

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2012.00092**

## **vom 10. September 2014**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-09-10, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_BV.2012.00092](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_BV.2012.00092)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2012.00092 du 10 septembre 2014

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2012.00092 del 10 settembre 2014

### **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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [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).

Mit Bezug auf die weitergehende berufliche Vorsorge steht es den Vorsorgeeinrichtungen im Rahmen von Art. 6 und 49 Abs. 2 BVG sowie der verfassungsmässigen Schranken (wie Rechtsgleichheit, Willkürverbot und Verhältnismässigkeit) frei, den Invaliditätsbegriff und/oder das versicherte Risiko abweichend von Art. 23 BVG zu definieren. Während sie im Rahmen der obligatorischen beruflichen Vorsorge jedenfalls die Mindestvorschrift des Art. 23 BVG zu beachten haben ( Art. 6 BVG), gilt diese Bestimmung einschliesslich der hierzu ergangenen Rechtsprechung im überobligatorischen Bereich nur, soweit die Reglemente oder Statuten bezüglich des massgebenden Invaliditätsbegriffs oder versicherten Risikos nichts Abweichendes vorsehen (BGE 136 V E. 3.2 mit weiteren Hinweisen).

#### **E. 1.1.08**

13.5.08“ und bezeichnete die früher abgegebene Beurteilung einer 50%igen Arbeitsfähigkeit vom 1. 0. bis am 31. Dezember 2007 und einer solchen von 100 % ab 1. Januar 2008 bis zur Kündigung der Arbeitsstelle im Mai 2008 als hinfällig ( Ziff.

### **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 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 Versicherungseigenschaft kein Erlöschungsgrund ( 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 vielmehr 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 veranlasst haben (BGE 123 V 262 E. 1c, 120 V 112 E. 2c/aa und 2c/bb mit Hinweisen).

#### **E. 1.4**

Die Rechtsprechung verlangt nicht zwingend eine echtzeitlich ärztlich attestierte Arbeitsunfähigkeit zum rechtsgenügenden Nachweis einer berufsvorsorgerechtlich relevanten Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen. Immerhin reichen nachträgliche Annahmen und spekulative Überlegungen, wie etwa eine erst nach Jahren rückwirkend festgelegte medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit nicht aus. Die gesundheitliche Beeinträchtigung muss sich auf das Arbeitsverhältnis sinnfällig auswirken oder ausgewirkt haben; die Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen muss mit anderen Worten arbeitsrechtlich in Erscheinung getreten sein, etwa durch einen Abfall der Leistungen mit entsprechender Feststellung oder gar Ermahnung des Arbeitgebers oder durch gehäufte aus dem Rahmen fallende gesundheitlich bedingte Arbeitsausfälle. Nur bei Vorliegen besonderer Umstände darf die Möglichkeit einer von der arbeitsrechtlich zu Tage getretenen Situation abweichenden Lage in Betracht gezogen werden, etwa in dem Sinne, dass ein Arbeitnehmer zwar zur Erbringung einer vollen Arbeitsleistung verpflichtet war und auch entsprechend entlohnt wurde, tatsächlich aber doch keine volle Arbeitsleistung erbringen konnte. Eine Reduktion des Arbeitspensums aus gesundheitlichen Gründen ist ein gewichtiges Indiz für das Vorliegen einer berufsvorsorgerechtlich relevanten Arbeitsunfähigkeit, genügt allein in der Regel jedoch nicht für den Nachweis einer funktionellen Leistungseinbusse. Dies gilt insbesondere, wenn die Reduktion aus einem subjektiven Krankheitsgefühl heraus erfolgt oder wenn konkurrierende Gründe bestehen, wie mehr Zeit für bestimmte (Freizeit-)Aktivitäten zu haben oder eine berufsbegleitende Weiterbildung zu absolvieren. Es braucht grundsätzlich eine echtzeitliche ärztliche Bestätigung, dass die Pensenreduktion gesundheitlich bedingt notwendig ist, unter anderem wenn die weitere Verrichtung der Berufsarbeit nur unter der Gefahr der Verschlimmerung des Gesundheitszustandes möglich ist. Davon kann nur abgesehen werden, wenn aufgrund anderer Umstände, etwa krankheitsbedingte Absenzen vor der Arbeitszeitreduktion, davon auszugehen ist, dass dieser Schritt auch objektiv betrachtet aus gesundheitlichen Gründen erfolgt und insoweit eine arbeitsrechtlich in Erscheinung getretene (sinnfällige) Leistungseinbusse zu bejahen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_394/2012 vom 18. Juli 2012 E. 3.1 mit Hinweisen).

#### **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 auf wändigen 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 beziehungsweise 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 ( a Art . 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 gesamthafte Prüfung der Aktenlage ergibt, dass die Invaliditätsbemessung der Invalidenversicherung offensichtlich unhaltbar war (BGE 130 V 270 E. 3.1).

## **E. 1.6**

). 3.6

Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie und lic. phil. G.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, nannten in ihrem Bericht vom 28. Juni 2009 ( Urk. 3/31/3-12) folgende Diagnosen (S. 8): - Schwere depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.1/0) - Angststörung mit Panikattacken und sozialphobischen Anteilen (ICD-10 F40) - Differentialdiagnose: Posttraumatische Belastungsstörung depressiver, ängstlicher und dissoziativer Typus (ICD-10 F43.1)

Sie führte n aus, die Klägerin habe ihren Hausarzt nach ihrem ersten Sturz im Oktober 2007 gebeten, ihr eine 50%ige Arbeitsfähigkeit zu bescheinigen, da sie kurz zuvor ihre neue Arbeitsstelle bei der Y.\_\_\_\_ angetreten habe. Sie habe jedoch Konzentrationsschwierigkeiten gehabt und zahlreiche Fehler gemacht, weshalb sie die Firma wieder verlassen habe. Anfangs 2008 habe die Klägerin eine neue Tätigkeit aufgenommen. Sie habe jedoch bemerkt, dass sie nicht mehr wie vorher ihre Arbeitsleistung erbringen konnte. Nach ihrem zweiten Sturz 2008 habe sie so viele Fehler gemacht, so dass man ihr per Ende Juni 2008 gekündigt und sie freigestellt habe (S. 5 f.). Die Versicherte sei anamnestisch zahlreichen sehr schweren traumatisierenden Lebenssituationen (Ängste in der Kindheit vor den Roten Garden, Selbstmord des Vaters, jahre lange Zwangsarbeit auf dem Lande, politische Verfolgung im Zusammenhang mit dem Tiananmen Massaker, Ablehnung des Asylantrags) ausgesetzt gewesen. Sie sei eine ängstliche, sozialphobische Persönlichkeit.

Sie sei in den letzten Jahren knapp kompensiert gewesen. Die Unfälle und leichten Verletzungen in den letzten zwei Jahren hätten zu einer psychischen Dekompensation geführt. In ihrer angestammten Tätigkeit als Buchhalterin sei die Klägerin spätestens seit Mai 2008 zu 100 % arbeitsunfähig, was gegenwärtig auch für eine leidensange passte Arbeit gelte (S. 9 f. ; vgl. auch Urk. 26/85/1-6 ). 3.7

Gestützt auf die Ergebnisse der im Juni, September und Oktober 2009 durchgeführten internistischen, neurologischen und psychiatrischen Untersuchungen (Expertise vom 16. März 2010 [ Urk. 26/50])

stellten die MEDAS-Gutachter folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 22): - Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0) - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptomatik (ICD-10 F33.2)

Als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beurteilten sie folgende Diagnosen (S. 22): - Anamnestisch: Epilepsie. Seit 1995 anfallsfrei, seit 2003 ohne Antikonvulsiva - Status nach zweimaligem Treppensturz (Oktober 2007 und April 2008) mit vermutlich Commotio cerebri

Dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, kann entnommen werden, dass es auf dem Boden der psychischen Entwicklung im Herbst 2007 zu einem ersten Treppensturz gekommen ist. Der Gutachter führte weiter aus, Tatsache sei, dass es die Klägerin fortan nicht geschafft habe, ihr gewohntes Funktionsniveau wiederzu erlangen. Sie habe zunächst hauptsächlich kognitive, später zunehmend auch affektive Beschwerden beklagt. Seit weiteren Bagatelltraumen mit Anstossen des Kopfes und einem weiteren Treppensturz im April 2008 sei die Versicherte zu 100 % arbeitsunfähig. Es sei zu einer zunehmenden depressiven Entwicklung gekommen, die Klägerin habe sich sozial zurückgezogen und an grosser Einsamkeit, Hoffnungslosigkeit und Ängsten vor der Zukunft gelitten. Bei der Versicherten handle es sich um eine komplex traumatisierte Persönlichkeit mit aktuell schwer ausgeprägter depressiver Symptomatik. Es scheine, als wenn sie es bis zu den erwähnten Unfällen aus eigener Kraft halbwegs geschafft habe, aufgrund noch ausreichender individueller Ressourcen eine psychische Dekompensation zu verhindern. Angesichts verschiedener - auch in ihrem neuen Leben - gescheiterter Strategien sehe es so aus, als sei es, bei präexistenter deutlich erhöhter Vulnerabilität, durch die Unfälle und der dadurch erlebten persönlichen Einbussen zur kompletten Dekompensation gekommen. Der Klägerin sei es fortan nicht mehr möglich gewesen, ihren Aufgaben, beruflich oder privat, nachzukommen (S. 17 f. ). Aktuell handle es sich bei der Versicherten um ein Mischbild einer chronischen Persönlichkeitsänderung nach multipler Traumatisierung und einer aktuell schweren depressiven Episode bei einer rezidivierenden depressiven Störung. Zumindest seit Ende 2007 sei es zu einer deutlichen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit der Klägerin gekommen. Die Beeinträchtigungen respektive Schwierigkeiten im beruflichen Bereich hätten gegebenenfalls bereits auf eine drohende Dekompensation hingewiesen. Die durch den behandelnden Psychiater bescheinigte 100%ige Arbeitsunfähigkeit sei nachvollziehbar. Langfristig sei von einer leichten bis mittelschweren Gesundheitsstörung auszugehen, die das alltägliche Leben beeinflusse und die Arbeitsfähigkeit langfristig reduziere. Nach Besserung der depressiven Symptomatik sei mit einer Arbeitsfähigkeit von etwa 50 % bis 70 % zu rechnen (S. 19).

Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, berichtete in seinem neurologischen Fachgutachten, Anhaltspunkte für eine neurologische Erkrankung seien keine ersichtlich. Die postcommotionellen Beschwerden könnten nicht für die dokumentierten - am ehesten durch eine psychische Erkrankung verursachten - neuropsychologischen Ausfälle verantwortlich gemacht werden. Aus neurologischer Sicht könne keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestätigt werden (S. 21).

In ihrer interdisziplinären Beurteilung führten die beteiligten Ärzte aus, die Lebensgeschichte der Klägerin weise zahlreiche frühe Verluste und Belastungserfahrungen auf, die sich in Form einer chronischen Traumafolgestörung auswirken würden. Wie es zu den Treppenstürzen gekommen sei und warum sich die Versicherte von den anfänglichen, durch die Unfälle entstandenen Beeinträchtigungen nicht wieder erholte habe, sondern psychisch dekompenziert sei, lasse sich nicht erklären. Die Hypothese, dass (auch persönlichkeitsbedingt) eine zu rasche berufliche Wiedereingliederung, der darauf folgende Stellenverlust und der - aus Gutachtersicht ungünstige - Fokus auf ausschliesslich somatische Ursachen der Gesundheitsstörungen zur Chronifizierung der Beschwerden und zum Funktionsverlust beigetragen hätten, scheine plausibel. Aktuell stehe die schwere depressive Episode im Vordergrund. Sie begründe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für jede Art von Tätigkeit spätestens ab 7. April 2008 (S. 26 ff.). 4.

Gestützt auf die im rechtskräftigen Beschluss des hiesigen Gerichts vom 28. Februar 2011 (Urk. 26/80) festgehaltenen Bestimmungen und Grundsätze über die Rechtsmittelbefugnis des BVG-Versicherers in invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren fällt eine Bindungswirkung ausser Betracht und die Frage des Eintritts der massgeblichen Arbeitsunfähigkeit ist frei zu überprüfen (vgl.

auch Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 349/05 vom 21. April 2006 E. 2.3 mit weiterem Hinweis). 5. 5.1

Aufgrund der medizinischen Akten steht fest, dass dieselbe psychische Störung, die mittlerweile zur Invalidität geführt hat, auch Ursache der im April 2008 eingetretenen Arbeitsunfähigkeit war, mithin ein sachlicher Zusammenhang zwischen damaliger Arbeitsunfähigkeit und nunmehr vorliegender Invalidität besteht (vgl. E. 1.3). Ob der der Invalidität zugrundeliegende Gesundheitsschaden im Wesentlichen derselbe ist, der von Oktober bis Dezember 2007 zur Arbeitsunfähigkeit geführt hat, braucht nicht abschliessend geklärt zu werden, sofern die Klägerin über das Ende der Vorsorgedeckung der Beklagten 1 (bis Ende Dezember 2007) – vorausgesetzt zwischen der Klägerin und der Y.\_\_\_\_ wurde überhaupt ein unbefristeter Arbeitsvertrag abgeschlossen – hinaus wieder eine dauerhafte Arbeitsfähigkeit erlangte, bevor sie schliesslich vollständig invalid wurde. Hiezu ergibt sich Folgendes: 5.2

Die Klägerin war vom 1. Oktober bis am 31. Dezember 2007 bei der Y.\_\_\_\_ angestellt (Urk. 26/15), als sie am 17. Oktober 2007 auf der Treppe stürzte. In seinem zuhanden der Unfallversicherung verfassten ärztlichen Zwischenbericht vom 5. März 2008 attestierte Dr. A.\_\_\_\_ vom 18. Oktober bis am 9. Dezember 2007 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und vom 10. bis am 31. Dezember 2007 eine solche von 50% (Urk. 11/12). Aus der Entschädigungsabrechnung der Unfallversicherung (Abrechnungsperiode 18. Oktober bis 31. Dezember 2007) betreffend das Unfallereignis vom 17. Oktober 2007 geht indes hervor, dass der Klägerin vom 20. bis am 28. Oktober 2007 und vom 8. November bis am 9. Dezember 2007 Taggelder basierend auf einer Arbeitsunfähigkeit von 100% ausbezahlt

wurden. Vom 10.

bis am 31. Dezember 2007 bezog sie Taggelder auf der Grundlage einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % ( Urk. 11/10). Die Klägerin selbst berichtete von einer am 28. Oktober 2007 wieder zu 50 % aufgenommenen Tätigkeit (Urk. 26/50 S. 28). Ungeachtet dessen, dass sich die gemachten Angaben teilweise widersprechen, geht aus ihnen eine Besserung des Gesundheitszustands der Klägerin hervor und der Hausarzt Dr. A.\_\_\_\_ konnte seine Behandlung - ohne dass ein bleibender Nachteil zu erwarten war -

bei Wiedererlangung der vollständigen Arbeitsfähigkeit abschliessen ( Urk. 11/

## **E. 6**

S. 5 und Urk. 26/31/3-12 S. 6 ).

### **E. 6.1**

Angesichts des Eintritts der invalidisierenden Arbeitsunfähigkeit im April 2008 hat die Klägerin Anspruch auf Invalidenleistungen der Beklagten 2. Laut Ziff.

20.3 Abs. 1 des anwendbaren Reglements ( Urk. 9/3) gilt als Wartefrist die effektive Dauer der Invalidität, die bis zur Entstehung des Leistungsanspruchs verstreichen muss. Sie ist im Vorsorgeplan festgelegt. Dieser sieht eine Wartefrist von 24 Monaten vor (vgl. den ab 1. Januar 2007 gültigen Vorsorgeplan für die BVG-Basisvorsorge der Z.\_\_\_\_ [ Urk. 37 Ziff. 2.2.1]). Diesbezüglich legt das Reglement in Ziff. 20.3 Abs. 3 wiederum für den Fall einer Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit, wobei die Krankentaggeldleistungen nicht für die Dauer von 24 Monaten erbracht werden, fest, dass Invaliden- und Invalidenkin derrenten ab dem Tag gewährt werden, ab dem die Krankentaggeldleistung erlischt, frühestens ab dem Zeitpunkt des IV Rentenanspruchs.

Entsprechend den reglementarischen Bestimmungen hat die Klägerin ab 1. April 2010 Anspruch auf eine volle reglementarische Invalidenrente, soweit ihr bis dahin Krankentaggeldleistung ausgerichtet worden sind; andernfalls fällt der Rentenbeginn mit der Einstellung der Krankentaggeldleistung zusammen, wobei dieser frühestens auf den 1. August 2009 festgelegt werden kann. Ab 1. August 2009 steht ihr eine ganze Invalidenrente gemäss BVG- Obligatorium zu (vgl.

Art. 26 BVG mit Verweis auf Art. 29 IVG; siehe auch Stauffer, Recht sprechung des Bundesgerichts zur beruflichen Vorsorge, Zürich 2013, S. 85).

Damit ist auch gesagt, dass ein Anspruch auf Invalidenleistungen gegenüber der Beklagten 1 ausser Betracht fällt.

### **E. 6.2**

Auf Invalidenleistungen sind Verzugszinsen geschuldet, wobei grundsätzlich Art. 105 Abs. 1 des Obligationenrechts (OR) anwendbar ist (BGE 119 V 131 E. 4). Danach ist der Verzugszins vom Tage der Anhebung der Betreibung oder der gerichtlichen Klage an geschuldet. Der Klägerin sind folglich für die bis zur Klageerhebung am 1. November 2012 (vgl. Urk. 1) fällig gewordenen Rentenbeiträge ab diesem Zeitpunkt und für die weiteren Rentenleistungen ab deren jeweiligem Fälligkeitsdatum Verzugszinsen von 5 % zuzusprechen. 7.

Ausgangsgemäss ist die Beklagte 2 gestützt auf § 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ( GSVGer ) zu verpflichten, der durch den Rechtsdienst

Integration Handicap vertretenen Klägerin eine Prozessentschädigung zu entrichten, wobei ein Betrag von Fr. 2' 6 00.-- (inkl. Barauslagen und MWSt ) als angemessen erscheint. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Klage wird die Beklagte 2 verpflichtet, der Klägerin ab 1. August 2009 eine ganze Invalidenrente gemäss BVG- Obligatorium sowie ab 1. April 2010 eine volle reglementarische Invalidenrente auszurichten , soweit ihr bis dahin Krankentag geldleistungen ausgerichtet worden sind , andernfalls ab Einstellung der Krankentag geldleistung , frühestens ab 1. August 2009, zuzüglich Verzugszins von 5 % für die bis zum 1. November 2012 geschuldeten Beträge ab diesem Datum und für die restlichen ab dem jeweiligen Fälligkeitsdatum.

Die Klage gegen die Beklagte 1 wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beklagte 2 wird verpflichtet, der Klägerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2' 6 00.-- (inkl. Barauslagen und MWSt ) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: -

Rechtsdienst Integration Handicap unter Beilage einer Kopie von Urk. 37 -

Rechtsanwältin Claudia Brun Wüest unter Beilage einer Kopie von Urk. 37 -

AXA Leben AG -

Bundesamt für Sozialversicherungen 5.

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, 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Gräub Locher

## **E. 6.5**

). Zudem war der Versicherten die Erfüllung des Vollzeitpensums ohne psychiatrische Begleitung möglich. Dass sich die psychische Beeinträchtigung

auch wenn anzunehmen ist, dass bereits der erste Sturz zu einer gewissen gesundheitlichen Einschränkung bei der Klägerin führte -

bereits vor der Krankenschreibung im April 2008 in einer erheblichen und dauerhaften Einschränkung an funktionellem Leistungsvermögen (im Umfang von mindestens 20 % ) niederschlug, ist daher nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen. So berichteten auch die MEDAS-Gutachter davon, dass

letztendlich das zweite Sturzereignis die vollständige psychische Dekompensation respektive Arbeitsunfähigkeit bedingte ( Urk. 26/50 S. 17 ; vgl.

auch Urk. 26/31/3-12 S. 10 ) und die Klägerin führte die per Ende Juni 2008 ausgesprochene Kündigung auf die nach dem Unfall gemachten Fehler zurück ( Urk. 3/31/3-12 S. 6;

vgl. auch Urk.

26/13/9-10 S. 1 und Urk. 26/18/21 ). Dies blieb unwidersprochen. 5.3

Auf die

Beurteilungen von Dr. A. \_\_\_ vom 15. Oktober 2008 und 4. März 2009 ( Urk. 26/13/7 und Urk. 26/13/2-6), wonach bereits seit dem 17. Oktober 2007 eine anhaltende 100%ige Arbeitsunfähigkeit besteht, kann insofern nicht abgestellt werden, als sie in klarem Widerspruch nicht nur zu früheren Einschätzungen des nämlichen Arztes selbst, sondern auch zur seither von der Klägerin effektiv gezeigten Leistungsfähigkeit steht. Aus diesem Grund und da eine ärztliche Beurteilung auf objektiv erhebbaren Befunden und nicht auf dem subjektiven Befinden zu beruhen hat (vgl. nachstehend), ist auch die gutachterliche Einschätzung

zu relativieren, gemäss der seit zumindest Ende 2007 eine deutliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit der Klägerin besteht ( Urk. 26/50 S.

19). Ohne Belang ist zudem, dass die Bescheinigung einer vollständigen Arbeitsfähigkeit dem Wunsch der Klägerin entsprach,

musste und konnte doch Dr. A. \_\_\_ die Attestierung einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ab 1. Januar 2008 offensichtlich mit dem Gebot der ärztlichen Wissenschaft und Berufsethik in Einklang bringen. Hierfür spricht auch, dass er die Weiterführung von therapeutischen Massnahmen oder die Überweisung an weitere – insbesondere psychiatrische – Fachärzte nicht für indiziert hielt.

Anzufügen bleibt, dass für die Beurteilung des Leistungsanspruchs nicht das subjektive Empfinden, sondern die objektiv bestehende respektive gezeigte Leistungsfähigkeit

massgebend ist. Aus diesem Grund ist es insofern nicht bedeutsam, dass sich die Klägerin nach dem ersten Sturzereignis wiederholt über ein eingeschränktes Funktionsniveau beklagte. 5.4

In Würdigung der gesamten Umstände ist mit überwiesender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die bei der Z. \_\_\_ bis zum zweiten Sturzereignis ausgeübte Tätigkeit den zeitlichen Zusammenhang

zur während der Dauer eines allfälligen Vorsorgeverhältnisses (vgl. E. 5.1) mit der Beklagten 1 bestandenen Arbeitsunfähigkeit unterbrochen hat. Vor dem Hintergrund, dass erst der Sturz im April 2008 eine vollständige psychische Dekompensation bedingte, die berufliche Belastung bis dahin - mithin während mehr als drei Monaten - zu keinen schweren Krankheitssymptomen mit erheblicher Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führte und die Arbeitgeberin Z. \_\_\_ nach Beendigung der Probezeit die Klägerin weiterbeschäftigte, kann die betreffende Tätigkeit, die bis zum Sturzereignis mit der Perspektive einer dauerhaften Berufsausübung verbunden war,

auch

nicht als Arbeitsversuch gewertet werden (vgl. zum Ganzen Urteil des Bundesgerichts 9C\_569/2013 vom 18. Februar 2014 E. 6.1). 6.

## **E. 10**

S. 4).

2.3

Die Beklagte 2 begründete die Leistungsverweigerung damit, die Klägerin sei bereits nach ihrem ersten Treppensturz erheblich in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt gewesen. Sie habe bereits nach dem ersten Sturzereignis unter grossen Kopfschmerzen und Konzentrationsproblemen gelitten und sich noch weitere Male den Kopf heftig angeschlagen. Die Anstellung bei der Z. \_\_\_ sei daher als gescheiterter Arbeitsversuch zu werten. Denn die Klägerin habe die Stelle mit den erwähnten Beschwerden angetreten, deren Auswirkungen schliesslich zur Kündigung des Arbeitsvertrags geführt hätten (Urk. 8 S. 7 und Urk. 19 S. 4 f.). 3. 3.1

Aus den medizinischen Akten geht im Wesentlichen Folgendes hervor:

Dr. med. A. \_\_\_, Facharzt FMH für Innere Medizin, berichtete am 13. Mai 2008 über einen von der Klägerin im Oktober 2007 erlittenen Sturz auf der Treppe mit Kopfanprall sowie lang anhaltenden Nacken- und Kopfschmerzen und einen protrahierten Heilungsverlauf. Er führte aus, die Versicherte sei ab Ende 2007 wieder voll arbeitsfähig gewesen. Am 7. April 2008 sei sie erneut auf der Treppe ausgerutscht. Seither klagt sie wieder über starke Nacken- und Kopfschmerzen, Konzentrationsstörungen sowie Vergesslichkeit. Zurzeit habe er die Klägerin zu 50 % arbeitsfähig geschrieben (Urk. 26/13/11). 3.2

Anlässlich ihrer neuropsychologischen Untersuchung in der Neurologischen Klinik und Poliklinik des Spitals B. \_\_\_ vom 4. Juni 2008 (Urk. 26/13/9-10) berichtete die Klägerin, sie habe das Gefühl, dass etwas mit ihrem Kopf nicht mehr stimme. Er sei wie in Watte verpackt. Bei der Arbeit habe sie sich schnell überfordert gefühlt und es seien ihr - insbesondere seit ihrem Sturz im April 2008 - mehr Fehler als gewöhnlich unterlaufen. Man habe ihr deshalb im Mai 2008 die Arbeit als Buchhalterin bei einer Rückversicherung gekündigt. Neben den beiden Treppenstürzen habe sie sich den Kopf drei weitere Male angeschlagen (S. 1). PD Dr. phil. C. \_\_\_, lic. phil. D. \_\_\_ und dipl.

natw. E. \_\_\_ hielten die Klägerin auf dem freien Arbeitsmarkt für nicht vermittelbar (S. 2). 3.3

Dem Bericht von Dr. A. \_\_\_ vom 13. Juni 2008 kann entnommen werden, dass sich die psychomotorischen respektive postcommotionellen Beschwerden der Klägerin nach ihrem Treppensturz am 7. April 2008 als wesentlich ausgeprägter als zu Beginn angenommen erwiesen. Der Hausarzt führte aus, er habe der Versicherten

ab dem 29. April 2008 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bescheinigt. In den folgenden Wochen habe sich aber herausgestellt, dass sie dieses Pensum nicht zu leisten vermöge. Sie habe viele Fehler gemacht, sodass ihr gekündigt worden sei. Er habe sie deshalb ab 14. Mai 2008 - dem Kündigungsdatum - wieder zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (Urk. 26/18/21). 3.4

Dr. A. \_\_\_ nahm am 15. Oktober 2008 zu einem nicht bei den Akten liegenden

Entscheid der Unfallversicherung vom 1. Juli 2008 Stellung (Urk.

26/13/7-8) . Er führte aus, die vor dem Sturz am 17. Oktober 2007 voll arbeits- und leistungsfähige Klägerin habe sich von diesem nur teilweise erholt und klage seither über Kopf- und Nackenschmerzen sowie Konzentrationsstörungen. Am 16. November 2007 habe sie sich erneut den Kopf an einer Kante angeschlagen, worauf sich ihre Beschwerden nochmals deutlich verschlechtert hätten. Die Klägerin habe die Schwere ihrer Probleme nicht wahrnehmen und möglichst bald wieder arbeiten wollen. Auf ihren Wunsch hin und gestützt auf ihre Angabe, wonach sich ihre Beschwerden gebessert hätten, habe er ihr ab 10. Dezember 2007 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit und ab 1.

Januar 2008 eine solche von 100 % attestiert. Eine ab Januar 2008 bestehende vollständige Arbeitsfähigkeit habe er hauptsächlich deshalb bescheinigt, weil die Klägerin eine neue Arbeitsstelle angetreten habe. Ihre ab 10. Dezember 2007 attestierte 50%ige Arbeitsfähigkeit habe die Versicherte effektiv nicht umgesetzt. Sie habe stattdessen Ferien bezogen. Dr. A. \_\_\_ schilderte weiter, aus den Arbeitszeugnissen der Klägerin gehe hervor, dass sie rasch, konzentriert und fehlerfrei gearbeitet habe. Dies habe sich bereits nach dem ersten Unfall geändert und sie habe während der Probezeit die geforderte Leistung nicht mehr erbringen können (S. 1) . Retrospektiv müsse die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ab 1. Januar 2008 als falsch beurteilt werden (S. 2). 3.5

In seinem am 4. März 2009 bei der Verwaltung eingegangenen Bericht (Urk. 26/13/2-6) diagnostizierte der nämliche Arzt eine persistierende kognitive und psychomotorische Beeinträchtigung nach Schädel-Hirntrauma sowie multiple Hirnfunktionsstörungen. Der arteriellen Hypertonie mass er keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bei (S. 1). Nach ihrem Sturz am 17. Oktober 2007 habe die Klägerin ihre Arbeit als Buchhalterin am 1. Januar 2008 mit stark eingeschränkter Leistungsfähigkeit wieder aufgenommen. Er attestierte ab 17. Oktober 2007 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Zusätzlich notierte er „Arbeitsunterbruch

## **E. 12**

und Urk. 26/13/11).

In der Folge trat die Versicherte am 1. Januar 2008 ihre neue Arbeitsstelle bei der Z. \_\_\_ mit einem Pensum von 100 % an (Urk. 26/12). Bis zu ihrem zweiten Treppensturz am 7. April 2008 verzeichnete sie einzig am 4. sowie am 10. März 2008, jeweils nachmittags, eine Absenz. Nach Ablauf der Probezeit wurde sie bei einem jährlichen Lohn von Fr. 104'000.-- bei der Z. \_\_\_ weiterbeschäftigt, weshalb anzunehmen ist, dass die im Arbeitgeberfragebogen (Urk. 26/12) angeführten Kündigungsgründe - ungenügende Arbeitsleistung (Organisation der Arbeit), mangelnde Team-Kooperation und ungenügende praktische Umsetzung der theoretischen Fachkenntnisse -

vor dem zweiten, gleich nach Ende der Probezeit erfolgten Unfallereignis noch nicht in einer die Arbeitsleistung negativ beeinflussenden Art und Weise in Erscheinung getreten waren.

In Übereinstimmung damit wurde von der damaligen Arbeitgeberin der ausbezahlte Lohn als der Arbeitsleistung entsprechend beurteilt (Urk. 26/12 S. 3). Während dieser gesamten Periode wurde ihr rechtzeitig keine Arbeitsunfähigkeit attestiert, was sich mit den Angaben der Klägerin in ihrer Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen vom 18. Januar 2009 deckt (Urk.

26/4 Ziff.

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