

SO_GERICHTE VSKLA.2023.6 vom 5. August 2025

SO Obergericht, 2025-08-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSKLA.2023.6

FR: SO_GERICHTE VSKLA.2023.6 du 5 août 2025

IT: SO_GERICHTE VSKLA.2023.6 del 5 agosto 2025

Erwägungen

E. 1

1.1 A.____ (nachfolgend Kläger), geb. 1975, war vom 1. September 2013 bis 31. Mai 2015 bei der B.____ arbeitstätig (vgl. IV-Nr. [Akten der IV-Stelle]15, S. 1 ff.) und in diesem Zeitraum bei der C.____ (nachfolgend Beklagte) berufsvorsorgeversichert (vgl. IV-Nr. 168).

1.2 Aufgrund einer Aortendissektion meldete sich der Kläger am 27. März 2015 (IV-Nr. 1) zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend IV-Stelle) an. Im Arztbericht des Hausarztes des Klägers, Dr. med. D.____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, vom 8. Mai 2015 (IV-Nr. 18, S. 3) wurden beim Kläger als Diagnosen eine akute Aortendissektion (17. März 2014) beidseits bis iliakal und rechts in Arteria carotis communis reichend, eine Beinischämie rechts, ein Status nach Aortenbogenkonstruktion, ein Status nach Fenestration terminale Aorta bei persistierender Claudicatio linkes Bein sowie eine postoperativ aufgetretene Rhabdomyolyse gestellt. In der Folge holte die IV-Stelle weitere medizinische Unterlagen ein und kam mit Verfügung vom 4. Januar 2016 (IV-Nr. 29) zum Schluss, der Kläger habe bei einem errechneten Invaliditätsgrad von 10 % keinen Anspruch auf eine Invalidenrente. Die dagegen erhobene Beschwerde wies das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn mit Urteil VSBES.2016.42 vom 10. November 2016 (IV-Nr. 51) ab. Dieser Entscheid erwuchs unangefochten in Rechtskraft. Sowohl der Vorbescheid als auch die vorgenannte Verfügung wurden der Beklagten unbestrittenermassen nicht zugestellt. Zudem war die Beklagte auch nicht im Verfahren vor dem Versicherungsgericht beigeladen.

1.3 Sodann meldete sich der Kläger am 11. Juli 2017 erneut zum Leistungsbezug bei der IV-Stelle an (IV-Nr. 53). In der Folge veranlasste die IV-Stelle beim E.____ ein bidisziplinäres Gutachten in den Fachrichtungen Neurologie und Orthopädie. Der diesbezügliche Gutachtensbericht vom 17. September 2018 (IV-Nr. 68.1) ergab, dass für körperlich leichte und mittelschwere Verrichtungen, einschliesslich der zuletzt ausgeübten Tätigkeit, eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestehe. Im Nachgang dazu veranlasste die IV-Stelle beim E.____ zusätzlich ein psychiatrisches Gutachten, welches ebenfalls keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit ergab (IV-Nr. 79). Wegen einer möglichen gesundheitlichen Verschlechterung veranlasste die IV-Stelle sodann beim F.____ ein polydisziplinäres Verlaufsgutachten in den Fachrichtungen Psychiatrie, Rheumatologie, Pneumologie, Angiologie, Neurologie, Kardiologie und Allgemeine Innere Medizin. Im diesbezüglichen Gutachtensbericht vom 19. März 2022 (IV-Nr. 150.5) kamen die Gutachter zum Schluss, die zuletzt durchgeführte Arbeit als Pulverbeschichter im Industrielackwerk mit Heben und Tragen von Metallstücken von verschiedenen Gewichtsklassen könne dem Kläger aufgrund der chronischen Aortendissektion seit der akuten Dissektion vom 17. März 2014 aus kardiologischer Sicht nicht mehr zugemutet werden. Aus kardialer Sicht könnten jedoch angepasste sitzende und

leichte Tätigkeiten auch nach der Aortendissektion zu 100 % zugemutet werden mit Einhalten der qualitativen Limitationen. Eine vollständige Arbeitsunfähigkeit gelte ab dem Datum des Klappenersatzes bis zur Entlassung aus der stationären kardialen Rehabilitation am 1. Dezember 2021. Auch in einer angepassten Tätigkeit müsse aus psychiatrischer Sicht von einer Verminderung des Rendements ausgegangen werden. Der Versicherte sei vermindert belastbar, vermindert stressbelastungsfähig, verfüge über eine eingeschränkte Daueraufmerksamkeitsfähigkeit. In einer Verweistätigkeit wäre er noch 4 Stunden täglich seit ca. 2021 arbeitsfähig. Gestützt darauf sprach die IV-Stelle dem Kläger mit Verfügung 10. Oktober 2022 (IV-Nr. 166) bei einem errechneten Invaliditätsgrad von 50 % ab 1. Januar 2021 eine halbe Rente zu. Diese Verfügung erwuchs unangefochten In Rechtskraft. Sowohl der Vorbescheid als auch die vorgenannte Verfügung wurden der Beklagten unbestrittenermassen nicht zugestellt.

1.4 In der Folge stellte sich die Beklagte mit Schreiben vom 7. Dezember 2022 (KB [Klagebeilage] 11) auf den Standpunkt, da die Arbeitsunfähigkeit, welche zur Invalidität geführt habe, nach dem Versicherungsverhältnis eingetreten und der zeitliche Konnex (Zusammenhang) nicht gegeben sei, werde keine Invalidenrente aus dem Vertrag fällig. Daran hielt die Beklagte auch mit Schreiben vom 10. März 2023 fest (KB 25).

2. Am 20. November 2023 (A.S. [Akten-Seite] 1 ff.) lässt der Kläger gegen die Beklagte Klage erheben und stellt folgende Rechtsbegehren:

3. Mit Klageantwort vom 11. Januar 2024 (A.S. 23 ff.) schliesst die Beklagte auf Abweisung der Klage.

4. Mit Replik vom 1. März 2024 (A.S. 45 ff.) verweist der Kläger im Wesentlichen auf seine bisherigen Ausführungen und stellt ergänzend das Rechtsbegehren, die Klage sei gutzuheissen.

5. Mit Eingabe vom 13. März 2024 (A.S. 56) reicht der Kläger die Stellungnahme von Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie FMH, vom 8. März 2024 ein.

6. Mit Duplik vom 9. April 2023 (A.S. 60) hält die Beklagte an ihren Rechtsbegehren fest. Sie stellt ergänzend den Antrag, die vom Kläger eingereichte Stellungnahme von Dr. med. G.____ vom 8. März 2024 sei aus dem Recht zu weisen, da in der Verfügung des Gerichts von 28. Februar 2024 eine Nachfrist nur bis 7. März 2024 gewährt worden sei.

7. Mit Triplik vom 22. April 2024 (A.S. 67) lässt sich der Kläger abschliessend vernehmen.

8. Mit unaufgefordert eingereichter Eingabe vom 29. April 2024 (A.S. 73) lässt sich die Beklagte ebenfalls abschliessend vernehmen.

9. Mit Verfügung vom 16. Juli 2024 werden im vorliegenden Verfahren die IV-Akten beigezogen.

10. Mit Verfügung vom 2. Dezember 2024 teilt die Präsidentin des Versicherungsgerichts den Parteien mit, es werde beabsichtigt, das Beweisverfahren mit der Vorladungsverfügung zur beantragten öffentlichen Schlussverhandlung nach Art. 6 EMRK das Beweisverfahren zu schliessen. Den Parteien werde Frist gesetzt, dem Gericht bis 16. Dezember 2024 allfällige Beweismittel einzureichen. Im Unterlassungsfall werde Verzicht angenommen.

11. Mit Verfügung vom 5. Februar 2025 wird festgestellt, dass keine weiteren Beweismittel eingereicht bzw. keine weiteren Beweisanträge gestellt worden seien. Somit werde das Beweisverfahren geschlossen.

12. Am 5. August 2025 findet vor dem Versicherungsgericht eine Verhandlung statt. Anwesend ist der Kläger und sein Rechtsvertreter, Rechtsanwalt Rémy Wyssmann. Die Beklagte, der das Erscheinen freigestellt worden war, hat auf eine Teilnahme an der Verhandlung verzichtet. Der Rechtsvertreter stellt folgende, teilweise modifizierte Rechtsbegehren:

13. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit notwendig, eingegangen.

1. Das Versicherungsgericht ist zur Beurteilung der vorliegenden Streitsache über Ansprüche einer versicherten Person gegenüber einer Vorsorgeeinrichtung sachlich und örtlich zuständig (Art. 73 Abs. 1 und 3 Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge / BVG, SR 831.40, sowie § 54 Abs. 1 Kantonales Gesetz über die Gerichtsorganisation / GO, BGS 125.12).

E. 2

Es sei gestützt auf Art. 6 Ziff. 1 EMRK eine öffentliche Gerichtsverhandlung mit Publikums- und Presseanwesenheit durchzuführen.

E. 2.1

2.1.1 Anspruch auf eine Invalidenrente der obligatorischen beruflichen Vorsorge hat, wer im Sinne der IV zu mindestens 40 % invalid ist und bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, versichert war (Art. 23 lit. a BVG). Entscheidend ist in diesem Zusammenhang 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. Der Wegfall der Versicherteneigenschaft bildet denn auch keinen Erlöschungsgrund für den Rentenanspruch (Art. 26 Abs. 3 BVG e contrario; BGE 123 V 262 E. 1a S. 263 f.). Arbeitsunfähigkeit ist die Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen im bisherigen Beruf (BGE 134 V 20 E. 5.3 S. 27). Sie ist berufsvorsorgerechtlich relevant, wenn sie mindestens 20 % beträgt und sich auf das Arbeitsverhältnis sinnfälligerweise auswirkt oder ausgewirkt hat, etwa durch einen Abfall der Leistungen mit entsprechender Feststellung oder gar Ermahnung des Arbeitgebers oder durch gehäufte, gesundheitlich bedingte Arbeitsausfälle (Urteil des Bundesgerichts 9C_517/2020 vom 28. Januar 2021 E. 3.2).

2.1.2 In der weitergehenden beruflichen Vorsorge steht es den Vorsorgeeinrichtungen im Rahmen von Art. 6 und 49 Abs. 2 BVG sowie der verfassungsmässigen Schranken wie Rechtsgleichheit etc. frei, den Invaliditätsbegriff und / oder das versicherte Risiko abweichend von Art. 23 BVG zu definieren. Diese Bestimmung gilt mit anderen Worten im überobligatorischen Bereich nur, soweit die Reglemente oder Statuten einer Vorsorgeeinrichtung nichts Abweichendes vorsehen (BGE 136 V 65 E. 3.2 S. 69). Die Beklagte hat ein Vorsorgereglement erlassen (fortan: Reglement, KB 9). Gemäss diesem Reglement (Stand: 1. Januar 2020) setzt der Anspruch auf eine Invalidenrente voraus, dass die versicherte Person zu mindestens 40 % invalid ist (Ziffer 5 Reglement). Aus dem

Reglement geht weiter hervor, dass die Invalidität vor Beendigung des Versicherungsverhältnisses eingetreten sein muss (Ziffer 8 und 20 Reglement; BGE 136 V 65 E. 3.5 S. 70). Das Reglement umschreibt die Invalidität in Übereinstimmung mit Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) als die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Ziffer 20.1 Reglement). Diese wiederum besteht laut Reglement (das sich hier mit Art.

E. 3

Es sei dem Kläger eine Parteientschädigung in der Höhe der eingereichten detaillierten Kostennoten vom 22. April 2025 und vom 5. August 2025 zuzusprechen.

E. 4

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beklagten. 13. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit notwendig, eingegangen. II. 1. Das Versicherungsgericht ist zur Beurteilung der vorliegenden Streitsache über Ansprüche einer versicherten Person gegenüber einer Vorsorgeeinrichtung sachlich und örtlich zuständig (Art. 73 Abs. 1 und 3 Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge / BVG, SR 831.40, sowie § 54 Abs. 1 Kantonales Gesetz über die Gerichtsorganisation / GO, BGS 125.12). 2.

E. 4.1

Für die Bestimmung der Leistungszuständigkeit im Sinne von Art. 23 lit. a BVG ist – wie für die Eröffnung der Wartezeit nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG – eine erhebliche und dauerhafte Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich massgebend. Diese muss mindestens 20 % betragen (BGE 144 V 58 E. 4.4, Urteil des Bundesgerichts 9C_616/2021 vom 28. Oktober 2022 E. 2.1 m.H.). Vorliegend ist demnach der Eintritt der relevanten Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % während der Arbeitstätigkeit des Klägers bei der B.____ bzw. während des Versicherungsverhältnisses mit der Beklagten vom 1. September 2013 bis 31. Mai 2015 relevant. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit ist nur dann anspruchserheblich, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1, 141 V 281 E. 2.1 m. H.). Es muss somit ein Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG vorliegen. Diese Gesundheitsschädigung ist vom Leistungsansprecher nachzuweisen. 4.2 Im vorliegenden Fall ist zu beachten, dass die per 1. Januar 2021 beim Kläger eingetretene Invalidität auf einer psychiatrisch bedingten Arbeitsunfähigkeit von 50 % gründet (s. E. II. 3.6.20 hiervor). Da, wie in E. II. 3.3 hiervor erwähnt, der erforderliche sachliche Zusammenhang nur dann gegeben ist, wenn der der Invalidität zu Grunde liegende Gesundheitsschaden im Wesentlichen derselbe ist, welcher während des Vorsorgeverhältnisses zur Arbeitsunfähigkeit geführt hat, ist somit nachfolgend zu prüfen, ob beim Kläger bereits während des Versicherungsverhältnisses mit der Beklagten eine psychisch begründete Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % eingetreten war und bejahendenfalls, ob diese Arbeitsunfähigkeit bis zum Eintritt der Invalidität im Januar 2021 in einer angepassten Erwerbstätigkeit nie während mehr als drei Monaten unter 20 % gesunken war. 4.2.1 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. Eine medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit, ohne dass der Arbeitgeber eine Leistungseinbusse bemerkt hätte, reicht nicht. Die Leistungseinbusse muss vielmehr arbeitsrechtlich – durch einen Abfall der Leistungen mit entsprechender Feststellung oder Ermahnung des Arbeitgebers oder durch gehäufte, aus dem Rahmen fallende gesundheitsbedingte Arbeitsausfälle – in Erscheinung treten (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 18. Juli 2012, 9C_39412012, E. 3.1.1; Urteil des Bundesgerichts vom 6. Juni 2012, 9C_362/2012, E. 5.2.1). Zu den für die Beurteilung des zeitlichen Konnexes relevanten Umständen zählen auch die in der Arbeitswelt nach aussen in Erscheinung tretenden Verhältnisse, wie etwa die Tatsache, dass ein Versicherter über längere Zeit hinweg als voll vermittlungsfähiger Stellensuchender Taggelder der Arbeitslosenversicherung bezieht. Allerdings kann solchen Zeiten nicht die gleiche Bedeutung beigemessen werden wie Zeiten effektiver Erwerbstätigkeit. Mit Bezug auf die Dauer der den zeitlichen Konnex unterbrechenden Arbeitsfähigkeit kann die Regel von Art. 88a Abs. 1 IVV als Richtschnur gelten. Nach dieser Bestimmung ist eine anspruchsbeeinflussende Verbesserung der Erwerbsfähigkeit in jedem Fall zu berücksichtigen, wenn sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Bestand während mindestens drei Monaten wieder volle Arbeitsfähigkeit und erschien gestützt darauf eine dauerhafte Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit als objektiv wahrscheinlich, stellt dies ein gewichtiges Indiz für eine Unterbrechung des zeitlichen Zusammenhangs dar. Anders verhält es sich, wenn die fragliche, allenfalls mehr als dreimonatige Tätigkeit als Eingliederungsversuch zu werten ist oder massgeblich auf sozialen Erwägungen des Arbeitgebers beruhte und eine dauerhafte Wiedereingliederung unwahrscheinlich war (Urteil des Bundesgerichts 9C_944/2012 vom 10. Juli 2013, E. 1.1.3, BGE 134 V 20 E. 3.2.1 S. 22 mit Hinweisen).

4.2.2 Gemäss vorerwählter bundesgerichtlicher Rechtsprechung unterbricht eine Arbeitsfähigkeit über 80 % den zeitlichen Konnex zwischen ursprünglicher Arbeitsunfähigkeit und späterer Invalidität, wenn die Einsatzfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit mindestens drei Monate andauert (Urteile 9C_147/2017 vom 20. Februar 2018, 9C 569/2013 vom 18. Februar 2014 E. 1.2.2, 9C 115/2015 vom 12. November 2015 E. 2.2, 9C 142/2016 vom 9. November 2016 E. 3.2). Soll diese Vermutung umgestossen werden, müsste dies mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit bewiesen werden. Wo das Gesetz es nicht anders bestimmt, hat derjenige das Vorhandensein einer behaupteten Tatsache zu beweisen, der aus ihr Rechte ableitet (Art. 8 ZGB). Diese Bestimmung verteilt die Beweislast für alle Forderungsstreitigkeiten gestützt auf Bundesrecht und legt fest, welche Partei die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen hat (BGE 127 III 519 E. 2a S. 521). Überdies leitet sich daraus das Recht auf Beweis und Gegenbeweis von noch nicht erstellten rechtserheblichen Tatsachen ab (BGE 126 III 315 E. 4a S. 317; Urteil 4C.39/2002 vom 30. Mai 2002 E. 2a).

Art. 8 ZGB regelt aber nicht die Beweiswürdigung und schliesst insbesondere eine antizipierende Beweiswürdigung nicht aus (BGE 127 III 519 E. 2a S. 522, 126 III 315 E. 4a S. 317; Urteil 9C_649/2007 vom 23. Mai 2008 E. 3). Im Berufsvorsorgeprozess ist der Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen (Untersuchungsgrundsatz; Art. 73 Abs. 2 BVG); die materielle Beweislast beinhaltet daher keine Beweisführungslast (BGE 117 V 261 E. 3 S. 264; Urteil 9C_381/2007 vom 23. September 2008 E. 2.1). Ist ein Versicherungsnehmer – wie im vorliegenden Fall der Kläger – nach dem Ausscheiden aus der Vorsorgeeinrichtung nie mehr erwerbsfähig geworden, führt dies nicht zu einer Umkehr der Beweislast. Kann der Beweis für den sachlichen und zeitlichen Zusammenhang mit

keinem einzigen medizinischen Bericht geführt werden, hat die versicherte Person – und somit der Kläger im vorliegenden Fall – die Folgen dieser Beweislosigkeit zu tragen (Urteile des Bundesgerichts 9C_915/2013 vom 3. April 2015 E. 2; 9C_597/2008 vom 3. Dezember 2008 E. 2.2.1).

E. 4.3

4.3.1 Der Kläger stellt sich unter anderem auf den Standpunkt, ab 17. März 2014 liege bei ihm eine anspruchsbegründende Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % auch in einer angepassten Tätigkeit vor. Diese Feststellung ergebe sich sowohl aus der echtzeitlichen ärztlichen Beurteilung von Dr. med. D.____ vom 21. März 2015 als auch aus dem echtzeitlichen Fragebogen der Arbeitgeberin vom 16. April 2015. Gerade solchen echtzeitlichen Berichten der arbeitspraktischen Erprobung ist gemäss Bundesgericht grösste Beachtung zu schenken (Urteil des Bundesgerichts vom 17. September 2012, 9C_148/2012, E. 2.4.). Wie erwähnt, ist es vorliegend aber von Belang, ob bereits während des Versicherungsverhältnisses vom 1. September 2013 bis 31. Mai 2015 eine relevante Arbeitsfähigkeit aus psychischen Gründen eingetreten ist. In den echtzeitlich, im Zeitraum des Versichertenverhältnisses mit der Beklagten oder kurz danach, ergangenen Berichten wurden Konzentrationsstörungen des Klägers erwähnt. In diesem Zusammenhang gab die ehemalige Arbeitgeberin des Klägers, B.____, am 30. April 2015 im IV-Fragebogen (IV-Nr. 15) an, beim Kläger habe das Tempo und die Konzentration nachgelassen. Im Bericht Assessment der L.____ vom 30. Oktober 2015 (IV-Nr. 31, S. 19 ff.) wurde festgehalten, aufgrund der geringen Konzentrationsfähigkeit, der gleich gebliebenen quantitativen Leistung im jetzigen 50%-Pensum, der schmerzbedingten Fehltag und des Befindens des Klägers, gekoppelt mit der Tatsache, dass der Kläger nicht schwer heben könne und er wechselnde Belastungen benötige, könne ein bws-Einsatz nicht empfohlen werden. Im Arztzeugnis vom 13. Januar 2016 (IV-Nr. 31, S. 17) hielt Dr. med. D.____ fest, der Kläger leide weiterhin an den Folgen der am 17. März 2014 erlittenen akuten Aortendissektion. Von der Thorakotomie habe er weiterhin Schmerzen bei Belastung, aber auch nachts. Der Schlaf sei gestört. Bei der Arbeit würden schon nach 1 – 2 Stunden Thorax- und Rückenschmerzen sowie zunehmende Konzentrationsstörungen auftreten. Seit dem 29. März 2015 sei er 50 % arbeitsfähig. Die Leistungsfähigkeit bleibe eingeschränkt. Die Arbeitsunfähigkeit bleibe wahrscheinlich dauernd bei 50 % für eine leichte Arbeit. Die in den vorgenannten Berichten erwähnten Konzentrationsstörungen können zwar ein Hinweis auf eine mögliche psychische Beeinträchtigung sein, eine psychisch bedingte, mindestens 20%ige Arbeitsunfähigkeit ist damit aber nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, zumal in den echtzeitlichen Berichten aus den Jahren 2014 – 2017 keine psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt wurde. Das blosses Auftreten von Symptomen oder psychischen Problemen genügt nicht, um den Beginn einer Arbeitsunfähigkeit zu belegen (Urteil des Bundesgerichts 9C_315/2013 vom 22. Oktober 2013 E. 4.2). Ergänzend ist hierzu auf das rechtskräftige Urteil des Versicherungsgerichts VSBES.2016.42 vom 10. November 2016 zu verweisen, worin den Berichten bzw. Arztzeugnissen von Dr. med. D.____ nur geringer Beweiswert zuerkannt wurde. In E. 6 dieses Urteils führte das Versicherungsgericht Folgendes aus: «Aus welchen Gründen Dr.med. D.____ in den Arztzeugnissen vom 4. November 2015 und 13. Januar 2016 in der Folge dennoch zum Schluss kommt, die Arbeitsunfähigkeit bleibe wahrscheinlich dauernd bei 50 % für eine leichte Arbeit, lässt sich weder aufgrund der vorliegenden Akten noch gestützt auf die Ausführungen von Dr. med. D.____ begründen. Er gibt lediglich an, der Beschwerdeführer habe von der Thorakotomie weiterhin Schmerzen

bei Belastung, aber auch nachts. Der Schlaf sei gestört. Bei der Arbeit würden schon nach 1 – 2 Stunden Thorax- und Rückenschmerzen sowie zunehmende Konzentrationsstörungen auftreten. Dr. med. D.____ stützt sich demnach bei seiner Einschätzung der Arbeitsfähigkeit einzig auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers. Weitere medizinische Abklärungen, welche diese Beschwerden zu objektivieren vermöchten, lagen im Zeitpunkt der Beurteilung von Dr. med. D.____ nicht vor. In diesem Zusammenhang ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc mit weiteren Hinweisen), weshalb dem Arztzeugnis von Dr. med. D.____ vom 13. Januar 2013 auch deswegen vergleichsweise geringer Beweiswert zuzumessen ist.» Gestützt auf diese Ausführungen vermag der Kläger aus dem Bericht von Dr. med. D.____ vom 13. Januar 2016 somit nichts zu seinen Gunsten abzuleiten. 4.3.2 Sodann ist auf die Berichte des den Kläger seit Dezember 2018 behandelnden Psychiaters, Dr. med. G.____, und des ihn seit Januar 2018 behandelnden Hausarztes, Dr. med. N.____, einzugehen, welche dem Kläger rückwirkend eine seit der Aortendissektion vom 17. März 2014 durchgehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychischen Gründen attestierten. Im Bericht vom 8. Januar 2019 (IV-Nr. 74) führte der behandelnde Psychiater Dr. med. G.____ aus, beim Kläger bestehe eine Anpassungsstörung mit Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (F43.23), als Reaktion auf die schwere somatische Erkrankung vom 17. März 2014. Eine erste Anmeldung sei bereits im Frühling 2017 erfolgt. Der Kläger habe aber aus Kapazitätsgründen nicht aufgenommen werden können. Zu Beginn der Behandlung sei das Bild einer agitiert depressiven Verstimmung vorgelegen, mit sehr hohen Angstpegeln, Dauergedanken und emotionalen Ausbrüchen. Der Kläger sei seit zwei Jahren ohne Arbeit. Nur aus diesem Grund sei von ihm, Dr. med. G.____, keine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Aus psychiatrischer Sicht habe aber bis ca. April 2018 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen. Anschliessend sei es zu einer Entspannung gekommen, welche einen 50%igen Arbeitsversuch zugelassen habe. Mit Stellungnahme vom 15. Mai 2019 (IV-Nr. 81) führte Dr. med. G.____ ergänzend aus, die Art und Weise auf ein schweres Trauma zu reagieren, sei sicherlich individuell sehr verschieden. Der Kläger habe mit agitiert depressiven Symptomen reagiert, und sei nur schon deswegen lange Zeit nicht arbeitsfähig gewesen. Des Weiteren führte Dr. med. G.____ mit Schreiben vom 8. März 2024 (KB 26) zuhanden des Rechtsvertreters des Klägers aus, der Kläger habe sich bereits im Frühling 2017 bei ihm angemeldet, habe aus Kapazitätsgründen aber erst im Dezember 2018 aufgenommen werden können. Er sei damals voll symptomatisch gewesen (agitiert depressiv) und habe sediert werden können. Im Nachhinein müsse also die Diagnose einer Anpassungsstörung (limitiert auf 6 Monate) mit der Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) ersetzt werden. Die damaligen Symptome seien Reizbarkeit, Flashbacks, Vermeidungsverhalten, Konzentrationsstörung und Angst gewesen). Zudem habe es 2016 eine Retraumatisierung gegeben. Der zusammengeflückte Kläger habe ein Auto auf sich zufahren und kollidieren sehen. Sodann führte der Hausarzt des Klägers, Dr. med. N.____ mit Schreiben vom 20. Januar 2023 (KB 24) aus, der Kläger sei seit

E. 7

ATSG deckt) in einem durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachten und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibenden ganzen oder teilweisen Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt. Für den reglementarischen

Rentenanspruch genügt es somit nicht, dass während des Vorsorgeverhältnisses eine Arbeitsunfähigkeit im bisherigen Beruf eingetreten ist, sondern es muss sich in dieser Zeit eine Erwerbsunfähigkeit entwickelt haben, bei welcher auch die Arbeitsfähigkeit in einer dem Gesundheitszustand angepassten Verweistätigkeit zu berücksichtigen ist (vgl. BGE 136 V 65 E. 3.5 S. 70).

2.2 Die obligatorische Versicherung der beruflichen Vorsorge beginnt mit dem Antritt des Arbeitsverhältnisses (Art.

E. 10

Abs. 1 BVG). Sie endet grundsätzlich mit der Auflösung des betreffenden Arbeitsverhältnisses (Art. 10 Abs. 2 BVG); für die Risiken Invalidität und Tod bleibt der Arbeitnehmer allerdings während eines Monats nach Auflösung bei der bisherigen Vorsorgeeinrichtung versichert, sofern nicht bereits zuvor ein neues Vorsorgeverhältnis entsteht (Art. 10 Abs. 3 BVG). Entsprechende Bestimmungen enthält auch das Reglement (Art. 3.3 Abs. 1 und Art. 4.8.1 Reglement).

2.3 Der Zeitpunkt des Eintritts der relevanten Arbeitsunfähigkeit (s. E. II. 2.1.1 hiervor) muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (s. dazu BGE 126 V 353 E. 5b S. 360) nachgewiesen sein. Dieser Nachweis wird in der Regel, jedoch nicht zwingend durch echtzeitliche ärztliche Atteste erbracht. Nachträgliche Annahmen und spekulative Überlegungen, wie etwa eine erst nach Jahren rückwirkend festgelegte medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit, reichen auf jeden Fall nicht aus. Um einer retrospektiv attestierten Arbeitsunfähigkeit zu folgen und auf ein echtzeitliches Arztzeugnis verzichten zu können, müssen die negativen Auswirkungen der Krankheit auf die Arbeitsfähigkeit echtzeitlich dokumentiert sein (Urteil des Bundesgerichts 9C_517/2020 vom 28. Januar 2021 E. 3.2).

2.4 Für den Beginn des Anspruchs auf eine Invalidenrente der obligatorischen beruflichen Vorsorge gelten sinngemäss die entsprechenden Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20). Die versicherte Person muss demnach während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sein (Art. 26 Abs. 1 BVG i.V.m. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG), wobei der Rentenanspruch aber frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs entsteht (Art. 29 Abs. 1 IVG). Das Reglement wiederum hält fest, der Anspruch auf eine Invalidenrente der Beklagten entstehe nach einer Wartefrist von zwölf Monaten ganzer oder teilweiser Erwerbsunfähigkeit (Art. 4.6.1 Abs. 4 und Art. 4.6.2 Abs. 3 Reglement). Ist die versicherte Person abwechslungsweise erwerbsfähig und erwerbsunfähig und dauern die Perioden der vollen Erwerbsfähigkeit nicht länger als ein Jahr, so werden Perioden der Erwerbsunfähigkeit aus gleicher Ursache zusammengezählt und an die Wartefrist angerechnet. Dauert die volle Erwerbsfähigkeit mehr als ein Jahr, so beginnt die Wartefrist erneut zu laufen (Art. 4.6.1 Abs. 4 Reglement).

2.5 Ein Entscheid der IV 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 IV entscheidend war und die invalidenversicherungsrechtliche Betrachtungsweise auf Grund einer gesamthaften Prüfung der Akten nicht als offensichtlich unhaltbar erscheint. Die Orientierung an der IV bezieht sich insbesondere auf die sachbezüglichen Voraussetzungen

des Rentenanspruchs, die Rentenhöhe und den Rentenbeginn (BGE 133 V 67 E. 4.3.2 S. 69, 130 V 270 E. 3.1 S. 273 f.).

3.

3.1 Wie eingangs festgehalten, war der Kläger vom 1. September 2013 bis 31. Mai 2015 bei der Beklagten berufsvorsorgeversichert. Am 17. März 2014 erlitt der Kläger eine akute Aortendissektion Typ A, in dessen Folge er unbestrittenermassen in seiner Arbeits- und Leistungsfähigkeit eingeschränkt war. Mit Verfügung vom 4. Januar 2016 kam die IV-Stelle zum Schluss, per 8. Mai 2015 könne dem Kläger wieder eine körperlich leichte Arbeit ohne häufiges Bücken in einem Pensum von 100 % zugemutet werden. Somit habe er bei einem errechneten Invaliditätsgrad von 10 % keinen Anspruch auf eine Invalidenrente. Sodann meldete sich der Kläger am 11. Juli 2017 erneut zum Leistungsbezug bei der IV-Stelle an. Hierauf veranlasste IV-Stelle verschiedene gutachterliche Abklärungen. Gestützt darauf kam sie mit Verfügung vom 10. Oktober 2022 zum Schluss, beim Kläger sei per Januar 2021 eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten. Es sei ihm noch eine angepasste Tätigkeit im Rahmen von 50 % zumutbar. Somit werde ihm per 1. Januar 2021 eine halbe Rente ausgerichtet.

3.2 Vorweg ist festzuhalten, dass die invalidenversicherungsrechtliche Festsetzung des Invaliditätsgrades unter den Parteien unbestritten geblieben ist. Im Klageverfahren gilt nach Art. 73 Abs. 2 BVG zwar der Grundsatz, dass das Gericht den Sachverhalt von Amtes wegen feststellt. Es gilt somit der Untersuchungsgrundsatz, der seinerseits jedoch durch die Mitwirkungspflicht der Parteien zurückgedrängt wird, namentlich wenn diese wie im vorliegenden Fall anwaltlich vertreten sind. Dazu gehört in erster Linie die Substanziierungspflicht, die besagt, dass die wesentlichen Tatsachenbehauptungen und -bestreitungen in den Rechtsschriften enthalten sein müssen (Vetter-Schreiber, BVG-Kommentar, 3. Auflage, N. 32 zu Art. 73; Urteil des Bundesgerichts 9C_473/2014 E. 3.1). Es erscheint somit im vorliegenden Fall angesichts der unumstrittenen Invaliditätsbemessung durch die Invalidenversicherung vertretbar, von einer diesbezüglichen Prüfung abzusehen und auf den unter den Parteien unbestrittenen Sachverhalt ■ Invaliditätsgrad von 50 % gemäss Verfügung der IV-Stelle Solothurn vom 10. Oktober 2022 ■ abzustellen.

3.3 Strittig und zu prüfen ist dagegen vorliegend der Beginn der relevanten Arbeitsunfähigkeit und damit die Frage, ob der Kläger zu diesem Zeitpunkt bei der Beklagten versichert war. Die Arbeitsunfähigkeit, welche während des Vorsorgeverhältnisses eingetreten ist, muss zur späteren Invalidität in sachlicher wie in zeitlicher Hinsicht in einem direkten und engen Zusammenhang stehen (BGE 123 V 262 E. 1c S. 265). Der sachliche Zusammenhang ist gegeben, wenn der der Invalidität zu Grunde liegende Gesundheitsschaden im Wesentlichen derselbe ist, welcher während des Vorsorgeverhältnisses zur Arbeitsunfähigkeit geführt hat. Die zeitliche Konnexität entfällt dann, wenn die versicherte Person vorübergehend wieder arbeitsfähig wird (BGE 120 V 112 E. 2c/aa S. 117), d.h. wenn die Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Erwerbstätigkeit während mehr als drei Monaten unter 20 % gesunken ist (BGE 144 V 58 E. 4.5 S. 63).

3.4 Wie in E. I. 1.2 und 1.3 hiavor festgehalten, war die Beklagte in das invalidenversicherungsrechtliche Verfahren nicht miteinbezogen. Die invalidenversicherungsrechtliche Festsetzung des Invaliditätsgrades und des Zeitpunkts der

Entstehung des Rentenanspruchs bzw. des Beginns der Wartezeit (Art. 26 Abs. 1 BVG i.V.m. aArt. 29 Abs. 1 lit. b bzw. 28 Abs. 1 lit. b IVG [in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung]) sind daher für das Berufsvorsorgegericht nicht verbindlich (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_772/2014 vom 28. April 2015 E. 4.2 mit Hinweisen und 9C_536/2009 vom 20. Januar 2010 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 132 V 1). Im vorliegenden Klageverfahren ist daher frei zu prüfen, wann die fragliche Arbeitsunfähigkeit eintrat und inwieweit sie unterbrochen wurde.

3.5 Vorweg ist auf den Antrag der Beklagten einzugehen, die vom Kläger mit Eingabe vom 13. März 2024 eingereichte Stellungnahme von Dr. med. G. ___ vom 8. März 2024 sei aus dem Recht zu weisen, da in der Verfügung des Gerichts von 28. Februar 2024 eine Nachfrist nur bis 7. März 2024 gewährt worden sei. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass es den Parteien im Verfahren vor dem Versicherungsgericht praxisgemäss unbenommen ist, weitere Beweismittel einzureichen, so lange das Beweisverfahren nicht geschlossen wurde. Die von der Beklagten angerufene gerichtliche Frist bis 7. März 2024 bezog sich einzig auf die Einreichung der klägerischen Replik. Da das Beweisverfahren im Zeitpunkt der Einreichung der Stellungnahme von Dr. med. G. ___ noch nicht geschlossen war, ist die betreffende Stellungnahme zu den Akten zu nehmen.

3.6 Zur Beurteilung des strittigen Sachverhalts (s. E. II. 3.4 hiervor) sind im Wesentlichen folgende Unterlagen von Belang:

3.6.1 Im Austrittsbericht des I. ___ vom 19. April 2014 (IV-Nr. 16.4, S. 17), wo der Kläger vom 17. bis 27. März 2014 hospitalisiert gewesen war, wurden folgende Diagnosen gestellt:

1. Akute Aortendissektion Typ A am 17. März 2014

-bis iliacal beidseits und in A. carotis communis rechts reichend

-initial Beinischämie rechts mit fehlender Sensibilität und Motorik

2. Postoperativ Rhabdomyolyse.

-CK max >10■000 U/L

3. Chronische Pneumopathie

Der Kläger sei notfallmässig zugewiesen worden, bei CT-bestätigter A-Dissektion. Die Indikation zur notfallmässigen chirurgischen Intervention sei gegeben gewesen. Im Verlauf sei die CK bei Rhabdomyolyse nach Ischämie des rechten, und weniger ausgeprägt auch des linken Beines, bis auf > 10■000 U/L angestiegen. Diese habe sich im Verlauf deutlich regredient gezeigt. Beide Beine seien postoperativ reperfundiert gewesen, die Motorik intakt und die Sensibilität bis auf eine diskrete Hyposensibilität über dem rechten Fuss wieder normalisiert. Die A. dorsalis pedis rechts sei palpatorisch nicht tastbar, im Doppler aber nachweisbar gewesen. Der Blutdruck habe erst unter antihypertensiver Mehrfachtherapie im Normbereich gehalten werden können.

3.6.2 Im Bericht des J. ___ vom 18. Juli 2014 (IV-Nr. 16.4, S. 9) wurden folgende Diagnosen gestellt:

-St. n. Aortendissektion Typ A 17. März 2014 mit bei

oSt. n. suprakoronarem A. ascendens- und Bogenersatz am 17. März 2014

oInitial Beinischämie rechts mit fehlender Sensibilität und Motorik, aktuell Restparästhesien

oCT-Angiographie Thorax Abdomen 17. Juni 2014: Stationäre Dissektionsmembran, Kollaps des wahren Lumens Höhe mittlere Aorta descendens

oSt.n. Angiographie 3. Juli 2014 (von inguinal rechts), Perfusion der rechten Niere über das wahre Lumen

oSt. n. Fenestration am 4. Juli 2014 der terminalen Aorta

ocvRf: Nikotinabusus seit Ereignis sistiert

-Chronische Pneumopathie

Sowohl beim Velo- wie Gehtraining habe der Kläger keine Einschränkung der Kraft der Beine verspürt, einzig gelegentliche Sensibilitätsstörung des rechten Beines. Betreffend die körperliche Leistungsfähigkeit habe er diese kontinuierlich steigern können ohne Einschränkung oder Kraftminderung, einzig habe eine wechselhafte Symptomatik von Parästhesien des rechten Beines bestanden. Bezüglich des Blutdruckes habe sich unter aktueller Therapie ein normotoner Ruheblutdruck mit adäquatem Blutdruckverhalten unter Belastung sowie in Erholung gefunden; ebenfalls adäquates Herzfrequenzverhalten ohne Auftreten von Rhythmusstörungen und guter chronotroper Konsequenz unter der niedrig dosierten Betablocker-Therapie.

3.6.3 Im Bericht des I. ___ vom 7. Januar 2015 (IV-Nr. 16.4., S. 1) wurde festgehalten, der Kläger berichte von einem sehr guten Verlauf. Es seien keine neuen kardialen oder pulmonalen Beschwerden aufgetreten. AP-Beschwerden, Schwindel, Dyspnoe oder Claudicatio würden nun explizit verneint. Der Kläger sei im Alltag sowie unter Belastung nicht eingeschränkt. Er arbeite wieder zu 50 % in seinem Beruf. Die Messung des Blutdrucks zuhause habe in letzter Zeit normotone Werte ergeben. In der heutigen Verlaufskontrolle präsentiere sich der Kläger in sehr gutem Allgemeinzustand.

3.6.4 Im IV-Fragebogen gab die ehemalige Arbeitgeberin des Klägers, die B. ___, am 30. April 2015 (IV-Nr. 15) an, beim Kläger habe das Tempo und die Konzentration nachgelassen. Insgesamt sei Leistung (Stückzahlen) zurückgegangen. Die Kündigung sei aufgrund der wirtschaftlichen Lage und der ungenügenden Leistung des Klägers erfolgt.

3.6.5 Der damalige Hausarzt des Klägers, Dr. med. D. ___, hielt in seinem ärztlichen Zeugnis vom 6. Juli 2015 (IV-Nr. 21, S. 3) fest, der Kläger sei seit einer Operation an der Aorta vom März 2014 in der körperlichen Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit sei bisher nicht möglich gewesen. Er bleibe wahrscheinlich dauernd 50 % arbeitsunfähig.

3.6.6 In der Aktennotiz vom 10. September 2015 (IV-Nr. 25) führte Dr. med. K. ___, Praktische Ärztin FMH, vom RAD, aus, sie habe sich bei Dr. med. D. ___ telefonisch erkundigt, wie sein Arztzeugnis vom 6. Juli 2015 zu verstehen sei. Er habe geantwortet, die 50%ige Einschränkung betreffe die angestammte Tätigkeit. Für leichte körperliche Tätigkeiten sei der Kläger zu 100 % einsetzbar. Gemäss Dr. med. D. ___ habe sich der Kläger soweit gut erholt, jedoch sei er körperlich nicht belastbar. Er sei weiterhin sehr ängstlich. Er komme regelmässig zu ihm.

3.6.7 Im Bericht Assessment der L. ___ vom 30. Oktober 2015 (IV-Nr. 31, S. 19 ff.) wurde festgehalten, aufgrund der geringen Konzentrationsfähigkeit, der gleich gebliebenen

quantitativen Leistung im jetzigen 50%-Pensum, der schmerzbedingten Fehltag und des Befindens des Klägers, gekoppelt mit der Tatsache, dass der Kläger nicht schwer heben könne und er wechselnde Belastungen benötige, könne ein bws-Einsatz nicht empfohlen werden. Auch der Kläger selbst sehe von einem weiteren Einsatz ab, dies sei aber nicht aus mangelndem Willen der Fall.

3.6.8 Im Arztzeugnis vom 13. Januar 2016 (IV-Nr. 31, S. 17) hielt Dr. med. D.____ fest, der Kläger leide weiterhin an den Folgen der am 17. März 2014 erlittenen akuten Aortendissektion. Von der Thorakotomie habe er weiterhin Schmerzen bei Belastung, aber auch nachts. Der Schlaf sei gestört. Bei der Arbeit würden schon nach 1 ■ 2 Stunden Thorax- und Rückenschmerzen sowie zunehmende Konzentrationsstörungen auftreten. Seit dem 29. März 2015 sei er 50 % arbeitsfähig. Die Leistungsfähigkeit bleibe eingeschränkt. Die Arbeitsunfähigkeit bleibe wahrscheinlich dauernd bei 50 % für eine leichte Arbeit.

3.6.9 Im Bericht der M.____ vom 27. Januar 2016 (IV-Nr. 31, S. 24) betreffend CT des Abdomens wurde festgehalten, der Kläger habe am 14. Januar 2016 mit dem Auto eine Frontalkollision erlitten. Seither klage er über Bauchbeschwerden. Im Vergleich zur CT-Angiographie vom 17. März 2014 zeige sich eine deutliche Reperfusion des falschen Lumens bei bekannter Aortendissektion. Die rechte Nierenarterie und der Truncus coeliacus würden über das falsche Lumen versorgt. Die Dissektionslamelle sei bis zur linken Arteria iliaca externa abgrenzbar (Reentry). Im infrarenalen Anteil der Aorta liessen sich intraluminal Kalzifikationen an der Dissektionslamelle nachweisen. Der maximale Querdurchmesser der Aorta abdominalis betrage suprarenal 3,4 cm und infrarenal 2,7 cm. Zur Beurteilung wurde festgehalten, es könne eine Konfigurationsänderung der Dissektion mit Reperfusion des falschen Lumens, über das die Arteria renalis dextra und der Truncus coellacus versorgt würden, festgestellt werden. Zudem bestünden eine Aneurysmatische Erweiterung der Aorta abdominalis sowie eine Steatosis hepatis. Ansonsten bestehe ein unauffälliger CT-Befund der intraabdominellen Organstrukturen.

3.6.10 Im Austrittsbericht des J.____ vom 27. Januar 2016 (IV-Nr. 31, S. 22) wurde ausgeführt, der Kläger sei am

E. 14

Januar 2016 notfallmässig durch den Rettungsdienst nach Verkehrsunfall bei Auffahrunfall als angegurter Fahrer zugewiesen worden. Klinisch habe sich eine Druckdolenz über dem ventralen linksseitigen Hemithorax ohne Prellmarken gezeigt. Radiologisch finde sich kein Hinweis auf frische ossäre Läsionen. Es sei die stationäre Aufnahme zur Überwachung und zu weiterer Diagnostik bei diffusen leichtgradigen abdominellen Beschwerden erfolgt. Die laborchemisch etwas erhöhten Entzündungsparameter würden im Rahmen des Unfalles interpretiert. Sonographisch habe sich ein zunehmender Durchmesser der Aorta abdominalis von maximal 3,6 cm bei vorbeschriebenen 3 cm gezeigt. Man habe den Kläger am 16. Januar 2016 in gebessertem Allgemeinzustand nach Hause entlassen.

3.6.11 Im Bericht von Dr. med. K.____ vom RAD vom 27. April 2016 (A.S. 21 ff.) wurde festgehalten, im CT Abdomen vom 26. Januar 2016, welches aufgrund des Autounfalls gemacht worden sei, präsentiere sich die bekannte chronische Aortendissektion mit insgesamt nicht zu weitem Durchmesser (unter 5 cm). Es werde eine Konfigurationsänderung der Dissektion beschrieben, und eine weitere Dilatation der Aorta, aber daraus resultierten keine notwendigen Therapiemassnahmen. Im Austrittsbericht der chirurgischen Abteilung des J.____ vom 27. Januar 2016 werde unter Procedere festgehalten,

dass kein weiterer Handlungsbedarf bestehe und der Versicherte somit die jährlichen kardiologischen und gefässchirurgischen Kontrollen wie geplant wahrnehmen könne. Auch sei es zu keiner andauernden 100%ige Krankschreibung gekommen. Des Weiteren sei festzustellen, dass Dr. med. D. ___ in seinem Arztzeugnis vom 4. November 2015 von seiner früheren Beurteilung und auch der mündlich gegebenen Einschätzung abweiche. Er berichte von Thoraxschmerzen des Versicherten nach Belastung und auch nachts über dessen gestörten Schlaf und auftretende Thoraxschmerzen nach 1 ■ 2 h. Gemäss Gefässchirurgie sollte sich der Versicherte bei Thoraxschmerzen vorzeitig vorstellen. Dies sei nicht erfolgt. Dr. med. D. ___ selber gebe keine medizinischen Informationen zu einer Verschlechterung, sondern übernehme den bestehenden beruflichen Verlauf und revidiere allein dadurch sein Urteil, indem er nun dem Versicherten ab 3/2015 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit attestiere. Seitens der Fachärzte sei dem Versicherten eine Belastung mit Gewichtheben über 5 kg in der ersten Zeit postoperativ untersagt gewesen und lebenslang kein Gewichtheben über 20 kg. Von Seiten des RAD gelte als eine für den Kläger angepasste Arbeit eine leichte wechselbelastende Tätigkeit ohne Heben von Gewichten. Es sei davon auszugehen, dass sich der Hausarzt auf das schlechte Leistungsergebnis der RAV-Abklärung stütze. Diese Ergebnisse würden durch keine entsprechenden neuen medizinischen Informationen belegt. Der Versicherte habe gemäss Assessmentbericht 2,5 Tage schmerzbedingt gefehlt. Medizinisch sei dies nicht begründet. Abgesehen davon habe die Leistung deutlich unter 50 % gelegen, interessanterweise sei nur die Quantität beeinträchtigt, was auch medizinisch nicht zu einer pathologischen Konzentrationsstörung passe. Somit lägen keine Hinweise auf eine Verschlechterung vor.

3.6.12 Dr. med. D. ___ führte in seinem Schreiben an die IV-Stelle vom 21. Juli 2017 (IV-Nr. 55, S. 2) aus, beim Kläger bestünden chronische Schmerzen im Bereich Rücken und Beine. Zusammen mit den vorbestehenden Thoraxschmerzen sei er deutlich eingeschränkt. Er habe Mühe mit Gehen, längerem Stehen und Bücken. Die körperliche Leistungsfähigkeit habe sich verschlechtert. Die Beinbeschwerden seien multifaktoriell. Es sei eine Diskushernie mit möglicher Irritation der Wurzel L3 vorhanden, weiter degenerative Veränderungen der ISG. In der Aorta sei eine Dissektionsmembran vom Abgang der linken A. subclavia bis zur linken A. iliaca ext. vorhanden. Seines Erachtens sei der Kläger unter diesen Umständen nicht arbeitsfähig.

3.6.13 Im bidisziplinären Gutachten des E. ___ (Fachrichtungen Neurologie und Orthopädie) vom 17. September 2018 (IV-Nr. 68.1) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Einfluss auf Arbeitsfähigkeit

Diagnosen ohne Einfluss auf Arbeitsfähigkeit

Zur Beurteilung wurde ausgeführt, weder aus orthopädischer noch aus neurologischer Sicht könne aufgrund der objektivierbaren Befunde eine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten, einschliesslich der zuletzt ausgeübten Tätigkeit festgestellt werden. Somit bestehe aus bidisziplinärer Sicht eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Auch in der Vergangenheit habe für körperlich leichte und mittelschwere Verrichtungen einschliesslich sämtlicher bislang durchgeführter Tätigkeiten keine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit im Sinne einer invalidisierenden Erkrankung bestanden.

3.6.14 Mit Stellungnahme vom 24. Oktober 2018 führte der aktuelle Hausarzt des Klägers, Dr. med. N.____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, aus, die im E.____-Gutachten aufgeführte Schlussfolgerung betreffend die Arbeitsfähigkeit im freien Arbeitsmarkt in körperlich leichter bis mittelschwerer Tätigkeit einschliesslich der zuletzt ausgeübten Tätigkeit sei unrealistisch. Dies habe bereits der ca. 2016 veranlasste Arbeitsversuch bei der L.____ gezeigt, der wegen der in diesem Rahmen zutage getretenen manifesten medizinisch-gesundheitlichen Problematik gescheitert sei. Zwischenzeitlich sei es nicht zu einer Besserung des Gesundheitszustandes gekommen. Konsekutiv persistiere eine massiv eingeschränkte allgemeine körperliche Belastbarkeit, wobei die Auswirkung einer psychischen Komponente auf die Arbeitsfähigkeit unberücksichtigt sei. Eine diesbezügliche Beurteilung müsste allenfalls noch durch den betreuenden Psychiater eingeholt werden.

3.6.15 Im Bericht vom 8. Januar 2019 (IV-Nr. 74) führte der behandelnde Psychiater Dr. med. G.____ aus, beim Kläger bestehe eine Anpassungsstörung mit Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (F43.23), als Reaktion auf die schwere somatische Erkrankung vom 17. März 2014. Eine erste Anmeldung sei bereits im Frühling 2017 erfolgt. Der Kläger habe aber aus Kapazitätsgründen nicht aufgenommen werden können. Zu Beginn der Behandlung sei das Bild einer agitiert depressiven Verstimmung vorgelegen, mit sehr hohen Angstpegeln, Dauergedanken und emotionalen Ausbrüchen. Der Kläger sei seit zwei Jahren ohne Arbeit. Nur aus diesem Grund sei von ihm, Dr. med. G.____, keine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Aus psychiatrischer Sicht habe aber bis ca. April 2018 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen. Anschliessend sei es zu einer Entspannung gekommen, welche einen 50%igen Arbeitsversuch zugelassen habe. Der Kläger werde mit Zyprexa, Trittico und Lexotanil behandelt. Unter der aktuellen Behandlung gehe es dem Kläger deutlich besser als am Anfang, er schlafe mit Medikation immerhin 2 x 2,5 Std., er verliere seltener und kürzer die Beherrschung. Eine Lebensqualität bestehe nicht, die Todesgedanken seien dauernd vorhanden. Aktuell sei der Kläger nicht arbeitsfähig.

3.6.16 Im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. O.____, E.____, vom 8. April 2019 (IV-Nr. 79) wurde als einzige Diagnose eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Zur Beurteilung wurde festgehalten, die Depression sei im Rahmen der somatischen Problematik und der damit zusammenhängenden Belastungen entstanden. Es bestehe nun auch eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, auch mit psychopharmakologischer Medikation. Die nicht nachweisbaren Medikamentenspiegel wiesen auf eine schlechte Compliance hin. Der Explorand fühle sich absolut nicht fähig, auch mit Beschwerden zu arbeiten. Er ängstige sich sogar vor einem erneuten somatischen Ereignis und dass er daran sterben könnte. Die Ängste seien hier im Rahmen der Depression zu sehen. Der behandelnde Psychiater Dr. G.____, bei dem nun seit 13. Dezember 2018 eine Behandlung erfolge, habe eine Anpassungsstörung diagnostiziert. Er habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis ca. 04/18 attestiert, anschliessend habe er eine Entspannung angegeben, die einen 50%igen Arbeitsversuch zugelassen habe. Lediglich aufgrund einer Anpassungsstörung könne aber eine höhergradige Arbeitsunfähigkeit nicht begründet werden. Affektive Symptome seien nun doch derart ausgeprägt, dass die Diagnose einer depressiven Episode gestellt werden könne. Auch im Verlauf könne eine langanhaltende psychiatrische Arbeitsunfähigkeit nicht begründet werden.

3.6.17 Mit Stellungnahme vom 15. Mai 2019 (IV-Nr. 81) führte Dr. med. G.____ aus, die Art und Weise auf ein schweres Trauma zu reagieren, sei sicherlich individuell sehr

verschieden. Der Kläger habe mit agitiert depressiven Symptomen reagiert, und sei nur schon deswegen lange Zeit nicht arbeitsfähig gewesen. Die Tatsache, dass das ganze Denken und Fühlen des Klägers immer noch mit den traumatischen Erlebnissen erfüllt sei, bezeuge die depressive Verstimmung, möglicherweise aber auch eine gewisse Zwanghaftigkeit, die in der Praxis auch beobachtet werde. Eine Aktivität (Aufbautraining) in einer geschützten Werkstatt zu 50 % könnte hilfreich sein. Eine Wiederaufnahme der Arbeit in der freien Wirtschaft zu 8 Std. täglich werde scheitern. Der Vorwurf einer medikamentösen Malcompliance sei mit grosser Wahrscheinlichkeit falsch. Das Trittico werde mit 50 mg unterdosiert lediglich als Schlafmittel rezeptiert, nicht als Antidepressivum. Andere Antidepressiva hätten wegen Nebenwirkungen abgesetzt werden müssen. Ebenso das Zyprexa, welches mit 2,5 mg absichtlich zu tief dosiert sei und lediglich einer besseren Affektmodulation diene.

3.6.18 Mit Schreiben an den Rechtsvertreter des Klägers vom 13. Juni 2020 (IV-Nr. 33) führte Dr. med. G. ___ aus, nach der Beruhigung der agitiert-depressiven Symptomatik, welche beim Kläger mehrere Jahre bestanden haben müsse, und die allgemein häufig nach einer akuten Krise entstehe, hätten sich Hinweise auf eine Persönlichkeitspathologie zu häufen begonnen. Der Kläger habe eine Anfälligkeit auf Verschwörungstheorien und eine allgemeine Beeinflussbarkeit gezeigt, aber auch einen sehr hohen Angstpegel. Er komme im Gespräch von einem Thema nicht mehr los, kehre immer wieder zu ihm zurück. Der Kläger unterhalte mit den haftenden, immer präsenten Gedanken an das Trauma einen sehr hohen Angstpegel. Es sei weiterhin die Diagnose einer Anpassungsstörung (mit initial agitiertes Depressivität und bleibend hohen Angstpegeln) (F43.23) zu stellen und mit der Diagnose einer vorbestehenden Persönlichkeitsakzentuierung mit zwanghaften- und abhängigen Anteilen (Z.73.1) zu ergänzen. Bis zum Einsatz der erwähnten Medikation im April 2018 sei der Kläger im häuslichen Umfeld sehr reizbar und aggressiv gewesen, was er zu kaschieren versucht habe.

3.6.19 Im Operationsbericht des I. ___ vom 1. November 2021 (IV-Nr. 143, S. 23) wurde ausgeführt, der Kläger habe 2014 eine akute Aortendissektion Stanford Typ A erlitten. Damals seien ein superkoronarer Ascendens-Ersatz sowie ein Ersatz des Bogens bis unmittelbar vor die linke A. subclavia durchgeführt worden. Der Truncus brachiocephalicus und die linke Carotis communis seien als Insepatch in toto reimplantiert worden. Postoperativ sei bei true lumen-Kollaps eine Fenestrierung der Aorta distal erfolgt. In den vergangenen Jahren sei nun die Aortenwurzel zunehmend dilatiert. Die Aortenklappeninsuffizienz, welche lange als mittelschwer beschrieben worden sei, sei nun schwergradig. Der Maximaldurchmesser der Aortenwurzel betrage ca. 53 mm. Aufgrund der nun symptomatischen schweren Aortenklappeninsuffizienz bestehe die Indikation zur Operation. Es erfolge eine Re-Operation mit Ersatz der Aortenwurzel mit mechanischem Composite Graft.

3.6.20 Im polydisziplinären Verlaufsgutachten der F. ___ vom 19. März 2022 (Fachrichtungen Psychiatrie, Rheumatologie, Pneumologie, Angiologie, Neurologie, Kardiologie und Allgemeine Innere Medizin; IV-Nr. 150.5) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

Zur Beurteilung wurde ausgeführt, der aus [...] stammende und seit seinem 12. Lebensjahr in der Schweiz aufgewachsene Explorand habe beruflich eine Anlehre zum Carrosseriespengler absolviert. Er sei dann in verschiedenen Arbeiten erwerbstätig gewesen, zuletzt als Pulverbeschichter in der Firma B.____ im 100%-Pensum. Seit dem akuten Ereignis mit Aortendissektion im 03/2014 sei er nicht mehr erwerbstätig gewesen. Ein Arbeitsversuch in angepasster Tätigkeit sei gescheitert. Bei der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Pulverbeschichter handle es sich um eine wechselbelastende Tätigkeit, mit häufig leichten, manchmal mittelschweren und selten schweren Hebe- und Tragebelastungen. Die zuletzt durchgeführte Arbeit als Pulverbeschichter im Industrielackwerk mit Heben und Tragen von Metallstücken von verschiedenen Gewichtsklassen könne aufgrund der chronischen Aortendissektion seit der akuten Dissektion vom 17. März 2014 aus kardiologischer Sicht nicht mehr zugemutet werden. Bei normaler linksventrikulärer Pumpfunktion und nun reparierter Aortenklappe mit normaler Funktion der Klappenprothese bestehe zwar quantitativ eine normale Funktionsleistung des Herzens, die Arbeitslimitationen seien jedoch qualitativ aufgrund der chronischen Dissektion mit Risiko einer Progredienz. Aus kardialer Sicht könnten angepasste sitzende und leichte Tätigkeiten auch nach der Aortendissektion zu 100 % zugemutet werden mit Einhalten der qualitativen Limitationen. Es bestünden qualitative Einschränkungen und in der angepassten Tätigkeit sollten schwere isometrische Belastungen sowie schnelle Akzelerationen und Dezelerationen vermieden werden. Zudem verbiete sich das Heben und Tragen von Lasten über 15 kg. Deshalb seien seit dem 17. März 2014 schwere und mittelschwere Arbeiten obsolet. Aufgrund der unspezifischen Kreuzschmerzen seien dem Exploranden aus rein rheumatologischer Sicht körperliche Schwerarbeiten nicht zumutbar. Eine vollständige Arbeitsunfähigkeit gelte vom Datum des Klappenersatzes bis zur Entlassung aus der stationären kardialen Rehabilitation am 1. Dezember 2021. Auch in einer angepassten Tätigkeit müsse aus psychiatrischer Sicht von einer Verminderung des Rendements ausgegangen werden. Der Versicherte sei vermindert belastbar, vermindert stressbelastungsfähig, verfüge über eine eingeschränkte Daueraufmerksamkeitsfähigkeit. In einer Verweistätigkeit wäre er noch 4 Stunden täglich seit ca. 2021 arbeitsfähig. Ein exaktes Datum lasse sich psychiatrisch nicht festhalten, es könne aber davon ausgegangen werden, dass sich ab 2021 eine zunehmende Verschlechterung psychisch auch im Zusammenhang mit der zunehmenden Herzstörung manifestiert habe. Jede neue kardiologische Abklärung (16. Juli 2019 und 17. Februar 2021) habe eine zunehmende ängstlich-hypochondrische Selbstbeobachtung weiter gefördert. Insbesondere seit der Aorten-Sprechstunde I.____ vom 17. Februar 2021 dürfte eine Verschlechterung auch psychisch angenommen werden. Angaben aus psychiatrischer Sicht zum vorherigen Verlauf seien nicht möglich.

3.6.21 Mit Schreiben vom 20. Januar 2023 (KB 24) führte Dr. med. N.____ aus, der Kläger seiseit 15. Januar 2018 bei ihm in Behandlung. Hiermit bestätige er als behandelnder Arzt nach Studium der Krankengeschichte, dass beim Kläger rückwirkend mindestens ab dem Zeitpunkt des akut eingetretenen lebensbedrohlichen ■ und auch nachhaltig schwerwiegenden ■ Krankheitsereignisses vom 17. März 2014 bis heute ununterbrochen eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % (Anmerkung von Dr. med. N.____: die Arbeitsunfähigkeit sei ununterbrochen weit höher als 20 % gewesen) auch in einer angepassten, zumutbaren Verweistätigkeit bestanden habe und weiterbestehe. Auf Grund des diagnostizierten Krankheitsbildes (Diagnosen: chronische Aortendissektion bei St. n. suprakoronarem Ascendens- und Aortenbogen-Ersatz bei akuter Typ A Dissektion am 17. März 2014) und des ausgewiesenen erweiterten Therapiebedarfes sowie der seither

anhaltend erheblich eingeschränkten körperlichen Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit sei der Kläger ab dem 17. März 2014 zwingend und für den Arbeitgeber nicht planbar auf erweiterte Pausen-, Therapie-, und Regenerationszeiten im Umfang von addiert wöchentlich deutlich mehr als einen ganzen Arbeitstag (somit also deutlich mehr als 8 Stunden pro Woche) angewiesen gewesen, die somit weit über das normalerweise für einen Arbeitgeber Zumutbare hinaus gingen resp. fortan weiterhin gingen. Diese eingeschränkte Leistungsfähigkeit beinhalte auch ein krankheitsbedingtes reduziertes Arbeitstempo und eine geringere Arbeitsproduktivität.

3.6.22 Mit Schreiben vom 8. März 2024 (KB 26) führte Dr. med. G. ___ zuhanden des Rechtsvertreters des Klägers aus, der Kläger habe sich bereits im Frühling 2017 bei ihm angemeldet, habe aus Kapazitätsgründen aber erst im Dezember 2018 aufgenommen werden können. Er sei damals voll symptomatisch gewesen (agitiert depressiv) und habe sediert werden können. Im Nachhinein müsse also die Diagnose einer Anpassungsstörung (limitiert auf 6 Monate) mit der Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) ersetzt werden. Die damaligen Symptome seien Reizbarkeit, Flashbacks, Vermeidungsverhalten, Konzentrationsstörung und Angst gewesen. Zudem habe es 2016 eine Retraumatisierung gegeben. Der zusammengeflückte Kläger habe ein Auto auf sich zufahren und kollidieren sehen. Zudem habe die «Begutachtung» von 2019 ■ für vorgeschädigte Patienten ■ durchaus auch ein Traumatisierungspotential.

4.

4.1 Für die Bestimmung der Leistungszuständigkeit im Sinne von Art. 23 lit. a BVG ist ■ wie für die Eröffnung der Wartezeit nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG ■ eine erhebliche und dauerhafte Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich massgebend. Diese muss mindestens 20 % betragen (BGE 144 V 58 E. 4.4, Urteil des Bundesgerichts 9C_616/2021 vom 28. Oktober 2022 E. 2.1 m.H.). Vorliegend ist demnach der Eintritt der relevanten Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % während der Arbeitstätigkeit des Klägers bei der B. ___ bzw. während des Versicherungsverhältnisses mit der Beklagten vom 1. September 2013 bis 31. Mai 2015 relevant. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit ist nur dann anspruchserheblich, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1, 141 V 281 E. 2.1 m. H.). Es muss somit ein Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG vorliegen. Diese Gesundheitsschädigung ist vom Leistungsansprecher nachzuweisen.

4.2 Im vorliegenden Fall ist zu beachten, dass die per 1. Januar 2021 beim Kläger eingetretene Invalidität auf einer psychiatrisch bedingten Arbeitsunfähigkeit von 50 % gründet (s. E. II. 3.6.20 hiervor). Da, wie in E. II. 3.3 hiervor erwähnt, der erforderliche sachliche Zusammenhang nur dann gegeben ist, wenn der der Invalidität zu Grunde liegende Gesundheitsschaden im Wesentlichen derselbe ist, welcher während des Vorsorgeverhältnisses zur Arbeitsunfähigkeit geführt hat, ist somit nachfolgend zu prüfen, ob beim Kläger bereits während des Versicherungsverhältnisses mit der Beklagten eine psychisch begründete Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % eingetreten war und bejahendenfalls, ob diese Arbeitsunfähigkeit bis zum Eintritt der Invalidität im Januar 2021 in einer angepassten Erwerbstätigkeit nie während mehr als drei Monaten unter 20 % gesunken war.

4.2.1 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. Eine medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit, ohne dass der Arbeitgeber eine Leistungseinbusse bemerkt hätte, reicht nicht. Die Leistungseinbusse muss vielmehr arbeitsrechtlich ■ durch einen Abfall der Leistungen mit entsprechender Feststellung oder Ermahnung des Arbeitgebers oder durch gehäufte, aus dem Rahmen fallende gesundheitsbedingte Arbeitsausfälle ■ in Erscheinung treten (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 18. Juli 2012, 9C_39412012, E. 3.1.1; Urteil des Bundesgerichts vom 6. Juni 2012, 9C_362/2012, E. 5.2.1). Zu den für die Beurteilung des zeitlichen Konnexes relevanten Umständen zählen auch die in der Arbeitswelt nach aussen in Erscheinung tretenden Verhältnisse, wie etwa die Tatsache, dass ein Versicherter über längere Zeit hinweg als voll vermittlungsfähiger Stellensuchender Taggelder der Arbeitslosenversicherung bezieht. Allerdings kann solchen Zeiten nicht die gleiche Bedeutung beigemessen werden wie Zeiten effektiver Erwerbstätigkeit. Mit Bezug auf die Dauer der den zeitlichen Konnex unterbrechenden Arbeitsfähigkeit kann die Regel von Art. 88a Abs. 1 IVV als Richtschnur gelten. Nach dieser Bestimmung ist eine anspruchsbeflussende Verbesserung der Erwerbsfähigkeit in jedem Fall zu berücksichtigen, wenn sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Bestand während mindestens drei Monaten wieder volle Arbeitsfähigkeit und erschien gestützt darauf eine dauerhafte Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit als objektiv wahrscheinlich, stellt dies ein gewichtiges Indiz für eine Unterbrechung des zeitlichen Zusammenhangs dar. Anders verhält es sich, wenn die fragliche, allenfalls mehr als dreimonatige Tätigkeit als Eingliederungsversuch zu werten ist oder massgeblich auf sozialen Erwägungen des Arbeitgebers beruht und eine dauerhafte Wiedereingliederung unwahrscheinlich war (Urteil des Bundesgerichts 9C_944/2012 vom 10. Juli 2013, E. 1.1.3, BGE 134 V 20 E. 3.2.1 S. 22 mit Hinweisen).

4.2.2 Gemäss vorerwähnter bundesgerichtlicher Rechtsprechung unterbricht eine Arbeitsfähigkeit über 80 % den zeitlichen Konnex zwischen ursprünglicher Arbeitsunfähigkeit und späterer Invalidität, wenn die Einsatzfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit mindestens drei Monate andauert (Urteile 9C_147/2017 vom 20. Februar 2018, 9C 569/2013 vom 18. Februar 2014 E. 1.2.2, 9C 115/2015 vom 12. November 2015 E. 2.2, 9C 142/2016 vom 9. November 2016 E. 3.2). Soll diese Vermutung umgestossen werden, müsste dies mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit bewiesen werden. Wo das Gesetz es nicht anders bestimmt, hat derjenige das Vorhandensein einer behaupteten Tatsache zu beweisen, der aus ihr Rechte ableitet (Art. 8 ZGB). Diese Bestimmung verteilt die Beweislast für alle Forderungsstreitigkeiten gestützt auf Bundesrecht und legt fest, welche Partei die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen hat (BGE 127 III 519 E. 2a S. 521). Überdies leitet sich daraus das Recht auf Beweis und Gegenbeweis von noch nicht erstellten rechtserheblichen Tatsachen ab (BGE 126 III 315 E. 4a S. 317; Urteil 4C.39/2002 vom 30. Mai 2002 E. 2a). Art. 8 ZGB regelt aber nicht die Beweiswürdigung und schliesst insbesondere eine antizipierende Beweiswürdigung nicht aus (BGE 127 III 519 E. 2a S. 522, 126 III 315 E. 4a S. 317; Urteil 9C_649/2007 vom 23. Mai 2008 E. 3). Im Berufsvorsorgeprozess ist der Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen (Untersuchungsgrundsatz; Art. 73 Abs. 2 BVG); die materielle Beweislast beinhaltet daher keine Beweisführungslast (BGE 117 V 261 E. 3 S. 264; Urteil

9C_381/2007 vom 23. September 2008 E. 2.1). Ist ein Versicherungsnehmer ■ wie im vorliegenden Fall der Kläger ■ nach dem Ausscheiden aus der Vorsorgeeinrichtung nie mehr erwerbsfähig geworden, führt dies nicht zu einer Umkehr der Beweislast. Kann der Beweis für den sachlichen und zeitlichen Zusammenhang mit keinem einzigen medizinischen Bericht geführt werden, hat die versicherte Person ■ und somit der Kläger im vorliegenden Fall ■ die Folgen dieser Beweislosigkeit zu tragen (Urteile des Bundesgerichts 9C_915/2013 vom 3. April 2015 E. 2; 9C_597/2008 vom 3. Dezember 2008 E. 2.2.1).

4.3

4.3.1 Der Kläger stellt sich unter anderem auf den Standpunkt, ab 17. März 2014 liege bei ihm eine anspruchsbegründende Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % auch in einer angepassten Tätigkeit vor. Diese Feststellung ergebe sich sowohl aus der echtzeitlichen ärztlichen Beurteilung von Dr. med. D. ___ vom 21. März 2015 als auch aus dem echtzeitlichen Fragebogen der Arbeitgeberin vom 16. April 2015. Gerade solchen echtzeitlichen Berichten der arbeitspraktischen Erprobung ist gemäss Bundesgericht grösste Beachtung zu schenken (Urteil des Bundesgerichts vom 17. September 2012, 9C_148/2012, E. 2.4.). Wie erwähnt, ist es vorliegend aber von Belang, ob bereits während des Versicherungsverhältnisses vom 1. September 2013 bis 31. Mai 2015 eine relevante Arbeitsfähigkeit aus psychischen Gründen eingetreten ist.

In den echtzeitlich, im Zeitraum des Versichertenverhältnisses mit der Beklagten oder kurz danach, ergangenen Berichten wurden Konzentrationsstörungen des Klägers erwähnt. In diesem Zusammenhang gab die ehemalige Arbeitgeberin des Klägers, B. ___, am 30. April 2015 im IV-Fragebogen (IV-Nr. 15) an, beim Kläger habe das Tempo und die Konzentration nachgelassen. Im Bericht Assessment der L. ___ vom 30. Oktober 2015 (IV-Nr. 31, S. 19 ff.) wurde festgehalten, aufgrund der geringen Konzentrationsfähigkeit, der gleich gebliebenen quantitativen Leistung im jetzigen 50%-Pensum, der schmerzbedingten Fehltag und des Befindens des Klägers, gekoppelt mit der Tatsache, dass der Kläger nicht schwer heben könne und er wechselnde Belastungen benötige, könne ein bws-Einsatz nicht empfohlen werden. Im Arzzeugnis vom 13. Januar 2016 (IV-Nr. 31, S. 17) hielt Dr. med. D. ___ fest, der Kläger leide weiterhin an den Folgen der am 17. März 2014 erlittenen akuten Aortendissektion. Von der Thorakotomie habe er weiterhin Schmerzen bei Belastung, aber auch nachts. Der Schlaf sei gestört. Bei der Arbeit würden schon nach 1 ■ 2 Stunden Thorax- und Rückenschmerzen sowie zunehmende Konzentrationsstörungen auftreten. Seit dem 29. März 2015 sei er 50 % arbeitsfähig. Die Leistungsfähigkeit bleibe eingeschränkt. Die Arbeitsunfähigkeit bleibe wahrscheinlich dauernd bei 50 % für eine leichte Arbeit. Die in den vorgenannten Berichten erwähnten Konzentrationsstörungen können zwar ein Hinweis auf eine mögliche psychische Beeinträchtigung sein, eine psychisch bedingte, mindestens 20%ige Arbeitsunfähigkeit ist damit aber nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, zumal in den echtzeitlichen Berichten aus den Jahren 2014 ■ 2017 keine psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt wurde. Das blosses Auftreten von Symptomen oder psychischen Problemen genügt nicht, um den Beginn einer Arbeitsunfähigkeit zu belegen (Urteil des Bundesgerichts 9C_315/2013 vom 22. Oktober 2013 E. 4.2). Ergänzend ist hierzu auf das rechtskräftige Urteil des Versicherungsgerichts VSBES.2016.42 vom 10. November 2016 zu verweisen, worin den Berichten bzw. Arzzeugnissen von Dr. med. D. ___ nur geringer Beweiswert zuerkannt wurde. In E. 6 dieses Urteils führte das

Versicherungsgericht Folgendes aus: «Aus welchen Gründen Dr.med. D.____ in den Arztzeugnissen vom 4. November 2015 und 13. Januar 2016 in der Folge dennoch zum Schluss kommt, die Arbeitsunfähigkeit bleibe wahrscheinlich dauernd bei 50 % für eine leichte Arbeit, lässt sich weder aufgrund der vorliegenden Akten noch gestützt auf die Ausführungen von Dr. med. D.____ begründen. Er gibt lediglich an, der Beschwerdeführer habe von der Thorakotomie weiterhin Schmerzen bei Belastung, aber auch nachts. Der Schlaf sei gestört. Bei der Arbeit würden schon nach 1 ■ 2 Stunden Thorax- und Rückenschmerzen sowie zunehmende Konzentrationsstörungen auftreten. Dr. med. D.____ stützt sich demnach bei seiner Einschätzung der Arbeitsfähigkeit einzig auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers. Weitere medizinische Abklärungen, welche diese Beschwerden zu objektivieren vermöchten, lagen im Zeitpunkt der Beurteilung von Dr. med. D.____ nicht vor. In diesem Zusammenhang ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc mit weiteren Hinweisen), weshalb dem Arztzeugnis von Dr. med. D.____ vom 13. Januar 2013 auch deswegen vergleichsweise geringer Beweiswert zuzumessen ist.» Gestützt auf diese Ausführungen vermag der Kläger aus dem Bericht von Dr. med. D.____ vom 13. Januar 2016 somit nichts zu seinen Gunsten abzuleiten.

4.3.2 Sodann ist auf die Berichte des den Kläger seit Dezember 2018 behandelnden Psychiaters, Dr. med. G.____, und des ihn seit Januar 2018 behandelnden Hausarztes, Dr. med. N.____, einzugehen, welche dem Kläger rückwirkend eine seit der Aortendissektion vom 17. März 2014 durchgehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychischen Gründen attestierten.

Im Bericht vom 8. Januar 2019 (IV-Nr. 74) führte der behandelnde Psychiater Dr. med. G.____ aus, beim Kläger bestehe eine Anpassungsstörung mit Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (F43.23), als Reaktion auf die schwere somatische Erkrankung vom 17. März 2014. Eine erste Anmeldung sei bereits im Frühling 2017 erfolgt. Der Kläger habe aber aus Kapazitätsgründen nicht aufgenommen werden können. Zu Beginn der Behandlung sei das Bild einer agitiert depressiven Verstimmung vorgelegen, mit sehr hohen Angstpegeln, Dauergedanken und emotionalen Ausbrüchen. Der Kläger sei seit zwei Jahren ohne Arbeit. Nur aus diesem Grund sei von ihm, Dr. med. G.____, keine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Aus psychiatrischer Sicht habe aber bis ca. April 2018 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen. Anschliessend sei es zu einer Entspannung gekommen, welche einen 50%igen Arbeitsversuch zugelassen habe. Mit Stellungnahme vom 15. Mai 2019 (IV-Nr. 81) führte Dr. med. G.____ ergänzend aus, die Art und Weise auf ein schweres Trauma zu reagieren, sei sicherlich individuell sehr verschieden. Der Kläger habe mit agitiert depressiven Symptomen reagiert, und sei nur schon deswegen lange Zeit nicht arbeitsfähig gewesen. Des Weiteren führte Dr. med. G.____ mit Schreiben vom 8. März 2024 (KB 26) zuhanden des Rechtsvertreters des Klägers aus, der Kläger habe sich bereits im Frühling 2017 bei ihm angemeldet, habe aus Kapazitätsgründen aber erst im Dezember 2018 aufgenommen werden können. Er sei damals voll symptomatisch gewesen (agitiert depressiv) und habe sediert werden können. Im Nachhinein müsse also die Diagnose einer Anpassungsstörung (limitiert auf 6 Monate) mit der Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) ersetzt werden. Die damaligen Symptome seien Reizbarkeit, Flashbacks, Vermeidungsverhalten, Konzentrationsstörung und Angst gewesen). Zudem habe es 2016 eine Retraumatisierung gegeben. Der zusammengeflückte Kläger habe ein

Auto auf sich zufahren und kollidieren sehen. Sodann führte der Hausarzt des Klägers, Dr. med. N.____ mit Schreiben vom 20. Januar 2023 (KB 24) aus, der Kläger seiseit

E. 15

Januar 2018 bei ihm in Behandlung. Hiermit bestätige er als behandelnder Arzt nach Studium der Krankengeschichte, dass beim Kläger rückwirkend mindestens ab dem Zeitpunkt des akut eingetretenen lebensbedrohlichen ■ und auch nachhaltig schwerwiegenden ■ Krankheitsereignisses vom 17. März 2014 bis heute ununterbrochen eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % auch in einer angepassten, zumutbaren Verweistätigkeit bestanden habe und weiterbestehe. Auf Grund des diagnostizierten Krankheitsbildes und des ausgewiesenen erweiterten Therapiebedarfes sowie der seither anhaltend erheblich eingeschränkten körperlichen Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit sei der Kläger ab dem 17. März 2014 zwingend auf erweiterte Pausen-, Therapie-, und Regenerationszeiten im Umfang von addiert wöchentlich deutlich mehr als einem ganzen Arbeitstag angewiesen gewesen.

Bezüglich der vorgenannten Berichte der behandelnden Ärzte ist vorab auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu hinzuweisen, wonach der Zeitpunkt des Eintritts der relevanten Arbeitsunfähigkeit mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (s. dazu BGE 126 V 353 E. 5b S. 360) nachgewiesen sein muss. Dieser Nachweis wird in der Regel, jedoch nicht zwingend, durch echtzeitliche ärztliche Atteste erbracht. Nachträgliche Annahmen und spekulative Überlegungen, wie etwa eine erst nach Jahren rückwirkend festgelegte medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit, reichen auf jeden Fall nicht aus. Um einer retrospektiv attestierten Arbeitsunfähigkeit zu folgen und auf ein echtzeitliches Arztzeugnis verzichten zu können, müssen die negativen Auswirkungen der Krankheit auf die Arbeitsfähigkeit echtzeitlich dokumentiert sein (Urteil des Bundesgerichts 9C_517/2020 vom 28. Januar 2021 E. 3.2). Die von Dr. med. G.____ und Dr. med. N.____ rückwirkend ab dem 17. März 2014 attestierte Arbeitsfähigkeit stützt sich auf keine echtzeitlichen Arztberichte aus dieser Zeit. Insbesondere in psychiatrischer Hinsicht liegen aus dieser Zeit keine Berichte vor, was denn auch nicht erstaunt, da sich der Kläger erst im Dezember 2018 in psychiatrische Behandlung bei Dr. med. G.____ begab (vgl. IV-Nr. 74 und KB 26). Damit bleiben die von Dr. med. G.____ und Dr. med. N.____ rückwirkend attestierten Einschränkungen hypothetisch, zumal Dr. med. G.____ die seiner Ansicht nach seit April 2018 bestehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit nicht näher begründet. In diesem Zusammenhang ist sodann wiederum auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc mit weiteren Hinweisen), weshalb den Berichten von Dr. med. G.____ und Dr. med. N.____ auch deswegen nur wenig Beweiswert zuzumessen ist. Da der Kläger nach der Kündigung durch die B.____ per 31. Mai 2015 keine Arbeitstätigkeit mehr nachging, liegen zudem kaum echtzeitlich dokumentierte Auswirkungen der Krankheit auf die Arbeitsfähigkeit vor. Die Hinweise auf bestehende Konzentrationsstörungen im Arbeitgeberfragebogen vom 30. April 2024 und im Bericht Assessment vom 30. Oktober 2015 reichen in beweismässiger Hinsicht nicht aus, um gestützt darauf aus psychiatrischer Sicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % zu begründen. Im Übrigen reichen nachträgliche medizinische Annahmen und spekulative Überlegungen, wie etwa eine erst nach Jahren rückwirkend festgelegte medizinisch-theoretische

Arbeitsunfähigkeit, nicht aus, um eine relevante Arbeitsunfähigkeit zu begründen (z.B. Urteil des Bundesgerichts 9C_249/2022 vom 20. Februar 2023 E. 2.2.2).

4.3.3 Sodann ist auf die weiteren Vorbringen des Klägers einzugehen. Er bringt unter anderem vor, der psychiatrische Gutachter der F. ____, Dr. med. H. ____, habe in seinem Gutachten festgehalten, der Versicherte sei vermindert belastbar, vermindert stressbelastungsfähig, verfüge über eine eingeschränkte Daueraufmerksamkeitsfähigkeit. Dem Versicherten könne aufgrund der psychischen Problematik seit ca. anfangs 2021 in einer ideal adaptierten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 4 Stunden täglich zugemutet werden. Angaben aus psychiatrischer Sicht zum vorherigen Verlauf seien nicht möglich. Mit diesen Ausführungen habe Dr. med. H. ____ somit weder bestätigt noch dementiert, dass beim Kläger nach der Aortendissektion vom 17. März 2014 bis zum Jahre 2021 eine dauerhafte und stabile Arbeitsfähigkeit von mehr als 80 % auch in einer angepassten Tätigkeit bestanden habe. Er habe die Frage aufgrund der damaligen Aktenlage der IV einfach nicht beantworten können. Mehrere Gesichtspunkte sprächen gegen eine höhere Arbeitsfähigkeit als 80 % nach dem 17. März 2014. So habe der Kläger nach dem 30. April 2015 keine neue Erwerbstätigkeit aufgenommen; die Arbeitgeberin habe im Fragebogen vom 30. April 2015 keine somatischen, sondern ausschliesslich psychische Gründe angegeben, die zur Leistungseinschränkung beim Kläger führten; das Tempo habe nachgelassen und die Konzentration habe auch nicht mehr gehalten werden können. Mithin seien dies die gleichen oben genannten Gründe, die 2022 vom psychiatrischen Gutachter angeführt worden seien. Zudem sei die Aktenlage der IV unvollständig gewesen. So hätten dem psychiatrischen Teilgutachter Dr. med. H. ____ insbesondere auch die Krankengeschichte von Dr. D. ____ und Dr. N. ____ und die ärztliche Beurteilung von Dr. med. N. ____ vom 20. Januar 2023 gefehlt. Der Gutachter sei nicht nach der BVG-spezifischen Frage nach dem Erreichen einer stabilen und dauerhaften Arbeitsfähigkeit von mehr als 80 % gefragt worden. Zudem habe Dr. med. H. ____ in seinem Teilgutachten vom 22. Februar 2022 die Frage aufgeworfen, ob die Angststörung des Klägers nicht unterdessen Ausmasse angenommen habe, welche die Diagnose einer Angststörung rechtfertige, was bejaht werden müsse. Zum Zeitpunkt des Beginns der Angststörung habe der Gutachter keine verbindlichen Angaben gemacht, weil es IV-rechtlich nicht sein Auftrag gewesen sei, den rückwirkenden Zeitraum abzuklären. Der Gutachter sei aber zweifellos davon ausgegangen, dass bereits im Zeitraum vor der Begutachtung 2021 eine Angststörung vorgelegen habe, denn diese habe sich ja aus der Traumatisierung 2014 heraus kontinuierlich und nicht etwa sprunghaft oder gar überraschend entwickelt. Der Grund für die Angststörung liege in der zunehmenden Herzklappenstörung.

Den Vorbringen des Klägers ist Folgendes entgegenzuhalten: Selbst wenn der Ansicht des Klägers gefolgt werden würde, wonach die von der Arbeitgeberin im Fragebogen vom 30. April 2015 erwähnten Einschränkungen der Leistungseinschränkung auch vom psychiatrischen Gutachter im Jahr 2022 genannt worden seien, kann daraus nicht abgeleitet werden, dass bereits während der Dauer des Versicherungsverhältnisses vom 1. September 2013 bis 31. Mai 2015 eine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % bestanden hätte, zumal von der Arbeitgeberin einzig Konzentrationsstörungen genannt wurden, woraus sich rückblickend ohne entsprechende psychiatrische Befunderhebung keine Diagnose begründen lässt. Des Weiteren vermag die Ansicht des Klägers nicht zu überzeugen, wonach der psychiatrische Gutachter zweifellos davon ausgegangen sei, dass

bereits im Zeitraum vor der Begutachtung 2021 eine Angststörung vorgelegen habe, denn diese habe sich ja aus der Traumatisierung 2014 durch die Herzklappenstörung heraus kontinuierlich und nicht etwa sprunghaft oder gar überraschend entwickelt. So hielt der psychiatrische Gutachter der F. ___ ausdrücklich fest, ein exaktes Datum des Beginns Einschränkung der Arbeitsfähigkeit lasse sich psychiatrisch nicht feststellen. Es könne aber davon ausgegangen werden, dass sich ab 2021 eine zunehmende Verschlechterung psychisch auch im Zusammenhang mit der zunehmenden Herzstörung manifestiert habe. Jede neue kardiologische Abklärung (16. Juli 2019 und 17. Februar 2021) habe eine zunehmende ängstlich-hypochondrische Selbstbeobachtung weiter gefördert. Insbesondere seit der Aorten-Sprechstunde I. ___ vom 17. Februar 2021 dürfte eine Verschlechterung auch psychisch angenommen werden. Angaben aus psychiatrischer Sicht zum vorherigen Verlauf seien nicht möglich. Diese gutachterliche Beurteilung des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit vermag zu überzeugen, zumal es ■ wie dargelegt ■ keine beweismässigen Hinweise gibt, welche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit für eine früher eingetretene psychische Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sprechen. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass auch im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. O. ___, E. ___, vom 8. April 2019 festgehalten wurde, im Verlauf könne eine langanhaltende psychiatrische Arbeitsunfähigkeit nicht begründet werden. Dies wurde im nachfolgenden psychiatrischen Gutachten von Dr. med. H. ___, F. ___, bestätigt, indem dieser festhielt, genau wie Dr. O. ___ im E. ___-Gutachten im Mai 2019 habe auch er, Dr. med. H. ___, heute maximal eine leichte depressive Episode feststellen können. Klinisch zeigt der Versicherte keine Hinweise auf eine wesentliche depressive Fehlentwicklung, weder aktuell noch in der Vergangenheit.

Zur Rüge des Klägers, wonach dem psychiatrischen Gutachter der F. ___ insbesondere auch die Krankengeschichte von Dr. med. D. ___ und Dr. med. N. ___ sowie die ärztliche Beurteilung von Dr. med. N. ___ vom 20. Januar 2023 gefehlt habe, ist sodann festzuhalten, dass sich ■ wie in E. II. 4.2.1 und 4.2.2 hiervor ausgeführt ■ aus den Berichten von Dr. med. D. ___ und Dr. med. N. ___ keine psychisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ableiten lässt, zumal diesen kaum Beweiswert zuzuerkennen ist. In diesem Zusammenhang ist denn auch der Beweisantrag des Klägers, es sei die vollständige Krankengeschichte des Klägers bei Dr. med. N. ___ gerichtlich zu edieren in antizipierter Beweiswürdigung abzuweisen. Wie vorgehend festgehalten, war der Kläger erst ab Januar 2018 bei Dr. med. N. ___ in Behandlung, weshalb dieser für den Zeitraum von der Aortendissektion vom 17. März 2014 bis Ende 2017 keine echtzeitlichen Aussagen zum Verlauf einer allfälligen psychisch bedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit machen kann. Mangels echtzeitlicher ärztlicher Berichte ist schliesslich auch der Antrag des Klägers, es sei bei Dr. med. H. ___, F. ___, ein Ergänzungsgutachten zur Frage des Wiedererreichens einer dauerhaften und stabilen Arbeitsfähigkeit von mehr als 80 % beim Kläger nach der Aortendissektion vom 17. März 2014 gerichtlich in Auftrag zu geben, in antizipierter Beweiswürdigung abzuweisen.

5. Zusammenfassend ist gestützt auf die vorgehenden Erwägungen eine psychisch begründete Arbeitsunfähigkeit des Klägers von mindestens 20 % während des Versicherungsverhältnisses mit der Beklagten nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt. Demnach ist die Leistungspflicht der Beklagten zu verneinen. Somit ist die Klage abzuweisen.

