

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2015.00084 vom 13. Dezember 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-12-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_BV.2015.00084

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2015.00084 du 13 décembre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2015.00084 del 13 dicembre 2017

Erwägungen

E. 1.1

Die Klägerin hielt mit Klageschrift vom 17. Dezember 2015 dafür (Urk. 1), dass sie bis heute gesamthaft Fr. 25'893.82 als Vorleistung bezahlt habe und noch immer bezahle, so dass die Mehrforderung vorbehalten werde. Entsprechend könne sie nach Art. 26 Abs. 4 des Bundesgesetzes über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG) auf die leistungspflichtige Vorsorgeeinrichtung Rückgriff nehmen, wenn diese feststehe. Gemäss Urteil des Bundesgerichts 9C_671/2014 könne die Regressklage auch eingereicht werden, wenn die leistungspflichtige Vorsorgeeinrichtung noch nicht feststehe, diesfalls habe das Gericht vorfrageweise zu prüfen, ob die Beklagte leistungspflichtig sei.

Die Versicherte sei vom 17. August 1999 bis zum 30. September 2005 bei der Beklagten versichert gewesen. Danach habe sie sich bei der Arbeitslosenversicherung gemeldet und habe nach Ablauf der Wartetage vom 10. Oktober 2005 bis zum 1. Juni 2007 Leistungen der Arbeitslosenversicherung bezogen und sei in dieser Eigenschaft bei der Klägerin für die Risiken Tod und Invalidität versichert gewesen. Die Nachdeckungsfrist der Beklagten habe somit am 9. Oktober 2005 geendet.

Gestützt auf die echtzeitlichen Arztberichte sowie die Verfügung der IV-Stelle vom 10. Dezember 2008 sei davon auszugehen, dass die psychischen Beschwerden, welche schliesslich zur Invalidisierung geführt hätten, bereits während der Versicherungszeit durch die Beklagte entstanden seien. Damit sei die sachliche und zeitliche Konnexität gegeben. Des Weiteren sei in der Verfügung der IV-Stelle die Eröffnung des Wartjahres auf den 29. April 2004 gelegt worden und die Beklagte sei daran gebunden. Angesichts der diversen ärztlichen Abklärungen und der Begründung der Suva für die Leistungseinstellung könne nicht gesagt werden, dass die Festsetzungen der IV-Stelle offensichtlich unrichtig seien.

E. 1.2

Mit Klageantwort vom 15. April 2016 sowie Duplik vom 16. Januar 2017 (Urk. 8 und Urk. 24) brachte die Beklagte demgegenüber im Wesentlichen vor, dass der Rückzug der Klage vom 25. März 2014 die Wirkung eines rechtskräftigen Entscheides habe und in materielle Rechtskraft erwachse. Vorliegend seien die Rechtsbegehren der beiden Klagen zwar vom Wortlaut her nicht identisch, es ergebe sich aber aus den Rechtsschriften klar, dass es der Klägerin darum gehe, dass die Beklagte einerseits die Leistungspflicht gegenüber der Versicherten anerkenne und andererseits die Vorleistungen zurückerstatte. Daher handle es sich vorliegend um eine res iudicata und es sei nicht auf die Klage einzutreten.

Falls das Gericht auf die Klage eintrete, sei festzuhalten, dass sie ungeachtet der IV-Verfügung vom 11. Oktober 2011 frei prüfen könne, ob ein Rentenanspruch der Versicherten bestehe. Es habe für sie keinerlei Anlass bestanden, die Verfügung vom 11. Oktober 2011 anzufechten, da sie eine befristete Rente der Versicherten aus somatischen Gründen anerkannt habe und insofern der Beginn der Wartefrist korrekt gewesen sei. Darüber hinaus habe mangels sachlichen Konnexes keine Leistungspflicht für aus dem psychischen Leiden resultierende Ansprüche bestanden - diesbezüglich wäre die Verfügung aber auch als offen sichtlich unhaltbar anzusehen, da die im B.____-Gutachten diagnostizierte depressive Episode ein vorübergehendes Leiden darstelle, welchem es an Krankheitscharakter mangle und welches daher nicht invalidisierend sei. Da damit bereits das Bestehen eines Leistungsanspruches zu verneinen sei, entfalle auch die aus einer Vorleistungspflicht resultierende Regressmöglichkeit.

Selbst bei Bejahung des Rentenanspruches der Versicherten entfalle allerdings eine Leistungspflicht der Beklagten mangels sachlichen Konnexes. Der Beginn des Wartjahres sei von der IV-Stelle auf den Unfallzeitpunkt angesetzt worden. Der sachliche Konnex sei damit ab Dezember 2005 zu verneinen, da die Arbeitsunfähigkeit während der Versicherungszeit auf den somatischen Krankheitsbildern beruht habe, was aus dem B.____-Gutachten vom 2. März 2011 ersichtlich sei. Eine mindestens 20%ige Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen sei während des Vorsorgeverhältnisses nicht dokumentiert. Für die Invalidität ab Dezember 2005 seien gemäss B.____-Gutachten psychische Gründe massgebend. Die Beklagte habe entsprechend grundsätzlich einen Anspruch auf eine befristete halbe Invalidenrente vom 1. September 2005 (Ende der Taggeldzahlungen durch die Suva) bis zum 30. November 2005 anerkannt.

Des Weiteren wäre bei Bejahung eines Regressanspruches festzuhalten, dass dieser nur insofern gegeben sei, als eine Vorleistungspflicht vorgelegen habe. Da die Leistung einer ganzen Invalidenrente auf der nicht rechtskräftigen Verfügung vom 10. Dezember 2008 beruht habe, könne sich ein Anspruch gegen über der Beklagten höchstens auf eine halbe Invalidenrente beziehen. Im Übrigen werde die Einrede der Verjährung für die vor dem 17. Dezember 2010 fällig gewordenen Rückforderungsansprüche zu erheben.

E. 1.3

Die Klägerin hielt replicando dafür (Urk. 20), dass keine res iudicata vorliege, da das Bundesgericht im Urteil 9C_671/2014 konstatiert habe, dass eine Regressklage aus eigenem Recht möglich sei. Des Weiteren sei die Beklagte an die Feststellungen der IV-Stelle gebunden und der sachliche Zusammenhang sei erstellt. Der Entscheid der IV-Stelle sei nicht offensichtlich unhaltbar.

Das Vorliegen einer zu hohen Auszahlung sowie der Eintritt der Verjährung würden bestritten. 2.

Vorab zu prüfen ist, ob die Beklagte mit der Einrede der abgeurteilten Sache (res iudicata) durchdringt.

E. 2

Am 25. März 2014 erhob die Stiftung Auffangeinrichtung BVG Klage gegen die X.____-Pensionskasse und beantragte, es sei die Beklagte zu verpflichten, der ehemaligen Versicherten, eine halbe Invalidenrente gemäss Reglement, samt Weiterführung des Alterskontos und Beitragsbefreiung, zuzüglich 5 % Zins ab Klageeinreichung, respektive

Fälligkeit, zu bezahlen, erstmals per 1. Februar 2009 oder einem vom Gericht zu bestimmenden Termin (Urk. 13/1). Mit Klageantwort vom 26. August 2014 schloss die X.____-Pensionskasse auf Abweisung der Klage (Urk. 13/9). Nach einem zweiten Schriftenwechsel (Replik vom 19. Dezember 2014, Urk. 13/21; Duplik vom 4. März 2015, Urk. 13/26) zog die Stiftung Auffangeinrichtung BVG die Klage vom 25. März 2014 im Hinblick auf das Urteil des Bundesgerichts 9C_671/2014 vom 30. Januar 2015 zurück unter Hinweis darauf, dass die Klage entsprechend den in diesem Urteil formulierten Anforderungen neu eingereicht werde (Urk. 13/28). Mit Verfügung vom 9. April 2015 des hiesigen Gerichts (Verfahrensnr. BV.2014.00020) wurde der Prozess als durch Rückzug der Klage erledigt abgeschrieben (Urk. 13/29).

E. 2.1

Eine abgeurteilte Sache liegt vor, wenn der streitige Anspruch mit einem schon rechtskräftig beurteilten identisch ist. Dies trifft zu, wenn der Anspruch dem Gericht aus demselben Grund und gestützt auf den gleichen Sachverhalt erneut zur Beurteilung unterbreitet wird. Die Rechtskraftwirkung tritt nur soweit ein, als über den geltend gemachten Anspruch entschieden worden ist. Inwieweit dies der Fall ist, ergibt die Auslegung der Motive des Urteils, zu welchem dessen ganzer Inhalt heranzuziehen ist. Zwar erwächst der Entscheidung nur in jener Form in Rechtskraft, wie er im Dispositiv zum Ausdruck kommt, doch ergibt sich dessen Tragweite vielfach erst aus dem Bezug der Erwägungen. Insbesondere ist in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren ein vorinstanzlicher Gerichtsentscheid nicht nach seinem Wortlaut, sondern nach seinem tatsächlichen rechtlichen Bedeutungsgehalt zu verstehen. Durch die Anerkennung der materiellen Rechtskraft soll den Parteien verwehrt bleiben, über den gleichen Streitgegenstand beliebig wieder ein neues ordentliches Verfahren in Gang zu setzen (Urteil des Bundesgerichts 8C_79/2013 vom 25. Juli 2013 E. 2.1 mit weiteren Hinweisen).

E. 2.2

In Anbetracht der Formulierung des Klagebegehrens vom 25. März 2014 (Urk. 13/1) wäre davon auszugehen gewesen, dass sich der Hauptantrag aus schliesslich auf das Rechtsverhältnis der Versicherten mit der Beklagten bezog und dasjenige zwischen der Klägerin und der Beklagten unberührt geblieben wäre. Eine direkte Forderung aus eigenem Recht konnte nicht aus dem Rechtsbegehren geschlossen werden. In der Klagebegründung bezog sich die Klägerin zwar auf Art. 26 BVG, verwendete aber weder den Begriff Regress noch Rückgriff. Auch an sonstigen Ausführungen zu einem aus eigenem Recht bestehenden Regressanspruch mangelte es und der Hinweis, dass die Versicherte nicht selber klagen wolle, bestätigte den Schluss, dass die Klägerin den Anspruch der Versicherten statt ihres eigenen Rückgriffsrechts geltend machte - wozu sie nicht aktivlegitimiert war (vgl. hierzu Urteil des Bundesgerichts 9C_671/2014 vom 30. Januar 2015, E. 3.3).

Entsprechend fehlte die Prozessvoraussetzung der Aktivlegitimation, so dass die Begründetheit der Klage ohnehin nicht geprüft worden wäre, womit diesbezüglich keine Rechtskraft eingetreten ist (vgl. Leumann Liebster in: Sutter-Somm/Hasenböhler/Leuenberger, Kommentar zur Schweizerischen Zivilprozessordnung, 3. Aufl., N 18 zu Art. 241).

Die Einrede der res iudicata dringt damit nicht durch. 3.

E. 3

Die Stiftung Auffangeinrichtung BVG erhob am 17. Dezember 2015 erneut Klage gegen die X.____-Pensionskasse und beantragte, es sei die Beklagte zur Zahlung von Fr. 25'893.82 zuzüglich Zins zu 5 % seit 1. März 2010 zu verurteilen, Mehrforderung vorbehalten. Vorfrageweise sei festzustellen, dass die Beklagte gegenüber ihrer ehemaligen Versicherten Y.____ leistungspflichtig sei und diese sei zum Verfahren beizuladen (Urk. 1). Mit Klageantwort vom 15. April 2016 schloss die Beklagte auf Abweisung der Klage, soweit überhaupt darauf einzutreten sei (Urk. 8). Nach Beizug der Akten der IV-Stelle (Urk. 15/1-100) hielt die Klägerin mit Replik vom 20. September 2016 (Urk. 20) und die Beklagte mit Duplik vom 16. Januar 2017 (Urk. 24) an ihren Anträgen fest. Die Duplik wurde der Klägerin am 17. Januar 2017 zur Kenntnisnahme zugestellt (Urk. 25).

Mit Verfügung vom 21. September 2017 wurde die Versicherte zum Verfahren beigelegt (Urk. 26), wozu sie sich nicht vernehmen liess (vgl. Urk. 27).

E. 3.1

Gegenstand der vorliegenden Klage ist eine Regressforderung der Klägerin im Sinne von Art. 26 Abs. 4 des Bundesgesetzes über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG). Der betreffende Artikel regelt für den Fall, dass sich der Versicherte beim Entstehen des Leistungsanspruchs nicht in der leistungspflichtigen Vorsorgeeinrichtung befindet, dass diejenige Vorsorgeeinrichtung vorleistungspflichtig ist, der er zuletzt angehört hat. Steht die leistungspflichtige Vorsorgeeinrichtung fest, so kann die vorleistungspflichtige Vorsorgeeinrichtung auf diese Rückgriff nehmen. Als Vorfrage ist deshalb zu prüfen, ob die Beklagte effektiv leistungspflichtig ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_671/2014 vom 30. Januar 2015 E. 3.4).

E. 3.2

Nach Art. 24 Abs. 1 BVG hat der Versicherte Anspruch auf eine volle Invalidenrente, wenn er im Sinne der Invalidenversicherung mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn er mindestens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn er mindestens zur Hälfte und auf eine Viertelsrente, wenn er mindestens zu 40 % invalid ist. Gemäss Abs. 1 von Art. 26 BVG gelten für den Beginn des Anspruchs auf Invalidenleistungen sinngemäss die entsprechenden 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).

E. 3.3

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 Vorsoorgeverhältnisses 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. 3.4

Von einer relevanten Arbeitsunfähigkeit ist rechtsprechungsgemäss dann auszugehen, wenn diese mindestens 20 % beträgt und sich auf das Arbeitsverhältnis sinnfällig auswirkt oder ausgewirkt hat. Es muss arbeitsrechtlich in Erscheinung treten, dass die versicherte Person im bisherigen Beruf an Leistungsvermögen eingebüsst hat, so etwa durch einen Abfall der Leistungen mit entsprechender Feststellung oder gar Ermahnung des Arbeitgebers oder durch gehäufte, gesundheitlich bedingte Arbeitsausfälle. Eine erst nach Jahren rückwirkend festgelegte medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit genügt nicht. Vielmehr muss der Zeitpunkt des Eintritts der berufsvorsorgerechtlich relevanten Arbeitsunfähigkeit mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit echtzeitlich nachgewiesen sein. Dieser Nachweis darf nicht durch nachträgliche Annahmen und spekulative Überlegungen ersetzt werden (vgl. hierzu etwa Urteile des Bundesgerichts 8C_380/2009 vom 17. September 2009 E. 2.1 und 9C_178/2008 vom 15. Juli 2008 E. 3.2, je mit Hinweisen).

E. 3.5

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 Vorsoorgeverhältnisses 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).

Der sachliche Zusammenhang kann auch gegeben sein, wenn die bei noch bestehender Versicherungsdeckung eingetretene Arbeitsunfähigkeit somatisch, die Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung begründende, allenfalls auch berufsvorsorgerechtliche Leistungen auslösende Invalidität jedoch psychisch bedingt ist. Notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung hierfür ist, dass das psychische Leiden sich schon während des Vorsorgeverhältnisses manifestierte und das Krankheitsgeschehen erkennbar mitprägte (Urteil des Bundesgerichts B 37/06 vom 22. September 2006 E. 3.3).

E. 3.6

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 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 (aArt. 73 bis IVV; seit 1. Juli 2006: Art. 73 ter 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. 3.7

Nach a Art. 28 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; in der bis 1. Januar 2008 gültig gewesenen Fassung) hat ein Versicherte r Anspruch auf eine Rente, wenn er zu mindestens 40 Prozent invalid ist. Nach a Art. 29 IVG entsteht der Rentenanspruch nach a Art. 28 frühestens in dem Zeitpunkt, in dem der Versicherte: (lit. a) mindestens zu 40 Prozent bleibend erwerbsunfähig (Art.

E. 4

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung:
1.

E. 4.1

SUVA-Kreisarzt Dr. med. C.____, Orthopädische Chirurgie FMH, hielt am 20. Juli 2005 (Urk. 15/9 /17-20) dafür, sofern das am Vortag in der D.____ angefertigte MRI der Halswirbelsäule (HWS) keine auf das Unfallereig nis vom 30. April 2004 zu rückzuführenden Pathologien zu Tage fördere, sei der Versicherten eine leichte bis mittelschwere manuelle Tätigkeit zeit lich unbe grenzt zumutbar. Einschränkungen ergäben sich lediglich für lange Über kopfar beiten oder für stär ker belastende körperferne Tätigkeiten. Im ange stammten Beruf sei von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Ein klinisch fassbares, unfallbedingtes Korrelat zu den von der Versicherten geschil derten subjektiven Schmer zen sei nicht zu finden (Urk. 15/9 /20). 4 .2

Die am 19. Juli 2005 durchgeführte MRI-Untersuchung der HWS (Berich t der D.____, Urk. 15/9 /14-15) zeigte bis auf eine kleine Diskusprotrusion Th1/2 einen unauffälligen Befund. Die Ärzte erklärten, die geklagten Beschwer den seien nicht von der HWS ausge hend, weshalb der Versicherten von der Wirbelsäulenchirurgie keine Hilfe angeboten werden könne. Sie empfähen, aufgrund der chronischen Schmerzsituation einen Schmerztherapeuten aufzusu chen (Urk. 15/9/15).

Aus dem Bericht der D.____ vom 11. Oktober 2005 (Urk. 15/12/5) ergibt sich zudem, dass weder Stenosen, Diskushernien, dege nerative Veränderungen noch eine nervale Kompression zervikal bestehen. 4 .3

Vom 11. bis zum 29. Oktober 2005 hielt sich die Versicherte stationär im E.____ auf (Urk. 15/15 /3-10), dessen Ärzte eine Periarthropathia humeroscapu laris rechts nach Scapulahals-Fraktur Typ I, ein Carpaltunnelsyndrom rechts sowie eine mittelgradig depressive Epi sode diagnostizierten (Urk. 15/15 /3). Sie notier ten, auf eine Bildgebung der rechten Schulter sei bei dokumentierter Konsolida tion der Scapulafraktur durch die D.____ verzichtet wor den. Anläss lich des stationären Aufenthaltes habe man sich insbesondere auf physiothera peuti sche Massnahmen konzentriert, welche zu einer Regredienz der Beschwer den geführt hätten. Die Beschwerden im Sinne eines Carpaltunnel syndroms

hätten auf das nächtliche Tragen einer Handgelenksschiene sehr gut an gesprochen, weshalb diesbezüglich derzeit auf weitere Therapien verzichtet worden sei (Urk. 15/15 /3). Die Ärzte des E.____ bezeichneten die Versicherte als sehr motiviert, stellten eine arbeitsbezogene Rehabilitation in Aussicht und attestierten derweil eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (Urk. 15/15 /4) mit Steigerungspotential (Urk. 15/15 /10).

E. 4.4

Dr. F.____, behandelnder Psychiater seit 1. Dezember 2005, nannte am 15. März 2006 (Urk. 15/17) eine depressive Episode, mittelgradig, seit mindestens Behandlungsbeginn und attestierte aus psychiatrischer sowie somatischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % in angepasster Tätigkeit (Urk. 8/15/4). Da eine Besserung möglich sei, empfehle sich in einem Jahr eine interdisziplinäre Begutachtung (Urk. 15/17 /2).

E. 4.5

Vom 7. Dezember 2005 bis zum 12. Januar 2006 erfolgte am E.____ eine ambulante arbeitsbezogene Rehabilitation (ABR) (Bericht vom 2. Februar 2006, Urk. 15/47/102 ff.), welche jedoch wegen zusehends depressiver Schwierigkeiten der Versicherten vorzeitig abgebrochen werden musste. Die Testung ergab eine Belastbarkeit aus rein rheumatologischer Sicht im Bereich einer leichten bis mittelschweren Arbeit (bis maximal 15 kg). Ob die Arbeitsfähigkeit durch die psychiatrische Diagnose eingeschränkt werde, sei durch den behandelnden Psychiater zu beurteilen (Urk. 15/47/105). Eine Einschränkung erscheine denkbar (Urk. 15/47/111).

E. 4.6

Am 22. November 2006 (Urk. 15/20) erklärte Dr. F.____, seit seinem letzten Bericht vom März 2006 sei keine Besserung eingetreten. Im Gegenteil bestehe die Tendenz zur Chronifizierung.

E. 4.7

Dr. med. G.____, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete im Auftrag des Krankenversicherers der Versicherten am 8. März 2006 (Urk. 15/47/113 ff.) Bericht. Er notierte, derzeit nehme die Versicherte an einem Einsatzprogramm des RAV teil (leichte Bürotätigkeit), was ihr gefalle. Auskünfte von dritter Seite hätten ergeben, dass die Versicherte an somatoformen Schmerzen und einer Depression leide (Dr. F.____). Dr. med. H.____, Facharzt für Allgemeine Medizin, habe berichtet, niemand wisse, woher die invalidisierenden Schmerzen der Versicherten kämen. Alle Untersuchungen seien ergebnislos verlaufen. Aktuell hadere die Versicherte mit der Kündigung durch die X.____ (Urk. 15/47/114). Dr. G.____ führte aus, die psychiatrische Symptomatik bestehe in gedrückter Stimmung, rascher Ermüdbarkeit, vermindertem Antrieb und den nicht erklärbaren, somit somatoformen, Schmerzen. Er nannte die Diagnose einer mittelgradig depressiven Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10: F32.11) und hielt dafür, aus psychiatrischer Sicht sei die Versicherte sicher etwas beeinträchtigt. Ein Pensum von 60 % sei aber zumutbar. Ob eine weitere Steigerung möglich sei, bleibe abzuwarten (Urk. 15/47/115).

E. 4.8

Am 11. Dezember 2006 (Urk. 15/47/116 ff.) erstellte Dr. med. dipl.-psych. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zu Händen des Krankenversicherers ein Gutachten, welches sich auf die Exploration der Versicherten vom 30. November 2006 sowie auf einen

Teil der medizinischen Vorakten stützte. Abgesehen von einer leicht gedrückten und leicht labilen Stimmungslage erhob der Arzt einen weitgehend unauffälligen Befund und diagnostizierte eine leichte bis mittelgradig depressive Episode (ICD-10: F32.1) mit Somatisierungstendenz (Urk. 15/47/121). Unter Berücksichtigung der blauen Vorderschicht und Motivation der Versicherten erachtete Dr. I. ___ die Prognose als verhalten positiv. Ein Arbeitspensum von 50 % sei vertretbar, wobei eine schrittweise Steigerung in den nachfolgenden drei Monaten möglich sein sollte (Urk. 15/47). 4 .9

4 .9. 1

Am 8. November 2007 (Urk. 105/27 /1-40) erstattete das Z. ___ das von der Beschwerdegegnerin veranlasste Gutachten, wozu sich die Experten auf die ihnen zur Verfügung gestellten Akten (Urk. 15/25 /1-7), auf die anlässlich der Untersuchungen der Versicherten vom 24. und 28. August 2007 erhobenen Befunde und gemachten Angaben sowie auf die Teilgutachten (internistisch, rheumatologisch, psychiatrisch) stützten. 4 .9.2

Gegenüber den Gutachtern klagte die Versicherte über ständig vorhandene Schmerzen im Bereich der gesamten Scapula rechts mit Ausstrahlung nach retroaurikulär rechts. Des Weiteren beständen ein haubenförmiger Kopfschmerz sowie ein Druck auf beiden Augen und diffuse Kribbeldysästhesien in beiden unteren Extremitäten. Sie leide zudem unter einer ausgeprägten Traurigkeit, einem sozialen Rückzug, an Durchschlafstörungen, einer Interessellosigkeit sowie an einer ständigen Müdigkeit. Ausserdem beständen Störungen von Konzentration und Gedächtnis (Urk. 15/27 /31). 4.9.3

Zusammenfassend notierten die Experten, die geklagten Beschwerden erklärten sich aus der erheblichen myostatischen Insuffizienz mit konsekutiver Fehlhaltung und Fehlstatik sowie multiplen Funktionsstörungen. Dafür spreche auch, dass die Beschwerden durch lokale Wärmeapplikation und klassische Massage eine Linderung erfahren würden. Aus rein orthopädischer Sicht sei die bisherige Tätigkeit zu 50 %, eine behinderungsangepasste, körperlich leichte wechselbelastende Beschäftigung ohne elevatorische und rotatorische Belastungen der rechten oberen Extremität und ohne das Tragen und Heben von Lasten über 5 kg sowie ohne das Arbeiten in Zwangshaltungen zu 100 % zumutbar (Urk. 15/27 /33).

Bei der psychiatrischen Begutachtung habe sich eine deutlich depressive Versicherte gezeigt. Es sei immer wieder zu Weinattacken gekommen und die Versicherte habe wiederholt über Insuffizienzgefühle und Wertlosigkeit berichtet. Sie sei in ihrer depressiven Gedankenspirale verhaftet gewesen, so dass ein strukturiertes Interview nicht möglich gewesen sei. Der formale Gedankengang habe sich unauffällig, jedoch sehr stark auf die depressive Symptomatik fixiert gezeigt. Hinweise für Halluzinationen, Wahn- oder Ich-Störungen hätten gefehlt. Im Gespräch hätten leichte Konzentrations- und Gedächtnisstörungen imponiert, die affektive Schwingungsfähigkeit sei deutlich eingeschränkt und ins Depressive verschoben gewesen. Die Versicherte habe ratlos, deprimiert und hoffnungslos gewirkt und sei psychomotorisch sehr unruhig gewesen. Pathologische Zwänge und Ängste seien nicht eruierbar gewesen (Urk. 15/27 /27, 33). Die ambulante Therapie bei Dr. F. ___ habe bisher nicht zu einer Besserung geführt. Im Gegenteil habe die Versicherte berichtet, es gehe ihr psychisch immer schlechter. Dr. med. J. ___ , FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F32.2). Er führte aus, aus versicherungsmedizinischer Sicht sei eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zum derzeitigen Zeitpunkt nicht möglich,

da das depressive Zustandsbild vorherrschend sei. Die bis her verabreichte anti depressive Therapie sei zu überdenken und mit Blick auf den ausbleibenden therapeutischen Erfolg allenfalls zu modifizieren. Der Gutachter attestierte aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von zurzeit 100 % (Urk. 15/27 /27). Abschliessend hielten die Experten dafür, ein stationärer Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik sei dringend indiziert. An schliessend sei eine Neu evaluation der Arbeitsfähigkeit vorzunehmen (Urk. 15/27 /34). 4 .10

Mit Bericht vom 10. Juni 2008 (Urk. 15/32) nannten die Ärzte der A.____ als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F32.2) (laut Versicherten seit 4.04) und ein chronisches Schmerzsyndrom bei Periarthropathia humeroscapularis rechts nach Scapulafraktur. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei ein Carpal tunnel syndrome. In bisheriger Tätigkeit attestierten sie eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 28. August bis zum 28. September 2007 (stationär), vom 1. Oktober bis zum 24. Oktober 2007 (teilstationär) sowie vom 24. Oktober bis zum 6. November 2007 (stationär, Urk. 15/32 /1). Die letzte Untersuchung der Versicherten an der A.____ erfolgte laut Bericht am Austrittstag, mithin am 6. November 2007. Gemäss psychopathologischem Befund vom 24. Oktober 2007 zeigte sich die Versicherte bewusstseinsklar, mit normalem Antrieb, aber psychomotorisch unruhig. Aufmerksamkeit und Konzentration seien ohne Anhaltspunkte für höhergradige Defizite gewesen, die Merkfähigkeit habe sich indes als gestört erwiesen. Die Versicherte habe eine traurige Stimmung, eine affektiv verminderte Schwingungsfähigkeit und ein verlangsamtes formales Denken gezeigt. Sie habe ein ausgeprägtes Krankheitsgefühl, sich jedoch glaubhaft von Suizidalität distanziert (Urk. 15/32 /2-3). In prognostischer Hinsicht hielten die Ärzte fest, der Gesundheitszustand der Versicherten sei besserungsfähig. Bei weiterer Optimierung der Behandlung des chronischen Schmerzsyndroms und regelmässiger ambulanter psychiatrischer Betreuung könne von einer zumindest partiellen Regredienz der geklagten physischen und psychischen Beschwerden ausgegangen werden (Urk. 15/32 /3). Nach weiterer Optimierung der analgetischen Behandlung wäre in behinderungsangepasster Tätigkeit zunächst ein Arbeitsversuch von zwei Stunden täglich anzustreben (Urk. 15/30 /5). Abschliessend erachteten die Ärzte eine Tagesstrukturierung (beispielsweise durch eine behinderungsangepasste Tätigkeit) als sicherlich positiv für das psychische Befinden der Versicherten (Urk. 15/32 /5).

E. 4.11

In Umsetzung des Urteils des hiesigen Gerichts vom 28. Juni 2010 (Urk. 15/57) holte die IV-Stelle das polydisziplinäre Gutachten des B.____ vom 2. März 2011 ein (Urk. 15/63).

Die Gutachter hielten folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 15/63/33): - Status nach Scapulahalsfraktur rechts am 29.04.2004 - vollständige Frakturkonsolidation in regelrechter Stellung gemäss Kontrollröntgenbild vom 02.09.2004 - persistierendes Schmerzsyndrom mit Symptomausweitung - muskuläre Dysbalance am Schultergürtel rechts mehr als links (Trapezius beidseits, Rhomboidei und Levator scapulae rechts) (ICD-10

M79.1) - Mittelgradige (bis zeitweise schwere) depressive Episode (ICD-10 F32.1/2) ohne psychotische Symptome

Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit notierten sie folgende: - Klinisch mässiggradiges Thoracovertebralsyndrom bei beginnenden degenerativen Veränderungen

im Bereiche der mittleren BWS (MRI der BWS vom 15.10.2008) - Piriformissyndrom rechts mehr als links - Leichter, kompensierbarer Knicksenkfuss links mehr als rechts - Spreizfüsse

Dr. med. K.____, Facharzt für Rheumatologie, habe die Versicherte eingehend spezialärztlich untersucht. Dr. K.____ sei entsprechend seinen umfangreichen Überlegungen in seinem Gutachten mit der Beurteilung von Herrn Dr. med. L.____, E.____, entsprechend seinem Bericht vom 2. Februar 2006 einverstanden, dass bei der Versicherten seit Dezember 2005 in einer adaptierten leichten bis intermittierend mittelschweren Tätigkeit unterhalb der Schulterhorizontale eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit bestehe. In der zuvor ausgeübten Tätigkeit, die den erwähnten Kriterien nicht ganz entsprechen habe, könne die gemäss Aktenlage attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % ab 12. Juli 2004 bestätigt werden. Vom Unfalldatum bis 11. Juli 2004 habe unfallbedingt eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden.

Dr. med. M.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, habe

die Versicherte umfangreich evaluiert. Zusätzlich habe er am 14. Januar 2011 eine Fremdanamnese erhoben (Gespräch mit dem Sohn) sowie am 18. Januar 2011 mit dem behandelnden Psychiater Dr. F.____ Kontakt aufgenommen. Die entsprechenden Überlegungen seien im Fachgutachten dargelegt. Der Versicherten werde entsprechend den umfangreichen Überlegungen im Fachgutachten von Dr. M.____ aktuell eine 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in jeglicher Tätigkeit attestiert, ohne zusätzliche Verminderung der Leistungsfähigkeit. Arbiträr müsse der Beginn dieser Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf den Zeitpunkt der Klinikentlassung Anfang November 2007 festgesetzt werden. Während des Klinik-Aufenthaltes habe selbstredend eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden.

Vor August 2007, also vor dem erwähnten Klinikaufenthalt, müsse retrospektiv auf die Akten verwiesen werden. Dem Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. F.____ vom 15. März 2006 sowie der psychiatrischen Begutachtung durch Dr. I.____ vom 11. Dezember 2006 zur Folge, sei zu dieser Zeit von einer 50%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. Der Beginn der Arbeitsunfähigkeit sei retrospektiv, ebenfalls arbiträr, auf Anfang Dezember 2005 festzulegen, dies entspreche dem Zeitpunkt des Behandlungsbeginns bei Dr. F.____.

Gesamtmedizinisch sei somit festzuhalten, dass bei der Versicherten in einer den somatischen Leiden entsprechenden Tätigkeit seit November 2007 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bestehe. Wie oben erwähnt, müsse zuvor auf die Aktenlage verwiesen werden, wobei entsprechend den Überlegungen im somatischen Fachgutachten drei Monate nach dem Unfall eine vollschichtige Arbeitsunfähigkeit aus rein somatischer Sicht bestanden habe, dies in einer den körperlichen Leiden adaptierten Tätigkeit (Urk. 15/63/34 f.). 5. 5.1

Unbestritten und aufgrund der Aktenlage erstellt ist, dass die Versicherte bis zum 9. Oktober 2005 bei der Beklagten und danach bei der Klägerin versichert war (vgl. Urk. 1; Urk. 8). Des Weiteren ist ebenso mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die psychischen und nicht die somatischen Beschwerden der Versicherten der von der IV-Stelle attestierten Invalidität zu Grunde liegen. Damit bleibt zu prüfen, ob zur Versicherungszeit der Beklagten der psychische Gesundheitsschaden bereits zur Arbeitsunfähigkeit mitbeigetragen hat bzw. sich auf das Arbeitsverhältnis auswirkte (vgl. E. 3.5). 5.2

Die Versicherte meldete sich am 12. September 2005 (Eingangsdatum) und da mit rechtzeitig bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an (E. 3.7; Urk. 15/4). Des Weiteren wurde der Vorbescheid vom 16. Mai 2011 als auch die Verfügung vom 11. Oktober 2011 an die Beklagte zugestellt (vgl. Urk. 15/68-69; Urk. 15/77-78). Diese ist damit grundsätzlich an die Feststellungen der IV-Organen bezüglich Eintritt der invalidisierenden Arbeitsunfähigkeit, Eröffnung der Wartezeit und Festsetzung des Invaliditätsgrades gebunden.

Allerdings kann der sachliche Zusammenhang zwischen der während der Dauer des Vorsorgeverhältnisses bei der Beklagten eingetretenen Arbeitsunfähigkeit und der Invalidität frei geprüft werden: Für die IV-Stelle ist unerheblich, ob der die Arbeitsunfähigkeit beeinträchtigende Gesundheitsschaden infolge eines somatischen oder psychischen Gesundheitsschadens eingetreten ist oder ob die Arbeitsunfähigkeit allenfalls zuerst somatisch und danach psychiatrisch begründet war. Erheblich für die IV-Stelle ist einzig, dass ein langdauernder, invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt. Hinzu kommt, dass für die Beklagte kein Anlass bestand, den Vorbescheid vom 16. Mai 2011 (Urk. 15/68) oder die Verfügung vom 11. Oktober 2011 (Urk. 15/77) anzufechten, da sie eine befristete Rente aus somatischen Gründen anerkannte und der Beginn der Wartezeit - aus Sicht der Beklagten - korrekt war (vgl. Schreiben vom 19. Dezember 2012, Urk. 9/6).

5.3

5.3.1

Die behandelnden Ärzte der D.____ hielten im Bericht vom 23. Februar 2005 (Urk. 15/9/37 f.) fest, dass bei Status nach Scapulalahalsfraktur eine Scapuladyskinesie bei radiologisch nachgewiesener Konsolidation bestehe. Sie meldeten die Versicherte zur Physiotherapie an, zwecks Stabilisierung der Scapula mittels Scott-Programm im Hause. Eine Verlaufskontrolle finde in drei Monaten statt. Des Weiteren berichtete die Versicherte, dass sie aufgrund vermehrter Kopfschmerzen verunsichert sei. Gemäss Besprechung bäten sie den Hausarzt um entsprechende weitere Abklärung.

Im Bericht vom 17. Mai 2005 notierten die behandelnden Ärzte der D.____, dass die Beschwerden der Versicherten weiterhin nicht ganz klar seien und mit einer Schulterproblematik nicht erklärt werden könnten. Im seitlichen Halswirbelsäulen-Röntgen zeige sich eine Steilstellung der HWS. Sie bäten daher um Aufgebot und eine Beurteilung in der Wirbelsäulen-Sprechstunde bezüglich HWS-Pathologie. Die Beschwerden könnten durchaus aufgrund einer bestehenden Radikulopathie der HWS erklärt werden (Urk. 15/9/32).

Anlässlich der Wirbelsäulensprechstunde vom 19. Juli 2005 (Bericht vom 29. Juli 2005, Urk. 15/9/14 f.) konstatierten die Ärzte der D.____, dass ein MRI der HWS angefertigt worden sei und die Versicherte zur Besprechung dessen komme. Die Beschwerden in der rechten Schulter mit Ausstrahlung in den Halsbereich seien immer noch gleich stark und die Versicherte nehme starke Schmerzmittel und Psychopharmaka zur Beherrschung der Beschwerden. Da die Beschwerden nicht von der HWS ausgehen könnten, könnten sie der Versicherten von der Wirbelsäulenchirurgie keine Hilfe anbieten. Sie empfahlen aufgrund der chronischen Schmerzsituation einen Schmerztherapeuten aufzusuchen.

Zusammenfassend lässt sich aus den Berichten der D.____ vom 23. Februar, 21. April (vgl. Urk. 15/9/29), 17. Mai und 29. Juli 2005 schliessen, dass die Ärzte keine hinreichende Begründung für die von der Beschwerdeführerin angegebenen Schmerzen fanden.

Allerdings kann aus diesen Berichten auch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit geschlossen werden, dass sich das psychische Leiden bereits damals manifestiert hätte und das Krankheitsgeschehen erkennbar mitprägte - dies insbesondere auch unter Berücksichtigung, dass keinerlei objektive Befunde in Bezug auf den psychischen Gesundheitszustand erhoben wurden. 5.3.2

Auch der Bericht von Dr. C.____ (E. 4.1; Urk. 15/9/17 ff.) lässt nicht darauf schliessen, dass das psychische Leiden bereits während des Vorsorgeverhältnisses der Beklagten das Krankheitsgeschehen erkennbar mitprägte. 5.3.3

Im Bericht von Dr. H.____ vom 24. September 2005 wird zwar nebst persistierenden, therapieresistenten Schulter-Armschmerzen rechts nach Scapulahalsfraktur auch eine Depression mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten. Allerdings erhob Dr. H.____ weder objektive psychiatrische Befunde noch attestierte er der Versicherten Einschränkungen der psychischen Funktionen (Urk. 15/11/1 und Urk. 15/11/4). Er hielt diesbezüglich fest, dass die Beurteilung der psychischen Funktionen gemäss dem noch abzuwartenden Bericht der Schmerzprechstunde des E.____ zu erfolgen habe.

Im Überweisungsschreiben an die Schmerzprechstunde vom 28. September 2005 (Urk. 2/20) führte Dr. H.____ aus, dass der Versicherten ihre Arbeitsstelle per 30. September 2005 gekündigt worden sei, worauf sie erklärt habe, sie wolle überhaupt gar nie mehr arbeiten, sei ständig traurig und möchte sich zu einem Psychiater in Behandlung begeben. In der Folge habe sich die Versicherte auf eigene Initiative beim Psychiater Dr. med. N.____ in Behandlung begeben. Nach zwei Konsultationen habe sie jedoch nicht mehr zu ihm gehen wollen und habe verlangt, er solle sie dem serbokroatisch sprechenden Psychiater Dr. F.____ überweisen, welcher auf telefonische Anfrage erklärt habe, dass er keine weiteren Patienten mehr nehmen könne, jedoch bereit wäre, die Versicherte zu begutachten (Urk. 2/20). Auch aus diesem Überweisungsschreiben lässt sich - entgegen den Ausführungen der Klägerin - nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit darauf schliessen, dass das psychische Leiden bereits zu diesem Zeitpunkt das Krankheitsgeschehen erkennbar mitprägte, so ist insbesondere die Überweisung an einen Psychiater nur auf eigenes Verlangen der Versicherten erfolgt und nicht infolge Annahme ärztlicher Notwendigkeit durch den Hausarzt Dr. H.____. 5.3.4

Im Austrittsbericht vom 28. Oktober 2005 über den stationären Aufenthalt vom 11. bis zum 29. Oktober 2005 notierten die Ärzte des E.____, dass sich nebst den somatischen Diagnosen in einem psychiatrischen Konsil auch eine mittelgradig depressive Episode gezeigt habe (Urk. 15/15/3; E. 4.3). Allerdings notierten die Ärzte gleichzeitig, dass die Versicherte sehr motiviert sei, wieder eine Arbeit aufzunehmen.

Die Versicherte befand sich seit dem 1. Dezember 2005 in Behandlung bei Dr. F.____. Dieser konstatierte in seinem Bericht vom 15. März 2006, dass die Versicherte seit Oktober 2005 vollumfänglich arbeitsunfähig sei. Sie leide unter starken Schmerzen am Ort der Fraktur, Ausstrahlung in den Kopf und die Finger der rechten Hand, Nervosität und Schlafstörungen. Psychopathologisch lägen eine leicht bedrückte Stimmung, ein verminderter Antrieb, subjektiv schlechte Konzentration (objektiv weniger schlecht), Schmerzen in der Schulter-Nackenregion, rasche Ermüdbarkeit, Rückzugstendenz, Schlafstörungen (vor allem Durchschlafstörungen), Vergesslichkeit und Interesselosigkeit vor und die Gedanken seien auf die Schmerzen gerichtet (Urk. 15/17/2). Er schätze die Arbeitsfähigkeit zur Zeit auf 50 % sowohl aus psychiatrischen wie auch aus somatischen

Gründen. Da eine Besserung möglich sei, empfehle er in einem Jahr eine interdisziplinäre Begutachtung vorzunehmen (mindestens rheumatologisch und psychiatrisch).

Damit ist zusammenfassend festzuhalten, dass sich der psychische Gesundheitsschaden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zur Zeit der Versicherungsdeckung durch die Beklagte manifestierte. Ab Dezember 2005 ist davon auszugehen, dass der psychische Gesundheitsschaden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit das Krankheitsbild erkennbar mitprägte und die Arbeitsfähigkeit beeinflusste. Dies entspricht im Übrigen auch den schlüssigen und nach vollziehbaren Ausführungen im Gutachten des B.____ vom 2. März 2011, in welchem der Versicherten aus somatischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten leichten bis intermittierend mittelschweren Tätigkeit unterhalb der Schulterhorizontalen und eine aus psychiatrischer Sicht um 50 % eingeschränkte Arbeitsfähigkeit jeweils ab Dezember 2005 attestiert wurde (E. 4.11; Urk. 15/63/34 f.). 6.

Die Beklagte trifft damit keine über den 30. November 2005 hinausgehende Leistungspflicht, was zur Abweisung der Klage führt.

E. 7

Art. 73 Abs. 2 BVG schliesst einen Anspruch der obsiegenden Versicherungsträgerin auf eine Prozessentschädigung zwar nicht aus. Indes werden den Trägern der beruflichen Vorsorge gemäss BVG beziehungsweise den mit öffentlich rechtlichen Aufgaben betrauten Organisationen in Anlehnung an die Rechtsprechung zu Art. 159 Abs. 2 des bis Ende 2006 in Kraft gestandenen Bundesgesetzes über die Organisation der Bundesrechtspflege (Bundesrechtspflegegesetz/OG) praxisgemäss keine Parteientschädigungen zugesprochen. Es besteht kein Grund, bei der Beklagten – trotz ihres Antrags – anders zu verfahren (vgl. BGE 128 V 124 E. 5b, 126 V 143 E. 4a, 118 V 158 E. 7 und 117 V 349 E. 8, je mit Hinweisen). Das Gericht erkennt: 1.

Die Klage wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Der Beklagten wird keine Prozessentschädigung zugesprochen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Advokatin Gertrud Baud - Rechtsanwältin
Dr. Isabelle Vetter-Schreiber - Y.____ - 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 HurstSchwegler

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