

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2004.00031 vom 16. Mai 2006

ZH Sozialversicherungsgericht, 2006-05-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_BV.2004.00031

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2004.00031 du 16 mai 2006

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2004.00031 del 16 maggio 2006

Erwägungen

E. 1

1.1. Der 1963 geborene T. ___ war seit dem 1. März 1992 als Aussendienst-Mitarbeiter im Bereich Verkauf bei der "A. ___", [...], [...], '___' (nachfolgend: 'A. ___'; heute: B. ___ [...], '___' [nachfolgend: 'B. ___']; vgl. Urk. 39/1), angestellt (s. Anstellungs-Vertrag vom 2./6. März 1992 [Urk. 24], Lohnausweis vom 12. Februar 1993 [Urk. 13/8] sowie Superprovisionsabrechnungen vom 29. November 1993 [Urk. 13/9] und 28. November 1994 [Urk. 13/10]). In dieser Eigenschaft war er bei der Pensionskasse der 'A. ___' ([...], '___'; heute: Pensionskasse der Generali Versicherungen, Adliswil; vgl. Urk. 2/2 und 39/2-5) berufsvorsorgeversichert (s. Leistungsausweise vom 26. Mai 1992 [Urk. 13/11a], 26. Januar 1993 [Urk. 13/11b], 27. Januar 1993 [Urk. 2/7] und 26. Januar 1994 [Urk. 13/11c]; vgl. auch Urk. 12 S. 3 Ziff. II/a/1).

Am 14. Oktober 1993 erlitt T. ___ bei einem Autounfall eine offene Patella-Trichterfraktur rechts (Grad II), eine Commotio cerebri (mit Bewusstlosigkeit und deutlicher retrograder Amnesie) sowie eine Nasenbein-Fraktur (vgl. insbes. Urk. 30/1/18-20). Nach der notfallmässigen Überführung ins Kantonsspital 'AA. ___' wurden in der dortigen Chirurgischen Abteilung sogleich eine Patella-Zuggurtencerclage rechts sowie am 21. Oktober 1993 eine offene Septum-Revision (mit Schleimhaut-Nähten) durchgeführt. Nachdem die Bewusstseinsüberwachung zum Ausschluss eines relevanten Schädel-Hirntraumas geführt hatte (15 Punkte nach Glasgow-Kommaskala), wurde zufolge nachmaligen Auftretens eines absenzähnlichen Zustands am 22. Oktober 1993 eine CT-Untersuchung des Schädels vorgenommen, welche jedoch keine Hinweise auf eventuelle Herdbefunde oder intracranielle Verletzungen erbrachte. Am 28. Oktober 1993 wurde T. ___ nach regelrechtem Wundheilungsverlauf in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen (Bericht der Dres. med. C. ___ und D. ___ vom 3. November 1993 [Urk. 30/1/20], samt Laborbefund und Operationsbericht von Dr. med. G. ___ vom 14. Oktober 1993 [Urk. 30/1/19]).

Am 1. Januar 1994 nahm T. ___ seine Arbeit bei der 'A. ___' zunächst zu 50 % und am 10. Januar 1994 zu 100 % wieder auf (s. Ärztliche Zwischenberichte von Dr. med. E. ___, Spezialarzt für Innere Medizin, '___', vom 12. Januar 1993 [Urk. 30/1/17] und 9. März 1994 [Urk. 30/1/16]; vgl. auch 'Arztzeugnis UVG' von Dr. E. ___ vom 17. November 1993 [Urk. 20/1/18]). Nach einer Haft-Abklärung (Bericht von Dr. med. F. ___, Arzt für Orthopädische Chirurgie, '___'/AA. ___', vom 19. Mai 1994 [Urk. 30/1/15]; vgl. auch Ärztlicher Zwischenbericht von Dr. E. ___ vom 9. März 1994 [Urk. 30/1/16]) und der am 25. Mai 1994 in der Chirurgischen Abteilung des Kantonsspitals 'AA. ___' vorgenommenen Osteosynthesematerialentfernung am rechten Knie (Operationsbericht und Ärztlicher Zwischenbericht von Dr. G. ___ vom 25. Mai 1994 [Urk. 30/1/13] bzw. 12. Juli

1994 [Urk. 30/1/10]) wurde die Unfallbehandlung am 4. Juni 1994 abgeschlossen (vgl. $\tilde{\text{A}}\tilde{\text{M}}\tilde{\text{r}}\tilde{\text{z}}$ liche Zwischenberichte von Dr. E.____ vom 22. Juni 1994 [Urk. 30/1/11], 28. September 1994 [Urk. 30/1/12] und 25. Oktober 1995 [Urk. 30/1/14]).

1.2 $\hat{\text{A}} \hat{\text{A}} \hat{\text{A}} \hat{\text{A}}$ Per 1. M $\tilde{\text{A}}\tilde{\text{r}}\tilde{\text{z}}$ 1995 wechselte T.____ von der 'A.____' zur CC.____, [...] (nachfolgend: 'CC.____'; Generalagentur '____'/DD.____'), bei der er bereits vom 1. Juli 1990 bis zum 29. Februar 1992 t $\tilde{\text{A}}\tilde{\text{t}}$ ig gewesen war (s. Arbeitgeberbericht zuhanden der Sozialversicherungsanstalt des Kantons 'BB.____' [SVA], IV-Stelle, vom 6. Oktober 1998 [Urk. 13/7 = 30/12], samt Beiblatt betreffend Absenzenkontrolle). Infolgedessen trat er zu deren Berufsvorsorgeeinrichtung $\tilde{\text{A}}\tilde{\text{M}}\tilde{\text{r}}\tilde{\text{z}}$ ber (Vorsorgestiftung der Basler, Versicherungs-Gesellschaft, Basel; s. Gesundheitserkl $\tilde{\text{A}}\tilde{\text{r}}\tilde{\text{u}}\tilde{\text{r}}\tilde{\text{u}}\tilde{\text{r}}\tilde{\text{u}}\tilde{\text{r}}$ ng vom 1. M $\tilde{\text{A}}\tilde{\text{r}}\tilde{\text{z}}$ 1995 [Urk. 11/4], Best $\tilde{\text{A}}\tilde{\text{t}}$ igung vom 24. M $\tilde{\text{A}}\tilde{\text{r}}\tilde{\text{z}}$ 1995 [Urk. 11/5] und Leistungsausweis vom 11. Februar 1998 [Urk. 2/8]; vgl. auch Urk. 39/6).

1.3 $\hat{\text{A}} \hat{\text{A}} \hat{\text{A}} \hat{\text{A}}$ Auf Zuweisung von Dr. med. H.____, Facharzt f $\tilde{\text{A}}\tilde{\text{M}}\tilde{\text{r}}\tilde{\text{z}}$ r Allgemeinmedizin, '____' (vgl. $\tilde{\text{A}}\tilde{\text{M}}\tilde{\text{r}}\tilde{\text{z}}$ liches Zeugnis vom 30. Januar 1998 [Urk. 30/1/31] sowie Berichte vom 5. Mai 1998 [Urk. 30/1/30] und 20. Juli 1998 [Urk. 30/1/22]; vgl. auch Urk. 11/20/3, 11/20/4 = 11/20/7 und 30/1/23), wurde T.____ am 17. Februar 1998 in der Klinik f $\tilde{\text{A}}\tilde{\text{M}}\tilde{\text{r}}\tilde{\text{z}}$ r Ohren-, Nasen-, Halsheilkunde und Gesichtschirurgie des Kantonsspitals 'BB.____' bei Diagnose einer posttraumatischen Schiefnase (mit Bildung eines relativen H $\tilde{\text{A}}\tilde{\text{M}}\tilde{\text{r}}\tilde{\text{z}}$ ckers und Supratips-Sattels sowie einer Eindellung im Bereich des Septolateralknorpels) und posttraumatisch aufgetretenen chronisch-rezidivierenden, akuten Sinusitiden (bei Infundibulopathie) einer endonasalen Ethmoidektomie beidseits sowie einer Septo-Rhinoplastik mit H $\tilde{\text{A}}\tilde{\text{M}}\tilde{\text{r}}\tilde{\text{z}}$ ckerabtragung und Sattel-Unterf $\tilde{\text{A}}\tilde{\text{M}}\tilde{\text{r}}\tilde{\text{z}}$ tterung unterzogen (Operationsbericht von Dr. med. I.____ vom 17. Februar 1998 [Urk. 30/1/28] und Austrittsbericht von Dr. I.____ und Dr. med. J.____ vom 4. M $\tilde{\text{A}}\tilde{\text{r}}\tilde{\text{z}}$ 1998 [Urk. 30/1/27]; s. auch $\tilde{\text{A}}\tilde{\text{M}}\tilde{\text{r}}\tilde{\text{z}}$ licher Zwischenbericht vom 3. Juli 1998 [Urk. 30/1/24]). Weiter wurde am 7. April 1998 in der Klinik f $\tilde{\text{A}}\tilde{\text{M}}\tilde{\text{r}}\tilde{\text{z}}$ r Orthop $\tilde{\text{A}}\tilde{\text{d}}$ ische Chirurgie des Kantonsspitals 'BB.____' bei Diagnose tiefer Chondromalazien am rechten Kniegelenk (mit Knorpeldefekt an der Patella, antero-medialer und -lateraler Adh $\tilde{\text{A}}\tilde{\text{r}}\tilde{\text{z}}$ sionen und Insuffizienz des vorderen Kreuzbandes [VKB]) sowie USG-Instabilit $\tilde{\text{A}}\tilde{\text{t}}$ links eine Arthroskopie und Adh $\tilde{\text{A}}\tilde{\text{r}}\tilde{\text{z}}$ siolyse des rechten Kniegelenks, eine Arthroskopie des OSG links und eine USG-Bandplastik links (mit Peroneus brevis-Transplantat) durchgef $\tilde{\text{A}}\tilde{\text{M}}\tilde{\text{r}}\tilde{\text{z}}$ hrt (Bericht der Dres. med. K.____ und L.____ vom 24. April 1998 [Urk. 30/1/9]; s. auch Bericht von Dr. K.____ und Dr. med. M.____ vom 9. Juni 1998 [Urk. 30/1/8]). Sodann wurde T.____ auf Anregung von Dr. med. N.____, Arzt f $\tilde{\text{A}}\tilde{\text{M}}\tilde{\text{r}}\tilde{\text{z}}$ r Allgemeine Medizin, '____'/BB.____' (vgl. $\tilde{\text{A}}\tilde{\text{M}}\tilde{\text{r}}\tilde{\text{z}}$ berweisungsschreiben vom 25. Mai 1998 [Urk. 30/1/6]; vgl. auch Urk. 30/1/7), am 8., 18. und 30. Juni 1998 in der Klinik f $\tilde{\text{A}}\tilde{\text{M}}\tilde{\text{r}}\tilde{\text{z}}$ r Neurologie des Kantonsspitals 'BB.____' abgekl $\tilde{\text{A}}\tilde{\text{r}}\tilde{\text{t}}$ und dabei klinisch (Status: bis auf positive Trendlenburg-Zeichen links und einen nach rechts lateralisierten Weber-Versuch unauff $\tilde{\text{A}}\tilde{\text{M}}\tilde{\text{r}}\tilde{\text{z}}$ lliger Befund), radiologisch (Sch $\tilde{\text{A}}\tilde{\text{d}}$ del-MRI [cranio-cerebral]: normaler Befund) und neuropsychologisch (Beurteilung: mittelschwere Funktionsst $\tilde{\text{A}}\tilde{\text{M}}\tilde{\text{r}}\tilde{\text{z}}$ rungen) untersucht (Krankengeschichtseintrag von Prof. Dr. med. O.____ und der Dres. med. P.____ und Q.____ vom 8. und 10. Juni 1998 [Urk. 11/7 = 11/8/2 = 30/10/1], Bericht von lic. phil. R.____ vom 9. Juli 1998 [Urk. 30/10/4] und Arztzeugnis von Dr. P.____ vom 17. Juli 1998 [Urk. 30/1/5]).

1.4 $\hat{\text{A}} \hat{\text{A}} \hat{\text{A}} \hat{\text{A}}$ Am 28. Juli 1998 meldete sich T.____ unter Hinweis auf mittelschwere posttraumatische Hirnfunktionsst $\tilde{\text{A}}\tilde{\text{M}}\tilde{\text{r}}\tilde{\text{z}}$ rungen bei der SVA, IV-Stelle, zum Bezug von Invalidenversicherungsleistungen an und suchte um Berufsberatung, Umschulung und

Rente nach (Urk. 11/6 = 13/2 = 30/2, insbes. S. 6 Ziff. 7.8). Nach Beizug der Arztberichte von Dr. N.____ vom 14. September 1998 (Urk. 11/8/1 = 30/10) und von Dr. med. 'EE.____', Arzt für Innere Medizin, '____', vom 4./5. November 1998 (Urk. 11/9/1 = 11/9/2 = 30/14 = 30/15; vgl. Urk. 30/13) sowie des Arbeitgeberberichts der 'CC.____' vom 6. Oktober 1998 (Urk. 13/7 = 30/12) beauftragte die SVA, IV-Stelle, das Zentrum S.____, '____', mit einer interdisziplinären medizinischen Exploration (s. Urk. 30/15 und 30/19 [samt Beilage]; vgl. auch Urk. 30/20-32 und 30/37). Gestützt auf das am 30. Juni 1999 erstattete MEDAS-Gutachten (gezeichnet: Dr. med. U.____, Facharzt für Psychiatrie, und Dr. med. V.____, Facharzt für Neurologie; Urk. 11/3 = 30/35) stellte die SVA, IV-Stelle, T.____ mit Vorbescheid vom 31. August 1999 (Urk. 11/12/1 = 11/14/4 = 13/3 = 30/40) die Zusprechung einer ganzen Invalidenrente nach Massgabe eines Invaliditätsgrads von 80 % mit Wirkung seit dem 1. März 1998 in Aussicht (vgl. Feststellungsblatt vom 12. August 1999 [Urk. 30/39]). Nach Kenntnisnahme der Stellungnahme von T.____ vom 10. September 1999 (Urk. 11/14/5 = 30/42) verfi gte die SVA, IV-Stelle, am 23. Mai 2000 im angekündigten Sinne (Urk. 2/3 = 11/13 = 11/20/5 = 30/52; vgl. Mitteilung des Beschlusses an die zuständige Ausgleichskasse vom 4. Oktober 1999 [Urk. 13/4 = 30/43]; vgl. auch Urk. 30/53). Der invalidenversicherungsrechtliche Rentenentscheid erwuchs - soweit ersichtlich - unangefochten in Rechtskraft.

1.5     Mit Verfi gung vom 13. November 2000 (Urk. 11/15/1 = 13/5 = 30/1/4) wurde T.____ seitens der 'B.____' als zuständigem Unfallversicherer gestützt auf ein beim Zentrum S.____ veranlassetes Zusatzgutachten vom 3. August 1999 (Urk. 2/4 = 11/11) eine Komplement rente auf der Basis eines Invaliditätsgrads von 100 % in der Höhe von Fr. 37'752.-- pro Jahr beziehungsweise Fr. 3'146.-- pro Monat sowie eine auf einer Einbusse von 55 % basierende Integritätsentschädigung im Betrag von Fr. 53'460.-- zugesprochen (vgl. Urk. 30/1/3). Mit diesen Festlegungen erklärte sich T.____ am 5. Dezember 2000 einverstanden (Urk. 30/1/2).

1.6     Die von T.____ um Prüfung der Leistungspflicht aus beruflicher Vorsorge angegangenen Vorsorgeeinrichtungen (Pensionskasse der B.____ Versicherungen bzw. Vorsorgestiftung der Basler, Versicherungs-Gesellschaft) verweigerten eine materielle Stellungnahme (s. Urk. 2/2 und 30/38) respektive lehnten die Ausrichtung von Versicherungsleistungen nach durchgeführter Abklärung ab (vgl. Urk. 2/5 = 11/21, 2/6, 11/14/1, 11/14/3, 11/15/2, 11/16, 11/17/1-3, 11/18/1 = 11/20/1 = 11/20/6, 11/19 = 30/55, 11/20/3 und 30/56-57).

E. 2

2.1     Mit Eingabe vom 23. Februar 2004 (Urk. 1; samt Beilagen [Urk. 2/2-8]) liess T.____, vertreten durch Fürsprecher Thomas Laube, Zürich (Urk. 3), beim Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Klage gegen die Pensionskasse der B.____ Versicherungen (Beklagte 1) und die Vorsorgestiftung der Basler, Versicherungs-Gesellschaft (Beklagte 2) erheben mit folgenden Rechtsbegehren (S. 2):

"1.     Es sei festzustellen, welche der beiden Beklagten leistungspflichtig ist.

     Es seien dem Kläger zu Lasten der als leistungspflichtig anerkannten Pensionskasse die ihm betreffend seiner Invalidität zustehenden gesetzlichen und reglementarischen Leistungen plus 5 % Zins seit Fälligkeit zuzusprechen.

   Unter Kosten- und Entschädigungsfolge."

eingetreten, also drei Jahre nach dem per Ende Februar 1995 erfolgten Austritt (vgl. Urk. 12, 23 und 37).

Die Beklagte 2 bringt - als Mitbeteiligte (vgl. oben Erw. 2) - zur Hauptsache vor, der Klager habe beim schweren Unfall vom 14. Oktober 1993 gravierende Verletzungen erlitten, diese jedoch in der Gesundheitserklärung beim Versicherungseintritt verschwiegen. Bereits 1995 sei es zu mehreren mehrtägigen beziehungsweise längeren dauernden gesundheitsbedingten Absenzen gekommen, wobei die Arbeitsunfähigkeiten in der Folge laufend zugenommen und letztlich zur unfallbedingten Invalidität gefhrt hätten. Laut gutachtlicher Feststellung sei der Kläger nach dem Unfall vom 14. Oktober 1993 stets hochgradig arbeitsunfähig gewesen und habe nie mehr an seine früheren Leistungen anknüpfen können. Dem sich mit dem Zeitraum zwischen Januar 1994 und Februar 1997 nicht näher befassenden invalidenversicherungsrechtlichen Rentenentscheid komme im Hinblick auf die vorliegende Beurteilung keine Verbindlichkeit zu (vgl. Urk. 10 und 25).

E. 3.2

3.2.1 Nach Art. 24 Abs. 1 BVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine volle Invalidenrente, wenn sie im Sinne der Invalidenversicherung mindestens zu zwei Dritteln, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zur Hälfte invalid ist. Gemäss Art. 26 Abs. 1 BVG gelten für den Beginn des Anspruchs auf Invalidenleistungen sinngemäss die entsprechenden Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; s. Art. 29 IVG).

3.2.2 Die Invalidenleistungen nach BVG werden von derjenigen Vorsorgeeinrichtung geschuldet, welcher die den Anspruch erhebende Person bei Eintritt des versicherten Ereignisses angeschlossen war. Im Bereich der obligatorischen beruflichen Vorsorge fällt dieser Zeitpunkt nicht mit dem Eintritt der Invalidität nach IVG, sondern mit dem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit zusammen, deren Ursache zur Invalidität gefhrt hat (vgl. Art. 23 BVG; BGE 118 V 39 Erw. 2b/aa). Auf diese Weise wird dem Umstand Rechnung getragen, dass die versicherte Person meistens erst nach einer längeren Zeit der Arbeitsunfähigkeit (nach einer Wartezeit von einem Jahr gemäss Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG in Verbindung mit Art. 26 BVG) invalid wird. Damit nämlich der durch die zweite Säule bezweckte Schutz zum Tragen kommt, muss das Invaliditätsrisiko auch dann gedeckt sein, wenn es rechtlich gesehen erst nach einer langen Krankheit eintritt, während welcher die Person unter Umständen aus dem Arbeitsverhältnis ausgeschieden ist und daher nicht mehr dem Obligatorium unterstanden hat (BGE 123 V 264 Erw. 1b, 121 V 101 Erw. 2a und 120 V 16 Erw. 2b, je mit Hinweisen).

Anspruch auf Invalidenleistungen haben gemäss Art. 23 BVG Personen, die im Sinne der Invalidenversicherung zu mindestens 50 % invalid sind und bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität gefhrt 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 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 Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen 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 aufgetretene - 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 keinen Erlösungsgrund (Art. 26 Abs. 3 BVG e contrario; BGE 123 V 263 Erw. 1a und 118 V 45 Erw. 5).

Art. 23 BVG kommt folglich insbesondere auch die Funktion zu, die Haftung mehrerer Vorsorgeeinrichtungen gegeneinander abzugrenzen, wenn eine in ihrer Arbeitsfähigkeit bereits beeinträchtigte versicherte Person ihre Arbeitsstelle (und damit auch die Vorsorgeeinrichtung) wechselt und ihr später eine Rente der Invalidenversicherung zugesprochen wird. Der Anspruch auf Invalidenleistungen nach Art. 23 BVG entsteht in diesem Fall nicht gegenüber der neuen Vorsorgeeinrichtung, sondern gegenüber derjenigen, welcher die Person im Zeitpunkt des Eintritts der invalidisierenden Arbeitsunfähigkeit angehörte. Damit eine Vorsorgeeinrichtung, der ein Arbeitnehmer oder eine Arbeitnehmerin beim Eintritt der Arbeitsunfähigkeit angeschlossen war, für das erst nach Beendigung des Vorsorgeverhältnisses eingetretene Invaliditätsrisiko aufzukommen hat, ist erforderlich, dass zwischen relevanter Arbeitsunfähigkeit und nachfolgender Invalidität ein enger sachlicher und zeitlicher Zusammenhang besteht (BGE 130 V 275 Erw. 4.1, 123 V 264 Erw. 1c und 120 V 117 f. Erw. 2c/aa-bb, mit Hinweisen). In sachlicher Hinsicht liegt ein solcher Zusammenhang vor, wenn der der Invalidität zugrunde liegende Gesundheitsschaden im Wesentlichen derselbe ist, der zur Arbeitsunfähigkeit geführt hat. Sodann setzt die Annahme eines engen zeitlichen Zusammenhangs voraus, dass die versicherte Person nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit nicht während längerer Zeit wieder arbeitsfähig wurde. Die frühere Vorsorgeeinrichtung hat nicht für Rückfälle oder Spätfolgen einer Krankheit einzustehen, die erst Jahre nach Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit eintreten. Demnach darf nicht bereits eine Unterbrechung des zeitlichen Zusammenhangs angenommen werden, wenn die Person bloss für kurze Zeit wieder an die Arbeit zurückgekehrt ist. Ebenso wenig darf die Frage des zeitlichen Zusammenhangs zwischen Arbeitsunfähigkeit und Invalidität in schematischer (analoger) Anwendung der Regeln von Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) beurteilt werden, wonach eine anspruchsbefreiende Verbesserung der Erwerbsfähigkeit in jedem Fall zu berücksichtigen ist, wenn sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich andauern wird. Zu berücksichtigen sind vielmehr die gesamten Umstände des konkreten Einzelfalles, namentlich die Art des Gesundheitsschadens, dessen prognostische ärztliche Beurteilung und die Beweggründe, welche die versicherte Person zur Wiederaufnahme der Arbeit veranlassen (BGE 123 V 264 Erw. 1c und 120 V 117 f. Erw. 2c/aa-bb, mit Hinweisen). In diesem Sinne wird man bei einer invaliden versicherten Person auch gestützt auf einen mehr als 3-monatigen Eingliederungsversuch eine Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit nicht bejahen können, wenn jener massgeblich auf sozialen Erwerbungen beruhte und eine dauerhafte Wiedereingliederung unwahrscheinlich war (BGE 120 V 118 Erw. 2c/bb, am Ende, mit Hinweis). Entscheidend ist, ob die versicherte Person während dieser Zeit wirklich eine volle Leistung erbracht hat und ob die dauerhafte Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit gestützt auf die Resultate des Wiedereingliederungsversuchs als wahrscheinlich erscheint (SZS 1997 S. 67/68 Erw. 2a, am Ende, mit Hinweis; vgl. auch

Stauffer, Berufliche Vorsorge, ZÄr 2005, Rz 753, mit Hinweis auf BGE 120 V 118 Erw. 2c/bb).

Diese Grundsätze für die Abgrenzung der Haftung mehrerer Vorsorgeeinrichtungen für Invaliditätsleistungen beim Stellenwechsel eines oder einer gesundheitlich beeinträchtigten und von der Invalidenversicherung berenteten Arbeitnehmenden gelten unter Vorbehalt abweichender reglementarischer oder statutarischer Bestimmungen auch für Invaliditätsansprüche im überobligatorischen Bereich (BGE 120 V 117 Erw. 2b, am Ende, und 117 V 332 Erw. 3).

3.2.3.1 Unter relevanter Arbeitsunfähigkeit ist die Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zu verstehen (BGE 114 V 286 Erw. 3c), weshalb in erster Linie von Bedeutung ist, ob sich eine gesundheitliche Beeinträchtigung auf das Arbeitsverhältnis auswirkt oder ausgewirkt hat. Es muss arbeitsrechtlich in Erscheinung treten, dass die versicherte Person Leistungsvermögen eingebüsst hat, so etwa durch einen Abfall der Leistungen mit entsprechender Feststellung oder gar Ermahnung des Arbeitgebers oder durch gehäufte, aus dem Rahmen fallende gesundheitlich bedingte Arbeitsausfälle. Eine erst nach Jahren rückwirkend festgestellte medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit ohne dass der frühere Arbeitgeber die Leistungseinbusse bemerkt hätte, genügt nicht (vgl. Urteil des EVG vom 16. August 2005 in Sachen S. [B 121/04] Erw. 3.3, mit Hinweis auf BGE 114 V 286 Erw. 3c). Die Arbeitsunfähigkeit muss zudem erheblich, offensichtlich und dauerhaft sein. Die Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen ist praxisgemäss erheblich, wenn sie mindestens 20 % beträgt (vgl. Mitteilungen über die berufliche Vorsorge des Bundesamtes für Sozialversicherung Nr. 44 vom 14. April 1999, Rz 258, mit Hinweisen).

Rechtsgemäss muss der Zeitpunkt des Eintritts der relevanten Arbeitsunfähigkeit hinlänglich ausgewiesen sein. Wenn im Arbeitsvertragsrecht zur Durchsetzung des Lohnanspruchs in der Regel bereits eine Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers oder der Arbeitnehmerin von wenigen Tagen durch ein ärztliches Zeugnis oder auf andere Weise bewiesen werden muss, darf hinsichtlich des erwähnten Eintritts der berufsvorsorgerechtlich relevanten Arbeitsunfähigkeit mit viel weitreichenderen Folgen auf einen hinreichend klaren Nachweis nicht verzichtet werden. Dieser Nachweis darf nicht durch spekulative Annahmen und Überlegungen ersetzt werden, sondern hat nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu erfolgen (BGE 126 V 360 Erw. 5b, mit Hinweisen; vgl. auch Urteil des EVG vom 22. Februar 2002 in Sachen B. [B 35/00]).

3.2.4.1 Aus der engen Verbindung zwischen dem Recht auf eine Rente der Invalidenversicherung und demjenigen auf eine Invalidenleistung nach BVG ergibt sich, dass der Invaliditätsbegriff im obligatorischen Bereich der beruflichen Vorsorge und in der Invalidenversicherung grundsätzlich der gleiche ist (BGE 123 V 271 Erw. 2a und 120 V 108 Erw. 3c, je mit Hinweisen).

Praxisgemäss sind daher die Vorsorgeeinrichtungen im Bereich der gesetzlichen Mindestvorsorge (Art. 6 BVG) an die Feststellungen der Organe der Invalidenversicherung (Eintritt der invalidisierenden Arbeitsunfähigkeit, Eröffnung der Wartezeit, Festsetzung des Invaliditätsgrades) gebunden, soweit die invalidenversicherungsrechtliche Betrachtung aufgrund einer gesamthaften Prüfung der Akten nicht als offensichtlich unhaltbar erscheint (BGE 126 V 311 Erw. 1, am Ende). Diese Bindungswirkung setzt

allerdings voraus, dass die zuständigen Organe der Invalidenversicherung allen in Betracht fallenden Vorsorgeeinrichtungen ihren Rentenentscheid von Amtes wegen eröffnen. Dem Berufsvorsorgeversicherer steht ein selbständiges Beschwerderecht im invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren zu. Unterbleibt ein solches Einbeziehen der Vorsorgeeinrichtungen, ist die invalidenversicherungsrechtliche Festsetzung des Invaliditätsgrades (grundsätzlich, masslich und zeitlich) berufsvorsorgerechtlich nicht verbindlich (BGE 129 V 73 ff.; vgl. auch BGE 130 V 273 f. Erw. 3.1, mit Hinweisen).

3.2.5.5. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste wärdigen (BGE 126 V 360 Erw. 5b und 125 V 195 Erw. 2, je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 III 324 f. Erw. 3.2 und 3.3).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a und 122 V 160 Erw. 1c; AHI 2001 S. 113 Erw. 3).

E. 3.3

3.3.1. Weder die Rentenverfügung der Invalidenversicherung vom 23. Mai 2000 (Urk. 2/3 = 11/13 = 11/20/5 = 30/52) noch der diesbezügliche Vorbescheid vom 31. August 1999 (Urk. 11/12/1 = 11/14/4 = 13/3 = 30/40) ist von der SVA, IV-Stelle, der Beklagten 1 zugestellt worden. Zwar hat nach den Akten der Kläger selbst mit Schreiben vom 25. Mai 2000 (Urk. 11/14/3) beziehungsweise 6. Juni 2000 (Urk. 11/14/1) die Beklagte 2 mit den entsprechenden Anordnungen bedient und macht der Kläger weiter geltend, er sei auch gegenüber der Beklagten 1 so verfahren und habe zudem beide Beklagte über die S. ___-Begutachtungen orientiert (Urk. 1 S. 4 f. Rz 3), doch vermag dies allein ebenso wenig eine relevante Bindungswirkung der invalidenversicherungsrechtlichen Festlegungen bezüglich des Eintritts der invalidisierenden Arbeitsunfähigkeit (bzw. der Eröffnung der Wartezeit oder der Festsetzung des Invaliditätsgrades) gegenüber der Beklagten 1 zu begründen wie der Umstand, dass die Beklagte 1 bei der SVA, IV-Stelle, am 14. Juli 1999 um Zustellung des S. ___-Gutachtens vom 30. Juni 1999 (Urk. 11/3 = 30/35) nachsuchte (Urk. 30/36; s. zu den Akteneinsichtnahmen der Beklagten 2 Urk. 30/46 und 30/48; vgl. Urk. 10 S. 7 f. Ziff. 2.3.2.1, 18 S. 8 f. und 25 S. 4 Ziff. 2.5). Für eine (rechtliche oder faktische; vgl. Urk. 1 S. 6 f. Rz 4 und 18 S. 8 f.) Verbindlichkeit der einschlägigen invalidenversicherungsrechtlichen Festlegungen gegenüber der Beklagten 2 fehlte im übrigen wohl ebenfalls die Grundlage (vgl. zum Ganzen auch Urteil des EVG vom 9. Dezember 2005 in Sachen Sammelstiftung N. gegen IV-Stelle Bern [I 66/05] Erw. 2-3, mit Hinweisen).

E. 3.3.2

Unbestritten und aufgrund der Akten erstellt ist zunächst, dass der Kläger an einem invalidisierenden Gesundheitsschaden mit Krankheitswert leidet, der ursprünglich auf die

ff. Ziff. 5-8 und S. 31 f. Ziff. 5-6).

Was die vormals aufgetretenen chronischen Nasennebenhöhlenentzündungen angeht, hat die am 17. Februar 1998 in der Klinik für Ohren-, Nasen-, Halsheilkunde und Gesichtschirurgie des Kantonsspitals 'BB.____' durchgeführte Operation zur einwandfreien Wiederherstellung der natürlichen Zugänge zum Nasennebenhöhlensystem (Sinus maxillares und Sinus ethmoidales beidseits) und zur vollständigen Beschwerdefreiheit im Nasen- und Nasennebenhöhlenbereich geführt, das heisst die seit Mai 1995 aufgetretenen Sinusitiden gänzlich zum Verschwinden gebracht; es besteht folglich keine durch Nasen- oder Nasennebenhöhlenbeschwerden bedingte Arbeitsunfähigkeit mehr, wobei aus den verbleibenden, rein äusserlichen Veränderungen (Nasenform) ohnehin keine Arbeitsunfähigkeit resultiert (s. insbes. Urk. 2/4 = 11/11, je S. 19 ff. Ziff. 3.5, und 11/3 = 30/35, je S. 19 ff. Ziff. 3.5).

Des Weiteren sind früher vorhanden gewesene Sprunggelenksbeschwerden links mit der operativen Sanierung in der Klinik für Orthopädische Chirurgie des Kantonsspitals 'BB.____' am 7. April 1998 gänzlich verschwunden und führen nur gelegentlich auftretende (unfallfremde) Hüftschmerzen zu keiner wesentlichen Beeinträchtigung des Leistungsvermögens (s. insbes. Urk. 2/4 = 11/11, je S. 13 ff. Ziff. 3.2, S. 26 ff. Ziff. 1-10 und S. 29 ff., sowie 11/3 = 30/35, je S. 13 ff. Ziff. 3.2 und S. 26 ff. Ziff. 4-7).

3.3.4.4 Was das zeitliche Auftreten der relevanten, klar im Vordergrund stehenden und letztlich invalidisierenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Form mittelgradiger Hirnleistungsstörungen, Spannungstypkopfschmerzen und Wesensveränderungen angeht, vertraten die S.____-Gutachter in ihrer ersten, zuhanden der Invalidenversicherung erstatteten Expertise vom 30. Juni 1999 (Urk. 11/3 = 30/35) die Auffassung, der Kläger sei nach dem Unfall vom 14. Oktober 1993 in seiner Tätigkeit bei der 'A.____' deutlich überfordert gewesen; er habe die Übersicht über die zu verrichtenden Arbeiten verloren und sei durch Vergesslichkeit und Konzentrationsstörungen aufgefallen (S. 27 Ziff. 5). Aufgrund der längeren Bewusstlosigkeit sowie unter Berücksichtigung des klinischen psychiatrischen Befundes (deutliche Wesensveränderungen im Sinne einer Oberflächlichkeit und Affektlabilität) und der neuropsychologischen Befunde müsse von einer am 14. Oktober 1993 erlittenen Contusio cerebri ausgegangen werden, wengleich sich in den bildgebenden Verfahren kein entsprechendes Substrat objektivieren lasse (S. 27 Ziff. 5). Hinsichtlich einer mit Zeit- und Leistungsdruck verbundenen Tätigkeit als Versicherungsagenturleiter oder -aussendienstmitarbeiter bestehe zufolge der zu gewöhnlichen Aufmerksamkeits- und Konzentrationsdefizite nurmehr eine Arbeitsfähigkeit von 20 %; das Restleistungsvermögen in einer geistig anspruchslosen Tätigkeit in geschütztem Rahmen betrage im gegenwärtigen Zustand etwa 40 % (S. 28 Ziff. 5 und 6).

Im zweiten, zuhanden der Unfallversicherung erstatteten Gutachten vom 3. August 1999 (Urk. 2/4 = 11/11) präsizierten die S.____-Verantwortlichen, dass die genannte Arbeitsfähigkeitseinschränkung (höchstens 20%ige Arbeitsfähigkeit als Versicherungsagenturleiter bzw. -aussendienstmitarbeiter) seit dem Unfalltag (14. Oktober 1993) bestehe (S. 28 f. Ziff. 8a-b); die konstatierten hirnorganischen Ausfälle seien weit ausgeprägter als bei sogenannten milden traumatischen Hirnverletzungen (S. 30 Ziff. 2).

3.3.5.5 Im übrigen präsentiert sich die medizinische Aktenlage zusammenfassend wie folgt:

Gemäss Bericht der Dres. C. ___ und D. ___ vom 3. November 1993 (Urk. 30/1/20) wurde der Kläger nach regelrechtem Wundheilungsverlauf am 28. Oktober 1993 in gutem Allgemeinzustand aus der Chirurgischen Abteilung des Kantonsspitals 'AA. ___' nach Hause entlassen. Dies, nachdem die bei Eintritt durchgeführte Glasgow-Überwachung keine Anhaltspunkte für ein relevantes Schädel-Hirntrauma geliefert (15 Punkte) und eine während der Hospitalisation erfolgte CT-Untersuchung des Schädels keine Hinweise auf eventuelle Herdbefunde oder intracranielle Verletzungen ergeben hatte. Für den Fall einer Wiederholung des von der Ehefrau des Klägers am 22. Oktober 1993 beobachteten absenzähnlichen Zustands wurde von den Verantwortlichen der Chirurgischen Abteilung des Kantonsspitals 'AA. ___' eine neurologische Abklärung empfohlen (vgl. auch Operationsbericht von Dr. G. ___ vom 14. Oktober 1993 [Urk. 30/1/19]). Dass eine solche Abklärung durchgeführt worden wäre, ist nicht ersichtlich.

In den Zeugnissen und Zwischenberichten des mit der Nachsorge befassten Hausarztes und Internisten Dr. E. ___ vom 17. November 1993 (Urk. 30/1/18), 12. Januar 1994 (Urk. 30/1/17) und 9. März 1994 (Urk. 30/1/16) finden sich keine Hinweise auf neurologische, neuropsychologische oder psychische Beschwerdeangaben oder Auffälligkeiten. Ebenso wenig im Zwischenbericht vom 22. Juni 1994 (Urk. 30/1/11), wo von einem Behandlungsabschluss am 4. Juni 1994 die Rede ist und etwaige bleibende Nachteile lediglich im Zusammenhang mit der erlittenen Knieverletzung erwähnt wurden, oder im Zeugnis vom 28. September 1994 (Urk. 30/1/12), wo zwar auf die erlittene Hirnerschütterung Bezug genommen, im Weiteren aber bloss die noch fortwährende Knieproblematik thematisiert wurde. Im Bericht vom 25. Oktober 1995 (Urk. 30/1/14) bestätigte Dr. E. ___ die am 10. Januar 1994 erfolgte 100%ige Arbeitsaufnahme, verneinte eine gegenwärtige Behandlung und wies im Übrigen auf eine anscheinende femopatelläre Arthrosebildung hin; abgesehen von Kniebeschwerden bei längerer Belastung wurden keine subjektiven Beschwerdeschilderungen erwähnt.

Der Bericht von Dr. F. ___ vom 19. Mai 1994 (Urk. 30/1/15) über eine orthopädische Häftabklärung enthält keine auf anderweitige gesundheitliche Auffälligkeiten hindeutenden Anhaltspunkte.

Im Operationsbericht von Dr. G. ___ von der Chirurgischen Abteilung des Kantonsspitals 'AA. ___' vom 25. Mai 1994 (Urk. 10/1/13) über die gleichtags durchgeführte Osteosynthesematerialentfernung im rechten Knie wurde auf eine Absprache mit dem Kläger betreffend einstweiliger Belassung eines Fremdkörpers (abgebrochene craniale Spickdrahtspitze in der Fossa poplitea hinter dem lateralen Tibiakopfplateau) hingewiesen, ohne etwaige Auffälligkeiten im klägerischen Verhalten oder Urteilsvermögen zu erwähnen. Auch im Zwischen- beziehungsweise Abschlussbericht von Dr. G. ___ vom 12. Juli 1994 (Urk. 30/1/10) finden sich keine entsprechenden Anmerkungen; als bleibender Nachteil wurde lediglich eine eventuelle posttraumatische Femoropatellararthrose aufgeführt.

Der den Kläger ab Ende Mai 1995 behandelnde Dr. H. ___ diagnostizierte im Zeugnis vom 30. Januar 1998 (Urk. 30/1/31) rezidivierende Sinusitiden mit schwerer Beeinträchtigung des Allgemeinzustands bei traumatisch bedingter Entzündungsstörung der Nasennebenhöhlen nach Schädel-Hirntrauma mit Nasenbeinfraktur am 14. Oktober 1993, wobei er auf prolongierte Infekte der oberen Luftwege mit chronisch-rezidivierenden eitrigen Sinusitiden hinwies, derentwegen eine

Anmeldung des KlÄrger beim Kantonsspital 'BB.____' zur Nasenoperation erfolgt sei. Hinweise auf einschlägige Vorakten finden sich keine ("FrÄhere Behandlung: MÄglichlicherweise ja, Namen der Aerzte nicht bekannt."). Zur ArbeitsunfÄhigkeit verwies Dr. H.____ auf diverse, vor allem im Laufe des Vorjahres (d.h. ungefÄhr ab Anfang 1997) zuhanden der 'CC.____' ausgestellte Atteste. Im Bericht vom 5. Mai 1998 (Urk. 30/1/30) nannte Dr. H.____ nebst einer am 14. Oktober 1993 zugezogenen Nasen- und Knieverletzung eine seinerzeit erlittene Commotio cerebri (HirnerschÄtterung) und gab an, posttraumatisch seien chronisch-rezidivierende akute Sinusitiden der Kiefer- und StirnhÄhlen mit teils sehr starker BeeintrÄchtigung des Allgemeinzustands und lÄnger dauernden ArbeitsunfÄhigkeiten aufgetreten, wobei sich die infektiÄsen RÄckfÄlle bei unterschiedlichem Ansprechen auf konservative Sinusitidenbehandlungen (z.T. mittels lÄnger dauernder, hochdosierter Antibiotikatherapien) 1997/98 immer mehr gehÄuft und zu massiven LohnausfÄllen gefÄhrt hÄtten. Im Anschluss an die am 17. Februar 1998 in der Klinik fÄr Ohren-, Nasen-, Halsheilkunde und Gesichtschirurgie des Kantonsspitals 'BB.____' durchgefÄhrte Operation sei es dann aber zu einer deutlichen Besserung des Allgemeinzustands gekommen. BezÄglich Zeitpunkt und Dauer angefallener ArbeitsunfÄhigkeiten verwies Dr. H.____ auf vom KlÄrger selbst angefertigte Äbersichten (vgl. Urk. 11/2 = 11/8/4 = 13/6a-f und 30/10/3). Am 20. Juli 1998 berichtete Dr. H.____, er habe den KlÄrger am 24. Mai 1995 erstmals gesehen. Dieser habe damals an einem grippalen Infekt mit Hauptbeteiligung der oberen Luftwege gelitten, wovon er sich nur schlecht erholt habe; eine Besserung sei erst nach der Verabreichung von Antibiotika eingetreten. Im Januar 1996 habe der KlÄrger neuerlich einen grippalen Infekt durchgemacht (Besserung nach Antibiotikagabe) und bereits im Februar 1996 sei wieder eine Pansinusitis diagnostiziert worden (erneute Antibiotikaverabreichung). Mitte August 1996 sei es zu einem weiteren febrilen, vermutlich viralen Infekt mit Gliederschmerzen, Nausea, MÄdigkeit und Durchfall gekommen (symptomatische Therapie). Ein erneuter grippaler Infekt mit Gliederschmerzen, MÄdigkeit, Durchfall, Nausea sowie Thoraxschmerzen und protrahiertem, 3- bis 4-wÄchigem Heilungsverlauf im MÄrz 1997 habe dann zur Äberweisung an die Klinik fÄr Ohren-, Nasen-, Halsheilkunde und Gesichtschirurgie des Kantonsspitals 'BB.____' gefÄhrt, wo eine wiederum floride Sinusitis maxillaris und frontalis links diagnostiziert, eine eigentliche ImmunschwÄche aber ausgeschlossen worden sei. Gegen das mitunter in Betracht gezogene Vorhandensein psychogener Ursachen der InfektanfÄlligkeit habe sich der KlÄrger mit dem Hinweis entschieden verwahrt, dass er seine frÄhere DrogenabhÄngigkeit lÄngst Äberwunden und weder berufliche noch familiÄre Probleme habe. Bereits im Mai 1997 habe wieder eine Sinusitis-Erkrankung (v.a. Sinusitis frontalis links) behandelt werden mÄssen, und im Juni 1997 sei ein erneutes KrankheitsgefÄhl infolge Sinusitis aufgetreten. Auch nach weiteren fachÄrztlichen AbklÄrungen (bei Dr. med. W.____, Facharzt fÄr Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, Hals- und Gesichtschirurgie, '____', und Dr. med. X.____, Facharzt fÄr Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, '____'/DD.____) sei es weiterhin zu rezidivierenden Infektionen mit fast andauernder hochdosierter Antibiotikabehandlung gekommen, wobei der KlÄrger allgemein stark reduziert gewesen sei und immer lÄngere ArbeitsausfÄlle aufgewiesen habe. Trotz Kenntnis des 1993 erlittenen Autounfalls mit Nasenbeinfraktur und Commotio cerebri habe Dr. H.____ zunÄchst nicht an einen Zusammenhang mit den spÄteren Erkrankungen gedacht. Im Zuge einer vom 20. bis zum 22. Januar 1998 dauernden stationÄren AbklÄrung in der Medizinischen Abteilung des Kantonsspitals 'BB.____' sei dann aber eine traumatische

Genese der chronischen Sinusitis (im Sinne rezidivierender akuter Sinusitiden) angenommen worden. Nach der am 17. Februar 1998 in der Klinik für Ohren-, Nasen-, Halsheilkunde und Gesichtschirurgie des Kantonsspitals 'BB.____' durchgeführten Operation (endonasale Ethmoidektomie beidseits sowie Septo-Rhinoplastik mit Häufkerabtragung und Unterfrakturierung des Sattels) sei es dem Kläger dann deutlich besser gegangen, und es sei eine anscheinende Heilung eingetreten. Bald habe sich der Kläger aber wieder mehrmals, allgemein krank und leistungsunfähig gefühlt, worauf weitere Abklärungen vorgenommen worden seien. Gemäss Angabe des Klägers habe man in der Klinik für Neurologie des Kantonsspitals 'BB.____' nach gründlicher Abklärung das Allgemeinbefinden und die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende Nachwirkungen des Verkehrsunfalls von 1993 postuliert. Überraschenderweise solle man dem Kläger dort wegen bleibender Erwerbsunfähigkeit eine Invalidenversicherungsanmeldung zum Rentenbezug empfohlen haben. Rückblickend - so berichtete Dr. H.____ weiter - werde der Krankheitsverlauf immer undurchsichtiger und geheimnisvoller. Nach Abheilung der ersten akuten Unfallverletzungen und offenbar fast 3-jährigem Intervall habe im Mai 1995 eine in der Folge immer häufiger und schwerer exazerbierende Infektionsserie begonnen. Dieser habe man die teils langdauernden Arbeitsausfälle zugeschrieben, wobei allerdings Dr. W.____ schon im Juni 1997 vermutet habe, dass die Erkrankung des Klägers womöglich nicht nur infektiös bedingt sei. Nach der zur Einstellung der Infektionen führenden chirurgischen Sanierung der oberen Luftwege seien dann trotz des offenbar jahrelangen relativ beschwerdefreien Intervalls Nachwirkungen eines erlittenen Schädel-Hirntraumas als einzige Ursache der Leistungseinbusse postuliert worden. Nach der eigenen Beurteilung von Dr. H.____ liege ein kompliziertes, multifaktorielles Geschehen vor, wobei für die Erkrankung und Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit vermutlich hauptsächlich Unfallfolgen verantwortlich zu machen seien (Urk. 30/1/22; vgl. auch Schreiben vom 24. Juli 1998 [Urk. 30/1/23]).

Gemäss Operationsbericht des Dr. I.____ von der Klinik für Ohren-, Nasen-, Halsheilkunde und Gesichtschirurgie des Kantonsspitals 'BB.____' vom 17. Februar 1998 (Urk. 30/1/28) wurde dort gleichentags eine endonasale Ethmoidektomie beidseits sowie Septo-Rhinoplastik mit Häufkerabtragung und Unterfrakturierung des Sattels durchgeführt. Laut Austrittsbericht der Dres. I.____ und J.____ vom 4. März 1998 (Urk. 30/1/27) soll der Kläger im Anschluss an ein beim Unfall vom 14. Oktober 1993 erlittenes Schädel-Hirntrauma ab Januar 1995 an rezidivierenden, teils mehrwöchigen Episoden eitriger Sinusitiden gelitten haben, wobei er im Intervall jedoch beschwerdefrei gewesen sei, ohne Hinweise auf eine chronische, polypöse Sinusitis. Im Zwischenbericht vom 3. Juli 1998 (Urk. 30/1/24) wies Dr. I.____ auf den nach gutem postoperativem Heilungsverlauf erfolgten Behandlungsabschluss hin und schlug eine neurologische Schleudertraumaabklärung vor.

Aus dem Bericht der Dres. K.____ und L.____ von der Klinik für Orthopädische Chirurgie des Kantonsspitals 'BB.____' vom 24. April 1998 (Urk. 30/1/9; betreffend die im Zuge einer vom 6. bis zum 11. April 1998 dauernden Hospitalisation am 7. April 1998 durchgeführte Arthroskopie des rechten Kniegelenks und Adhäsionslyse sowie Arthroskopie des OSG links und USG-Bandplastik mit Peroneus brevis-Transplantat) geht nichts über einen reduzierten Allgemeinzustand, Kognitions- oder anderweitige Störungen hervor. Auch dem Untersuchungsbericht der Dres. L.____ und M.____ vom 9.

Juni 1998 (Urk. 11/8/3 = 30/10/2 = 30/1/8) ist nichts Dergleichen zu entnehmen.

Der Allgemeinmediziner Dr. N.____ - zu dem sich der KlÄger nach seinem Umzug von '____'/AA.____' nach '____'/BB.____' per 1. Februar 1998 (vgl. Schriftenempfangsschein vom 11. Februar 1998 (Urk. 30/3) am 22. Mai 1998 in Behandlung begeben hatte - Äberwies den KlÄger mit Schreiben vom 25. Mai 1998 (Urk. 30/1/6) an die Klinik fÄr Neurologie des Kantonsspitals 'BB.____' und ersuchte um AbklÄrung folgender geklagter Beschwerden: Kopfschmerzen, Äbelkeit (hÄufiger Brechreiz) sowie Schwindel und KonzentrationsstÄrungen. Er legte dar, der unter verminderter Kraft im ganzen KÄrper leidende KlÄger habe am 14. Oktober 1993 womÄglich (nebst einer Commotio cerebri) ein Schleudertrauma erlitten. Im Bericht zuhanden der Invalidenversicherung vom 14. September 1998 (Urk. 11/8/1 = 30/10) diagnostizierte Dr. N.____ unter anderem einen Zustand nach Autounfall am 14. Oktober 1993 mit Commotio cerebri, frontalem Nasentrauma (mit Septumfraktur), PatellatrÄmmerfraktur rechts, OSG-Bandruptur links und Verdacht auf Schleudertrauma, mit nun zunehmenden, multiplen psychischen und somatischen Beschwerden (chronisches neurasthenisches Syndrom). Dazu fÄhrte er aus, im Vordergrund stÄnden subjektive Beschwerden wie GanzkÄrpermÄdigkeit, SchwÄche, Schwankschwindel, Nausea und Brechattacken, Kopfschmerzen, LÄrmempfindlichkeit und in zunehmendem Masse ausgeprÄgte KonzentrationsstÄrungen bis hin zu (von Dr. N.____ selbst allerdings nicht bemerkten) WortfindungsstÄrungen. Grob-pathologische neurologische Befunde wurden von Dr. N.____ verneint (keine Reflexanomalien oder SensibilitÄtsstÄrungen, unauffÄllige Hirnorgane). Hingegen beschrieb er neuropsychologische AuffÄlligkeiten (wie unaufhÄrlicher Redefluss, Abweichen vom Thema, bisweilen inadÄquate Antworten, anscheinende Zerstreutheit). Im Weiteren gab Dr. N.____ an, der seiner Meinung nach stationÄre bis besserungsfÄhige Gesundheitsschaden bestehe seit dem Autounfall vom 14. Oktober 1993, wobei der KlÄger 1994 allerdings lÄckenlos als Versicherungsexperte habe arbeiten kÄnnen und erst 1995 zunehmend der Arbeit fern geblieben sei; 1996 sei er insgesamt drei Monate, 1997 gesamthaft acht Monate und 1998 ununterbrochen arbeitsunfÄhig gewesen.

GemÄss den Anamneseangaben im Krankengeschichteintrag der Dres. O.____, P.____ und Q.____ von der Klinik fÄr Neurologie des Kantonsspitals 'BB.____' vom 8./10. Juni 1998 (Urk. 11/7 = 11/8/2 = 30/10/1) soll der KlÄger ab 1994 wieder lÄckenlos gearbeitet haben. Ab 1995 sei er der Arbeit zunehmend fern geblieben (1995: 1 Mt.; 1996: 3 Mte.; 1997: 8 Mte.; 1998: praktisch ununterbrochen). Seit 1995 habe der KlÄger an chronisch rezidivierenden akuten Sinusitiden der Kiefer- und StirnhÄhlen mit starker BeeintrÄchtigung des Allgemeinzustands gelitten (Notwendigkeit zuweilen lÄnger dauernder, hochdosierter Antibiotikatherapien). Die im Februar 1998 durchgefÄhrte Septo-Rhinoplastik (mit endonasaler Ethmoidektomie beidseits) habe keine Änderung der multiplen Beschwerden gebracht, subjektiv gar eher zu einer Progredienz gefÄhrt. Der KlÄger klagte Äber GanzkÄrpermÄdigkeit, eine ausgeprÄgte Asthenie sowie Äber Dauerschwankschwindel, ausgeprÄgte KonzentrationsstÄrungen, Reizbarkeit, Nausea und kopfschmerzunabhÄngige Brechattacken, phasenweise auftretende bifokale Kopfschmerzen (ohne pulsierenden Charakter, mit LÄrmempfindlichkeit, aber ohne Lichtscheu). Drei Wochen vor der Untersuchung sei es laut den Angaben des KlÄgers nach Computerarbeiten zu einer 1-stÄndigen Flimmerkotomen-Attacke auf beiden Augen mit Ausfall der linken GesichtshÄlfte gekommen; bei Tunneldurchfahrten sehe der

Kläger verschwommen. All diese Symptome hätten vor dem Autounfall vom 14. Oktober 1993 nicht bestanden und hätten insbesondere in den letzten Monaten vor der Untersuchung (vom 8. Juni 1998) zugenommen; die Rhinoplastik habe überhaupt keinen Einfluss gehabt. Der in der Klinik für Neurologie des Kantonsspitals 'BB. ___' am 8. Juni 1998 erhobene neurologische Befund blieb bis auf positive Trendelenburg-Zeichen (allerdings nach erst zwei Wochen zurückliegender Fussoperation) und einem nach rechts lateralisierten Weber-Versuch unauffällig. In der entsprechenden Beurteilung wurde festgehalten, der Kläger leide an einem chronisch-neurasthenischen Syndrom mit multiplen somatischen Beschwerden, welche teils auf akute Sinusitiden zurückgeführt worden seien, jedoch nach entsprechendem Eingriff mit Sistierung der Sinusitiden nicht gebessert hätten. Die anamnestischen Angaben zum Unfallhergang (Frontalkollision mit Anschlagen des Kopfes) liessen nicht auf ein Schleudertrauma schliessen. Neuropsychologisch sei der Kläger auffällig, teils logorrhöisch, pedantisch, leicht reizbar. Eine Contusio cerebri sei aufgrund des ausgeprägten neurasthenischen Beschwerdebilds nicht auszuschliessen. Im Weiteren wurden eine cranio-cerebrale Kernspintomographie sowie eine neuropsychologische Untersuchung vorgesehen. Anlässlich der im Kantonsspital 'BB. ___' am 30. Juni 1998 getätigten neuropsychologischen Untersuchung habe der Kläger angegeben, nach dem Unfall zeitweise voll gearbeitet zu haben ("auf Biegen und Brechen"), doch sei dies dann einfach nicht mehr gegangen. Die durchgeführten spezifischen Testungen würden auf mittelschwere Funktionsstörungen schliessen lassen. Im Vordergrund ständen Störungen der exekutiven Funktionen, insbesondere der verbalen Fluenz, der sprachlichen Gedächtnis- und der komplexeren Aufmerksamkeitsbereiche; spezifische Wahrnehmungs-, Sprach- oder Rechenstörungen liessen sich dagegen nicht objektivieren. Neben den beschriebenen kognitiven Defiziten würden vor allem gewisse Verhaltensbesonderheiten auffallen, und die Belastbarkeit sei wegen Über- und starker Ermüdbarkeit eingeschränkt. Aufgrund der ausgeprägten, teilweise doch eher umschriebenen neuropsychologischen Funktionsstörungen könne eine posttraumatische Hirnfunktionsstörung aus neuropsychologischer Sicht nicht ausgeschlossen werden. Abschliessend wurde eine Arbeits(un)fähigkeit von 50 % attestiert (Bericht von lic. phil. R. ___ vom 9. Juli 1998 [Urk. 30/10/4]). Im Zeugnis vom 17. Juli 1998 (Urk. 30/1/5) bekräftigte Dr. P. ___ die weitgehend unauffälligen klinisch-neurologischen Befunde, verwies auf die anlässlich der neuropsychologischen Testung vom 30. Juni 1998 festgestellten mittelschweren Funktionsstörungen und bezeichnete das Ergebnis des am 30. Juni 1998 durchgeführten Schädel-MRI als normal.

Im Bericht zuhanden der Invalidenversicherung vom 4./5. November 1998 (Urk. 11/9/1 = 11/9/2 = 30/14) führte der Internist Dr. 'EE. ___' Stati nach Autounfall mit Frontalzusammenstoss, Commotio et Contusio cerebri, komplizierter Patellarfraktur rechts, offener Nasennebenhöhlenverletzung auf und diagnostizierte eine posttraumatische Hirnverletzung mit mittelschwerer Hirnfunktionsstörung. Seit 1993 habe der Kläger immer wieder versucht, seine Arbeit aufzunehmen, doch sei es ihm wegen der schwer mess- und fassbaren Symptome der Hirnfunktionsstörung (wie rasche Ermüdbarkeit, Konzentrations- und Gedächtnisprobleme, Zerstretheit und Aggressivität bei Überlastung) nicht gelungen, seine frühere Performance als Agenturinhaber und vormals aussergewöhnlich guter Verkäufer wieder zu erreichen. Vielmehr sei die berufliche Leistung erwartungsgemäss immer mehr abgefallen, trotz an sich positivem sozialem Umfeld. Das Mass der Arbeitsfähigkeit sei naturgemäss nur schwer zu

bezeichnen, betrage in den bisherigen Tätigkeiten aber maximal 20-25 %.

3.3.6. Den weiteren einschlägigen Unterlagen ist in Bezug auf die Arbeits(un)fähigkeit des Klägers in der Zeit zwischen 10. Januar 1994 und Ende Februar 1995 beziehungsweise Februar/März 1997 im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

In der Gesundheitserklärung zuhanden der Beklagten 2 vom 1. März 1995 (Urk. 11/4) bezeichnete sich der Kläger selbst als "voll arbeitsfähig" und "vollständig gesund". Er gab an, gegenwärtig weder an einer Krankheit noch an Krankheits-, Operations- oder Unfallfolgen zu leiden. Im Übrigen verwies er darauf, beim Unfall vom Oktober 1993 die Kniescheibe gebrochen und 1990 an einer Mittelohrentzündung gelitten zu haben, wobei er als Referenz Dr. E. ___ benannte.

In der Anmeldung zuhanden der Invalidenversicherung vom Juli 1998 (Urk. 11/6 = 13/2 = 30/2) machte der Kläger mittelschwere Funktionsstörungen (posttraumatische Hirnfunktionsstörung) geltend und gab an, die Behinderung habe zum ersten Mal 1 1 / 2 Jahre nach dem Autounfall vom Oktober 1993 eingesetzt (d.h. im April 1995; S. 5 Ziff. 7).

In den vom Kläger am 7. Juni 1998 selbst angefertigten Übersichten (Urk. 11/2 = 11/8/4 = 13/6a-f = 30/10/3) sind bis März 1997 folgende Arbeitsausfälle verzeichnet:

- 14.10.1993-31.12.1993 100 %
- 01.01.1994-08.01.1994 50 %
- 18.05.1995-11.06.1995 100 %
- 21.10.1995-21.10.1995 100 %
- 16.12.1995-19.12.1995 100 %
- 11.01.1996-21.01.1996 100 %
- 31.01.1996-04.02.1996 100 %
- 10.02.1996-14.02.1996 100 %
- 03.07.1996-04.07.1996 100 %
- 10.08.1996-13.08.1996 100 %
- 07.01.1997-12.01.1997 100 %
- 04.03.1997-31.03.1997 100 %.

Im 'Unfallschein UVG' (Urk. 11/20/4 = 11/20/7) sind nach dem initialen Arbeitsausfall (Oktober 1993 bis Januar 1994) erst ab Ende Mai 1995 wieder Arbeitsunfähigkeiten registriert, und im Arbeitgeberbericht der 'CC. ___' zuhanden der Invalidenversicherung vom 6. Oktober 1998 (Urk. 13/7 = 30/12; samt Beiblatt) werden erstmals ab Oktober 1996 Absenzen ausgewiesen.

E. 3.3.7

Retrospektive Beurteilungen der Arbeitsunfähigkeit sind erfahrungsgemäß schwierig, weshalb diesbezügliche medizinische Begutachtungen erhöhten Ansprüchen genügen müssen. In entsprechenden Gutachten sollten grundsätzlich alle zur Verfügung stehenden Informationsquellen berücksichtigt sein, wie die Krankengeschichten der behandelnden Ärztinnen und Ärzte, ausführende Patienten-,

Fremd- und Sozialanamnesen und die vollständigen Akten der involvierten Sozialversicherer und Behörden (allenfalls inkl. Unterlagen der Krankenversicherer; vgl. Urteil des EVG vom 26. Juli 2004 in Sachen K. [I 200/03] Erw. 4.5). Nach den Erkenntnissen der medizinischen Forschung ist zudem bekannt, dass bei Schleudertraumen der Halswirbelsäule (HWS), solchen äquivalenten Verletzungen (wie Kopfanprall mit Abknickung der HWS, HWS-Distorsion) und Schädel-Hirntraumen (mit jenen eines Schleudertraumas vergleichbaren Folgen) Jahre nach dem Unfall funktionelle Ausfälle verschiedenster Art auftreten können (vgl. BGE 117 V 363 Erw. 5d/aa), was die rückwirkende Arbeitsfähigkeitsbeurteilung zusätzlich erschwert.

In dem die S.____-Gutachten vom 30. Juni 1999 (Urk. 11/3 = 30/35) beziehungsweise 3. August 1999 (Urk. 2/4 = 11/11) einleitenden, vom Rheumatologen Dr. med. Z.____ verfassten Aktenauszug (je S. 1 ff. Ziff. 1) werden die einschlägigen medizinischen Vorakten referiert und in den wesentlichen Zügen zutreffend zusammengefasst (je S. 1-8 Ziff. 1.2); daneben wird auf den Zeitpunkt der Leistungsanmeldung bei der Invalidenversicherung eingegangen (je S. 1 Ziff. 1.1) sowie auf den beruflichen Werdegang Bezug genommen (je S. 8 Ziff. 1.3). Allerdings wird unter dem Titel "Verfälgungen und weitere Entscheide" in beiden Gutachten ausschliesslich auf den Gutachtensauftrag der SVA, IV-Stelle, vom 16. Dezember 1998 hingewiesen, deren Hauptinteresse erklärtermassen der Einschätzung der fortan noch zumutbaren Arbeitsfähigkeit hinsichtlich der angestammten wie allerbranchenverwandter Verweisungstätigkeiten gegolten habe (je S. 8 f. Ziff. 1.4). Das Augenmerk der involvierten Gutachter scheint bei dieser Ausgangslage demnach nicht auf die hier primär interessierende Frage der rückblickenden Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit gerichtet gewesen zu sein.

Die in den MEDAS-Begutachtungen vom Pdiater Dr. med. Y.____ niedergelegten Anamneseangaben ("Familien- und Sozialanamnese" [je S. 9 Ziff. 2.1], "Berufliche Anamnese" [je S. 9 f. Ziff. 2.2] und "Krankheitsanamnese" [je S. 10 ff. Ziff. 2.3]) beschränken sich erklärtermassen auf die Wiedergabe persönlicher Angaben des Klägers (je S. 9 Ziff. 2: "Subjektive Angaben des Versicherten"), enthalten mithin keine dessen subjektive Darstellung untermauernden fremdanamnestischen Auskünfte oder sonstige Quellenangaben. So fehlt etwa jede Stütze der - bei den fachspezifischen Beurteilungen (Urk. 2/4 = 11/11 und 11/3 = 30/35, je S. 21 und S. 23 Ziff. 3.6) wie auch bei der Gesamtbetrachtung gemäss Erstgutachten eine tragende Rolle spielenden (Urk. 11/3 = 30/35, je S. 27 Ziff. 5) - klägerischen Angabe, wonach er schon nach der Arbeitswiederaufnahme Anfang 1994 eine Veränderung in dem Sinne bemerkt habe, dass er mangels Konzentrationsvermögens und verlorener Übersicht nicht mehr habe telefonisch akquirieren können und die Agententätigkeit bei der 'A.____' 1995 aus gesundheitlichen Gründen habe aufgeben müssen (Urk. 2/4 = 11/11 und 11/3 = 30/35, je S. 10 Ziff. 2.2). Ebenso mangelt es an einer Bekräftigung der gewichtigen subjektiven Aussage, wonach der Kläger - nachdem er nach seiner Entlassung aus dem Kantonsspital 'AA.____' (am 28. Oktober 1993) unter chronischer Müdigkeit gelitten habe, lärm- und lichtempfindlich sowie reizbar gewesen sei - Dr. E.____ weinend, aber vergeblich zu erklären versucht habe, dass mit ihm etwas nicht mehr stimme, was der ratlos und untätig gebliebene Arzt aber nicht "gecheckt" habe (Urk. 2/4 = 11/11 und 11/3 = 30/35, je S. 11 Ziff. 2.2).

Dass die S.____-Gutachter im ersten Gutachten (Urk. 11/3 = 30/35) eine hochgradige Arbeitsunfähigkeit des Klägers als Versicherungsfachmann attestierten, ohne sich konkret zum zeitlichen Verlauf auszulassen, und in ihrer zweiten Expertise (Urk. 2/4 = 11/11) dann ohne nähere Begründung angaben, die von ihnen Mitte 1999 vorgefundene (mindestens) 80%ige Arbeitsunfähigkeit habe durchgehend seit dem Unfalltag bestanden, vermag im Ganzen weder aus sich selbst heraus noch im Kontext der weiteren Akten zu überzeugen. Diagnostisch gingen die S.____-Gutachter anhand einzelner Anhaltspunkte (längere Bewusstlosigkeit, psychiatrische und neuropsychologische Befunde) wohl letztlich von einer erlittenen Hirnquetschung aus (Contusio cerebri), doch fällt auf, dass in den initialen Arztberichten (Urk. 30/1/12 und 30/1/19-20) lediglich von einer Hirnerschütterung (Commotio cerebri) die Rede war, keine klinisch-neurologischen Anomalien ausgemacht werden konnten und auch die mehrfache Abklärung mittels bildgebender Verfahren (Schädel-CT, -MRI) kein objektives Substrat (wie Herdbefunde, intracraniale Verletzungen) erbrachte. Etwaige Unsicherheiten und Unklarheiten bei der Beantwortung der heiklen Frage der konkreten Entwicklung der Arbeitsunfähigkeit nach rund 5

E. 3.4

Zusammengefasst kann die zur Invalidität führende Arbeitsunfähigkeit demnach nicht als während der Anstellung bei der 'A.____' und Versicherungszeit bei der Beklagten 1 (bis Ende Februar 1995) eingetreten gelten.

Im Ergebnis führt dies zur Abweisung der gegen die Beklagte 1 gerichteten Klage.

4. Das Verfahren ist kostenlos und entschuldigungsfrei (Art. 73 Abs. 2 BVG [welche Bestimmung im Rahmen der 1. BVG-Revision unverändert geblieben ist] in Verbindung mit § 33 f. GSVGer).

Das Gericht beschliesst:

1. Auf die Klage gegen die Beklagte 2 wird nicht eingetreten.
2. Schriftliche Mitteilung und Rechtsmittelbelehrung gemäss nachfolgendem Erkenntnis.
und erkennt sodann:

1. Die Klage gegen die Beklagte 1 wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Fürsprecher Thomas Laube
- Rechtsanwältin Dr. Isabelle Vetter-Schreiber
- Vorsorgestiftung der Basler, Versicherungs-Gesellschaft
- Bundesamt für Sozialversicherung (BSV)

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Eidgenössischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde eingereicht werden.

Die Beschwerdeschrift ist dem Eidgenössischen Versicherungsgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in 3-facher Ausfertigung zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Person oder ihres Vertreters zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Entscheides und der dazugehörige Briefumschlag sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die beschwerdeführende Person sie in Händen hat (Art. 132 OG in Verbindung mit Art. 106 OG und Art. 108 OG).

E. 4

-jähriger Zeitspanne bleiben in den MEDAS-Beurteilungen gleichsam ausgeblendet. Die erst nach Jahren rückwirkend festgestellte durchgehende medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit orientiert sich einseitig und ohne Bezugnahme auf, geschweige denn Auseinandersetzung mit möglichen gegenteiligen Anhaltspunkten schwergewichtig an subjektiven Schilderungen des Klägers. Dabei ist einerseits zu bedenken, dass das menschliche Erinnerungsvermögen - vor allem mit Bezug auf Details und Einzelheiten eines Geschehens - im Zeitverlauf an Konturen verliert und eine allfällige überzeichnete Darstellung des früheren Beschwerdeaufkommens durch den in Versicherungsangelegenheiten bewanderten Kläger zu einer Zeit, da Sozialversicherungsverfahren bereits im Gang waren, nicht auszuschliessen ist. Andererseits finden sich in den Akten verschiedene Hinweise auf ein von Januar 1994 bis mindestens April/Mai 1995 bestandenes praktisch beschwerdefreies oder zumindest -armes Intervall. Dass Dr. E. ___ trotz der an ihn gerichteten ausdrücklichen Empfehlung gemäss Austrittsbericht des Kantonsspitals 'AA. ___' (vom 3. November 1993 [Urk. 30/1/20]), neurologischen Auffälligkeiten gegebenenfalls nachzugehen, eindringliche einschlägige Beschwerdeäusserungen des Klägers gleichsam ignoriert haben und untätig geblieben sein soll, scheint wenig plausibel, zumal der damalige Hausarzt durchaus spezialärztliche Abklärungen initiiert hatte (so die orthopädische Hüftabklärung bei Dr. F. ___; vgl. Urk. 30/1/15). Weder den Zeugnissen und Berichten von Dr. E. ___ (vom 17. November 1993 [Urk. 30/1/18], 12. Januar 1994 [Urk. 30/1/17], 9. März 1994 [Urk. 30/1/16], 22. Juni 1994 [Urk. 30/1/11], 28. September 1994 [Urk. 30/1/12] und 25. Oktober 1995 [Urk. 30/1/14]) noch dem Bericht von Dr. F. ___ (vom 19. Mai 30/1/15 [Urk. 30/1/15]) noch dem Bericht von Dr. G. ___ betreffend Osteosynthesematerialentfernung (vom 25. Mai 1994 [Urk. 10/1/13]) lassen sich irgendwelche Hinweise auf relevante neurologische, neuropsychologische oder psychische Beschwerdeangaben respektive erkennbare kognitive Störungen entnehmen. Der den Kläger ab Ende Mai 1995 behandelnde Dr. H. ___ hob seinerseits wiederholt die bis dahin anscheinend bestandene weitgehende Beschwerdefreiheit hervor (Zeugnisse, Berichte und Schreiben vom 30. Januar 1998 [Urk. 30/1/31], 5. Mai 1998 [Urk. 30/1/30] und 20. Juli 1998 [Urk. 30/1/22]; vgl. auch Schreiben vom 24. Juli 1998 [Urk. 30/1/23]), wobei er betreffend Zeitpunkt und Dauer angefallener Arbeitsunfähigkeiten integral auf die vom Kläger selbst verfassten Übersichten verwies, worin von Januar 1994 bis April/Mai 1995 keine Ausfälle verzeichnet sind (Urk. 11/2 = 11/8/4 = 13/6a-f und 30/10/3). Darüber hinaus betonte Dr. H. ___, dass sich der Kläger gegen das Vorhandensein psychischer Beeinträchtigungen entschieden verwahrt habe. Von einem beschwerdefreien Intervall vor dem Auftreten rezidivierender Nasennebenhöhleninfekte ist auch im Operationsbericht von Dr. I. ___ von der Klinik für Ohren-, Nasen-, Halsheilkunde und Gesichtschirurgie des Kantonsspitals 'BB. ___' (vom 17. Februar 1998 [Urk. 30/1/28]) die Rede. Dr. N. ___ berichtete in der Folge zwar über einen seit dem Autounfall vom 14. Oktober 1993 bestehenden Gesundheitsschaden, relativierte den zeitlichen Zusammenhang aber dahingehend, dass der Kläger 1994/95

seiner Arbeit zunächst wieder läckenlos habe nachgehen können (Bericht vom 14. September 1998 [Urk. 11/8/1 = 30/10]; vgl. Überweisungsschreiben vom 25. Mai 1998 [Urk. 30/1/6]). Auch den Anamneseangaben der Dres. O., P. und Q. zufolge soll der Kläger 1994/95 vorerst durchgehend gearbeitet haben, bevor es nach dem Wechsel zur 'CC.' zu zunehmenden Absenzen gekommen sei (Krankengeschichteseintrag vom 8./10. Juni 1998 [Urk. 11/7 = 11/8/2 = 30/1/1]). Erstmals im neuropsychologischen Abklärungsbericht von lic. phil. R. (vom 9. Juli 1998 [Urk. 30/1/4]) ist - allerdings gestützt auf rein subjektive Angaben - von einer bereits längere Zeit beeinträchtigten Leistungsfähigkeit die Rede (vgl. auch Zeugnis von Dr. P. vom 17. Juli 1989 [Urk. 30/1/5]). Entsprechendes wurde dann auch von Dr. 'EE.' kolportiert, welcher ohne weiteren Beleg auf seit Oktober 1993 bestehende Symptome einer Hirnfunktionsstörung hinwies (Bericht vom 4./5. November 1998 [Urk. 11/9/1 = 11/9/2 = 30/14]). Diesen Inkonsistenzen sind die S.-Gutachter nicht weiter nachgegangen. Und auch dem Umstand, dass sich der Kläger selbst in seiner am 1. März 1995 zuhanden der Beklagten 2 abgegebenen Gesundheitserklärung (Urk. 11/4) als "voll arbeitsfähig" und "vollständig gesund" bezeichnet hatte, schenken die S.-Gutachter keine Beachtung. Ebenso wenig der Tatsache, dass keinerlei Feststellungen oder Ermahnungen seitens der 'A.' betreffend seinerzeit in Erscheinung getretener Leistungsdefizite aktenkundig sind und der Kläger noch in der Invalidenversicherungsanmeldung vom Juli 1998 (Urk. 11/6 = 13/2 = 30/2) angegeben hatte, die hirnleistungsbedingte Behinderung habe erstmals 1 1/2 Jahre nach dem Unfall vom Oktober 1993 eingesetzt, mithin im April 1995 (d.h. nach dem Wechsel zur 'CC.'). Dass im 'Unfallschein UVG' (Urk. 11/20/4 = 11/20/7) erst wieder ab Ende Mai 1995 Arbeitsunfähigkeiten verzeichnet sind und im Arbeitgeberbericht der 'CC.' (Urk. 13/7 = 30/12; samt Beiblatt) erstmals ab Oktober 1996 Absenzen ausgewiesen werden, haben die S.-Gutachter bei ihrer Würdigung genauso ausser Acht gelassen. Bei der erst nach Jahren rückwirkend festgestellten medizinisch-theoretischen Arbeitsunfähigkeit sind folglich etliche zur Verfügung stehende Informationsquellen unberücksichtigt geblieben respektive nicht angemessen gewürdigt worden.

3.3.8.8. Alles in allem indizieren die vorhandenen Akten mithin keinen überwiegend wahrscheinlichen engen zeitlichen Zusammenhang zwischen der unmittelbar im Anschluss an den Unfall vom 14. Oktober 1993 im Rahmen der Berufsvorsorgeversicherung bei der Beklagten 1 vorgelegenen Arbeitsunfähigkeit (100 % bis 31. Dezember 1993, 50 % bis 9. Januar 1994) und der später, nach Beendigung des entsprechenden Versicherungsverhältnisses (per 28. Januar 1995) eingetretenen Invalidität.

Zwar mögen Betroffene neuropsychologische Defizite mitunter falsch einschätzen, doch bildet dies keine hinlängliche Erklärung dafür, warum sich der in Versicherungsbelangen geschulte Kläger im Fall einer bereits vorgelegenen relevanten Beeinträchtigung Anfang März 1995 als "voll arbeitsfähig" und "vollständig gesund" hätte bezeichnen sollen (Urk. 11/4). Entsprechendes gilt auch für dessen klare Angabe vom Juli 1998 betreffend erstmaligen Einsetzens der Behinderung im April 1995 (Urk. 11/6 = 13/2 = 30/2). Der klägerischerseits akzeptierte Behandlungsabschluss mit Einstellung einschlägiger Unfallversicherungsleistungen im Jahr 1994 (vgl. Urk. 30/1/10-11 und 30/1/13-14) und die nachfolgende unfallversicherungsrechtliche Rückfallqualifikation (Urk. 30/1/4) sprechen - hilfsweise - ebenfalls für ein erst nach vollzogenem Wechsel zur 'CC.' (per 1. März 1995) relevantes

Beschwerdeaufkommen. Der Vergleich der Superprovisions-Abrechnungen vom 29. November 1993 (Urk. 13/9) und 28. November 1994 (Urk. 13/10) lässt noch nicht auf ein bereits kurz nach dem Unfall erheblich (20 %), offensichtlich und dauerhaft reduziertes Leistungsvermögen schliessen, vermochte der Kläger die Anzahl Deckungen 1994 gegenüber 1993 doch markant zu steigern (487 Stk. [Vorgabe: 500 Stk.] gegenüber 178 Stk. [Vorgabe: 400 Stk.]). Der Umstand, dass er volumenmässig dennoch nur knapp zulegen (von Fr. 27'594.-- auf Fr. 30'021.--) und die erhobene Zielsetzung (Fr. 80'000.--, vormals Fr. 65'000.--) nicht erreichen konnte, muss nicht unbedingt auf gesundheitliche Gründe zurückzuführen sein, sondern kann genauso gut mit der Marktsituation zusammenhängen. Von weiteren Abklärungen in Bezug auf die Arbeitsbedingungen und -tätigkeit bei der 'A.____' sowie die dortige Verdienstentwicklung sind angesichts der geschilderten Beweislage keine weiterführenden, den Prozessausgang beeinflussenden Erkenntnisse mehr zu erwarten, zumal angesichts der inzwischen verstrichenen Zeit (sog. antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 122 II 469 Erw. 4a, 122 III 223 Erw. 3c, 120 Ib 229 Erw. 2b und 119 V 344 Erw. 3c, mit Hinweis; vgl. auch SVR 2001 IV Nr. 10 S. 28 Erw. 4b sowie BGE 124 V 94 Erw. 4b und 122 V 162 Erw. 1d, mit Hinweis).

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