

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2009.00015 vom 16. Oktober 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-10-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_BV.2009.00015

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2009.00015 du 16 octobre 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2009.00015 del 16 ottobre 2010

Erwägungen

E. 2

/

E. 3

%: Art. 37; vgl. Art. 28 Abs. 2 IVG; bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 1 IVG),

die Parteien weiter übereinstimmend davon ausgehen, dass die Anstellung der Klägerin bei der Y. AG am 31. Januar 2002 geendet hat, ohne dass unmittelbar anschliessend eine neue Arbeitsstelle angetreten worden wäre oder Arbeitslosenversicherungsleistungen bezogen worden wären, womit die Versicherungsunterstellung der Klägerin bei der Beklagten für die Risiken Tod und Invalidität unter Berücksichtigung der 1-monatigen Nachdeckung gemäss Art. 10 Abs. 3 BVG mithin bis 28. Februar 2002 gedauert hat (vgl. Art. 77 Abs. 1 Ziff. 3 des Schweizerischen Obligationenrechts [OR]),

der IV-Rentenverfugung vom 6. Juni 2006 (Urk. 15/111) respektive der diesbezügliche Einspracheentscheid vom 29. August 2008 (Urk. 15/119) der Beklagten zwar eröffnet wurden, den fraglichen Entscheiden für die vorliegende Beurteilung aber dennoch keine Verbindlichkeitswirkung zukommt, da diese keine auf die beklagte Leistungszuständigkeit hindeutenden IV-rechtlich relevanten Festlegungen enthalten (Wartezeitöffnung: Juli 2004; Urk. 15/106),

das Gleiche überdies auch hinsichtlich der mit Verfugung vom 14. Januar 2003 (Urk. 15/45) und Einspracheentscheid vom 17. März 2003 (Urk. 15/60) getroffenen Festlegungen gelten würde, wobei die Beklagte in die damalige Leistungsbeurteilung nicht einmal einbezogen worden war,

im IV-Leistungsentscheid gestützt auf die Gutachten des Spitals J. und des Dr. L. von einer aus somatischer Sicht 25-50%igen und aus psychiatrischer Sicht 50%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen wurde, wobei ausdrücklich in Rechnung gestellt wurde, dass in psychischer Hinsicht die konstatierten chronischen depressiven Verstimmungen ihrem Schweregrad nach die Krankheitskriterien einer mittelgradigen rezidivierenden depressiven Stimmung nicht erfüllen würden, sich im Zusammenhang mit dem prognostisch dubiosen Leberleiden (Kombination von Leberzirrhose mit Immunhepatitis) aber eine 50%ige Reduktion der anrechenbaren Arbeitsfähigkeit rechtfertige (Urk. 15/119/3 Ziff. II; vgl. auch Urk. 15/105/6-9 und 15/121/2),

im Gutachten des Spitals J. vom 13. Dezember 2005 (Urk. 15/102/1-6) eine Leberzirrhose (Child Stadium A) bei chronischem Alkoholkonsum (mit Abstinenz seit September 2004), zusätzlicher Autoimmunhepatitis, Status nach rezidivierenden gastrointestinalen Blutungen (bei erosiver Gastritis und portalhypertensiver Gastropathie)

und ausgeprägter Spidernaevibildung, ein chronisches zervikovertebrales und lumbosakrales Schmerzsyndrom, eine chronische depressive Entwicklung, rezidivierende Panikattacken, ein Nikotinabusus sowie ein Verdacht auf eine Refluxoesophagitis diagnostiziert wurden (Urk. 15/102/4-5 Ziff. 4),

ausgefÄ¼hrt wurde, die ArbeitsfÄ¼higkeit werde vor allem durch die Leberzirrhose, die chronischen rheumatischen Schmerzen und die depressive Entwicklung bestimmt, wobei sich seitens der Leberzirrhose jetzt ein kompensiertes Stadium zeige und die Lebersyntheseleistung normal sei (mit lediglich diskreten, wahrscheinlich im Rahmen der zusÄ¼tzlich diagnostizierten Autoimmunhepatitis zu interpretierenden entzÄ¼ndlichen VerÄ¼nderungen), eine Leberzirrhose indessen in der Regel zu einem chronischen MÄ¼digkeitssyndrom fÄ¼hre, das um so ausgeprägter sei, je dekompenzierter die Leberzirrhose sei, allerdings auch bei aktuell sehr guter Rekompensation eine gewisse MÄ¼digkeit erklÄ¼rbar sei, welche jedoch zu keiner vollstÄ¼ndigen ArbeitsunfÄ¼higkeit fÄ¼hre (Urk. 15/102/5 Ziff. 5),

sodann angemerkt wurde, dass sich seitens der rheumatischen Beschwerden objektiv nur sehr wenige Befunde zeigen wÄ¼rden, namentlich keine GelenksverÄ¼nderungen, keine Synovitiden und keine FunktionseinschrÄ¼nkungen der Gelenke bestÄ¼nden, mithin vor allem subjektive Beschwerdeangaben vorlÄ¼gen,

im Ergebnis aus rein somatischer Sicht eine leichte, 25%ige bis maximal 50%ige Einschränkung der ArbeitsfÄ¼higkeit und folglich zwischen 50 % und 75 % liegende (Teil-)ArbeitsfÄ¼higkeit seit 1. Januar 2005 (d.h. drei Monate nach dem Ende September 2004 erfolgten Austritt aus dem Spital I.____ mit Weiterbetreuung im Spital O.____; vgl. [Austritts-]Berichte der Dres. med. P.____ und Q.____ vom 30. September 2004 und 10. Januar 2005 [Urk. 15/87/15-21 und 15/102/9-17] betreffend die von 9. bis 27. September 2004 dauernde Hospitalisation im Spital I.____ und [Sozial-]Berichte der Dres. med. R.____, S.____ und T.____ sowie Sozialtherapeutin U.____ vom 9. und 10. November 2004 [Urk. 15/87/5-14] betreffend die von 11. Oktober bis 3. November 2004 dauernde Hospitalisation im Spital O.____) attestiert wurde (Urk. 15/102/5 Ziff. 5),

Dr. L.____'s psychiatrische Diagnosen auf ein AlkoholabhÄ¼ngigkeitssyndrom (abstinent seit Oktober 2004; ICD-10 F10.20), eine anhaltende somatoforme SchmerzstÄ¼rung (ICD-10 F45.4) und eine Dysthymia (ICD-10 F34.1) lauteten, wobei er daneben als somatische Diagnosen eine Leberzirrhose (Child Stadium A) bei chronischem Alkoholkonsum (mit Abstinenz seit Oktober 2004 und Autoimmunhepatitis), einen Status nach erosiver Gastritis und portalhypertensiver Gastropathie, eine ausgeprägte Spidernaevibildung sowie ein chronisches zervikovertebrales und lumbosakrales Schmerzsyndrom erwÄ¼hnte (Urk. 15/104/13 Ziff. 4),

er ausfÄ¼hrte, die KlÄ¼gerin leide an einem schweren, chronischen Leberleiden mit ungewisser Prognose, nachdem sie von 2000 bis Oktober 2004 schwer alkoholkrank gewesen (Typ Pegeltrinken mit exzessivem Konsum) und seither ohne RÄ¼ckfÄ¼lle abstinent sei und nachdem schon 1993 fÄ¼r etwa ein Jahr erhebliche, zu einem 2-monatigen stationÄ¼ren Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik fÄ¼hrende Alkoholprobleme (in Verbindung mit einem Suizidversuch) sowie in die gleiche Zeit fallende bulimische Symptome bestanden hÄ¼tten (Urk. 15/104/13 Ziff. 4),

er in diagnostischer Hinsicht weiter festhielt, dass Hintergrund der psychischen Problematik ausgeprägte, in Richtung Borderline-Typus gehende PersÄ¼nlichkeitszÄ¼ge sein

dÄ¼rften, wobei das 4-jÄ¼hrige exzessive Trinken mit den daraus resultierenden FolgeschÄ¼den am ehesten als eine Form der Selbstdestruktion zu verstehen sei und die KlÄ¼gerin seit 2000 wegen starker, einer somatoformen SchmerzstÄ¼rung zuzuordnender Nacken- und RÄ¼ckenbeschwerden keiner ErwerbstÄ¼tigkeit mehr habe nachgehen kÄ¼nnen (Urk. 15/104/13 Ziff. 4),

Dr. L.____ zum Grad der Arbeits(un)fÄ¼higkeit ausfÄ¼hrte, dass die Reduktion der ArbeitsfÄ¼higkeit durch die psychiatrische Diagnose (Dysthymia) in Kombination mit dem somatischen Leiden (chronische Leberzirrhose) 50 % betrage, wobei betreffend EinschÄ¼tzung der ArbeitsfÄ¼higkeit hinsichtlich des Leberleidens auf das Gutachten des Spitals J.____ zu verweisen sei und bei der KlÄ¼gerin im Ä¼brigen chronische depressive Verstimmungen vorlÄ¼gen, deren Schweregrad zur Zeit nicht die Kriterien einer mittelgradigen rezidivierenden depressiven StÄ¼rung erfÄ¼llten, in Zusammenhang mit dem prognostisch dubiÄ¼sen Leberleiden (Kombination von Leberzirrhose mit Immunhepatitis) aber die angegebene Reduktion der ArbeitsfÄ¼higkeit (50 %) rechtfertigten (Urk. 15/104/14 Ziff. 5),

er zusammenfassend festhielt, bei der KlÄ¼gerin lÄ¼gen chronische depressive Verstimmungen im Sinne einer Dysthymia vor, die im Zusammenhang mit dem chronischen Leberleiden eine EinschrÄ¼nkung der ArbeitsfÄ¼higkeit von 50 % rechtfertigen wÄ¼rden (Urk. 15/104/14 Ziff. 7),

fÄ¼r die Berentung durch die IV mithin das in somatischer Hinsicht ausgemachte Leberleiden (mit daraus resultierender erhÄ¼helter ErmÄ¼dbarkeit) im Verbund mit der in psychischer Hinsicht vorgefundenen affektiven StÄ¼rung (Dysthymia) massgebend waren, wÄ¼hrend weder der affektiven StÄ¼rung fÄ¼r sich allein noch insbesondere den kaum objektivierbaren rheumatischen Beschwerden (chronisches zervikovertebrales und lumbosakrales Schmerzsyndrom), der dem Leberleiden zugrunde liegenden AlkoholabhÄ¼ngigkeit oder der anhaltenden somatoformen SchmerzstÄ¼rung ein relevanter Einfluss auf das Arbeits- und LeistungsvermÄ¼gen beigemessen wurde,

Alkoholismus (wie auch Drogensucht und MedikamentenabhÄ¼ngigkeit) fÄ¼r sich allein keine InvaliditÄ¼t im Sinne des Gesetzes begrÄ¼ndet, sondern vielmehr IV-rechtlich erst relevant wird, wenn er eine Krankheit (oder einen Unfall) bewirkt hat, in deren Folge ein kÄ¼rperlicher, geistiger oder psychischer, die ErwerbsfÄ¼higkeit beeintrÄ¼chtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn er selber Folge eines kÄ¼rperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (vgl. Urteil des BGer in vom 5. MÄ¼rz 2009 [8C_694/2008] Erw. 2), was vorliegend nicht der Fall ist, und auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme SchmerzstÄ¼rung fÄ¼r sich allein in der Regel keine lang dauernde, zu einer InvaliditÄ¼t fÄ¼hrende EinschrÄ¼nkung der ArbeitsfÄ¼higkeit (im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG) zu bewirken vermag (vgl. BGE 130 V 352 ff.),

nebst den im Ganzen als unerheblich qualifizierten diskreten Befunden am Bewegungsapparat (ohne GelenksverÄ¼nderungen, Synovitiden oder FunktionseinschrÄ¼nkungen der Gelenke) im Ä¼brigen auch dem gastrointestinalen Verdacht auf eine Refluxoesophagitis keine massgebliche Auswirkung auf die Arbeits- und LeistungsfÄ¼higkeit zugeschrieben wurde,

anamnestisch zwar ein im Jahr 2000, mithin wÄ¼hrend der Anstellung bei der Y.____ AG und Versicherungsunterstellung bei der Beklagten, einsetzender und lÄ¼ngere Zeit

anhaltender exzessiver Alkoholkonsum aktenkundig ist, die ab 1997 dokumentierten teilweisen und ab Mitte 2001 vollständigen Arbeitsausfälle, welche schliesslich zur Kündigung per Ende Januar 2002 führten, jedoch allein auf - als solche nicht invalidisierende - Beschwerden am Bewegungsapparat zurückgeführt worden waren, in der IV-Anmeldung vom Mai 2000 (Urk. 15/3-5) die Behinderung als CTS beidseits und HWS-Arthrose beschrieben worden war (Ziff. 7.2),

Dr. Z.____ im Bericht vom 20. Juni 2000 (Urk. 15/8/1-3) einen Status nach CTS-Operation rechts (8. November 1999), eine radikuläre Reizsymptomatik im HWS-Bereich (mit C7-Syndrom), ein reaktives tendomyotisches Syndrom im Schulterbereich rechts, eine vegetative Dystonie (mit Hyperventilation) sowie einen anamnestisch depressiven Zustand diagnostiziert und ausdrücklich darauf hingewiesen hatte, dass die Klägerin zwar in der Vergangenheit zeitweise depressiv gewesen, ihre Gemütsverfassung zur Zeit aber sehr gut sei (vgl. Berichte von Dr. med. V.____, Facharzt für Neurologie, '____', vom 11. Februar 2000 [Urk. 15/8/4-5] und 11. April 2000 [Urk. 15/8/10-11] sowie von PD Dr. med. W.____, Spezialarzt für Neurologie, Neurologie-Zentrum YY.____, '____', vom 9. Juni 2000 [Urk. 15/8/6-8]),

Dr. med. ZZ.____ vom Zentrum F.____ mit Schreiben zuhanden von Dr. Z.____ vom 29. Februar 2000 (Urk. 15/8/9) vermeldet hatte, dass die Klägerin, mit der er 1997 einmal kurz zu tun gehabt und die er am 10. Februar 2000 exploriert habe, weder objektiv ein behandlungsbedürftiges depressives Zustandsbild dargeboten noch subjektiv einen irgendwie gearteten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsbedarf formuliert habe,

Dr. A.____ am 11. Juli 2000 in erster Linie über körperliche Beschwerden am Bewegungsapparat berichtet (chronisches Zervikothorakovertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung zum rechten Arm, kyphotischer Fehlhaltung der oberen HWS und beginnender Chondrose C4/5 und C5/6, Status nach Morbus Scheuermann mit Keilwirbelformierung Th1 und Th2 und Hyperkyphose der BWS, rechtskonvexer Skoliose der unteren BWS, Lumbovertebralsyndrom mit schmerzhaftem Ligamentum iliolumbale und Tendomyose der Glutealmuskulatur rechts; sensible Residuen im Bereich von Dig. III und IV bei Status nach CTS-Operation rechts am 8. November 1999) und lediglich nebenbei eine zurückliegende psychiatrische Hospitalisation im Jahr 1993 erwähnt hatte (Urk. 15/12/1-3; vgl. auch Bericht zuhanden von Dr. Z.____ vom 4. Juli 2000 [Urk. 15/12/4-6]),

in der IV-Anmeldung vom April 2001 (Urk. 15/18-19) die Art der Behinderung wiederum dahingehend charakterisiert worden war, dass die Klägerin den rechten Arm sehr schlecht respektive gar nicht mehr bewegen könne (Ziff. 7.2),

Dr. Z.____ im Bericht vom 16. Mai 2001 (Urk. 15/21/1-3) ausschliesslich auf Gebrechen des Bewegungsapparates Bezug genommen hatte (vgl. auch Schreiben vom 13. Juni 2001 [Urk. 15/23]) und sich der beigelegte Bericht von Dr. med. AA.____, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, Medizinisches Zentrum BB.____, vom 2. Mai 2001 (Urk. 15/21/4-5) ebenfalls nur mit entsprechenden körperlichen Belangen befasste (muskuläres Thoracic outlet-Syndrom beidseits bei/mit Myogelosen der Musculi scaleni beidseits und grossen Querfortsätzen des HWK7 mit Rippenstummel; chronisch-rezidivierendes zervikospondylogenes und lumbospondylogenes Syndrom bei/mit Status nach Morbus Scheuermann, Wirbelsäulenfehlform [verstärkte thorakale

Kyphose], Wirbelsäulenfehlhaltung und muskulärer Dysbalance, Fibromyalgie-Tendenz und degenerativen Wirbelsäulenveränderungen; rezidivierender Thoraxwand Schmerz; bekanntes leichtgradiges CTS rechts bei Status nach CTS-Operation im November 1999),

erstmalig im Zuge der am 13. März 2002 (Allgemein- und Arbeitsmedizin), 19. Juni 2002 (Rheumatologie) und 13. September 2002 (Psychiatrie) durchgeführten B.-Abklärung ein chronischer Alkoholismus (ICD-10 F10.24; "Aktualachse"), etwas passive und abhängige Persönlichkeitsmerkmale (ohne arbeitsrelevantes Ausmass; "Persönlichkeitsachse") sowie ein Verdacht auf eine alkoholische Hepatopathie (ohne nachweisbare anderweitige alkoholspezifische Schäden wie etwa eine Neuropathie oder ZNS-Störungen) und eine schwere Nikotinabhängigkeit ("Körperachse") diagnostiziert wurden, wobei das Suchtgeschehen in einem psycho-sozialen Kontext gesehen wurde (Arbeitsplatzverlust, Beziehungsprobleme; Begleitbericht vom 15. September 2002 [Urk. 15/39]),

die vom internistisch-rheumatologischen Konsiliararzt Dr. C. gestellte Diagnose auf chronifizierte zervikovertebrale und geringfügiger auch lumbosakrale Schmerzen ohne Hinweise auf eine radikuläre, Facettengelenks- oder medulläre Symptomatik (bei beginnender Chondrose C6/7, Fehlförmigkeit im unteren HWS-Bereich [mit angedeuteter Knickbildung C5/6 bei Streckhaltung im oberen HWS-Bereich], geringer fixierter Hypophyse an der BWS [bei wahrscheinlichem Status nach leichtem Morbus Scheuermann [mit konsekutiver Überbelastung des zervikothorakalen Übergangs], Ausbildung einer weichteilgeneralisierten Schmerzsymptomatik [mit inkonstanten Fibromyalgiepunkten, ohne Halbseitenbetonung] und Triggerpunktbildung im Musculus infraspinatus rechts [mit fortleitendem Schmerz in den rechten Arm]) lautete (Teilgutachten vom 26. Juni 2002 [Urk. 15/34/1-3], samt Beilagen [Urk. 15/34/4-9]),

im Rahmen der B.-Gesamtbeurteilung die strukturellen Diagnosen im Bereich des Achsenskeletts angesiedelt wurden (leichtgradige, teilweise fixierte BWS-Kyphose [Zustand nach Morbus Scheuermann leichten Grades] und leicht überdurchschnittliche degenerative HWS-Veränderungen; Urk. 15/40/8 Ziff. 4.1), während als klinische und funktionelle Diagnosen chronische Nacken- und Kreuzschmerzen (im Rahmen der strukturellen Diagnose) und eine somatoforme Störung (im Sinne chronischer, in Relation zum strukturellen Befund nach Ausbreitung und Intensität überproportionaler Nacken- und Kreuzschmerzen) genannt sowie eine chronische Hepatitis bei Alkoholabusus aufgeführt wurden (Urk. 15/40/8 Ziff. 4.2),

in der fraglichen Beurteilung einerseits retrospektiv darauf hingewiesen wurde, dass die vorgefundenen körperlichen Beeinträchtigungen eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit nur teilweise zu rechtfertigen vermöchten (dies v.a. bezogen auf das Heben und Tragen schwerer Lasten [nicht aber bezüglich des Bewegens von Lasten], Überkopfarbeiten und längeres Verharren in vornüber geneigter Zwangshaltung), während andererseits eine aktuell nur leichtgradige Beeinträchtigung der psychischen Grundfunktionen konstatiert wurde (Verlangsamung, Konzentrationsmangel; Urk. 15/40/8-9 Ziff. 5),

insgesamt auf eine Restarbeitsfähigkeit hinsichtlich der angestammten Tätigkeit von 70 % (zufolge der aktuell 30%igen psychischen Beeinträchtigung auf der Leistungsebene) und bezüglich einer behinderungsangepassten Tätigkeit von 100 % geschlossen wurde

(Urk. 15/40/10 Ziff. 5.1-4),

Dr. Z.____ im Schreiben vom 20. Januar 2003 (Urk. 15/48) weiterhin behandlungsbedürftige Körpererleiden in Form von unerträglichen Nacken-, Schulter- und Armschmerzen in den Vordergrund stellte und erst in seiner Mitteilung vom 26. März 2004 (Urk. 15/75) eine im Zuge physikalischer, labordiagnostischer und anderer Kontrollen neuerdings festgestellte, mit beträchtlichen Konsequenzen verbundene aethyliche Zirrhose erwähnte,

Dr. E.____ im Bericht vom 18. November 2004 (Urk. 15/87/1-4) die Beeinträchtigung und spätere Einstellung der Hilfsarbeiterinnenätigkeit bei der Y.____ AG auf das Rückenleiden zurückführte, während er die seinerseits bis auf weiteres attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit mit einer erst im Jahr 2004 eingetretenen deutlichen Verschlechterung bezüglich der alkoholbedingten Beschwerden (rezidivierende Gastritiden, akute Hepatitis und Blutarmut) begründete (deutlich reduzierter Allgemeinzustand, allgemeine Müdigkeit),

die Dres. med. CC.____ und DD.____ vom Zentrum F.____ im Bericht vom 2. September 2005 (Urk. 15/97) zwar Arbeitsunfähigkeiten von 50 % von Mitte 2000 bis Mitte 2001, 100 % von Mitte 2001 bis anfangs 2002, 70 % von Anfang 2002 bis Mitte 2004 und 100 % von Mitte 2004 bis auf weiteres attestierten, ursächlich indessen zwischen Alkohol- (seit ca. 2000) und Schmerzproblematik (seit ca. 1999) differenzierten und die ausgeprägte Müdigkeit und Erschöpfbarkeit ausdrücklich auf die - erst 2004 akut gewordenen - alkoholbedingten somatischen Folgeschäden (Leberzirrhose [Child A] mit autoimmuner Lebererkrankung, Verdacht auf chronische Gastrointestinalblutungen bei ausgeprägter, teils erosiver Gastritis und Verdacht auf alkoholische Wesensveränderung) zurückführten,

sich demnach ergibt, dass eine mit dem Invaliditätseintritt in einen engen sachlich-zeitlichen Zusammenhang zu setzende Arbeitsunfähigkeit der Klägerin erst nach dem Austritt aus der Y.____ AG (31. Januar 2002) und der Beendigung der Versicherungsunterstellung bei der Beklagten (28. Februar 2002) mit dem Auftreten von Langzeitfolgen des schädlichen Alkoholkonsums in Erscheinung getreten ist,

der fatale Alkoholkonsum zwar noch während der Anstellung bei der Y.____ AG und Versicherungsunterstellung bei der Beklagten eingesetzt (Ende 2000; nach einer vorübergehenden und als solche irrelevanten Episode 1993; vgl. Sozialbericht des Spitals O.____ vom 9. November 2004 [Urk. 15/87/5-9]), damals für sich allein jedoch noch zu keiner beachtlichen Arbeitsunfähigkeit geführt hat,

der Alkoholkonsum wohl mit den zur Krankschreibung während der Anstellung bei der Y.____ AG und Versicherungsunterstellung bei der Beklagten führenden multiplen körperlichen Beschwerden in Verbindung gebracht wird, diese jedoch IV-rechtlich letztlich keine wesentliche Rolle gespielt haben,

auch die schon in der Zeit der Anstellung bei der Y.____ AG und Versicherungsunterstellung bei der Beklagten in verschiedener Ausprägung zu Tage getretenen affektiven Störungen seinerzeit zu keiner erheblichen Arbeitsunfähigkeit geführt, sondern erst zusammen mit dem 2004 akut gewordenen Leberleiden eine nachhaltige Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit bewirkt haben,

anspruchsbegründend - entgegen der Klägerin - nicht etwa der - durchaus bestehende - Zusammenhang zwischen dem während der Anstellung bei der Y. ___ AG und Versicherungsunterstellung bei der Beklagten schon vorhanden gewesenen Gesundheitsschaden und dem invaliditätsrechtlichen Leiden, sondern der - hier fehlende - enge sachlich-zeitliche Bezug der letztlich zur Invalidität führenden Arbeitsunfähigkeit zum in Frage stehenden Versicherungsverhältnis ist,

die Beklagte mangels eines solchen Bezugs nicht leistungspflichtig erklärt werden kann; weshalb die Klage kostenlos und entschädigungsfrei abzuweisen ist (§ 73 Abs. 2 BVG in Verbindung mit § 33 f. GSVGer);

erkennt das Gericht:

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- AXA-ARAG Rechtsschutz AG

- CPV/CAP Pensionskasse Coop

- Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV)

4. Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG]). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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