

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2012.00018

vom 13. September 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-09-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_BV.2012.00018

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2012.00018 du 13 septembre 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2012.00018 del 13 settembre 2013

Erwägungen

E. 1.1

Nach Art. 24 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG) hat der Versicherte Anspruch auf eine volle Invalidenrente, wenn er im Sinne der Invalidenversicherung mindestens zu 70

Prozent, auf eine Dreiviertelsrente, wenn er mindestens zu 60

Prozent, auf eine halbe Rente, wenn er mindestens zur Hälfte und auf eine Viertelsrente, wenn er mindestens zu 40 Prozent invalid ist. Gemäss Abs. 1 von Art. 26 BVG gelten für den Beginn des Anspruchs auf Invalidenleistungen sinngemäss die entsprechen den Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (Art. 29 IVG). 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 geführt hat (vgl. Art. 23 BVG). 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. 28 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 262 E. 1b, 121 V 97 E. 2a, 120 V 112 E. 2b, je mit Hinweisen).

E. 1.2

Anspruch auf Invalidenleistungen haben gemäss Art. 23 BVG Personen, die im Sinne der Invalidenversicherung zu mindestens 40 % invalid sind und bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, versichert waren. Nach Art. 23 BVG versichertes Ereignis ist einzig der Eintritt der relevanten Arbeitsunfähigkeit, unabhängig davon, in welchem Zeitpunkt und in welchem Masse daraus ein Anspruch auf Invalidenleistungen entsteht. Die Versicherungseigenschaft muss nur bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit gegeben sein, dagegen nicht notwendigerweise auch im Zeitpunkt des Eintritts oder der Verschlimmerung der Invalidität. Diese wörtliche Auslegung steht in Einklang mit Sinn und Zweck der Bestimmung, nämlich denjenigen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern Versicherungsschutz angedeihen zu lassen, welche nach einer längeren Krankheit aus dem Arbeitsverhältnis ausscheiden und erst später invalid werden. Für eine einmal 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 kein Erlösungsgrund (Art. 26 Abs. 3 BVG e contrario; BGE 123 V 262 E. 1a, 118 V 35 E. 5).

E. 1.3

Art. 23 BVG kommt 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 eine Arbeitnehmerin oder ein Arbeitnehmer beim Eintritt der Arbeitsunfähigkeit angeschlossen war, für das erst nach Beendigung des Vorsorgeverhältnisses eingetretene Invaliditätsrisiko aufzukommen hat, ist indes erforderlich, dass zwischen Arbeitsunfähigkeit und Invalidität ein enger sachlicher und zeitlicher Zusammenhang besteht (BGE 130 V 270 E. 4.1). In sachlicher Hinsicht liegt ein solcher Zusammenhang vor, wenn der der Invalidität zu Grunde liegende Gesundheitsschaden im Wesentlichen derselbe ist, der zur Arbeitsunfähigkeit geführt hat. 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 anspruchsbeeinflussende 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 viel mehr die gesamten Umstände des konkreten Einzelfalles, namentlich die Art des Gesundheitsschadens, dessen prognostische ärztliche Beurteilung und die Beweggründe, die die versicherte Person zur Wiederaufnahme der Arbeit veranlassen haben (BGE 123 V 262 E. 1c, 120 V 112 f. E. 2c/aa und; bb mit Hinweisen).

E. 1.4

Das Erfordernis des sachlichen und zeitlichen Konnexes als Kriterium für die Leistungspflicht einer Vorsorgeeinrichtung spielt nicht nur dann eine Rolle, wenn ein Versicherter aus einer Vorsorgeeinrichtung aus- und in eine neue eintritt, sondern gilt in jedem Fall, also auch dann, wenn ein Versicherter während der Dauer der Versicherteneigenschaft arbeitsunfähig und später invalid wird (beziehungsweise sich der Invaliditätsgrad erhöht), ohne zuvor noch mals in eine neue Vorsorgeeinrichtung eingetreten zu sein. Der sachliche Konnex ist dann gegeben, wenn der Gesundheitsschaden, der zur Arbeitsunfähigkeit geführt hat, auch Ursache für den Eintritt der Invalidität oder der Erhöhung des Invaliditätsgrades ist. Dieses Erfordernis geht aus

Art. 23 BVG hervor. Der zeitliche Konnex ist zu bejahen, wenn die Arbeitsunfähigkeit des Versicherten nicht durch eine Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit unterbrochen wird (Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts B 64/99 vom 6. Juni 2001 E. 5.a).

E. 1.5

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 269 E. 2a, 120 V 106 E. 3c, je mit Hinweisen). Praxisgemäss sind daher die Vorsorgeeinrichtungen im Bereich der gesetzlichen Mindestvorsorge (Art. 6 BVG) an die Feststellungen der IV-Organen (Eintritt der invalidisierenden Arbeitsunfähigkeit, Eröffnung der Wartezeit, Festsetzung des Invaliditätsgrades) gebunden, soweit die IV-rechtliche Betrachtung aufgrund einer gesamthaften Prüfung der Akten nicht als offensichtlich unhaltbar erscheint (BGE 126 V 309 E. 1 in fine). Diese Konzeption fusst auf der Überlegung, die Organe der (obligatorischen) beruflichen Vorsorge von eigenen aufwändigen Abklärungen freizustellen, und gilt nur bezüglich Feststellungen und Beurteilungen der IV-Organen, welche im invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren für die Festlegung des Anspruchs auf eine Invalidenrente entscheidend waren (BGE 132 V 1 E. 3.2). So hat beispielsweise eine verspätete Anmeldung zum Leistungsbezug bei der Invalidenversicherung rechtsprechungsgemäss die freie Überprüfbarkeit des leistungserheblichen Sachverhaltes durch die Vorsorgeeinrichtung bzw. das Berufsvorsorgegericht zur Folge (Urteil des Bundesgerichts 9C_49/2010 vom 23. Februar 2010 E. 2.1). Diese Bindungswirkung setzt voraus, dass die Vorsorgeeinrichtung (spätestens) ins Vorbescheidverfahren (aArt. 73bis IVV; seit 1. Juli 2006: Art. 73ter IVV) einbezogen und ihr die Rentenverfügung formgültig eröffnet wurde (Urteil des Bundesgerichts 9C_81/2010 vom 16. Juni 2010 E. 3.1, mit Hinweisen). Dem BVG-Versicherer steht ein selbständiges Beschwerderecht im Verfahren nach IVG zu. Unterbleibt ein solches Einbeziehen der Vorsorgeeinrichtungen, ist die IV-rechtliche Festsetzung des Invaliditätsgrades (grundsätzlich, masslich und zeitlich) berufsvorsorgerechtlich nicht verbindlich (BGE 130 V 270 E. 3.1). Stellt die Vorsorgeeinrichtung auf die invalidenversicherungsrechtliche Betrachtungsweise ab, muss sich die versicherte Person diese entgegenhalten lassen, soweit diese für die Festlegung des Anspruchs auf eine Invalidenrente entscheidend war, und zwar ungeachtet dessen, ob der Vorsorgeversicherer im Verfahren der Invalidenversicherung beteiligt war oder nicht. Vorbehalten sind jene Fälle, in denen eine gesamthaftige Prüfung der Aktenlage ergibt, dass die Invaliditätsbemessung der Invalidenversicherung offensichtlich unhaltbar war (BGE 130 V 270 E. 3.1).

E. 1.6

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 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

eventualiter: Die Beklagte ist zu verpflichten, ihre Leistungen insbesondere für die Invalidenrente und die Prämienbefreiung zu berechnen, bekannt zu geben und der Klägerin auszubehalten. Allfällige Austrittsleistungen hat sie zurückzuholen.

E. 2.1

Die Klägerin liess zur Begründung der Klage im Wesentlichen ausführen, dass ihr Arbeitsverhältnis (Pensum 50 %) mit der Z. ___ wegen Invalidität einvernehmlich per 31. März 2011 aufgelöst worden sei. Sie beziehe seit Juni 1990 eine halbe Rente der Invalidenversicherung sowie eine entsprechende Rente ihrer damaligen Pensionskasse. Seit März 2007 habe sich ihr Gesundheitszustand stark verschlechtert. Dies habe zu einer Vollberentung durch die Invalidenversicherung geführt. Die Beklagte, bei der sie aufgrund ihrer Anstellung bei der Z. ___ berufsvorsorgeversichert gewesen sei, weigere sich jedoch, Invalidenleistungen zu erbringen, und verweise auf die Zuständigkeit der früheren Vorsorgeeinrichtung. Dies hätte für die Klägerin erhebliche finanzielle Einbussen (eine viel niedrigere Rente) zur Folge, weil ihr damaliger versicherter Verdienst viel geringer gewesen sei als ihr Einkommen bei der Z. ___. Die Beklagte verneine ihre Leistungspflicht zu Unrecht. Die halbe Rente, die ihr ab Juni 1990 ausgerichtet werde, sei ihr wegen psychischer Probleme zugesprochen worden. Seit 2007/2008 bestehe aber eine krankhafte Gehirnveränderung, die durch die multiple Sklerose verursacht werde. Es handle sich somit um eine andere Krankheit, für deren Folgen die Beklagte aufzukommen habe. Bis 2007 hätte die Multiple-Sklerose-Schübe jeweils nur beschränkte Beeinträchtigungen hinterlassen. Damit sei klar, dass vorliegend weder ein sachlicher noch ein zeitlicher Zusammenhang mit der bereits früher aus psychischen Gründen erfolgten Teilinvalidisierung bestehe. Damals habe die Klägerin an einer Depression gelitten. Es werde zwar nicht bestritten, dass bereits im Jahr 1977 die Verdachtsdiagnose multiple Sklerose gestellt worden sei, bis 1991 sei es aber nur zu sehr wenigen und leichten Schüben gekommen. Die invalidenversicherungsrechtliche Rentenverfügung aus dem Jahr 1992 möge zwar auch die multiple Sklerose und die damals bestehenden Beschwerden berücksichtigt haben. Diese Beeinträchtigungen könnten jedoch ohne Weiteres auch dem psychischen Zustand zugeschrieben werden

(Urk. 1 und 13).

In ihrer Stellungnahme vom 26. Juli 2013 (Urk. 27) liess die Klägerin ergänzen, dass die Invalidenversicherung eine finale Versicherung sei, weshalb ihr Gebrechenskodex, der von der IV-Kommission erstellt worden sei, „geringe (keine) Aussagekraft“ habe. Das sei schlicht irrelevant für die Leistungspflicht der Invalidenversicherung und habe allenfalls statistische Bedeutung. Der Klägerin sei überdies die Kodierung nicht bekannt gewesen. Das entsprechende Dokument sei ihr nie ausgehändigt worden.

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich die Beklagte auf den Standpunkt, sie sei nicht leistungspflichtig, weil der Gesundheitsschaden, welcher zur Erhöhung der Invalidität geführt habe, derselbe sei wie bei der früheren Teilinvalidisierung. Der Anspruch auf Erhöhung der Rente der beruflichen Vorsorge bestehe deshalb gegenüber der früheren Vorsorgeeinrichtung. Das klägerische Vorbringen, wonach die erstmalige Rentenzusprache aufgrund psychischer Probleme erfolgt sei, die Ursache der Erhöhung der Invalidität jedoch die multiple Sklerose sei, sei nicht zutreffend. Aus den IV-Akten gehe hervor, dass der Klägerin im Februar 1992 infolge des Gebrechens „653 Multiple Sklerose“ eine halbe Invalidenrente zugesprochen

worden sei. Aus den Akten gehe weiter hervor, dass die Klägerin wegen der multiplen Sklerose mehrfach in Behandlung gewesen sei. Auch die Erhöhung der Invalidenrente sei aufgrund einer Verschlechterung der mit der multiplen Sklerose zusammenhängenden neurologischen Symptomatik erfolgt. Daraus folge, dass die Beklagte - da sich der Invaliditätsgrad der Klage rin nicht als Folge eines neuen Leidens erhöht habe - nicht leistungspflichtig sei (Urk. 6 und 25).

E. 3

Auf die Ausführungen der Parteien ist, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, in den Erwägungen einzugehen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Strittig und zu prüfen ist, ob die Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit der Klägerin auf eine Ursache zurückzuführen ist, die während der Versicherungsdauer bei der Beklagten neu eingetreten ist, oder ob dafür dieselbe Gesundheitsbeeinträchtigung verantwortlich ist, derentwegen der Klägerin bereits mit Verfügung vom 5. Februar 1992 eine halbe Rente der Eidgenössischen Invalidenversicherung und in der Folge auch eine entsprechende Rente der beruflichen Vorsorge zugesprochen worden war. Mit anderen Worten stehen die sachliche und zeitliche Konnexität zwischen der Ursache der (ersten) Teilinvalidisierung und der späteren Erhöhung der Arbeitsunfähigkeit zur Diskussion. Ist diese Konnexität zu verneinen, ergibt sich daraus die Leistungspflicht der Beklagten; andernfalls wäre die Klage gegen die Beklagte abzuweisen.

Da die IV Stelle des Kantons Aargau die Verfügung vom 13. Januar 2011 (Urk. 2/4 = Urk. 20/80/2-8), mit der sie der Klägerin mit Wirkung ab 1. September 2008 eine auf einem Invaliditätsgrad von 84 % basierende ganze Rente der Eidgenössischen Invalidenversicherung zugesprochen hatte (Erhöhung von einer halben auf eine ganze Invalidenrente), auch der Beklagten eröffnet hatte und diese zuvor auch ins Vorbescheidverfahren einbezogen worden war (vgl. Urk. 20/76), besteht im vorliegenden Prozess im Sinne des in E. 1.5 hievordargelegten grundsätzlich eine Bindung an die Feststellungen der IV Stelle. Vorbehalten bleibt einzig die Rüge der offensichtlichen Unrichtigkeit beziehungsweise Unhaltbarkeit.

Die Parteien haben im vorliegenden Prozess zu Recht keine derartigen Rügen vorgebracht. Es sind keine Anzeichen dafür vorhanden, dass die Verfügung der IV Stelle vom 13. Januar 2011 fehlerhaft oder gar offensichtlich unrichtig oder unhaltbar sein könnte. Damit bleibt es bei der genannten Bindungswirkung.

E. 3.2.1

In ihrer Anmeldung zum Bezug von IV Leistungen vom 18. Juni 1991 (Urk. 20/18/64-69) beschrieb die Klägerin ihre Behinderung folgendermassen: „Müdigkeit, Erschöpfung, Antriebslosigkeit, Depression, Schwäche in Beinen und Armen, Parästhesien in Beinen und Armen, Rückenschmerzen.“

E. 3.2.2

Im Bericht der Klinik B. ___ vom 8. August 2001 (Urk. 14) wurden folgende Diagnosen festgehalten: Mittelgradige depressive Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10 F32.11) und multiple Sklerose (5. Schub).

E. 3.2.3

Dr. med. C.____, Spezialärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in ihrem Bericht vom 20. August 1991 (Urk. 20/18/57-58) aus, die Klägerin habe im Jahr 1977 erstmals wegen Augenbeschwerden hospitalisiert werden müssen. Ab 1982 habe sich die Klägerin einer psychotherapeutischen Behandlung unterzogen; sie sei suizidal und erschöpft gewesen. 1984 seien erneut neurologische Symptome aufgetreten, die damals nicht klar als psychogen oder somatogen hätten eingestuft werden können. 1985 habe sich ein weiterer Schub von Bein- und Armbeschwerden ereignet, die als depressive Symptome interpretiert worden seien. Im Herbst 1990 seien wieder Parästhesien an Armen und Beinen aufgetreten. Der Neurologe, der die Klägerin behandelt habe, habe eine Neuritis diagnostiziert. Die Taubheitsgefühle in den Extremitäten seien aber nicht mehr verschwunden, obwohl die Rücken- und Armschmerzen nachgelassen hätten. Die Restsymptomatik sei als psychogen interpretiert worden. Im Frühling 1991 sei es zu einem weiteren Schub mit neurologischen Symptomen gekommen. Es sei eine Lumbalpunktion vorgenommen und hernach eine multiple Sklerose diagnostiziert worden. Im Hirn-Computertomogramm seien keine Herde gefunden worden. Im Juni/Juli 1991 sei die Klägerin vier Wochen lang in der Rehabilitationsklinik B.____ hospitalisiert gewesen. Sie sei in gestärktem Zustand entlassen worden. Es bestehe aber weiterhin eine diskrete Restsymptomatik in Form von Parästhesien der Extremitäten sowie von schneller geistiger und körperlicher Ermüdbarkeit. Aktuell sei die Klägerin in einem psychisch ordentlichen, gefassten Zustand. Sie stehe unter dem Druck der eröffneten Diagnose (multiple Sklerose). Sie leide an einer schweren Depression, deren Ursprung eine narzisstische Neurose sei. Die Depressivität sei in Remission. Seit 197

E. 3.2.4

Dem Feststellungsblatt für den Beschluss der IV Kommission (undatiert; „Anmeldung vom 21.1.91“ [Urk. 20/18/12]) kann unter der Rubrik „Gebr. Nr.“ (Gebrechen Nummer) der Code „653.91“ entnommen werden. Gemäss der Publikation „Codes zur Gebrechens- und Leistungsstatistik“ des Bundesamtes für Sozialversicherungen BSV hat dieser Code folgende Bedeutung: Die erste Ziffer (653) steht für die Art des Gebrechens, nämlich multiple Sklerose. Die zweite Ziffer (91) beschreibt die Art der Funktionsausfälle. Die Ziffer 91 bedeutet „mehrfache Funktionsausfälle geistiger, psychischer und körperlicher Art“.

E. 3.2.5

Am 1. September 1993 berichtete Dr. C.____ über einen stabilen, stationären Zustand der Klägerin. Eine Veränderung sei nicht in Sicht (Urk. 20/18/45-46).

E. 3.2.6

Dr. med. D.____, Spezialarzt FMH für Neurologie, äusserte sich in seinem Bericht vom 31. Januar 2008 (Urk. 20/30/6-8; vgl. auch Urk. 20/30/9-10) dahingehend, dass die von der Klägerin seit März 2007 persistierenden Beschwerden durchaus mit einem erneuten MS-Schub, nun mit unvollständiger Remission, vereinbar seien. Der klinische Befund sei jedoch eher diskret, ohne wirklich harte Zeichen. Zudem zeigten sich in der cerebralen MRT-Untersuchung nach wie vor keine MS-typischen Veränderungen.

E. 3.2.7

Assistenzärztin Dr. med. E.____ und Oberarzt Dr. med. F.____ vom Spital G.____ führten in ihrem Bericht vom 20. Mai 2008 (Urk. 20/22/9 ; vgl. auch Urk. 20/29/4-6) aus, dass die Klägerin unter einer multiplen Sklerose mit rein spinalem Befall leide (mit schubförmigem

Verlauf und residueller Symptomatik). Im Vordergrund stünden schmerzhafte diffuse Hypästhesien und eine ausgesprochene Fatigue-Symptomatik. Die Klägerin habe bis vor etwa einem Jahr zu 50 % bei der Z.____ arbeiten können. Seither sei sie aufgrund ihrer Grunderkrankung deutlich eingeschränkt. Zusammenfassend zeige sich ein eher progredienter Krankheitsverlauf. Diese chronische Erkrankung stelle für die Klägerin eine extreme psychische Anspannung dar.

E. 3.2.8

Dr. C.____ hielt in ihrem Bericht vom 25. September 2008 (Urk. 20/22/2-3) fest, dass die Klägerin seit ihrem 21. Lebensjahr unter einer multiplen Sklerose leide. Die Krankheit sei bis 1990 milde, schubförmig und mit Remissionen verlaufen. Seither habe sie zwar seltene Schübe erlitten, die aber nicht mehr voll ausheilten. Seit März 2007 sei eine Verschlechterung des Gesundheitsniveaus mit chronisch wellenförmigem Verlauf der multiplen Sklerose im Gang. Die frühere Diagnose der Depression im engeren Sinn einer primären psychischen Erkrankung bestehe nicht mehr, wohl aber eine deprimierte Stimmung, die als reaktive Depression auf eine deutliche Verschlechterung des Grundleidens beschrieben werden müsse.

E. 3.2.9

Dr. C.____ erklärte in ihrem Bericht vom 15. Februar 2009 (Urk. 20/33), dass die MS-Schübe ab 1990 nicht mehr vollständig remittierten; die Arbeitsfähigkeit der Klägerin sei definitiv auf 50 % gesunken. Im März 2007 habe sich das Krankheitsbild vom schubweisen in den chronifizierten Verlauf verändert. Es sei zu einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit gekommen. Vorherrschend sei eine abnorme Müdigkeit. Die psychische Befindlichkeit sei bis im Sommer 2008 einigermassen stabil gewesen, habe sich dann verschlechtert und sei Ende 2008 in eine deutliche Depression umgeschlagen.

E. 3.2.10

Oberärztin Dr. med. H.____ und Assistenzärztin Dr. med. I.____ vom Spital J.____ diagnostizierten in ihrem Bericht vom 23. März 2010 (Urk. 20/54) eine multiple Sklerose mit schubförmigen Verlauf und residueller Symptomatik sowie eine mittelschwere neuropsychologische Störung (im Rahmen der MS-Diagnose). Die Klägerin leide unter einer ausgeprägten Fatigue-Symptomatik. Seit März 2007 sei sie zu 100 % arbeitsunfähig.

E. 3.2.11

Prof. Dr. med. K.____, Ärztlicher Leiter, Dr. med. L.____, Facharzt für Innere Medizin, Dr. med. M.____, Fachärztin für Neurologie, und Dr. med. N.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom Spital O.____ führten in ihrem MEDAS-Gutachten vom 15. September 2010 aus (Urk. 20/69/3 62), dass die Klägerin 1977 einen ersten Schub einer multiplen Sklerose durchgemacht habe. Die Diagnose sei aber erstmals 1991 gestellt und bestätigt worden. Der Verlauf dieser Krankheit sei bis zum Frühjahr 2007 relativ gutartig gewesen. Dann habe sich der Gesundheitszustand innert kurzer Zeit verschlechtert: Die Klägerin habe eine ausgeprägte Müdigkeit und Schmerzen im ganzen Körper verspürt; sie sei gangunsicher gewesen und habe elektrisierende Sensationen im ganzen Körper gehabt. Nachdem bei früheren MRI-Untersuchungen keine MS-typischen Veränderungen nachgewiesen worden seien, hätten sich im Februar 2008 zwei entsprechende Herde intramedullär gezeigt. Bei einer späteren Revision der Bilder seien auch zwei cerebrale Läsionen gefunden worden, die offenbar vorher übersehen worden seien. Die Diagnose einer multiplen Sklerose mit Befall des Rückenmarks und des Cerebrums stehe also

unumstösslich fest (Urk. 20/69/20)

E. 3.3.1

Zu prüfen ist zunächst die sachlichen Konnexität, nämlich die zwischen den Parteien umstrittene Frage, ob die im Jahr 2007 eingetretene Erhöhung der Arbeitsunfähigkeit auf dieselbe Ursache zurückzuführen ist, die auch der Teilinvalidisierung per 1. Juni 1990 zugrunde lag oder nicht.

Das nach Art. 23 lit. a BVG versicherte Ereignis knüpft an den Eintritt der relevanten Arbeitsunfähigkeit an, unabhängig davon, in welchem Zeitpunkt und in welchem Umfang daraus ein Anspruch auf Invalidenleistungen entsteht. Für eine einmal geschuldete Invalidenleistung aus einer Arbeitsunfähigkeit, die während der Versicherungsdauer aufgetreten ist, bleibt die Vorsorgeeinrichtung somit leistungsfähig, selbst wenn sich nach Beendigung des Vorsorgeverhältnisses der Invaliditätsgrad ändert. Beruht die Erhöhung des Invaliditätsgrades auf derselben Ursache wie die ursprüngliche Invalidität, ist die ursprüngliche Vorsorgeeinrichtung für die Leistungserbringung zuständig, selbst wenn ein neues Vorsorgeverhältnis besteht. Nur wenn eine neue Ursache vorliegt, die zur Erhöhung des Invaliditätsgrades führt, ist nicht die frühere Vorsorgeeinrichtung leistungspflichtig, sondern die nachfolgende (Hans-Ulrich Stauffer, berufliche Vorsorge, 2. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2012, S. 330, Rz. 903 f. mit Hinweisen).

Entgegen den Ausführungen der Klägerin ist durch die von der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Aargau beigezogenen Akten erstellt, dass der Klägerin mit Verfügung vom 5. Februar 1992 eine halbe Rente der Eidgenössischen Invalidenversicherung aufgrund der bestehenden multiplen Sklerose beziehungsweise aufgrund der durch dieses Grundleiden hervorgerufenen Funktionsausfälle zugesprochen wurde. Dies geht eindeutig aus dem Feststellungsblatt für den Beschluss der IV Kommission hervor (Urk. 20/18/12). Wie oben in E. 3.2.4 dargelegt wurde, bedeutet der verwendete Code „653.91“, dass die Teilinvalidisierung aufgrund der multiplen Sklerose und der daraus resultierenden „mehrfachen Funktionsausfälle geistiger, psychischer und körperlicher Art“ erfolgte. Entgegen dem Vorbringen der Klägerin hat dieser Code nicht lediglich eine statistische Bedeutung, sondern bildete offensichtlich die Grundlage des damaligen Rentenentscheids.

Dem Umstand, dass die Klägerin seinerzeit auch unter psychischen Beeinträchtigungen gelitten hat, trug die IV Kommission durchaus Rechnung durch den verwendeten Code, der die Funktionsausfälle beschreibt. Jedoch verhält es sich – entgegen den Ausführungen der Klägerin – nicht so, dass ihr (ausschliesslich) wegen der psychischen Gesundheitsstörung eine halbe Invalidenrente zugesprochen worden war, sondern vielmehr so, dass diese psychischen Beschwerden als symptomatische beziehungsweise Funktionsausfälle im Rahmen der Grunderkrankung (multiple Sklerose) gesehen wurden.

Dieses Ergebnis fügt sich im Übrigen auch in das Bild ein, das die medizinischen Akten zeichnen. Die Klägerin leidet danach bereits seit dem Jahr 1977 an einer multiplen Sklerose, die anfangs einen schub- und wellenförmigen Verlauf genommen hat. Rückblickend fasste Dr. C.____, welche die Klägerin während vieler Jahre behandelte, am 15. Februar 2009 (Urk. 20/33; vgl. oben E. 3.2.9) zusammen, dass die MS-Schübe ab 1990 nicht mehr vollständig remittierten. Damit sei die Arbeitsfähigkeit der Klägerin definitiv auf 50 % gesunken. Im März 2007 habe sich dann das Krankheitsbild vom schubweisen in den chronifizierten Verlauf verändert. Somit vertritt auch Dr. C.____ die Auffassung, dass die Teilinvalidisierung im Wesentlichen aufgrund der MS-Schübe notwendig geworden sei,

weil diese Schübe ab 1990 nicht mehr vollständig ausheilten.

Zusammenfassend ist demzufolge festzuhalten, dass die Erhöhung des Invaliditätsgrades im Jahr 2007 auf dieselbe Ursache, nämlich die multiple Sklerose, zurückzuführen ist wie die frühere Teilinvalidisierung. Die sachliche Konnexität ist somit gegeben.

E. 3.3.2

Die Klägerin konnte seit ihrer ab 1. Juni 1990 erfolgten Teilinvalidisierung gesundheitsbedingt nie mehr zu 100 % arbeiten. Sie arbeitete aufgrund der bestehenden multiplen Sklerose stets zu 50 % (mit einem kurzen Unterbruch) und bezog eine halbe Rente der Invalidenversicherung sowie entsprechende Invalidenleistungen ihrer früheren Vorsorgeeinrichtung. Damit ist auch die zeitliche Konnexität als gegeben anzusehen.

E. 3.3.3

Aus dem Gesagten ergibt sich, dass die Erhöhung des Invaliditätsgrades auf derselben Ursache wie die ursprüngliche Invalidität beruht, mithin keine neue Ursache hat, weshalb die Beklagte nicht leistungspflichtig ist. Demzufolge ist die Klage abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Klage wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - W.____ - Y.____ - Bundesamt für Sozialversicherungen 4.

Gegen diesen Entscheid 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 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zu stellen.

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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber GräubStocker DM/WS/MPversandt

E. 7

besteht eine schubweise verlaufende multiple Sklerose. Ab 1990 seien nach den Schüben leichte Restsymptome neurologischer Art (Taubheitsgefühle an den Extremitäten) sowie Ermüdbarkeit und Konzentrationschwäche vorhanden. Es bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Wegen der Koinzidenz von psychischer und somatischer Belastung sollte auch keine Steigerung der Arbeitsfähigkeit versucht werden. Die Klägerin benötige weiterhin eine Psychotherapie und je nach neurologischem Verlauf weitere spezifische Therapien.

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