

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2016.00087 vom 11. Januar 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-01-11, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_BV.2016.00087](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_BV.2016.00087)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2016.00087 du 11 janvier 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2016.00087 del 11 gennaio 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

. Mai 2008 als Sachbearbeiterin Buchhaltung bei der Y.\_\_\_\_ AG angestellt und im Rahmen dieses Arbeitsverhältnisses bei der Profond Vorsorgeeinrichtung

vorsorgeversicherung. Während der Zeit vom 1. Juni 2008 bis 31. Mai 2009 war sie bei der Z.\_\_\_\_ AG als Junior Sachbearbeiterin im Bereich Finance /

Controlling/ Risk -Bonus

tätig und dabei bei der AXA Stiftung Berufliche Vorsorge, Winterthur (AXA) berufsvorsorgeversicherung (Urk. 2/2B6 S. 2).

Am 2

### **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 %, 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 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**

Die Versicherteneigenschaft muss nur bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit gegeben sein, dagegen nicht notwendigerweise auch im Zeitpunkt des Eintritts oder der Verschlimmerung der Invalidität. Diese wörtliche Auslegung steht in Einklang mit Sinn und Zweck der Bestimmung, nämlich denjenigen Arbeitnehmern und 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 je dem 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**

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 (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). 1. 5

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 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

2.1

Die Klägerin führt zur Klagebegründung aus, im Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons A. \_\_\_ vom 23. Oktober 2012 habe das Verwaltungsgericht ausführlich dargelegt, dass und weshalb die Arbeitsunfähigkeit, die letztlich zur Invalidität geführt habe, bereits zu einem Zeitpunkt begonnen habe, als sie noch bei der Vorsorgeeinrichtung ihres vormaligen Arbeitgebers, der Profond Vorsorgeeinrichtung,

versichert gewesen sei. Das Urteil sei der heutigen Beklagten im damaligen Verfahren als Beigeladene ebenfalls eröffnet worden und unangefochten in Rechtskraft erwachsen. Durch die Beiladung sei das Urteil damit auch für die Beklagte verbindlich. Angesichts der Bindungswirkung des Urteils seien Einwände nur eingeschränkt zulässig. Verbindlich festgelegt sei, dass die Arbeitsunfähigkeit, die schliesslich zur Invalidität geführt habe, vor dem am 1. Juni

2008 erfolgten Wechsel der Arbeitgeberin eingetreten sei. Damit verblieben der Beklagten nur noch die Einwände, die Klägerin sei vor Beginn des Vorsorgeverhältnisses, d.h. vor dem 26. Juni 2006, arbeitsunfähig geworden und diese damalige Arbeitsunfähigkeit habe schliesslich zur Invalidität geführt oder die Klägerin sei ab 19. August 2008 in ihrer Arbeitsfähigkeit nicht erheblich, d.h. nicht im rentenbegründendem Masse eingeschränkt gewesen. Für bereits früher bestehende Gesundheitsschädigungen, die für die jetzige Invalidität verantwortlich sein könnten, gebe es keine Belege und für eine rentenbegründende Arbeitsunfähigkeit sei auf die umfangreichen medizinischen Akten der Invalidenversicherung abzustellen, wonach gestützt auf eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit eine ganze IV-Rente verfügt worden sei (Urk. 2/1 S. 5 ff.).

Das eingeholte I.\_\_\_\_-Gutachten zeige, dass die Klägerin an einem komplexen Beschwerdebild leide und sich die Beschwerden unterschiedlich manifestierten und die rheumatologischen entzündlichen Störungen einerseits und die entzündliche Darmproblematik andererseits Ausprägungen ein und derselben Krankheit seien, die erstmals im Jahre 2007 in Form von Abdominalbeschwerden aufgetreten seien und seither ihren Charakter beibehalten hätten. Damit stehe fest, dass die Ursache der erneut bestätigten Dauerinvalidität während des Versicherungsverhältnisses mit der Beklagten entstanden sei

(Urk. 2/2 A5 S. 9).

Es sei auch nicht wesentlich, dass die Krankheit medizinisch noch nicht klassifiziert sei und entweder eine primäre chronisch-entzündliche Darmerkrankung oder eine Begleitentzündung im Rahmen der rheumatischen Erkrankung vorliege. Es sei einzig entscheidend, dass die Gutachter von einer Krankheit ausgingen, welche die Klägerin in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtige, und diese Krankheit spätestens im April und Mai 2008 begonnen habe, als ihre Beschwerden rückblickend fälschlicherweise als zweimonatige „Magen-Darm-Grippe“ gefasst worden seien (Urk. 2/2A7 S. 2). 2.2

Die Beklagte stellt sich

demgegenüber auf den Standpunkt, dass für sie als Beigeladene im damaligen Verfahren vor dem Verwaltungsgericht des Kantons A.\_\_\_\_

einzig das Urteilsdispositiv verbindlich sei, wonach die AXA nicht verpflichtet werde, Rentenleistungen zu erbringen. Dies anerkenne sie, weshalb

damals ein Vorgehen gegen das Urteil nicht zur Diskussion gestanden habe. Einwendungen gegen die Begründung des Urteils seien ihr damit verwehrt geblieben und somit

für sie auch die Erwägungen im Urteil nicht verbindlich. Aufgrund des Urteils könne sie nicht mehr vorbringen,

dass der zeitliche Konnex zwischen einer während der Versicherungszeit bei der Beklagten eingetretenen Arbeitsunfähigkeit und einer später eingetretene n Invalidität nicht mehr bestehe. Diese Einwendung werde

auch nicht geltend gemacht und auch nicht, dass eine relevante Arbeitsunfähigkeit schon vor dem Versicherungsverhältnis bei der Beklagten eingetreten sei. Hingegen werde geltend gemacht, dass ein sachlicher Konnex

nicht ausgewiesen sei und auch keine Invalidität bestehe.

Es stehe fest, dass mehrere gesundheitliche Beschwerden seit dem Jahre 2007 eingetreten seien, für die Bestimmung der Leistungspflicht jedoch nur jene Gesundheitsschädigungen relevant seien, die während dem Versicherungsverhältnis vom 26. Juni 2006 bis zum 31. Mai 2008 zu einer Arbeitsunfähigkeit geführt hätten. Während der Versicherungszeit bei der Beklagten habe einzig eine Magen-Darm-Grippe zu einer Arbeitsunfähigkeit geführt. Ein Stillsyndrom sei im Juli 2009 und eine mittelgradige depressive Episode

erst im April/Mai 2010 eingetreten. Die angeblich vorher bestandene Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt könne nicht zu einer Arbeitsunfähigkeit und auch nicht zu einer Invalidität führen.

Die Invalidenversicherung gehe davon aus, dass infolge der gemäss dem Gutachten angegebenen Verdachtsdiagnose eines adulten Stillsyndroms und der unklaren Abdominalbeschwerden und schliesslich der psychischen Beschwerden

eine Invalidität bestehe. Ein Zusammenhang mit dem grippalen Infekt bestehe damit nicht. Selbst wenn

davon ausgegangen werde, die unklaren Abdominalbeschwerden hätten während dem Versicherungsverhältnis mit der Beklagten zu einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20% geführt, müsste festgestellt werden, dass kein Zusammenhang mit der heute von der Invalidenversicherung bestätigten Invalidität bestehe, denn diese Beschwerden seien weder genügend spezifiziert noch objektiviert und auch nicht nach ICD-10 klassifiziert. Die nicht objektivierbaren Abdominalbeschwerden könnten daher nicht zu einer Invalidität führen (Urk. 2/2A 2 S. 5 ff.).

Das I.\_\_\_\_-Gutachten

bestätige, dass die Polyarthritis erst seit dem Jahr 2009 bestehe und aus rheumatologischer Sicht sei bis und mit Mai 2008 keine Erkrankung eingetreten, die eine Arbeitsunfähigkeit verursacht haben könnte. Bis ins Jahr 2010 hätten auch keine Hinweise für eine organische Erkrankung des Magendarmtrakts vorgelegen, deren Ursache heute zu einer Invalidität führen könnte (Urk. 2/2A6 S. 3 f.). 2.3

Strittig ist einseits ein sachlicher Zusammenhang zwischen der attestierten Arbeitsunfähigkeit

im Zeitraum, als

die Klägerin bei der Y.\_\_\_\_ AG angestellt war (26. Mai 2006 bis 31. Mai 2008) und der in der Folge eingetretenen Invalidität. Andererseits ist das Vorliegen einer

Invalidität strittig in

dem Sinne, ob überhaupt ein invaliditätsrelevanter Gesundheitsschaden vorliegt. 3.

### **E. 3**

Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beklagten.“ Die Profond Vorsorgeeinrichtung

ersuchte am 7. Oktober 2013 um – kosten- und entschädigungspflichtige - Abweisung der gegen sie gerichteten Klage (Urk. 2/2A2). Auf Antrag der Parteien sistierte das Verwaltungsgericht des Kantons A.\_\_\_\_

das Verfahren bis zum Vorliegen eines von der IV-Stelle des

Kantons A.\_\_\_\_ in Auftrag gegeben

bidisziplinären Gutachtens ( Urk. 2/2D6) . Nach Eingang des Gutachtens des I.\_\_\_\_ vom 2. Dezember 2015 (vgl. Urk. 2/2F 214)

wurde die Sistierung aufgehoben und den Parteien Gelegenheit zur Stellungnahme zum Gutachten gegeben ( Urk. 1 S. 2 Ziff. 2 ).

Hierzu äusserten sich die Parteien am 20. Januar 2016 ( Urk. 2/2A5) und 1

### **E. 3.1**

Die Frage des sachlichen Zusammenhangs erläuterte das Verwaltungsgericht des Kantons A.\_\_\_\_ im Urteil vom 23. Oktober 2012 unter Bezugnahme auf die folgenden medizinischen Akten (vgl. Urk. 2/2B6 S. 15 ff.) :

„ Arztzeugnis des Hausarztes Dr. med. B.\_\_\_\_ , FMH Innere Medizin, vom 20. Oktober 2008:

Die Klägerin habe am 14. Juni 2008 wegen Zahnschmerzen seine Praxis aufgesucht. Am 17. Juni 2008 sei eine weitere Konsultation wegen Zahnschmerzen erfolgt. Dabei sei die Patientin dermassen allgemein beeinträchtigt gewesen, dass sich daraus vom 16. Juni 2008 bis am 26. Juni 2008 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ergeben habe. Die Klägerin habe von Dr. med. dent . C.\_\_\_\_ erhalten, worauf sie aufgrund einer Unverträglichkeit habe erbrechen müssen. Darauf habe er das C.\_\_\_\_ mit dem Antibiotikum Avalox ersetzt und gegen das Erbrechen I tinerol B6 Dragees gegeben. Am 24. Juni 2008 habe er wiederum wegen Zahnschmerzen 36 Tabletten Ponstan abgeben müssen. Am 27. Juni 2008 habe sich die Klägerin über eine ausgeprägte Müdigkeit und generalisierte Gliederschmerzen nach Zahnextraktion beklagt, worauf er ihr statt Ponstan

Dafalgan verabreicht habe. Danach sei die Klägerin wegen Zahnschmerzen nicht mehr bei ihm in der Konsultation gewesen.

Austrittsbericht des Regionalspitals D.\_\_\_\_ vom 17. Dezember 2008:

Diagnosen:

Chronische Abdominalbeschwerden unklarer Ätiologie und leichtgradige

Endometriose . Die Klägerin sei bei seit vier Monaten bestehenden

Abdominalbeschwerden , die epigastrisch lokalisiert würden, zur weiteren Abklärung mittels Laparoskopie zugewiesen worden.

Arztbericht Dr. med. E.\_\_\_\_ , FMH Gynäkologie und Geburtshilfe, vom 21. Mai 2009:

Diagnose mit Auswirkungen auf

die Arbeitsfähigkeit: • Unklare Oberbauchschmerzen bestehend seit dem Jahr 2007, • Endometriose minimalen Grades seit November 2008 .

Die Klägerin

leide an rezidivierenden Unterbauch- und Oberbauchschmerzen

seit

dem Jahr

2007.

Seit April 2008 stehe sie bei Dr. B.\_\_\_\_ in  
Behandlung.

Arztbericht des Hausarztes Dr. med. B.\_\_\_\_ vom 12. August 2009:

Bereits im November 2007 sei bei Dr. med. F.\_\_\_\_ eine eingehende abdominelle Abklärung bei unbestimmten Beschwerden mit Diarrhoe, Obstipation, Krämpfen, Erbrechen und Unverträglichkeit von

sehr vielen Nahrungsmitteln durchgeführt worden. Diese Untersuchungen hätten keine fassbaren Befunde ergeben.

Arztzeugnis des Hausarztes Dr. med. B.\_\_\_\_ vom 29. März 2010: •

100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 21. April bis 30. April 2008, Diagnose: Infekt nach Zahnbehandlung;

• 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 14. April bis 31. Mai 2008, Diagnose: Unklare Abdominalbeschwerden (Obstipation/Diarrhoe/Krämpfe/Fieber); • 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 16. Juni bis 27. Juni 2008, Diagnose: Infekt nach Zahnbehandlung; • 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 19. August 2008 bis heute und weiter, wegen gleichen unbestimmten Abdominalbeschwerden und Gelenkschmerzen.

Gutachten des Universitätsspitals G.\_\_\_\_ vom 27. Dezember 2010:

Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: • Chronische Abdominalbeschwerden mit Krämpfen, Obstipation und Diarrhoe, am ehesten im Rahmen eines Colons irritabile nach verschiedenen Infekten im Jahre 2007/2008 und protrahierter Antibiotikatherapie, NSAR induzierte Colitis möglich; • Undifferenzierte Polyarthritits mit schubförmigem Verlauf, aktuell nicht destruktiv ES 08/2009; • Mittelgradig depressive Episode (ICD-10: F32.1) in aktueller partieller Remission, bestehend seit April/Mai 2010; St. n. Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt (ICD-10: F43.2). “

### **E. 3.2**

.2

Zur Frage des engen zeitlichen Zusammenhangs zwischen den in der Endphase der Anstellung bei der Y.\_\_\_\_

AG aufgetretenen Magen-Darmproblemen und dem der Invalidität zugrunde liegenden Gesundheitsschaden

wurde im Urteil festgehalten,

der zeitliche Konnex sei durch die Aufnahme der Arbeitstätigkeit per 1. Juni 2008 beim neuen Arbeitgeber nicht unterbrochen worden. In Würdigung sämtlicher Umstände unter Einschluss der Art der unbestimmten Abdominalbeschwerden sei die dauerhafte Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit objektiv prognostisch eher unwahrscheinlich gewesen und durch die nicht einmal drei Monate andauernde Arbeitsfähigkeit beim neuen Arbeitgeber sowie bei objektiv unwahrscheinlicher Wiedererlangung der Erwerbstätigkeit der zeitliche Konnex nicht unterbrochen worden (S. 20).

#### **E. 3.2.1**

Gestützt auf die se medizin ischen Unterlagen erachtete das Verwaltungsg ericht des Kantons A.\_\_\_\_

einen sachliche n Zusammenhang zwischen den in der Endphase der Anstellung bei der Y.\_\_\_\_ AG aufgetretenen Magen-Darm problemen mit einer eineinhalb monatigen Arbeitsunfähigkeit der Klägerin und dem der Invalidität zugrunde liegenden Gesundheitsschaden für gegeben . Ins besondere Dr. B.\_\_\_\_

habe bestätigt , dass es sich bei den ab 19. August 2008 zu einer dauerhaften Arbeitsunfähigkeit führenden un bestimmten Abdo minalbeschwerden

um die selben unkl aren Beschwerden ge handelt habe wie diejenigen , welche vom 14. April 2008 bis 31. Mai 2008 zu einer Ar beitsunfä higkeit geführt hätten . Überdies erscheine eine eineinh alb monatige Arbeitsun fähigkeit allein aufgrund einer Mag en-Darmgrippe auch als unüblich lange . D ie verschiedenen ärztlichen Abklärungen der geklagten

Abdominalbeschwerden

hätten auch im gesamte n Verlauf zu keinen schlüssigen Befunden und keiner eindeutigen Diagnose nach eine m anerkannten Klassifikationssystem geführt . Das R eizdarmsyndrom Colon irritabile sei erstmals im Gutachten des Universitätsspitals G.\_\_\_\_ erwähnt worden. Des Weiteren könne den medizinischen Ak ten entnommen werden, dass die Klägerin anam nestisch bereits im Jahr 2007 über Abdominalbeschwerden

ge klagt und

sich deswegen auch wiederho lt in ärztliche Behandlung begeben habe . Aufgrund der Tatsac he,

dass zwischen der Krankheit, die der Arbeitsunfähigkeit zugrunde liege, und dem Leiden, das die Invalidität zur Folge habe , kein adä quater Kausalzusammenhang, sondern le digli ch eine Wechselwirkung im Sinne der natürl iche n Kausalität erforderlich sei , sei das Verwaltungsg ericht zur Überzeugung gelangt, dass der sachliche Konnex z wischen den in der Endphase der Anstellung bei der Y.\_\_\_\_ AG aufge tretenen Magen-Darmproblemen mit einer eineinhalb monatigen Arbeits u nfähigkeit und dem de r Invalidität zugrunde liegende n Gesundheitsschaden gegeben sei . Insbesondere l iessen sich di e Magen-Darmbeschwerden während der Arbeitstätigkeit bei der Y.\_\_\_\_ AG n icht von denjenigen Beschwerden nach dem späteren Stellenantritt bei der Z.\_\_\_\_ AG abgrenzen. Wie den medi zinischen Akten zu entnehmen sei, sei en die der Invalidität zu grunde liegenden Abdominalbeschwerden vielmehr dieselben, w elche auch zur Arbeitsunfähigkeit während der Tätigkeit bei der Y.\_\_\_\_ AG geführt hätten . Dementsprechend sei der sachliche Konnex vorliegend zu bejahen ( Urk. 2/2B6 S. 17 ff.) .

### **E. 3.3**

Zusammenfassend ergebe sich , dass weder der sachliche noch der zeitliche Kon nex zwischen der BV G-relevanten Arbeitsunfähigkeit während der Arbeitstätig keit der Klägerin bei der Y.\_\_\_\_ AG unterbrochen worden sei . Vor dem Hintergrund, dass die Vorsorgeeinrichtung der vormaligen Ar beitgeberin zur Ausrichtung von Leistungen verpflichtet bleibe , wenn die In validität erst nach dem Wechsel des Arbeitgebers beziehungsweise der Vo rsorgeeinrichtung ein trete und die Arbeitsunfähigkeit zu einem Zeitpunkt begonnen habe , als die Klägerin noch der Vorsorgeeinrichtung des vor maligen

Arbeitgebers angehört habe, habe sich die Klägerin nicht

an die Vorsorgeeinrichtung der Z.\_\_\_\_ AG, sondern vielmehr an die Vorsorgeeinrichtung der vormaligen Arbeitgeberin, nämlich an die im Verfahren beigeklagte Profond

Vorsorgeeinrichtung zu halten (S. 21). 4. 4.1

#### 4.1.1

Da die Beklagte nicht ins Verfahren der IV-Stelle einbezogen wurde, ist die IV-rechtliche Festsetzung der Invalidität im vorliegenden berufsvorsorgerechtlichen Verfahren nicht verbindlich und es sind grundsätzlich sämtliche Leistungsvoraussetzungen frei zu überprüfen (E. 1.4 hiervor). Als Beigeladene

im Beschwerdeverfahren vor dem Verwaltungsgericht des Kantons A.\_\_\_\_

entfaltet keines Urteil in der Sache gegenüber der Beklagten im vorliegenden Verfahren in sofern Bindungswirkung, als im Urteilsdispositiv die Leistungspflicht der AXA verneint wurde. Nicht mehr zu hören sind damit sämtliche

Einwendungen,

die darauf hinaus laufen, dass

die Leistungspflicht der damaligen Beklagten (AXA)

zu bejahen wäre, bei der die Klägerin ab 1. Juni 2008 vorsorgeversichert war.

#### 4.1.2

Die Frage nach dem Zeitpunkt des Eintritts der relevanten Arbeitsunfähigkeit sowie dem zeitlichen und sachlichen Zusammenhang zur späteren Invalidität stellt sich nur dann, wenn ein rentenbegründender Erwerbsunfähigkeitsgrad festgestellt ist (E. 1.2 hiervor). Dabei ist mangels abweichender Bestimmungen im Reglement der Beklagten vom Invaliditätsbegriff der Invalidenversicherung auszugehen (vgl. Urk. 2/2C3 Art. 32). 4.2 4.2.1

Die IV-Stelle stützte ihre Entscheidung auf das als beweiskräftig erachtete Gutachten des

Universitätsspitals G.\_\_\_\_ vom 27. Dezember 2010 (Urk. 2/2F80) sowie die Stellungnahmen ihres Regionalärztlichen Dienstes (RAD), Dr. med. H.\_\_\_\_, vom 20. Januar und 21. Juni 2011 (Urk. 2/2F130 S. 15. ff.). Auf dieser Basis wurde

ab 19. August 2008 bis Ende August 2010 eine 100%ige und ab September 2010 eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit festgelegt und unter Hinweis auf die verspätete Anmeldung vom 24. April 2009 und eines ermittelten

Invaliditätsgrades von 70%

eine ganze Rente mit Wirkung ab 1. Oktober 2009 zugesprochen (Verfügungsteil 2; Urk. 2/2F131). 4.2.2

Die Ärzte des G.\_\_\_\_ stellten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 2/2F80 S. 9): -

chronische Abdominalbeschwerden mit Krämpfen, Obstipation und Diarrhoe -

am ehesten im Rahmen eines Colon irritabile nach verschiedenen Infektionen im Jahre 2007/2008 und prothabierter Antibiotikatherapie, NSAR induzierte Colitis möglich -

anamnestisch, klinisch und im Labor keine Hinweise auf eine chronisch-entzündliche Darmerkrankung -

undifferenzierte Polyarthritits mit schubförmigem Verlauf, aktuell nicht destruktiv ES 08/2009 -

ANA Titer 1:160, Rheumafaktoren, Anti-CCP-AK: negativ -

Therapien -

Methotrexat bis max. 15mg/Woche s.c. 09/2009 bis 02/2010, gestoppt wegen prog. Nausea, Vomitus und Abdominalschmerzen -

einmalig Enbrel, gestoppt wegen Pruritus und Vertigo -

aktuell Arava 20mg/d seit Mai 2010 -

mittelsgradig depressive Episode in aktueller partieller Remission, bestehend seit April/Mai 2010 -

Status nach Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt

Die Experten hielten fest, die Klägerin habe erstmalig im Jahr 2007 unter leichten Abdominalbeschwerden, Obstipation mit Abdominalkrämpfen gelitten, welche anfangs durch Anpassung der Ernährung und gelegentliche Abführmittel gut behandelbar gewesen seien. Im Verlauf habe die Frequenz und Ausprägung der Abdominalbeschwerden stetig zugenommen. Nach einer zahnärztlichen Behandlung sei aufgrund persistierender erhöhter Entzündungswerte und vor allem zu Beginn klinischer Zeichen einer systemischen Infektion eine prolongierte Antibiotikatherapie mit vier verschiedenen Präparaten über insgesamt 40 Tage erfolgt. Während dieser Zeit sei es zu einer ausgeprägten Exazerbation der Abdominalbeschwerden gekommen und umfassende Abklärungen im Hinblick auf eine entzündliche, autoimmune, infektiöse, toxische oder metabolische Genese der Beschwerden seien erfolglos geblieben.

Zusätzlich habe zum damaligen Zeitpunkt eine vermehrte berufliche und soziale Belastung bestanden, da die Klägerin zusammen mit ihrem Lebenspartner ihr ursprüngliches soziales Umfeld verlassen und eine neue Arbeitsstelle in Chur angetreten habe. Die Symptome hätten einerseits subjektiv durch die anfängliche Antibiotikatherapie und durch Untersuchungen getriggert, andererseits unbeflusst an Ausprägung und Häufigkeit zugenommen. Ernährungstherapeutische Massnahmen hätten keine Besserung gezeigt. Trotz der Verdauungsprobleme habe die Klägerin in diesem Zeitraum ca. 20 kg an Gewicht zugenommen.

Parallel sei rezidivierend eine Erhöhung der humoralen Entzündungsparameter aufgefallen und am 19. Juli 2009 habe die Klägerin erstmalig zusätzlich unter Gelenk- und Weichteilschmerzen symmetrisch an den Füßen, den Kniegelenken, im Verlauf an beiden Schulter-, Ellbogen- sowie Hand- und Fingergelenken mit Morgensteifigkeit gelitten. Seither seien diese Symptome schubförmig (Schubdauer drei bis vier Tage mit Symptomregredienz) vorhanden und von einer erhöhten Körpertemperatur (38-39°) begleitet. Eine postulierte Borreliose sei mittels Antibiotika korrekt behandelt worden, wodurch auf die Gelenksbeschwerden kein Einfluss haben genommen werden können und die Abdominalbeschwerden nochmals verstärkt worden seien. Im Verlauf sei die Klägerin bezüglich der Gelenksbeschwerden verbunden mit Allgemeinsymptomen und Hauteffloreszenzen von zwei verschiedenen Rheumatologen beurteilt worden. Objektiv sei eine

Synovitis der MCP III beidseits sowie PIP II rechts und III links festgestellt worden. Die immunologischen Abklärungen seien bis auf einen einmalig grenzwertig erhöhten Rheumafaktor unauffällig ausgefallen. Ein Still-Syndrom sei in die differenzialdiagnostischen Überlegungen einbezogen worden bei allerdings erhöhtem Ferritin, Leberenzymerrhöhung, Hepatosplenomegalie oder einer Leukozytose. Durch die Behandlung mit Methotrexat habe sich keine Verbesserung erreichen lassen. Eine Behandlung mit Arava habe die Anzahl der Schübe pro Monat reduzieren können. Differenzialdiagnostisch sei eine beginnende rheumatoide Arthritis in Frage gekommen. Bis anhin sei der Verlauf konventionell radiologisch anerosiv (S. 9 f.).

Die chronische Abdominalsymptomatik mit Krämpfen, Obstipation und Diarrhoe wurde als eindeutig im Vordergrund stehend beurteilt und in Bezug auf diese Beschwerden aus internistischer Sicht in angestammter kaufmännischer Tätigkeit ein Arbeitspensum von vier Stunden pro Tag bei freier Zeiteinteilung und ohne Termindruck als zumutbar erachtet (S. 12, S. 14 und S. 24). Aus rheumatologischer Sicht wurde darauf hingewiesen, dass seit Beginn der schubweise auftretenden Polyarthritiden im August 2009 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit während der aufgetretenen Krankheitsschübe bestehe. Ausserhalb eines Schubes bestehe auch retrospektiv rein rheumatologisch eine volle Arbeitsfähigkeit einzig mit der Notwendigkeit für Pausen alle zwei Stunden von je zehn Minuten.

Aus psychiatrischer Sicht sei die Klägerin zwischen drei bis vier Stunden am Tag arbeitsfähig, mit einem Gesamtpensum von circa 17 Stunden pro Woche und retrospektiv bestehe eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20% seit Bestehen der Anpassungsstörung im Jahr 2008. Zusammengenommen sei bei einem Pensum von 40% von einer unverminderten Leistungsfähigkeit auszugehen, es sei denn, es liege ein Schub der Polyarthritiden vor, bei welchem eine vorübergehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit vorliege (S. 14 f.). 4.2.3

Das Gutachten erfüllt sämtliche Kriterien, die an die Beweiswertigkeit von Gutachten gestellt werden (E. 1.5) und insbesondere ergeben sich in Bezug auf die medizinische Einschätzung der funktionellen Restarbeitsfähigkeit

trotz umfangreicher Untersuchungen keine anderen abweichenden

medizinischen Beurteilungen. So wurde auch im späteren interdisziplinären Gutachten des Kantonsospitals

K.\_\_\_\_ vom 17. September 2014 mit rheumatologischem Gutachten und Evaluation der Funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) betreffend die Erhebung der Funktionseinschränkungen auf eine nahezu identische Beschwerdekombination wie in der gutachterlichen Exploration im Jahre 2010 hingewiesen (Urk. 2/2F 183 S. 16).

Auch im Gutachten des I.\_\_\_\_ vom 2. Dezember 2015

wurden keine Diskrepanzen zum Vorgutachten des Universitätsspitals G.\_\_\_\_ gesehen,

wobei

aus rheumatologisch-internistischer und gastroenterologischer Sicht ein seit dem interdisziplinären Gutachten des Universitätsspitals G.\_\_\_\_

im Jahr 2010 im Wesentlichen unveränderte r Gesundheitszustand beschrieben wurde ( Urk. 2/2F 214 S. 59 f.). 4.2.4

Zwar ist mit der Beklagten festzustellen , dass die

zahlreichen ärztlichen Abklärungen , insbesondere im Zusammenhang mit den geklagten Abdominalbeschwerden , im gesamten Verlauf zu keiner eindeutigen Diagnose nach einem anerkannten Klassifikationssystem geführt haben. Ins Gewicht fällt aber, dass die

Konsistenz der Beschwerden und deren Auswirkungen auf die funktionelle Leistungsfähigkeit von Seiten der behandelnden Ärzte wie auch in den Expertenstets bestätigt wurden und sich aus der gesamten Aktenlage und den umfangreichen medizinischen Untersuchungen keine

Anhaltspunkte für Zweifel ergeben

(vgl. etwa Konsistenz- und Leistungsbereitschaftsprüfung im Rahmen der EFL, Urk. 2/2F/183 S. 29). 4.3

Zusammenfassend hat die IV-Stelle zu Recht die Restarbeitsfähigkeit der Klägerin gestützt auf das Gutachten des Universitätsspitals G.\_\_\_\_

vom 27. Dezember 2010 und die Stellungnahmen ihrer s RAD

festgelegt . Richtig ist auch die Ermittlung des Invaliditätsgrades , nachdem sich die zumutbare Restarbeitsfähigkeit

in angepasster Tätigkeit auf eine

reduzierte Tätigkeit im angestammten Bereich bezieht und die Klägerin die Restarbeitsfähigkeit verwertet. Nach dem Gesagten ist die ab dem 1. Oktober 2009 zugesprochene ganze Rente durch die IV-Stelle jedenfalls nicht zu beanstanden. 5. 5.1

Zum sachlichen und zeitlichen Konnex liegen weiter folgende ärztliche Einschätzungen vor:

Im Gutachten des Kantonsspitals K.\_\_\_\_ vom 17. September 2014 ( Urk. 2/2F183) führten die Gutachter in anamnestischer Hinsicht zur Krankheitsentwicklung aus, die gastrointestinalen Beschwerden liessen sich ins Jahr 2007 zurückverfolgen. Hier sei es zu rezidivierenden Episoden einer Obstipation gekommen. Die Klägerin habe damals eine Koloskopie durchführen lassen, das Resultat sei unauffällig gewesen. Durch die Einnahme von Leinsamen-Präparaten seien die Beschwerden gebessert gewesen. Anfang 2008 habe sie erneut eine Magendarmgrippe durchgemacht, welche wohl mit Antibiotikum behandelt worden sei. Danach seien die Beschwerden sistiert. Im Juni 2008 habe sie eine Extraktion der Zähne 4.7 und 4.8 durchführen lassen müssen. Dies habe die Kaskade von Beschwerden wohl ausgelöst. Auch sei wohl ein Nerv verletzt worden. Wegen sehr starker Schmerzen und Allgemeinsymptomen wie Schüttelfrost sei bei dem Verdacht auf eine Blutvergiftung – von der Zahnbehandlungsstelle ausgehend – eine Antibiotika-Behandlung über insgesamt 40 Tage durchgeführt worden. Der erhöhte Entzündungswert sei nie ganz weg gewesen. Seit dieser Zeit würden die gastrointestinalen Beschwerden wie Erbrechen, Wechsel zwischen Durchfall und Verstopfung sowie Blähungen und Schwellungen im Bauchbereich sowie Bauchkrämpfe zunächst mit einem Intervall von 2-5 Tagen, jetzt alle 14 Tage

auftreten. Sämtliche durchgeführten Untersuchungen und Behandlungen hätten die Beschwerdesymptomatik nicht positiv beeinflussen können.

Hinsichtlich der Gelenkbeschwerden sei zunächst unter der Arbeitsdiagnose einer chronischen Borreliose eine Doxzyklin-Behandlung durchgeführt worden. Die initial sich bessernden Gelenkbeschwerden seien jedoch wiederkehrend. Aufgrund des Symptomkomplexes sei unter dem Verdacht auf ein adultes Still-Syndrom eine rheumatologische Basistherapie durchgeführt worden. Auch hier habe die gesamte Konstellation nicht positiv beeinflusst werden können.

Aufgrund der Chronifizierung der Beschwerdekongstellat ion habe die Klägerin zwischenzeitlich eine Depression entwickelt, welche erfolgreich habe stabilisiert werden können. Eine Anpassungsstörung sei diesbezüglich verblieben (S. 8).

Die Gutachter hielten fest, aufgrund der nahezu identischen Beschwerdekongstellat ion wie zur rheumatologischen gutachterlichen Beurteilung im Jahr 2010 bestünden differenziert nach schubfreiem Intervall und Schubsituation die gleichen Beeinträchtigungen wie zur damaligen Gutachten-Situation. Während eines Schubes bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, in schubfreiem Intervall sei aufgrund der langen Krankengeschichte und der all gemein verminderten körperlichen und konsekutiv auch psychischen Leistungsfähigkeit eine Limitation gegeben. Die Arbeitsfähigkeit bemessen sie identisch wie die G. \_\_\_ -Gutachter im Jahr 2010 (S. 16 f.). 5.2 5.2.1

Die Ärzte des I. \_\_\_ berichteten im Gutachten vom 2. Dezember 2015 ( Urk. 2/2F214) über geklagte schubförmige Beschwerden ca. alle 2 Wochen (Dauer: 1-5 Tage). Wenn der Schub anfangen, bekomme sie häufig gegen den Abend einen Ausschlag an den Beinen mit Beginn an den Unterschenkeln beidseits, dann den ganzen Unterschenkel betreffend immer medial mit Ausbreitung bis zum distalen Oberschenkel beidseits medial. Zuerst trete nur eine leichte Rötung auf, dann im Verlauf ein starker Juckreiz. Anschliessend verspüre sie ein Kratzen und Halsschmerzen mit Jucken und Schluckbeschwerden, der Hals werde dann leicht geschwollen und auch das Gesicht in den Kiefergelenkregionen würde etwas aufschwellen. Auch das Abdomen schwellen leicht an mit abdominellen Blähungen und Krämpfen. Als drittes Symptom bekomme sie Fieber mit Werten zwischen 38 und 39°, zum Teil auch nur erhöhte Temperatur. Das Fieber oder die erhöhte Temperatur würden wenige Stunden bis 24 Stunden anhalten. Als viertes Symptom würden dann Gelenkschmerzen auftreten. Zuerst verspüre sie Gliederschmerzen und stechende Schmerzen am ganzen Körper. Anschliessend trete immer eine leichte Schwellung schleichend auf vom Vorderarm, oberem Handgelenk, Handrücken und alle Finger betreffend. Meist verspüre sie nicht isolierte Gelenkschmerzen, zum Teil selten nur Handgelenks- oder Daumensattelgelenkschmerzen, die Hände seien am häufigsten betroffen. Im Schub verspüre sie häufig auch Kiefergelenkschmerzen oder Schmerzen im Oberkiefer und Unterkiefer, dann habe sie Mühe mit Nasenatmung, wie wenn sie starken Schnupfen hätte. Intermittierend würden leichte Schwellungen im Bereich der Knie beidseits oder auch einseitig und den Sprunggelenken beidseits oder einseitig auftreten. Auch im Bereich der Schulter könnten Schmerzen auftreten (S. 47 f.). 5.2.2

Die Gutachter stellten folgende rheumatologische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 40 f.): -

Undifferenzierte chronisch rezidivierende Polyarthrit is unklarer Ätiologie ED: 2009 -

chronisch rezidivierender schubförmiger Verlauf mit -  
polyartikulärem Befall der Extremitätengelenke mit Synovitiden und peri artikulären Weichteilschwellungen -  
initial im Schub deutlich erhöhte humorale Entzündungsparameter, aktuell normale Entzündungsparameter im Schub -  
RF schwach positiv, ANA und Anti-CCP negativ, ANA 2010 leichtgradig erhöht -  
konventionellradiologisch bisher anerosiver Verlauf -  
begleitende schubförmige Abdominalbeschwerden

-  
multiple Medikamentenunverträglichkeiten -  
aktuelle Medikation: Spiralgin 500mg in Reserve -

ICD-10: M13.9 (Arthritis, nicht näher bezeichnet)

Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit massen sie folgenden Diagnosen bei: -

intermittierendes selbstlimitiertes panvertebrales Schmerzsyndrom -  
leichtgradige

Endometriose im Douglas mit Status nach laparoskopischer Koagulation 11/08 -

Atopieneigung mit unter anderem allergischer Rhinitis -

anamnestisch chronisch rezidivierende Rhinosinusitis

-  
chronische Tubenentlüftungsstörung -

chronische Paukendrainage mit Langzeit-T- Tubes beidseits -

Tendenz zur vegetativen Dystonie -

moderater Hallux

valgus mit Sklerosierungszeichen im Grosszehengrundgelenk beidseits

In gastroenterologischer Hinsicht diagnostizierten sie - neben einer Adipositas - mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Reizdarmsyndrom (ICD-10: K58.0) , eine mögliche chronisch-entzündliche Darmkrankheit, noch nicht klassifiziert (Differenzialdiagnose: primäre chronisch-entzündliche Darmerkrankung; Differenzialdiagnose: Begleitentzündung im Rahmen einer rheumatischen Krankheit) sowie den ICD-10-Code K52.9 (nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet).  
5.2.3

In ihrer Einschätzung hielten die Ärzte fest (S. 50 ff.), aus rheumatologischer Sicht bestehe eine komplexe Vorgeschichte mit seit 2009 persistierender rezidivierender schubförmig verlaufender Polyarthritiden mit Synovitiden , periartikulären Weichteilschwellungen, Entzündungen im Bereiche der Sehnencheiden, Hautausschlägen und Pharyngitiden sowie eine im Schub begleitende abdominelle Symptomatik. Aufgrund der nun wiederholt objektivierbaren nachgewiesenen Synovitiden , periartikulären Schwellungen und Ergüssen im Bereiche von Sehnencheiden könne die Diagnose einer schubförmig verlaufenden

undifferenzierten Polyarthritiden der kleinen und grossen Gelenke eindeutig bestätigt werden. Die in der Vorgeschichte wiederholt fehlenden klinischen Hinweise auf eine Arthritis sowie eine 2012 unauffällig ausgefallene Skelettszintigraphie seien sehr wahrscheinlich dadurch zu erklären, dass die Untersuchungen im asymptomatisch bis oligosymptomatischen Intervall zwischen zwei Entzündungsschüben erfolgt seien.

Die Ursache der Polyarthritiden bleibe weiterhin unklar. Ein Zusammenhang mit einer 2008 vermuteten Borreliose sei aufgrund der Symptomatik und der anamnestic mehrwöchigen Antibiotikatherapie unwahrscheinlich. In der Vorgeschichte werde aufgrund der Symptomatik durch den Rheumatologen Dr. J. \_\_\_ ein Still - Syndrom des Erwachsenen vermutet. Die Symptomatik der Klägerin könnte zu einem Morbus Still des Erwachsenen passen, bisher habe aber keine Hepatosplenomegalie nachgewiesen werden können und aktuell fehlten stark erhöhte Entzündungsparameter im Schub und die typischen Blutbildveränderungen. In der rheumatologischen Beurteilung der Uniklinik G. \_\_\_

vom 2010 und der rheumatologischen Beurteilung des Kantonsspitals K. \_\_\_ von 2014 sei die Diagnose eines Morbus Still als unwahrscheinlich beurteilt.

In den anlässlich der Begutachtung veranlassten Laboruntersuchungen seien die Entzündungsparameter jeweils im Normbereich gewesen, die Immunologiewerte - bis auf einen grenzwertig erhöhten Titer für den Rheumafaktor - normal. In der Uniklinik G. \_\_\_ sei eine undifferenzierte Polyarthritiden, im Kantonsspital K. \_\_\_ der Verdacht auf rezidivierende reaktive Arthritiden bei unklarem Focus mit diversen möglichen Foci diagnostiziert worden. Aus Sicht des rheumatologischen Referenten könne weiterhin von einer undifferenzierten Polyarthritiden ausgegangen werden. Sollte im Verlauf der Rheumafaktor anhaltend ansteigen, könnte man eine Rheumafaktor positive Polyarthritiden diagnostizieren. Eine reaktive Arthritis sei möglich, die im Gutachten des Kantonsspitals K. \_\_\_ vermuteten Foci erschienen jedoch eher als unwahrscheinlich. Ein Hyperimmunglobulin

IgD -Syndrom sei in der Uniklinik

G. \_\_\_ 2012 ausgeschlossen worden. Soweit ersichtlich nicht sicher ausgeschlossen worden sei das Vorliegen eines Morbus Whipple, welche r sowohl abdominelle als auch Gelenkbeschwerden verursachen könne. Dies erscheine aber als eher unwahrscheinlich, da wichtige Leitsymptome (wie Gewichtsverlust und ein Malnutritionssyndrom bei rezidivierenden Durchfällen) fehlten. Die Gutachter empfahlen weitere medikamentöse Therapien. 5.2.4

In gastroenterologischer Hinsicht führten die Gutachter aus (S. 38 f.), alle klinischen, endoskopischen und Laboruntersuchungen, welche sich auf Organe des Magendarmtraktes beziehen, hätten bis 2010 keine Hinweise für eine organische Erkrankung ergeben. Im internistischen Teilgutachten der Universitätsklinik G. \_\_\_ vom September 2010 sei schlussendlich ein Reizdarm-Syndrom diagnostiziert worden. Differentialdiagnostisch sei ein postinfektiöser Reizdarm in Betracht gezogen worden. In einer Ileo -Koloskopie vom November 2010 in Spital L. \_\_\_ , welche als unauffällig beurteilt worden sei, habe histologisch praktisch im gesamten Colon eine nach distal zunehmende chronisch aktive mittelschwere Entzündung nachgewiesen werden können. Der akute Entzündungsanteil habe aus neutrophilen und eosinophilen Granulozyten bestanden. Somit habe eine diskrete chronische, teils akute Entzündung vorgelegen, welche nicht habe klassifiziert werden

können.

Die Differenzialdiagnose sei breit, von der Frühform einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung bis zu einer passageren infektiösen oder unspezifischen Colitis oder einer NSAR bedingten Colitis. Nachdem am 5. März 2015 der Calprotectinwert mit 179 (Norm < 50) mässig erhöht gewesen sei, sei dem Hausarzt Dr. B. \_\_\_ eine Wiederholung der Messung der Calprotectinwerte empfohlen worden, da bei anhaltend erhöhten Werten von einer anhaltenden Entzündung im Gastrointestinaltrakt ausgegangen werden müsse und weitere Abklärungen notwendig würden. Der Calprotectinwert sei am 8. Oktober 2015 im Stuhl normal gewesen, so dass praktisch mit Sicherheit Anfang Oktober im Gastrointestinaltrakt keine klinisch relevante Entzündung vorgelegen habe. Im März 2015 sei aber wegen des erhöhten Calprotectinwertes von einer Entzündungsaktivität im Gastrointestinaltrakt auszugehen. Ein schubförmiger Verlauf der Entzündungen im Gastrointestinaltrakt sei möglich.

Zusammenfassend hätten aus gastroenterologischer Sicht Anfang Oktober 2015 keine sicheren Hinweise für eine Entzündung im unteren Magendarmtrakt bestanden. Auf Grund der Anamnese sowie der Befunde der Ileo-Koloskopie von 2010, insbesondere der Histologie und des im März erhöhten Calprotectin im Stuhl, sei eine Beteiligung des Colon im Rahmen einer rheumatologischen Erkrankung oder eine intermittierend aktive chronisch entzündliche Darmkrankheit möglich. Eine weitere Eingrenzung sei nicht möglich. Ein Reizdarmsyndrom liege aufgrund der anamnestischen Angaben sehr wahrscheinlich vor. Ob sich das Reizdarmsyndrom sekundär aufgrund einer entzündlich bedingten Darmerkrankung oder unabhängig davon entwickelt habe (die Magendarmbeschwerden seien vor den Gelenkbeschwerden aufgetreten), lasse sich nicht beurteilen. 5.2.5

Zur Arbeitsfähigkeit führten die Experten aus, aufgrund der abdominalen Beschwerden sei eine 40-50%ige Arbeitsunfähigkeit im akuten Schub aus gastroenterologischer Sicht vertretbar. Im schubfreien Intervall sei von einer höchstens 10-20%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen, dies aufgrund einer allgemeinen leichten leistungsverminderten Belastbarkeit (S. 39). Aus rheumatologischer Sicht bestehe in der aktuellen Tätigkeit als Arztsekretärin während eines Entzündungsschubes im Bereich des Bewegungsapparates jeweils eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit. Zwischen den Schüben bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80%. Aufgrund des schubförmigen Verlaufs mit unterschiedlich langer Schubdauer könne eine globale Angabe einer zumutbaren Arbeitsfähigkeit in Prozenten nicht gemacht werden. Je nach Frequenz und Dauer der Schübe sei von einer schwankenden Arbeitsfähigkeit auszugehen (S. 57). 6. 6.1

Die Klägerin leidet an einer Polyarthrits sowie an einem Reizdarmsyndrom. Bei der Rentenzusprache am 19. August 2011 (ganze Rente ab 1. Oktober 2009, Urk. 2/2F141) standen dabei die abdominalen Beschwerden im Vordergrund. Laut Gutachten des G. \_\_\_ klagte die Klägerin damals über turnusartige abdominalbeschwerden mit subjektiven Durchfallepisoden für ein bis vier Tage und anschliessenden Episoden mit Verstopfung, Übelkeit und Erbrechen. Tage mit subjektiv normalem Stuhlgang erlebte sie nicht mehr. Gelenkschmerzen hatte sie damals etwa alle eineinhalb Wochen, wobei auch während den Schüben feinmotorische Tätigkeiten durchführbar waren (Urk. 2/2F80/10). Weiter bestand damals eine ausgeprägte psychiatrische Pathologie im Sinne einer mittelgradig depressiven Episode (in aktuell partieller Remission, Urk. 2/2F80/11). Die Arbeitsfähigkeit wurde als wie folgt eingeschränkt erachtet: Aus psychiatrischer Sicht gingen die G. \_\_\_ -Gutachter

von einer Arbeitsfähigkeit von noch drei bis vier Stunden pro Tag aus, aus internistischer Sicht von einer solchen von vier Stunden pro Tag und aus rheumatologischer von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit, abgesehen von Schubsituationen (100%ige Arbeitsunfähigkeit). Gesamthaft schlossen sie auf eine Restarbeitsfähigkeit von 40 % ( Urk. 2/2F80/14). Die Rentenzusprache erfolgte dann aber aufgrund der ergänzenden Einschätzung des RAD-Arztes, welcher im Anschluss an eine berufliche Integrationsmassnahme und nach Einsicht in den entsprechenden Bericht auf eine verwertbare Arbeitsleistung von lediglich 30 % schloss ( Urk. 2/2F130/16-17). 6.2 6.2.1

Die während der Versichertenzeit bei der Beklagten aufgetretene Arbeitsunfähigkeit war einzig durch die abdominale Problematik begründet. Die Beklagte hat unter dem Gesichtspunkt des sachlichen Zusammenhangs nur für die Erwerbsunfähigkeit einzustehen, welche aus dieser Erkrankung folgte. Den Erwägungen des Verwaltungsgerichts des Kantons A.\_\_\_\_ im Urteil vom 23. Oktober 2012 ( Urk. 2/2B6) ist dabei insoweit zu folgen, als der Eintritt der relevanten Arbeitsunfähigkeit auf den Zeitpunkt der Versichertenzeit bei der Beklagten festgelegt wurde. Wohl erfolgte dazumal noch keine detaillierte Diagnosestellung, doch der Ablauf der gesundheitlichen Entwicklung zeigt, dass die damalige Erkrankung nicht als abgeschlossenes Ereignis zu betrachten ist, sondern in der nachfolgenden langanhaltenden Problematik seine Fortsetzung fand. Die Ätiologie der objektivierbaren Erkrankung konnte einstweilen nicht geklärt werden, weshalb der Hinweis der Beklagten auf die fehlende diagnostische Einschätzung nicht verfangt. Dass die knapp zwei Monate nach dem Aus tritt aus der Beklagten wiederum einsetzende Arbeitsunfähigkeit in einem Zusammenhang zur sechswöchigen Absenz - aus den identischen Gründen - steht, ist aufgrund der medizinischen Aktenlage nicht zu bezweifeln. 6.2.2

Die psychiatrische Erkrankung folgte erst lange nach dem Ende des Versicherungsverhältnisses mit der Beklagten. Im G.\_\_\_\_ -Gutachten wurde auf eine depressive Erkrankung seit April/Mai 2010 verwiesen und einen Zustand nach Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt in den Jahren 2008/2009 ( Urk. 2/2F80/79). Für allfällige Folgen hat demgemäss nicht die Beklagte einzustehen. 6.2.3

Näher zu beleuchten ist die Frage des Zusammenhangs zwischen dem Reizdarmsyndrom und der Polyarthrit. Die Klägerin fasste die Beschwerdepromblematik als ein Krankheitskomplex auf, währenddem die Beklagte von unabhängigen Pathologien ausging.

Eine Durchsicht der Akten zeigt, dass weder die Ätiologie der Darmproblematik noch der Polyarthrit geklärt ist. Zuletzt legten die Gutachter des I.\_\_\_\_ ihre Untersuchungsergebnisse dar und referierten die umfangreichen Vorakten. Als Ursachen der Polyarthrit konnten sie verschiedene - anamnestisch geäusserte mögliche Ursachen - ausschliessen und fassten die Pathologie schlussendlich als un differenzierte Polyarthrit. Eine reaktive Arthrit befanden sie als unwahrscheinlich (E. 5.2.3). Auch aus gastroenterologischer Sicht fanden die Gutachter keine eindeutige Genese vor. Nachdem im Rahmen der ersten Abklärungen gar keine Hinweise für eine organische Erkrankung vorgelegen hatten und auch im internistischen Teilgutachten des G.\_\_\_\_ lediglich ein Reizdarm-Syndrom diagnostiziert worden war, sprachen erstmals die Ärzte des Spitals L.\_\_\_\_ von einer Entzündung im Colon, welche jedoch nicht klassifiziert werden konnte. Eine Beteiligung des Colon im Rahmen einer rheumatologischen Erkrankung oder eine intermittierend aktive chronisch entzündliche Darmkrankheit erachteten die Ärzte lediglich als möglich. Eine weitere Eingrenzung erachteten sie als nicht möglich (E. 5.2.4).

Bei dieser medizinischen Aktenlage ist nicht erstellt, dass die während der Versichertenzeit bei der Beklagten aufgetretenen Magen-Darm-Beschwerden auch die Ursache der sich erst über ein Jahr später manifestierenden (Austritt aus der Beklagten Mai 2008, Erstdiagnose August 2009) Polyarthritus bildeten. Auch wenn die Polyarthritus mit Entzündungen der Gelenke einhergeht und das Reizdarmsyndrom (teilweise) mit Entzündungen vergesellschaftet war, erscheint es als hypothetisch, einen entsprechenden Zusammenhang herstellen zu wollen. Die Ärzte konnten solches gerade nicht bestätigen und bezeichneten eine Beteiligung des Colon im Rahmen der rheumatologischen Erkrankung nur als möglich, nicht aber als wahrscheinlich, geschweige denn überwiegend wahrscheinlich.

Die Folgen der Beweislosigkeit dieses anspruchsbegründenden Umstandes (mit dem erforderlichen Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit) hat die Klägerin zu tragen, die daraus Rechte für sich ableitet (Urteil des Bundesgerichts 8C\_492/2012 vom 16. August 2012 E. 5.2.2; BGE 117 V 261 E. 3b). 6.3

Damit steht fest, dass die Beklagte einzig für die Folgen der Reizdarm-symptomatik einzustehen hat, besteht doch nur diesbezüglich ein sachlicher (wie auch ein zeitlicher; vgl. hierzu die zutreffenden Ausführungen des Verwaltungsgerichts des Kantons A., Urk. 2/2B6 E. 3d) Zusammenhang.

Da die Rentenzusprache der Invalidenversicherung aus verschiedenen gesundheitlichen Gründen erfolgte, ist der Anteil der Reizdarmsymptomatik zu ermitteln, für welchen die Beklagte zuständig ist. Aus den bei der Rentenzusprache vorliegenden medizinischen Akten ist auf eine Arbeitsunfähigkeit wegen der Reizdarmsymptomatik im Umfang von 60 % zu schliessen, attestierten die G.-Ärzte doch eine Restarbeitsfähigkeit von 40 % in Bezug auf diese Pathologie (E. 6.1). Die Festlegung einer 70%igen Arbeitsunfähigkeit gründete einerseits in der depressiven Symptomatik (Arbeitsfähigkeit drei bis vier Stunden pro Tag) sowie in der Rückmeldung seitens der Eingliederungsstelle, welche auf eine lediglich 30%ige Arbeitsfähigkeit schloss. Dies hatte den Grund indes nicht in der Darmpathologie, sondern den Entzündungsschüben mit Befall der Finger- und Handgelenke (Urk. 2/2F130/16). Die Beklagte hat damit für eine Arbeitsunfähigkeit von 60 % einzustehen. 6.4

Die Invalidenversicherung ermittelte den Invaliditätsgrad mittels eines Prozentvergleichs und schloss aufgrund der angenommenen 70%igen Arbeitsunfähigkeit auf einen eben solchen Invaliditätsgrad. Dies ist nicht zu beanstanden. Die Klägerin ist gelernte Kauffrau mit erweiterter Grundausbildung (kaufmännische Angestellte, Urk. 2/2F9 und Urk. 2/2F8 Ziff. 6.2). Sie verweilte nach ihrem Berufsabschluss im Jahr 2004 jeweils nur kurz an jeweils verschiedenen Stellen (Urk. 2/2F13). An der letzten Arbeitsstelle bei der Z. GmbH erzielte sie im Jahr 2009 ein Einkommen von Fr. 57'200.-- und damit ein solches, welches einiges unter den Durchschnittslöhnen für eine Tätigkeit als Sachbearbeiterin Buchhaltung (vgl. Lohnstrukturerhebung 2008 Tabelle T7S Ziff. 23) lag, welche Aufgabe sie zuletzt inne hatte (Urk. 2/2F8 Ziff. 6.3.1; Urk. 2/2F16 Ziff. 2.7 und Ziff. 2.10). Nach dem Verlust dieser Anstellung (Urk. 2/2F10), welche sowohl wegen der krankheitsbedingten Abwesenheit als auch aus wirtschaftlichen Gründen erfolgte (Urk. 2/2F16 Ziff. 2.2), ist eine Invaliditätsgradermittlung mittels Prozentvergleichs nicht zu beanstanden. 6.5

Bei einer 60%igen Arbeitsunfähigkeit resultiert ein eben solcher Invaliditätsgrad. Laut Art. 32 Abs. 2 des Vorsorgereglements der Beklagten (Urk. 2/2C3) hat die versicherte Person

Anspruch auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie im Sinne der IV mindestens zu 60 % invalid ist. Der Anspruch auf Invalidenrente beginnt (nach Abs. 3 1. Satzteil derselben Bestimmung) mit dem Anspruch auf eine Rente der IV. Damit steht der Klägerin ab 1. Oktober 2009 eine Dreiviertelsrente der Beklagten zu. Da die Beklagte in ihrem Reglement den Anspruch auf die reglementarischen Leistungen von der Versicherteneigenschaft bei Eintritt der massgebenden Arbeitsunfähigkeit abhängig macht (nicht jedoch vom Eintritt der Invalidität während laufendem Versicherungsverhältnis, Art. 32 Abs. 1 des Reglements), schuldet sie die reglementarischen Leistungen. 6.6 6.6.1

Gemäss Art. 32 Abs. 6 des Reglements ziehen Änderungen des Invaliditätsgrades eine Überprüfung und gegebenenfalls eine Anpassung des Leistungsanspruches nach sich. 6.6.2

Nachdem im Zeitpunkt der Rentenzusprache (in organischer Hinsicht) die Reizdarmsymptomatik im Vordergrund gestanden hatte, verschob sich die Problematik bis zur Begutachtung durch die I.\_\_\_\_ im Jahre 2015. Die Ärzte erkannten nurmehr eine 40-50%ige Arbeitsunfähigkeit und zwar lediglich während entsprechenden Schubepisoden; ansonsten gingen sie (aufgrund einer all gemeinen leichten leistungsverminderten Belastbarkeit, insbesondere wegen den Reizdarmsyndrom bedingten Beschwerden) von einer Arbeitsunfähigkeit von

## **E. 8**

Februar 2016 ( Urk. 2/2A6). In einem weiteren Schriftenwechsel hielten die Parteien an den gestellten Anträgen fest ( Urk. 2/2A7 -8 ) und verzichteten sowohl auf eine Einsichtnahme als auch auf eine Stellungnahme zu den gerichtlich eingeholten IV-Akten ( Urk. 2/2A 8-10 ).

Am 17. Oktober 2016 ( Urk. 1) überwies das Verwaltungsgericht des Kantons A.\_\_\_\_ die Sache zuständigkeitshalber an das hiesige Sozialversicherungsgericht. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 8.1**

Nach § 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ( GSVGer ) bemisst sich die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert. Gemäss § 8 in Verbindung mit § 7 Abs. 1 Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht ( GebV SVGer ) wird namentlich für unnötigen Aufwand kein Ersatz gewährt.

### **E. 8.2**

Der von Rechtsanwalt Christian Thöny mit Eingabe vom 14. April 2016 ( Urk. 2/2E1) geltend gemachte Aufwand von 28.3 Stunden zu einem Stundensatz von Fr. 240.-- sowie Barauslagen von 3 % ist der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses nicht angemessen. Knapp die Hälfte des Stundenaufwandes (ca. 13 Stunden) entfällt hierbei auf Korrespondenzen mit der Klientin, Ärzten und IV-Stelle, deren Notwendigkeit für das vorliegende Verfahren nicht erkennbar ist. Sodann war der Grossteil der Akten bereits aufgrund des Verfahrens im Zusammenhang mit dem Urteil des Verwaltungsgerichts A.\_\_\_\_ bekannt.

Angesichts der notwendigen Instruktion, der zu studierenden 221 Aktenstücke der Invalidenversicherung sowie des pendente lite erstellten Gutachtens des I.\_\_\_\_ (von 71

Seiten), der acht-, neun- und zweiseitigen Rechtsschriften sowie unter Berücksichtigung des bloss teilweisen Obsiegens ist die der Klägerin zustehende - um die Hälfte gekürzte - Prozessentschädigung bei Anwendung des gerichts üblichen Stundensatzes von Fr. 200.-- (bis 31. Dezember 2014) bzw. Fr. 220.-- (ab 1. Januar 2015, jeweils zuzüglich Mehrwertsteuer) auf Fr. 2'400.-- festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Klage wird die Beklagte verpflichtet, der Klägerin ab 1. Oktober 2009 Dreiviertels- und ab 1. Oktober 2015 eine Viertels-Invalidenrente nach reglementarischer Massgabe auszurichten, zuzüglich Verzugszins zu 5 % für die bis zum 18. Juli 2013 geschuldeten Betreffnisse ab diesem Datum ab dem jeweiligen Fälligkeitsdatum. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beklagte wird verpflichtet, der Klägerin eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 2'400.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: -Rechtsanwalt Christian Thöny -Rechtsanwalt Andreas Gnädinger - 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 Der Gerichtsschreiber GräubNef

## **E. 10**

bis 20 % aus. Im Gegensatz dazu attestierten sie eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit während den arthritischen Schüben aus rheumatologischer Hinsicht ( Urk. 2/2F214/57).

Diese Verbesserung erklärt sich zwanglos mit dem Umstand, dass die Klägerin bei der Rentenzusprache praktisch täglich unter Reizdarmsymptomen litt (drei bis vier mal erbrechen pro Tag, Urk. 2/2F76/12), neu indes nur noch alle zwei Wochen ein Polyarthritis-Schub vorkommt (Dauer: ein bis fünf Tage) und dieser nur teilweise von Reizdarmsymptomen begleitet ist. Die (abdominalen) Auswirkungen bestehen in fünf bis sechs Defäkationen pro Tag ( Urk. 2/2F214/37). Da mit lag ab Frühsommer 2015 (vgl. dazu Urk. 2/2F214/59), mithin ab Juni 2015, eine verbesserte Arbeitsfähigkeit vor. Die Ärzte des I. \_\_\_ nannten keine pauschale Arbeitsfähigkeit, sondern eine spezifizierte für Tage mit/ohne Schübe. Angesichts der Häufigkeit der Beeinträchtigungen erscheint eine Verwertung der 80 bis 90%igen Arbeitsfähigkeit in schubfreier Zeit indes nicht als möglich, wäre doch dafür ein Verständnis eines Arbeitgebers vonnöten, welches auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht zu erwarten ist (jederzeitiger Ausfall von

40 bis 50 % möglich). Damit resultiert eine anrechenbare Arbeitsunfähigkeit von 40 bis 50 % , mithin 45 % . Bei diesem Ergebnis hat die Klägerin ab 1. Oktober 2015 (Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV) nurmehr Anrecht auf eine Viertelsrente .  
7. 7.1

Damit ist die Klage teilweise gutzuheissen mit der Feststellung, dass die Klägerin ab 1. Oktober 2009 Anspruch auf eine Dreiviertels- und ab 1. Oktober 2015 auf eine Viertels-Invalidenrente der Beklagten hat. 7.2

Auf Invalidenleistungen sind Verzugszinsen geschuldet, wobei grundsätzlich Art. 105 Abs. 1 des Obligationenrechts anwendbar ist (BGE 119 V 131 E. 4). Danach ist der Verzugszins vom Tag der Anhebung der Betreibung oder der gerichtlichen Klage an geschuldet. Der Zinssatz beträgt 5 % , sofern das Reglement der Vorsorgeeinrichtung keine andere Regelung kennt (BGE 119 V 131 E. 4c). Der Klägerin sind folglich für die bis zur Klageerhebung am 18. Juli 2013 (vgl. Urk. 2/1) fällig gewordenen Rentenbeträge ab diesem Zeitpunkt und für die weiteren Rentenleistungen ab deren jeweiligem Fälligkeitsdatum – angesichts des Fehlens einer abweichenden reglementarischen Bestimmung – Verzugszinsen von 5 % zuzusprechen. 8.

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