit möglicherweise Polyneuropathie; chronisch rezidivierende Rücken- und Gesässschmerzen. Versicherungstechnisch könne vom sogenannten Endzustand ausgegangen werden, die Metallentfernung werde vom Kläger abgelehnt und dieser Eingriff sei durch die Suva nicht zu forcieren, da der Effekt der erneuten Massnahme nicht vorausgesagt werden könne und da ein erhöhtes Infektrisiko bestehe. Der Zustand des OSG klinisch und radiologisch lasse

ebenfalls die Indikation zur Arthrodesese des Gelenks nicht zu, auch wenn die Probeinfiltration während Stunden gemäss Angaben des Klägers

- 30 - zur Beschwerdefreiheit geführt habe. Der Kläger klagt heute vornehmlich über erhebliche Beschwerden ventral über dem rechten OSG, die sowohl in Ruhe als auch bei Belastung auftreten und die auch zu einer Schlafstörung führen würden. Der Kläger sei dadurch gezwungen, häufig zwischen Liegen, Sitzen, Stehen und Gehen abzuwechseln, auch wenn zusätzlich belastungsabhängige Schmerzen geschildert würden. Auffällig sei die Angabe „brutale Schmerzen“ und daneben die Angabe, dass der Kläger keine Schmerzmedikamente brauche, dass der Lagewechsel sehr viel schneller und vollständiger die Schmerzen beeinflussen würden als das Schmerzmedikament. Am rechten Bein zeigten sich reizlose Narben bei deutlicher Hyperpigmentation; die Beweglichkeit der angrenzenden Kniegelenke und im OSG sei nicht wesentlich eingeschränkt. Radiologisch sei die Fraktur in ganz leichter Varusfehlstellung vollständig konsolidiert, das Metall liege stabil. Trotz nachgewiesener Gelenkstufe im CT sei radiologisch weder eine Arthrose noch eine Progredienz der degenerativen Veränderungen im OSG zu erkennen. Wegen der Nebenprobleme (Gefässkrankheit, möglicherweise Polyneuropathie) sei die Beurteilung zusätzlich erschwert durch die Diskrepanz zwischen subjektiven Angaben und objektiven Befunden. Dies würde auch durch eine zusätzliche Abklärung der Gefässe oder der vermuteten Polyneuropathie nicht erleichtert, so dass sich aus der Sicht der Unfallversicherung die Notwendigkeit einer ergänzenden Abklärung nicht ergebe. Die etwas diffusere Beurteilung komme in dieser Situation eh dem Kläger zugute (IV-act. 106 S. 9). Betreffend Zumutbarkeitsprofil hielt Dr. med. P. _____ fest, eine wechselbelastende Tätigkeit sitzend, stehend und kurzzeitig gehend wäre vollzeitlich zumutbar. Längerdauerndes Treppensteigen oder längeres Gehen auf unebenem Boden sei dabei nicht zumutbar. Tragen sei kurzstreckig 10 bis höchstens 15 kg, Heben an Ort 15 bis höchstens selten 25 kg zumutbar (IV-act. 106 S. 10). 7.2.25 Vom 16. Januar 2017 bis 25. Januar 2017 war der Kläger erneut im Kantonsspital Graubünden hospitalisiert (IV-act. 125 S. 7 ff.). Dem Austrittsbe-

- 31 - richt des Kantonsspitals Graubünden vom 26. Januar 2017 (IV-act. 125 S. 7 ff.) ist zu entnehmen, dass die Zuweisung durch Dr. med. J. _____ zur PTA bei hochgradiger Beckenstenose rechts und hochgradigen Stenosen im Bereich der linken Unterschenkelarterien links mit infizierter Grosszehennekrose links erfolgt sei. Der Kläger berichte, seit ca. sieben Wochen eine nicht heilende Wunde am linken grossen Zehen zu haben. Er leide unter starken Schmerzen in der Nacht, welche sich bei Bewegung bessern würden. Eine Schmerzsymptomatik in den Beinen beim Gehen werde verneint. Eine längere Gehstrecke von mehreren 100 Metern sei gut möglich, werde jedoch durch Schmerzen im Sprunggelenk bei vorbestehender, platentfixierter Trümmerfraktur limitiert (IV-act. 125 S. 10). Dem Bericht ist u.a. folgende Diagnose (IV-act. 125 S. 7) zu entnehmen: 1. Periphere arterielle Verschlusskrankheit vom Becken- und Oberschenkeltyp rechts und vom Becken und Unterschenkeltyp links ED 02/2014 - 2014 PTA der A. iliaca communis beidseits sowie der A. femoralis superficialis und A. poplitea rechts Aktuell - Duplexsonographie vom 13. Januar 2017: A. fibularis links proximal verschlossen, hochgradige Stenose der A. tibialis anterior distal, A. tibialis posterior distal mit amplitudenreduziertem monophasischem Flussprofil, hochgradige Stenose der Beckengefässe rechts - Grosszehennekrose links am ehesten auf dem Boden einer neuropathischen Druckstelle - PTA am 17. Januar 2017: Stentangioplastie AIC rechts,

AIC links und distale ATP - TcPO2 vom 19. Januar 2017. 17mmHg am ehesten im Rahmen des Ödems falsch tief - Rx. Fuss links vom 19. Januar 2017: Keine abgrenzbaren knöchernen Arrosionen oder Hinweise auf Osteitis / Osteomyelitis. Keine Fraktur, keine Luxation 7.2.26 Sodann war der Kläger aufgrund der Diagnose Periphere arterielle Verschlusskrankheit vom Becken- und Oberschenkeltyp rechts und vom Be-

- 32 - cken und Unterschenkeltyp links ED 02/2014 vom 3. März 2017 bis 7. März 2017 in der Wochenklinik hospitalisiert (IV-act. 116 S. 1). Im Wochenklinik- Austrittsbericht vom 9. März 2017 hielten die Ärzte Dres. med. Q._____, Stv. Leitender Arzt Angiologie, und med. R._____, Assistenzärztin, beide am Kantonsspital Graubünden, fest, der elective Eintritt sei zur PTA eines segmentalen Re-Verschlusses der distalen ATP bei Grosszehennekrose links erfolgt. Bei fehlenden Kontraindikationen habe die Intervention wie geplant am 6. März 2017 durchgeführt werden können (IV-act. 116 S. 2). 7.2.27 In seinem Bericht vom 15. Mai 2017 (IV-act. 120) diagnostizierte Dr. med. J._____, eine arterielle Verschlusskrankheit vom Becken- und Oberschenkeltyp rechts und vom Becken- und Unterschenkeltyp links, kardiovas- kuläre Risikofaktoren sowie weitere Diagnosen. Er hielt fest, einen sicheren Fortschritt im Bereich der Demarkationslinie der Grosszehe links könne man nicht feststellen. Der Kläger berichte weiterhin über, insbesondere nachts auftretende, Ruheschmerzen, die sich regelmässig durch etwas Umhergehen wieder bessern würden. Duplexsonographisch finde sich unverändert der segmentale distale A. tibialis posterior-Verschluss links und zusätzlich eine relevante Stenose im Übergang der Tibialis anterior in die Dorsalis pedis links und nachgeschaltet dann der bekannte kollateralisierte Verschluss der A. dorsalis pedis. Entsprechend sei die Perfusionssituation im Bericht der II. Zehe nach wie vor links kritisch, die III. Zehe zeige eine leicht bis mässig reduzierte Ruheperfusion. 7.2.28 Im Bericht vom 29. Juni 2017 (IV-act. 122) zuhanden der IV stellte Dr. med. J._____ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Grosszehennekrose links am ehesten auf dem Boden einer neuropathischen Druckstelle (ED 01/2017), eine arterielle Verschlusskrankheit vom Unterschenkeltyp links (ED 02/2014), eine respiratorische Partialinsuffizienz mit sekundärer Polyglobulie sowie insulinpflichtiger Diabetes Mellitus (ED 2012). Dr. med. J._____ attestierte in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit

- 33 - als KFZ-Mechaniker ab dem 13. Januar 2017 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis auf weiteres. 7.2.29 Dr. med. S._____, Allgemeine Innere Medizin FMH, hielt in ihrem Bericht vom 29. August 2017 (IV-act. 125 S. 1 ff.) zuhanden der IV anamnestisch fest, dass der Kläger Mitte Dezember [2016; Anm. des Gerichts] eine kleine Läsion im Grosszehenbereich ursprünglich ausgelöst durch eine Druck- stelle im Schuh bemerkt habe. Dr. med. S._____ stellte in ihrem Bericht u.a. folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Arterielle Verschlusskrankheit vom Becken- und Oberschenkeltyp rechts und vom Becken- und Unterschenkeltyp links, aktuell chronische Grosszehenend- gelenk-Endgliednekrose links, Status nach Rekanalisationsversuch A. Tibialis posterior links mit Drug-Eluting-Stent, Implantation-Reverschluss zum einen Desektions bedingt aber auch durch Instant-Restenose; diverse weitere kathetertechnische erfolglose Interventionsversuche zur Rekanali- sation der A. Tibialis posterior; Status nach PTA der Aa. iliaca communes bds. sowie der A. Femoralis superficialis und A. poplitea rechts 2014; vas- kuläre Risikofaktoren: Diabetes mellitus, Verdacht auf Dyslipidemie. Weiter ist dem Bericht zu entnehmen, dass aufgrund der schweren peripheren ar- teriellen Verschlusskrankheit grundsätzlich eine ungünstige Prognose be- stehe. Die Risikofaktoren

Diabetes und Hypertonie seien aktuell gut behandelt. Der Kläger sei bisher noch nicht in der Lage, den Nikotinabusus zu sistieren. Dies werde sicher mit zur Verschlechterung der Wundheilung beitragen (IV-act. 125 S. 2). Aufgrund der Schwere der Wundstörung im Zehenbereich sei der Kläger weiterhin und auf unabsehbare Zeit 100 % arbeitsunfähig. Der Kläger könne aufgrund der Ruheschmerzen nur eine kurze Gehstrecke zurücklegen und sich körperlich nicht wesentlich belasten. Dadurch sei eine vermehrte Arbeitsfähigkeit nicht gegeben. Die bisherige Tätigkeit sei nicht zumutbar (IV-act. 125 S. 3).

- 34 - 7.2.30 Im Schreiben vom 9. Januar 2018 (IV-act. 133 S. 4 f.) zuhanden des Rechtsvertreters des Klägers führte Dr. med. J. _____ aus, als Hauptdiagnose aus dem angiologischen Bereich sei ganz klar die arterielle Verschlusskrankheit vom Beckentyp beidseits und vom Unterschenkeltyp links zu nennen. Der Kläger habe eine schwere diffuse Veränderung insbesondere der Unterschenkel- und Fussarterien links. Hierdurch sei es nach einem eigentlich kleinen Trauma zu einer schweren Durchblutungsstörung der Grosszehe links mit nachfolgendem teilweisem Gewebsuntergang gekommen. Diese Veränderung bestehe nun seit über einem Jahr und sie hätten verschiedene Versuche unternommen, die Durchblutungssituation im Bereich des linken Vorfusses zu verbessern, leider bisher nicht mit wirklich durchschlagendem Erfolg. Aktuell würden neben der teilweisen Nekrose der Grosszehe links zusätzlich auch noch weitere Veränderungen im Bereich des linken Fusses (Ferse und Fusssohle) bestehen. Hierdurch sei der Kläger arbeitsunfähig, da auch längeres Sitzen oder Gehen für die Wundheilung sicherlich absolut kontraproduktiv sei. Von daher bestehe weiterhin keine Arbeitsfähigkeit auch in einer angepassten leichten Tätigkeit. Dies umso mehr, als sich der Kläger ja auch regelmässig zu entsprechenden Wundbehandlungen in einem Wundambulatorium vorstellen müsse. Dr. med. J. _____ hielt abschliessend fest, dass er den Kläger aktuell auch wegen der bestehenden Wunden im Bereich des linken Fusses für nicht arbeitsfähig halte (IV-act. 133 S. 4 f.). 7.2.31 Am 28. März 2018 erfolgte die Amputation der Grosszehe links im Spital F. _____ (IV-act. 160 S. 6 f.). 8. Vorliegend kann die Frage nach der Bindungswirkung des Rentenentscheides der IV-Stelle vom 1. Juni 2018 (Bk-act. 6; vgl. Erwägung 4.6 hiervor) offen bleiben, da die Klage – wie nachfolgende Erwägungen zeigen werden – an der Voraussetzung des sachlichen Zusammenhangs scheitert.

- 35 -

E. 8

In seiner Replik vom 20. November 2018 führte der Kläger aus, entscheidend sei, ob der Kläger im Zeitpunkt, als er noch versichert gewesen sei (inklusive einmonatiger Nachdeckung im Sinne von Art. 10 Abs. 3 BVG bis 1. März 2015) krankheitsbedingt zumindest teilweise arbeitsunfähig gewesen sei. Die heutige Invalidität gehe auf verschiedene Ursachen zurück, im Wesentlichen aber auf die periphere arterielle Verschlusskrankheit, welche spätestens im Jahr 2014 aufgetreten sei und bereits damals einen operativen Eingriff erfordert habe. Sodann sei die Diskushernie im Bericht von Dr. R. _____ vom 3. November 2014 nicht nur vermutet, sondern nachgewiesen worden. Da in jenem Zeitpunkt bereits aufgrund des Unfalles vom 18. März 2013 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe, habe es keine Veranlassung gegeben, von den, die erwähnten Krankheiten behandelnden Ärzten eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung einzufordern. Un-

- 7 - richtig sei, dass die arterielle Erkrankung erst am 24. Juli 2017 diagnostiziert worden sein soll, dies sei bereits im Jahr 2014 geschehen. Gestützt auf die Akten der Suva, welche damals eng mit der IV-Stelle zusammengearbeitet habe, sei die beklagte Behauptung, der Kläger wäre ab Juni 2015 100 % arbeitsfähig gewesen, widerlegt. Retrospektiv betrachtet, seien die Suchbemühungen von G. _____ AG wohl unrealistisch, da in jedem Zeitraum die aufgrund der Verschlusskrankheit und der Unfallfolgen kumuliert bestehenden Einschränkungen bereits zu gross gewesen seien, als dass der Kläger noch vermittelbar gewesen wäre. Unfallfremde Leiden seien immer dominanter geworden. Dabei habe deren Diagnose anfänglich noch nicht festgestanden, doch diese habe sich immer klarer als Auswirkungen der peripheren Verschlusskrankheit herauskristallisiert. Zusammenfassend hielt der Kläger fest, nach dem Unfall sei er nahtlos in seiner angestammten Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig und allein aufgrund der Unfallfolgen in einer angepassten Tätigkeit ab 1. Dezember 2016 noch teilweise arbeitsfähig gewesen. In der Zeit vom Juni 2015 bis November 2016 habe der Kläger eine stationäre Rehabilitation absolviert und zunehmend stärker seien die krankheitsbedingten Einschränkungen zu den unfallverursachten Beschwerden hinzugetreten, sodass eine mehr oder weniger grosse Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeitsbereichen bis zur vollständigen Invalidität im Dezember 2016 bestanden habe.

E. 9

In ihrer Duplik vom 18. Januar 2019 führte die Beklagte aus, die IV-Stelle habe in ihrer zweiten Verfügung die Rente nebst den Unfallfolgen insbesondere wegen eines Krankheitsleidens gesprochen. Allein die Unfallfolgen hätten zu keiner weiteren Rente mehr geführt. Eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund dieses Krankheitsleidens sei jedoch vor dem Jahr 2016 und insbesondere während der Versicherungszeit bei der Beklagten nicht festgestellt worden. Demnach fehle es an der zweiten Voraussetzung für einen Rechtsanspruch auf eine IV-Rente gemäss BVG, wonach die Ursache mit einer relevanten Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % einhergehen

- 8 - müsse. Wegen dem Krankheitsleiden sei keine relevante Arbeitsunfähigkeit aktenkundig, weshalb der sachliche Konnex nicht erfüllt sei. Aus der klägerischen Behauptung, wonach es keine Veranlassung gegeben haben soll, von den krankheitsbehandelnden Ärzten eine Arbeitsunfähigkeitsbestätigung einzufordern, könne nicht der Umkehrschluss gezogen werden, dass eine solche bestanden habe. Die Arbeitsunfähigkeit müsse entweder durch ärztliche Atteste bewiesen sein, oder sich auch aus anderen Umständen nachweisen lassen. Das Krankheitsleiden sei im Jahr 2014 nach der durchgeführten PTA lediglich vermutet worden. Mit Sicherheit diagnostiziert, sei das Leiden erst im Jahr 2017 worden. Für die Leistungen der Beklagten sei die Verfügung der IV-Stelle massgebend und bindend und nicht diejenige der Suva. Die IV-Stelle habe den Kläger von Juni 2015 bis November 2016 als voll arbeitsfähig in einer angepassten Tätigkeit eingestuft. Die IV-Stelle habe sich in ihrem Entscheid auf beide Ursachen gestützt. Dass der Kläger keine Stelle gefunden habe, könne nicht zum Nachteil der Beklagten werden und eine Leistungspflicht begründen. Hierfür wäre die Arbeitslosenversicherung zuständig. Die Beklagte wäre leistungspflichtig gewesen, habe dieser Pflicht aber infolge Überentschädigung nicht nachkommen müssen. Durch die Bindungswirkung an den Entscheid der IV endete die Leistungspflicht der Beklagten mit der Einstellung der unfallbedingten IV-Rente per 31. August 2015. Beim ermittelten IV-Grad von 16.85 % ab dem 1. September 2015 habe die Beklagte den Freizügigkeitsfall

durchführen dürfen, da das Arbeitsverhältnis beim angeschlossenen Arbeitgeber am 31. Januar 2015 beendet worden und der Vorsorgeschutz erloschen sei. Die vom Kläger in der Replik vorgebrachten Akten änderten nichts an der Tatsache, dass sich der Gesundheitszustand des Klägers erst deutlich nach der Versicherungszeit bei der Beklagten verschlechtert habe und diese infolge Unterbrechung des zeitlichen Konnexes nicht mehr leistungspflichtig sei. Auch wenn ein Krankheitsleiden bestrittenermassen während der Versicherungszeit eingetreten sein sollte, müsse eine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit von mindestens 20 % entstanden und

- 9 - nachgewiesen sein. Zusammenfassend hielt die Beklagte fest, dass sowohl der sachliche wie auch der zeitliche Konnex nicht erfüllt seien. Mangels Leistungspflicht der Beklagten gemäss Art. 23 lit. a BVG sei die Klage abzuweisen.

E. 9.1

Betreffend die Situation im Zusammenhang mit der Unterschenkelfraktur rechts ist den Akten zu entnehmen, dass der Kläger am 18. März 2013 einen Unfall erlitt und sich eine mehrfragmentäre Unterschenkelfraktur rechts zuzog. Aufgrund intraoperativer Probleme und einer Wundheilungsstörung verzögerte sich der Heilverlauf beträchtlich. Die Unfallfolgen führten gemäss dem Bericht der kreisärztlichen Untersuchung von Dr. med. P. _____ vom 1. November 2016 zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf des Klägers als Autoelektriker (IV-act. 106). Gemäss dem Zumutbarkeitsprofil von Dr. med. P. _____ wäre dem Kläger hingegen unfallbedingt eine wechselbelastende Tätigkeit sitzend, stehend und kurzzeitig gehend vollzeitig zumutbar. Längerdauerndes Treppensteigen oder längeres Gehen auf unebenem Boden sei dabei nicht zumutbar. Tragen sei kurzstreckig 10 bis höchstens 15 kg und Heben an Ort 15 bis höchstens selten 25 kg zumutbar (IV-act. 106 S. 10). In unfallversicherungsrechtlicher Hinsicht erfolgte der Fallabschluss per Ende November 2016. Die Suva gewährte dem Kläger aufgrund der Unfallfolgen und gestützt auf den Bericht von Dr. med. P. _____ vom 1. November 2016 ab Dezember 2016 eine Invalidenrente auf der Basis einer Erwerbsunfähigkeit von 24 % (KI-act. 2). Die Parteien sind sich einig, dass es gestützt auf die Unfallfolgen nicht zu einer Invalidität gekommen wäre und für die heute bestehende Invalidität (fast) ausschliesslich die arterielle Verschlusskrankheit ursächlich ist.

E. 9.2

Aus den medizinischen Akten ergibt sich in Bezug auf die arterielle Verschlusskrankheit Folgendes: In seinem Überweisungsschreiben vom

E. 9.3

Erst im Austrittsbericht des Kantonsspitals Graubünden vom 26. Januar 2017 (IV-act. 125 S. 8) wurde zusätzlich zur bereits im 2014 diagnostizierten peripheren arteriellen Verschlusskrankheit vom Becken- und Oberschenkeltyp rechts erstmals eine periphere arterielle Verschlusskrankheit vom Becken- und Unterschenkeltyp links mit infizierter Grosszehenekrose diagnostiziert. In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, dass gemäss dem Austrittsbericht der Kläger beim Gehen über keine Schmerzen in den Beinen klagte und längere Gehstrecken von mehreren 100 Metern gut möglich, jedoch durch Schmerzen im Sprunggelenk bei vorbestehender, plattenfixierter Trümmerfraktur limitiert waren (IV-act. 125 S. 10). Als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. med. J. _____ in seinem Bericht von 29. Juni 2017 (IV-act. 122) die Grosszehenekrose links am ehesten auf dem Boden einer neuropathischen Druckstelle, eine arterielle

Verschlusskrankheit vom Unterschenkeltyp links, eine respiratorische Partialinsuffizienz mit sekundärer Polyglobulie sowie insulinpflichtiger Diabetes Mellitus. Die arterielle Verschlusskrankheit rechts und auch die arterielle Verschlusskrankheit vom Beckentyp links wurde dagegen nicht festgehalten. Gestützt auf diese genannten Diagnosen attestierte Dr. med. J. _____ dem Kläger in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als KFZ-Mechaniker ab dem 13. Januar 2017 bis auf weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Dass lediglich die arterielle Verschlusskrankheit vom Unterschenkeltyp links und nicht auch diejenige vom Becken- und Oberschenkeltyp rechts zur Arbeitsunfähigkeit führt, bestätigt Dr. med. J. _____ auch in seinem Schreiben vom 9. Januar 2018, soweit er ausführt, aktuell bestehen neben der teilweisen Nekrose der Grosszehe links zusätzlich auch noch weitere Veränderungen im Bereich des linken Fusses (Ferse und Fusssohle). Hierdurch sei der Kläger arbeitsunfähig, da auch längeres Sitzen oder Gehen für die Wundheilung sicherlich absolut kontraproduktiv sei. Von daher bestehe weiterhin keine Arbeitsfähigkeit auch in einer angepassten leichten Tätigkeit. Er halte den Kläger aktuell auch wegen der bestehenden Wunden im Bereich des linken Fusses für nicht arbeitsfähig (IV-act. 133 S. 4 f.).

- 40 - Auch Dr. med. S. _____ sieht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Schwere der Wundstörung im Zehenbereich und damit wegen der Zehennekrose (IV-act. 125 S. 3). In Würdigung dieser weiteren medizinischen Akten ist festzuhalten, dass erst im Jahr 2017 ärztliche Atteste vorliegen, die aufgrund der arteriellen Verschlusskrankheit links eine Arbeitsunfähigkeit ausweisen. Die krankheitsbedingte Erwerbsunfähigkeit ist folglich auf die Folgen der arteriellen Verschlusskrankheit links, mithin die Nekrose der Grosszehe links und die weiteren Veränderungen im Bereich des linken Fusses, zurückzuführen, wobei die nicht heilende Wunde am linken grossen Zehen erst seit Dezember 2016 bestand (IV-act. 125 S. 10). In seinem Schreiben vom 25. April 2017 (IV-act. 115) an die IV hält der Kläger alsdann selber fest, dass in den letzten Monaten zusätzliche schwere krankhafte Beschwerden hinzugekommen seien, das heisse in erster Linie die periphere arterielle Verschlusskrankheit links (der Suva-versicherte Unfall habe das rechte Bein betroffen), welche nach Aussagen der Ärztin, Dr. med. S. _____, seit Monaten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten zur Folge habe. Damit geht der Kläger selbst davon aus, dass die arterielle Verschlusskrankheit links etwas Neues ist und sich erst kürzlich bemerkbar machte.

E. 9.4

Nach dem Gesagten erübrigen sich auch die vom Beschwerdeführer beantragten ergänzenden Abklärungen (Edition der Suva-Akten; Einholung medizinischer Bericht bei Dr. med. J. _____; gerichtliches Gutachten zur Beurteilung der gesundheitlichen Entwicklung des Klägers seit 18. März 2013), weil davon keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind, welche zu einem anderen Ergebnis führen würden (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 134 I 140 E.5.3, 127 V 491 E.1b, 122 V 157 E.1d). Im Übrigen gilt im Klageverfahren nach BVG der durch die Mitwirkungspflichten der Parteien ein-

- 41 - geschränkte Untersuchungsgrundsatz (Art. 73 Abs. 2 BVG; Urteil des Bundesgerichts 9C_255/2018 vom 31. Oktober 2018 E.5.3).

E. 9.5

Damit ist festzuhalten, dass ein sachlicher Zusammenhang zwischen dem während der Versichertenzeit bei der Beklagten eingetretenen Gesundheitsschaden und jenen Körperschädigungen, welche nachfolgend zur Invalidität führten, nur in Bezug auf die Unfallfolgen gegeben ist, nicht hingegen in Bezug auf die arterielle Verschlusskrankheit. Damit wäre die Beklagte nur für jene Invalidität zuständig, welche sich aus den Unfallfolgen ergibt. Da die reinen Unfallfolgen ab Dezember 2016 zu keiner berufsvorsorgerechtlich relevanten Invalidität führen (vgl. Kl-act. 2 und 3) und zuvor eine Überentschädigung resultiert, ist die Beklagte vorliegend nicht leistungspflichtig.

E. 10

Aus dem Gesagten folgt, dass der Kläger mit seinen Begehren mangels Vorliegens eines engen sachlichen Zusammenhangs zwischen der während der Versicherungsdeckung eingetretenen relevanten Arbeitsunfähigkeit und der Invalidität nicht durchgedrungen ist, weshalb die Klage abzuweisen ist. Unter diesen Umständen erübrigt sich, die weiteren Vorbringen der Parteien wie zeitlicher Zusammenhang und Höhe des Verzugszinses einer Beurteilung zu unterziehen.

E. 11

Gestützt auf Art. 73 Abs. 2 BVG sind für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Der Beklagten steht als obsiegender Vorsorgeeinrichtung praxisgemäss keine Parteientschädigung zu, da dem Kläger weder mutwillige noch leichtsinnige Prozessführung vorzuwerfen ist (vgl. BGE 126 V 143 E.4b; VETTER-SCHREIBER, BVG/FZG-Kommentar, 3. Aufl., Zürich 2013, Art. 73 N 55 f.). Demnach erkennt das Gericht:

- 42 -

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