

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2018.00067**

## **vom 3. Juli 2020**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-07-03, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_BV.2018.00067](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_BV.2018.00067)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2018.00067 du 3 juillet 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2018.00067 del 3 luglio 2020

### **Erwägungen**

#### **E. 1.1**

Nach Art. 24 Abs. 1 des Bundesgesetz es über die berufliche Alters-, Hinterlassene- 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 des

Bundesgesetz es 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. 1.2**

Am 2. Juli 2015 (Eingangsdatum) meldete sich die Versicherte beim Sozialversicherungszentrum Thurgau, IV-Stelle Thurgau,

zum Leistungsbezug an (Urk. 13/5).

Mit Vorbescheid vom 7. September 2015 stellte die IV-Stelle Thurgau der Versicherten die Abweisung ihres Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 13/17), wogegen diese am 30. September 2015 Einwand erhob (Urk. 13/24). Nachdem die IV-Stelle Thurgau weitere Abklärungen getätigt hatte, sprach sie der Versicherten mit Verfügung vom 16. Januar 2018

– wie neuerlich vorbeschieden (Urk. 13/48) – ab dem 1. Januar 2016 eine ganze Rente der Invalidenversicherung zu (IV-Grad: 100 %; Urk. 13/62).

### **E. 1.2.1**

Anspruch auf Invalidenleistungen haben gemäss Art. 23 BVG Personen, die im Sinne der Invalidenversicherung zu mindestens 40 % invalid sind und bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, versichert waren. Nach Art. 23 BVG versichertes Ereignis ist einzig der Eintritt der relevanten Arbeitsunfähigkeit, unabhängig davon, in welchem Zeitpunkt und in welchem Masse daraus ein Anspruch auf Invalidenleistungen entsteht. Die Versicherungseigenschaft muss nur bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit gegeben sein, dagegen nicht notwendigerweise auch im Zeitpunkt des Eintritts oder der Verschlimmerung der Invalidität. Diese wörtliche Auslegung steht in Einklang mit Sinn und Zweck der Bestimmung, nämlich denjenigen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern Versicherungsschutz angedeihen zu lassen, welche nach einer längeren Krankheit aus dem Arbeitsverhältnis ausscheiden und erst später invalid werden. Für eine einmal aus – während der Versicherungsdauer aufgetretene – Arbeitsunfähigkeit geschuldete Invalidenleistung bleibt die Vorsorgeeinrichtung somit leistungspflichtig, selbst wenn sich nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses der Invaliditätsgrad ändert. Entsprechend bildet denn auch der Wegfall der Versicherungseigenschaft kein Erlösungsgrund ( Art. 26 Abs.

### **E. 1.2.2**

Für den Eintritt einer Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Art. 23 lit . a BVG ist die Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen im bisherigen Beruf massgeblich. Sie ist relevant, wenn sie mindestens 20 % beträgt – was auch für die Eröffnung

der Wartezeit nach Art. 28 Abs. 1 lit . b IVG gilt (vgl.

BGE 144 V 58 E. 4.4 mit weiteren Hinweisen). Die Arbeitsunfähigkeit muss sich zudem auf das Arbeitsverhältnis sinnfälligerweise auswirken oder ausgewirkt haben. Es muss also

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. Der Zeitpunkt des Eintritts der berufsvorsorgerechtlich relevanten Arbeitsunfähigkeit muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit grundsätzlich echtzeitlich nachgewiesen sein. Dieser Nachweis darf nicht durch nachträgliche Annahmen und spekulative Überlegungen ersetzt werden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_91/2013 vom 17. Juni 2013 E. 4.1.2 mit Hinweisen) Der rechtsgenügende Nachweis einer berufsvorsorgerechtlich relevanten Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen erfordert jedoch nicht zwingend eine echtzeitlich ärztlich attestierte Arbeitsunfähigkeit. Nachträgliche Annahmen und spekulative Überlegungen, wie etwa eine erst nach Jahren rückwirkend festgelegte medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit, reichen aber nicht aus. (Urteil des Bundesgerichts 9C\_61/2014 vom 23. Juli 2014 E. 5.1 mit Hinweisen). Um der retrospektiven ärztlichen Attestierung der Arbeitsunfähigkeit zu folgen und auf ein echtzeitliches Arztzeugnis verzichten zu können, müssten die negativen Auswirkungen der Krankheit auf die Arbeitsfähigkeit indessen echtzeitlich dokumentiert sein (SZS 2015 S. 469 [Urteil des Bundesgerichts 9C\_851 /2014 vom 29 . Juni 2015]).

### **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 (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.

#### **E. 2**

Am 30. August 2018 erhob X.\_\_\_\_ Klage gegen die Personalvorsorgestiftung Z.\_\_\_\_ und beantragte, die Beklagte sei zu verpflichten, ihr mit Wirkung ab dem 1. Februar 2016 eine Invalidenrente nach BVG entsprechend einem Invaliditätsgrad von 100 % auszurichten (Urk. 1 S. 2). Mit Klageantwort vom 11. Dezember 2018 schloss die Beklagte auf Abweisung der Klage (Urk. 8 S. 2). Nachdem die Akten der Eidgenössischen Invalidenversicherung beigezogen worden waren (Urk. 10, Urk. 13/1-68), hielt die Klägerin mit Replik vom 12. Februar 2019 (Urk. 15) ebenso an ihren Anträgen fest wie die Beklagte mit Duplik vom 9. Mai 2019 (Urk. 19). Am 14. Mai 2019 wurde die Duplik der Klägerin zugestellt (Urk. 20). Mit Eingaben vom 20. Mai und vom 28. Mai 2019 äusserten sich beide Parteien unaufgefordert erneut (Urk. 21, Urk. 23). Die Eingaben wurden der Gegenpartei jeweils zur Kenntnisnahme zugestellt (Urk. 22, Urk. 24). Am 17. Juni 2019 informierte Fürsprecher Urs Kröpfli darüber, dass die Klägerin am 5. Juni 2019 verstorben sei und sich ihr Ehepartner

Y.\_\_\_\_ als umfassender Rechtsnachfolger (Urk. 27/2) für die Weiterführung des hängigen Verfahrens ausgesprochen habe (Urk. 26). Aufforderungsgemäss (vgl. Urk. 28) legte

Fürsprecher Urs Kröpfli

den Erbschein des Notariats Frauenfeld vom 29. Juli 2019 auf. Darin wurde unter Vorbehalt der gesetzlichen Klagerechte bescheinigt, dass die verstorbene Klägerin gemäss zivilstandamtlichen Ausweisen ihren Ehemann und drei Geschwister als einzige gesetzliche Erben hinterlassen hat. Ihre öffentliche letztwillige Verfügung, mit welcher sie den überlebenden Ehemann als Alleinerben eingesetzt habe, sei den gesetzlichen Erben am 4. Juli 2019 amtlich eröffnet worden. Die Erben hätten schriftlich erklärt, dagegen keine Einsprache zu erheben. Der Ehemann Y.\_\_\_\_ sei damit als einziger Erbe der Erblasserin anerkannt und zur Erbschaft berufen (Urk. 29-30). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Klägerin sel. (im Folgenden: Klägerin) brachte zur Begründung ihrer Klage vor, es sei vom Beginn einer leistungsbezüglichen (vollen) Arbeitsunfähigkeit per Oktober 2014 auszugehen. Dies ergebe sich einerseits aufgrund der Bindungswirkung des IV-Verfahrens, andererseits aber auch aufgrund der Aktenlage.

Bereits im Jahr 2014 habe vom Arbeitgeber echtzeitlich eine (vorerst nicht erklärbare) Leistungsminderung erkannt werden können, was schliesslich in der Kündigung und Freistellung per Oktober 2014 geendet habe. Echtzeitlich fachärztlich sei sodann gestützt auf subjektive Schilderungen und vorerst wenig erklärbare Befunde ebenfalls eine Leistungsminderung bei der Klägerin erkannt und echtzeitlich per Januar 2015 eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Erst nachträgliche ergänzende Befunde und Diagnosen hätten schliesslich dazu geführt, dass das damalige Geschehen aus dem Jahre 2014 erklärbar geworden sei, woraufhin durch den regionalen ärztlichen Dienst (RAD) der IV-Stelle die (echtzeitlich attestierte) Beurteilung der Arbeitsfähigkeit unter neuer Erkenntnis rückwirkend begründet und geringfügig korrigiert worden sei. Gemäss Beurteilung des RAD habe die echtzeitlich per Januar 2015 attestierte volle Arbeitsunfähigkeit bereits seit rund Oktober 2014 vorgelegen (Urk. 1 S. 14 ff.).

### **E. 2.2**

).

Die Klägerin arbeitete seit dem 1. Juli 2009 bei der A.\_\_\_\_ AG. Ihr letzter effektiver Arbeitstag war der 30. September 2014, ab dem 1. Oktober 2014 wurde sie freigestellt (Urk. 13/13). In diesem Zusammenhang brachte die Klägerin vor, bereits im Jahr 2014 sei durch den Arbeitgeber eine wesentliche Minderung der Arbeitsleistung erkannt worden, was schliesslich zur Kündigung und Freistellung per Oktober 2014 geführt habe (Urk. 1 S. 19 Rn 35). Der Arbeitgeber habe das Arbeitsverhältnis nach Differenzen zwischen ihr und Exponenten der Geschäftsleitung gekündigt, wobei die sukzessive nachlassende Arbeitsleistung durch den beginnenden, schleichenden Eintritt des Gesundheitsschadens zu den Differenzen geführt habe

(Urk. 15 S. 5 Rn 7, Urk. 15 S. 10 Rn 24). Entgegen den Ausführungen der Beklagten (Urk. 8 S. 4 Ziff. III.1, Urk. 8 S. 14-15 Ziff. IV.2, Urk. 19 S. 3-4 Rn 2, Urk. 19 S. 6 Rn 9, Urk. 19 S. 7 Rn 13, Urk. 23 S. 2) sei die Kündigung nicht aufgrund einer Restrukturierung erfolgt

(Urk. 21 S. 2 Rn 4).

In dem zuhanden der IV-Stelle Thurgau erstatteten Arbeitgeberbericht vom 15. Juli 2015 wird

als Kündigungsgrund eine Restrukturierung aufgeführt (Urk. 13/13/1). Anlässlich des Erstgesprächs mit der Eingliederungsberatung der IV-Stelle Thurgau vom 17. Juni 2015 führte die Klägerin aus, sie habe den Arbeitgeber gebeten, ihr zu kündigen, da sie aufgrund ihrer Psoriasis-Spondylarthritis immer stärkere Schmerzen bekommen habe, immer müder und schlussendlich auch depressiv geworden sei (Urk. 13/59/4).

Gegenüber Dr. B. \_\_\_ gab die Klägerin am 10. Juli 2015 an, sie habe sich die Anstellung auf eigenen Wunsch wegen anhaltender Erschöpfung kündigen lassen (Urk. 13/12/3). Anlässlich der psychiatrischen Begutachtung durch Dr. D. \_\_\_ vom 21. September 2015 führte die Klägerin aus, im Mai 2013 sei ein neuer Verwaltungsratspräsident gekommen, von da an sei sie systematisch gemobbt worden. Die Sitzungen habe sie noch gut ausgehalten, sie sei aber im Beruf nicht mehr kreativ gewesen. Das Medikament Sertralin habe ihr damals geholfen. Im November 2013 habe man ihr gesagt, dass man sie als Head Corporate Communication ablösen wolle (Urk. 13/28/6). Gestützt auf die Ausführungen der Parteien und die Aktenlage fallen verschiedene Gründe für die Auflösung des Arbeitsverhältnisses in Betracht. Die Umstände der Kündigung könnten vorliegend jedoch nur insofern von Belang sein, als sich daraus ein e mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den invalidisierenden Gesundheitsschaden zurückzuführende

Leistungsabnahme ableiten liesse. Die im Anschluss an die Kündigung von der Klägerin gegenüber den Ärzten und der Eingliederungsberatung getätigten Äusserungen lassen aber darauf schliessen, dass sich die gesundheitlichen Einschränkungen auf die Schmerzen im Zusammenhang mit der Spondylarthritis und die Symptome einer Depression beschränkten. Anzeichen dafür, dass bereits dazu mal Einschränkungen aufgrund der invalidisierenden neurodegenerativen Erkrankung

vorlagen, sind jedenfalls nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auszumachen. Insbesondere fehlen Hinweise auf eine rechtsseitige Apraxie und eine damit verbundene Schreibschwäche.

Darauf hinzuweisen ist, dass selbst die Klägerin im vorliegenden Verfahren nicht dargelegt hat, welche konkreten Leistungseinbußen zur Kündigung geführt haben sollen. Selbst wenn der offerierte Zeuge (Urk. 15 S. 5 Rn 7, Urk. 21 S. 2 Rn 4) bestätigen würde, dass die Kündigung aufgrund einer Leistungseinbusse erfolgt sei, würde dies keinen hinreichenden Beleg dafür bilden, dass sich das invalidisierende neurologische Leiden bereits dazumal auf die Arbeitsfähigkeit ausgewirkt hatte. Ferner ist zu berücksichtigen, dass sich der diesbezüglich relevante Sachverhalt vor über 5 Jahren ereignet hat, und auch deshalb nicht zu erwarten ist, dass die von der Klägerin offerierte Zeugenbefragung zu entscheidungsrelevanten Erkenntnissen

führen könnte. Auf weitere Beweishebungen in diesem Zusammenhang kann somit in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden (BGE 124 V 90 E. 4b, 122 V 157 E. 1 d).

Damit bildet auch die Beendigung des Arbeitsverhältnisses und die Freistellung der Klägerin ab Oktober 2014 keinen echtzeitlichen Beleg für eine auf den invalidisierenden Gesundheitsschaden zurückzuführende Arbeitsunfähigkeit während bestehender Vorsorgendeckung. 4. 3

4. 3 .1

Die Klinik für Neurologie des G.\_\_\_\_ erstattete am 7. August 2018 eine neurologische Stellungnahme zum Krankheitsbeginn. Die berichtenden Ärzte

befassten sich eingehend mit dem Verlauf der neurodegenerativen Erkrankung und kamen retrospektiv zum Schluss, dass sich diese bereits in den Jahren 2011 bis 2015 symptomatisch manifestiert habe.

Sie begründeten dies mit einem Prodromalstadium mit depressiven Symptomen, einer frühen Ungeschicklichkeit der rechten Hand als Manifestation der Apraxie und der anlässlich der MRI-Untersuchung des Kopfes vom 5. Juli 2016 festgestellten Hirnatrophie (Urk. 2/21).

Gestützt auf das MRI vom 5. Juli 2016 und das Kontroll-MRI vom 22. November 2016 wurde eine links parietal und frontal betonte Atrophie festgestellt (Urk. 13/38/13), die Bildgebung des Gehirns aber insgesamt als unauffällig und nicht erklärend für die beschriebenen Probleme bezeichnet (Urk. 13/38/12). Das Phosphor-Tau Protein war mit 466 pg/ml lediglich leicht erhöht (Urk. 13/38/14;

vgl. dahingegen Bericht vom 21. Dezember 2016 [Urk. 13/38/16-17]). Befund mässig zeigten sich dazumal erst einzelne, spezifische Auffälligkeiten. Als Differentialdiagnose wurde eine beginnende posteriore kortikale Atrophie (ICD-10 G31.0) gestellt (Urk. 13/38/5). Die aktenkundige Bildgebung des Gehirns bildet damit – entgegen den Ausführungen im Bericht des G.\_\_\_\_ vom 7. August 2018 – keine Grundlage für die Annahme, dass die neurodegenerative Erkrankung bereits während der Vorsorgedeckung so stark ausgeprägt gewesen ist, dass sie bereits rechtlich in Erscheinung getreten wäre. Selbiges hat auch für die vermeintlich bereits früher aufgetretene Apraxie zu gelten. So lässt weder die behauptete «auf fällige Schreibanalyse der rechten Hand» bereits im November 2014 noch die «Ungeschicklichkeit der rechten Hand» mindestens seit Januar 2015 darauf schliessen, dass die Klägerin bereits dazumal rechtshändig massgeblich eingeschränkt gewesen war. Ferner ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass einzig im Bericht der Sprechstunde für Parkinson/Bewegungsstörungen vom 20. Februar 2017 (anamnestisch) festgehalten wurde, die Klägerin habe seit Januar 2015 eine Ungeschicklichkeit der rechten Hand bemerkt, welche innerhalb von Monaten zur Unfähigkeit zu Schreiben geführt habe (Urk. 13/42/2). Widersprüchlich dazu wird in demselben Bericht jedoch ebenfalls

ausgeführt, dass die Ungeschicklichkeit der rechten Hand erst im Januar 2016 und die Unfähigkeit zu Schreiben innerhalb von wenigen Monaten danach eingetreten sei (Urk. 13/42/4, Urk. 13/42/6). Die Ärzte des G.\_\_\_\_ haben die anamnestische Angabe (Januar 2015) trotzdem unkritisch übernommen.

Eine bereits während der Vorsorgedeckung eingetretene Unfähigkeit zu Schreiben erweist sich auch vor dem Hintergrund nicht als plausibel, dass die Klägerin erst im Oktober 2016 die Memory Clinic des Spitals E.\_\_\_\_ wegen einer Schreibunfähigkeit aufgesucht hat (Urk. 13/38/8).

Gegen davor bestehende massgebliche Einschränkungen spricht auch, dass sich anlässlich dieser Abklärung lediglich leichte motorische Probleme durch eine Reaktionsverlangsamung ergaben (Urk. 13/38/7). Die Klägerin benötigte zum Schreiben zwar sehr viel Zeit, es gelang aber fehlerlos (Urk. 13/38/6). Auch wenn aufgrund der Akten unklar ist, in welchem Zusammenhang im November 2014 eine Schreibanalyse erstellt

worden sein soll , ist gestützt auf den Bericht des Spitals F.\_\_\_\_ vom 21. Dezember 2016 ausgewiesen, dass sich anhand der Schriftanalyse lediglich eine Ungeschicklichkeit der rechten Hand ergab , die Klägerin dazumal aber trotzdem noch alles schreiben konnte (Urk. 13/38/15) . Daraus ergibt sich keine massgebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit . Selbst wenn dem Bericht der Klinik für Neurologie des G.\_\_\_\_ vom 7. August 2018 insofern zu folgen wäre, als bereits während bestehender Vorsorgedeckung ein Vor stadium der neurodegenerativen Erkrankung bestanden hätte , würde dies nicht ausreichen, um gestützt darauf eine massgebliche Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit von mindestens 20 % als erstellt zu erachten. Daran nichts zu ändern vermag die Einschätzung von RAD-Arzt H.\_\_\_\_ , welcher in seiner Stellungnahme vom 12. September 2017 davon ausging, dass seit Oktober 2014 kein verwertbares Wiedereingliederungspotential mehr vorgelegen habe . Dr. H.\_\_\_\_ erwähnt in seiner Stellungnahme neue Befunde sowie neue Leiden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit und ging davon aus, dass sich die somatischen Einschränkungen «jetzt» als ausweitend und die kognitiven Defizite als stetig zunehmend präsentieren würden . Vor diesem Hintergrund ist widersprüchlich , wenn er den Zustand als seit Oktober 2014 gegeben erachtet (Urk. 13/59/14 /16 ) und seine retrospektive Einschätzung erweist sich nicht als verlässlich . 4.3 .2

Die weiteren Berichte äussern sich zum Krankheitsbeginn beziehungsweise zum Eintreten der ersten Symptome der neurodegenerativen Erkrankung (Urk. 13/38/2, Urk. 13/42, Urk. 13/44/9-13) , nicht aber dazu, ab welchem Zeitpunkt die invalidisierende neurodegenerative Erkrankung die Leistungsfähigkeit der Klägerin massgeblich beeinträchtigt hat. Sie bleiben damit ohne Relevanz für die Frage des Zeitpunkts der erstmaligen berufsvorsorgerechtlich relevanten Manifestierung des invalidisierenden neurologischen Gesundheitsschadens. 4. 3 .3

Damit ist auch gestützt auf die retrospektiven medizinischen

Einschätzungen nicht erstellt, dass sich der invalidisierende Gesundheitsschaden bereits während der Vorsorgedeckung einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit der Klägerin ausgewirkt hat.

Der sachliche Zusammenhang

zwischen Arbeitsunfähigkeit und

Invalidität ist damit zu verneinen.

Die Beklagte ist demnach nicht leistungspflichtig, was zur Abweisung der Klage führt.

Ob zusätzlich der zeitliche Konnex zu verneinen wäre (vgl. dazu: Urk. 8 S. 23 f.), kann bei diesem Ausgang des Verfahrens offenbleiben. 5.

5.1

Da § 33 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ( GSVGer ) in Verbindung mit Art. 73 Abs. 2 BVG ein in der Regel kostenloses Verfahren garantiert und der unterliegenden Klägerin keine mutwillige oder leichtsinnige Prozessführung vorzuwerfen ist (e contrario

§ 33 Abs. 2 GSVGer ), sind keine Gerichtskosten zu erheben. 5.2

Im Verfahren der Verwaltungsgerichtsbeschwerde darf obsiegenden Behörden oder mit öffentlichrechtlichen Aufgaben betrauten Organisationen in der Regel keine

Parteientschädigung zugesprochen werden. In Anwendung dieser Bestimmung hat das Bundesgericht der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) und den privaten UVG-Versicherern sowie – von Sonderfällen abgesehen – den Krankenkassen keine Parteientschädigungen zugesprochen, weil sie als Organisationen mit öffentlichrechtlichen Aufgaben zu qualifizieren sind (BGE 112 V 361 E. 6 mit Hinweisen). Das hat grundsätzlich auch für Trägerinnen oder Versicherer der beruflichen Vorsorge gemäss BVG zu gelten (BGE 126 V 143 E. 4a mit Hinweis). Der obsiegenden Beklagten ist daher keine Parteientschädigung zu Lasten der Klägerin zuzusprechen.

Der Klägerin steht ausgangsgemäss keine Parteientschädigung zu. Das Gericht erkennt: 1.

Die Klage wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Der Beklagten wird keine Parteientschädigung zugesprochen. 4 .

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Fürsprecher Urs Kröpfli - Rechtsanwältin Dr. Isabelle Vetter-Schreiber - 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. 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 VogelKübler

### **E. 2.3**

Replicando

führte die Klägerin aus ,

die retrospektiven ärztlichen Beurteilungen seien – entgegen den Vorbringen der Beklagten – voll beweiswertig. Dies habe insbesondere bei einem Gesundheitsschaden zu gelten, der (wie vorliegend) schleichend und allmählich eintrete, weshalb zuverlässige Erkenntnis erst im Krankheitsverlauf überhaupt möglich werde (Urk. 15 S. 4). Die rechtzeitig gestellten Diagnosen seien in Verkennung des tatsächlichen Gesundheitsschadens gestellt worden und durch das zwischenzeitlich fachärztlich festgestellte

kortikobasale Syndrom überholt (Urk. 15 S. 5).

### **E. 2.4**

Duplicando

führte die Beklagte aus, aufgrund der rechtzeitiglichen Berichte bestünde keine Veranlassung, um retrospektiv davon auszugehen, dass das kortikobasale Syndrom schon damals bestanden

habe (Urk. 19 S. 3). Die während des Vorsorgeverhältnisses festgestellten Befunde seien nicht relevant für die invalidisierende Arbeitsunfähigkeit (Urk. 19 S. 4). In den späteren Arztberichten, welche das korticobasale Syndrom diagnostizierten, sei nicht davon die Rede, dass die früheren Diagnosen in Verkennung der effektiven Situation erfolgt seien. In diesen Berichten

sei der Verdacht auf ein korticobasales Syndrom diagnostiziert worden, ohne retrospektiv diesbezüglich eine Arbeitsunfähigkeit festzustellen (Urk. 19 S. 5).

## **E. 2.5**

) . 4.2 .2

Wie einleitend dargelegt (vgl. E. 1.

## **E. 3**

BVG e contrario ; BGE 123 V 262 E. 1a, 118 V 35 E. 5).

### **E. 3.1**

Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 15. Juli 2015 eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) sowie einen Verdacht auf Alexithymie mit verzögerter, ungenügender Selbstwahrnehmung und Tendenz zur Selbst-Überforderung. Er erachtete die Klägerin als wohl seit dem 1. Oktober 2014 (Freistellung), spätestens seit dem 5. Januar 2015, nicht arbeits- und beschäftigungsfähig. Sie sei in allen Qualitäten generell eingeschränkt, insbesondere in den geistigen und psychischen Kompetenzen, und zurzeit auch nicht teamfähig. Die somatische und die psychiatrische Therapie würden darauf abzielen, die Leistungsfähigkeit soweit zu verbessern, dass eine körperlich und geistig leichte Beschäftigung wieder möglich werde (Urk. 13/12). 3. 2 Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Rheumatologie, stellte in seinem Bericht vom 20. Juli 2015 folgende Diagnosen (Urk. 13/14/2): - Psoriasis-Spondylarthritis - Carpaltunnelsyndrom (CTS) links, Tendinitis 1. Strecksehnenfach links ( evt. Handoperation) - Behandelte Depression - Katarakt links (Operation 3. August 2015 geplant) Es würden schmerzhafte Funktionseinschränkungen insbesondere im Bereich der Hände, Schultern, Knie und Füsse bestehen.

Entsprechende Belastungen seien zurzeit noch nicht zumutbar. Zudem sei wahrscheinlich eine Handoperation links nötig.

Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100%. Die Arbeitsunfähigkeit werde aktuell immer noch vorwiegend vom psychiatrischen Leiden bestimmt, die weitere Einsatzfähigkeit hänge vom Verlauf bezüglich Funktionsverbesserungen beider Hände ab (Urk. 13/14). Auch in seinem Bericht vom

13. August 2015 an die Taggeldversicherung, wies Dr. C.\_\_\_\_ auf schmerzhafte Funktions-Störungen der Hände, Schultern, Knie und Füsse im Zusammenhang mit einem CTS links hin. Gemäss dem Psychiater bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100% seit dem 5. Januar 2015. Eine Arbeitsfähigkeit von circa 50% könnte aus rein somatischer Sicht bald möglich sein. Limitierend sei eher das psychiatrische Leiden (Urk. 13/29/9- 11).

### **E. 3.3**

Anlässlich der vertrauensärztlichen Untersuchung im Auftrag der Krankentaggeldversicherung vom 21. September 2015 erachtete Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für

Psychiatrie und Psychotherapie, keine Arbeitsunfähigkeit auf grund eines relevanten psychischen Gesundheitsschadens im Sinne einer psychischen Erkrankung als gegeben. Es sei davon auszugehen, dass die geschilderten psychischen Beschwerden massgeblich durch ein chronisches Alkohol-Abhängigkeitssyndrom verursacht würden. Eine Alkoholentwöhnung wäre zur Verbesserung ihres Gesundheitszustandes dringend indiziert (Urk. 9/13 = Urk. 13/28). 3.4 Dr. B.\_\_\_\_ attestierte am 6. Januar 2016 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 5. Januar 2015 bis am 31. Januar 2016

(Urk. 9/15). 3.5 Im Bericht der Memory Clinic des Spitals E.\_\_\_\_ vom 8. Dezember 2016 (Abklärung vom 3. Oktober 2016) wurde unter anderem eine leichte kognitive Beeinträchtigung (ICD-10 F07.8) unklarer Ätiologie, Schwerpunkt Apraxie und komplexere Aufmerksamkeitsleistungen diagnostiziert sowie die Differentialdiagnose einer beginnenden

posterioren kortikalen Atrophie gestellt (ICD-10 G31.0). Die Klägerin bemerke seit einigen Monaten eine zunehmende Unfähigkeit in ihren praktischen alltäglichen Aktivitäten. Im Rahmen einer beim Ehemann der Klägerin eingeholten Fremdanamnese habe dieser darauf

hingewiesen, dass er seit etwa sechs bis neun Monaten das Gefühl habe, dass sie feinmotorisch langsam abbaue. So habe sie grosse Mühe damit, Verpackungen aufzumachen und Knöpfe oder Reissverschlüsse zu schliessen (Urk. 13/38/8). Bei der aktuellen neuropsychologischen Untersuchung hätten sich apraktische Komponenten bestätigen lassen. Es würden sich nur einzelne, spezifische Auffälligkeiten finden. Neben einer schwankenden Aufmerksamkeit mit teilweise Aufmerksamkeitsblockaden und deutlich reduzierten Leistungen bei komplexeren Aufmerksamkeitsaufgaben würden sich die von der Klägerin beschriebenen praktischen Probleme auch in der Testung finden. Der Grund für die beschriebenen Probleme sei sicherlich nicht einfach zu finden, es sei am ehesten an eine Apraxie zu denken. Es dürfe aber nicht vergessen werden, dass die Hände aufgrund von Karpaltunnelsyndromen operiert worden seien und eine deutliche Arthrose der Handgelenke vorliege, die die Klägerin zusätzlich beeinträchtige. Es sei sicherlich weiterhin eine vertiefte neurologische Untersuchung der genannten Symptome notwendig (Urk. 13/38/12). 3.

## **E. 6**

Dr. C.\_\_\_\_ wies in seinem Bericht vom 9. Dezember 2016 auf unklare neuropsychologische Defizite hin. Bezüglich der Psoriasis-Arthritis habe sich ein einigermaßen befriedigender Verlauf eingestellt. Es würden allerdings weiterhin schmerzhafte Schwellungen der Knie vor allem links (und entzündliche Bewegungseinschränkungen der BWS und der LWS sowie des ISG) persistieren. Die Situation sei für ihn völlig unklar und die Prognose sehr unsicher (Urk. 13/37/3-5). 3.

## **E. 7**

Im Bericht der medizinischen Klinik für Neurologie und klinische Neurophysiologie, Spital F.\_\_\_\_, vom 21. Dezember 2016 wurde berichtet, die Klägerin könne die rechte Hand nicht mehr steuern. Sie sei bei allen Tätigkeiten, die die rechte Hand benötigten, ungeschickt geworden. Sie könne nicht mehr schreiben. Dies gelinge einerseits wegen der Ungeschicklichkeit nicht, andererseits könne sie sich auch an die Gestaltung von Buchstaben und Zahlen nur noch teilweise erinnern. Die Symptomatik habe mindestens im November 2014 begonnen. Damals habe die Klägerin eine Schriftanalyse durchführen

lassen. Sie habe damals zwar noch alles schreiben können, die rechte Hand sei aber bereits unge schickt gewesen (Urk. 13/38/15). Die Klägerin habe eine ausgeprägte, sehr seiten betonte Apraxie und diskrete rigide Tonuserhöhung gezeigt. Zusätzlich würde sich auf der betroffenen Seite eine Sensibilitätsstörung finden. Schwierigkeiten in der Wortfindung, dem Erkennen von Buchstaben und eine Fingeragnosie seien in der neurologischen Untersuchung ebenfalls fassbar gewesen . Die Konstellation der Symptome spreche für die Diagnose eines möglichen korticobasalen Syndroms . Passend sei die deutlich asymmetrische zerebrale Atrophie links parietal und frontal und der Hypometabolismus links parietotemporal und links frontal. Die hohen Werte des Tau-Proteins im Liquor würden die Diagnose zusätzlich unterstützen (Urk. 13/38/16-17). 3.

## **E. 8**

Im Bericht der Klinik für Neurologie des Universitätsspitals G.\_\_\_\_

vom 20. Februar 2017 wurde festgehalten, klinisch bestehe eine ausgeprägte rechtsbetonte ideomotorische Apraxie, ein dezenter Rigor des rechten Armes, verlangsamte vertikale Sakkaden , Ocular

Flutter , kortikale Sensibilitätsstörung (Zahlenerkennen, Ertasten rechts > links gestört) und lebhaftes symmetrisches Muskelzittern (MER ; Urk. 13/42/2). Zusammenfassend stelle sich bei der vorliegenden Befundkonstellation am ehesten der Verdacht auf das Vorliegen einer korticobasalen Degeneration (Urk. 13/42/6). Im Bericht vom 4. Juli 2017 wurde ausgeführt , die Befunde seien gegenüber der Voruntersuchung vom Oktober 2016 unverändert (bis auf die nicht mehr festgestellte Fingeragnosie) und im Gesamtkontext am ehesten mit einer korticobasalen Degeneration in Übereinstimmung zu bringen. Die zwischenzeitliche erneute neuropsychologische Testung im März 2017 habe einen stabilen Befund gegenüber Oktober 2016 gezeigt mit vordergründig rechtsbetonter Apraxie, wobei das Intervall zwischen den Testungen relativ kurz sei . Neurofunktionell passe die kortikale Ausfallsymptomatik mit rechtsbetonter Apraxie, Dyskalkulie und Dysgraphie

sowie Sprachstörung weiterhin zu den bildgeberischen links-parietalen Läsionen (Atrophie und Hypometabolismus). Zusammen mit der extrapyramidalen (basalen) Symptomatik seien die Befunde weit erhin am besten durch ein korticobasales Syndrom erklärt. Die Imaging (FDG Hypometabolismus, linksparietale Atrophie) und die Liquorbefunde (erhöhtes pTau ) würden für eine neurodegenerative Genese, am ehesten im Rahmen einer Tauopathie , und die

Differentialdiagnose einer

korticobasalen Degeneration sprechen. Gegen eine solche spreche der eher milde Verlauf mit partieller Stabilisierung unter supportiver Therapie (Urk. 13/44/12-13). 3.

## **E. 9**

Am 7. August 2018 wurde von der Klinik für Neurologie des G.\_\_\_\_ auf Bitte der Klägerin eine neurologische Stellungnahme zum Krankheitsbeginn erstattet. Anhand der vorliegenden Befunde sei davon auszugehen, dass sich die neurologische Erkrankung in den Jahren 2011 bis 2015 symptomatisch manifestiert habe . Die Befundkonstellation entspreche in diesem Fall einem sogenannten korticobasalen Syndrom. Eines der typischen Symptome des korticobasalen Syndroms sei die Apraxie, die bei der Klägerin besonders im Vordergrund stehe und typischerweise auf einer Seite wesentlich stärker ausgeprägt sei, bei der Klägerin auf der rechten Seite. Die Klägerin habe angegeben, dass sie mindestens seit

Januar 2015 eine zunehmende Ungeschicklichkeit der rechten Hand bemerkt habe, die innerhalb von Monaten zum Unvermögen zu Schreiben geführt habe. Den medizinischen Akten sei zu entnehmen, dass die Klägerin bereits im November 2014 eine auffällige Schreibanalyse der rechten Hand angefertigt habe. Rückblickend handle es sich bei diesen Schwierigkeiten beim Schreiben mit grosser Wahrscheinlichkeit um die ersten Zeichen der Apraxie. Aufgrund der zusätzlichen depressiven Symptome, die psychiatrisch behandelt worden seien, habe man die motorischen Einschränkungen im Handgebrauch zunächst nur schwierig interpretieren können. Erst am 5. Juli 2016 sei eine MRI-Untersuchung des Schädels veranlasst worden. Hier habe sich bereits eine Atrophie des Gehirns gezeigt und zwar vor allem im Bereich des linken Parietallappens, also dort, wo man den Ursprung der Apraxie sehe. Die daraufhin veranlassten Abklärungen im Spital E.\_\_\_\_ hätten die Verdachtsdiagnose eines kortikobasalen Syndroms ergeben, welche bestätigt werden könne. Mit grosser Wahrscheinlichkeit handle es sich bei den depressiven Symptomen, die die Klägerin seit 2011 begleitet hätten, um prodromale Symptome ihrer neurologischen Grunderkrankung. Neuropsychiatrische Symptome würden bei circa 90 % aller Patienten mit kortikobasalem Syndrom auftreten und seien in den allermeisten Fällen depressive Symptome. Die Annahme, dass die neurologische Erkrankung mehrere Jahre vor dem Jahr 2016 begonnen habe, stütze sich auf die obgenannten Symptome (wahrscheinliches Prodromalstadium mit depressiven Symptomen; frühe Ungeschicklichkeit der rechten Hand als Manifestation der Apraxie) und werde durch die MRI-Untersuchung des Kopfes vom 5. Juli 2016 untermauert, denn hier habe sich bereits eine Hirnatrophie gezeigt. Angesichts des Alters der Klägerin würde man keine relevante Atrophie erwarten. Aufgrund des bisherigen Verlaufs und der bisherigen MRI-Verlaufsbildgebung liege ein relativ langsam progredienter Verlauf vor, was für neurodegenerative Erkrankungen nicht ungewöhnlich sei. Eine Hirnatrophie im MRI entstehe im Kontext von Neurodegeneration nicht rasch, sondern erst als Folge eines bereits längeren Krankheitsprozesses. Dies bedeute konkret, dass der neurodegenerative Krankheitsprozess, der zur Atrophie geführt habe, bereits lange vor Anfertigung der MRI-Untersuchung begonnen haben müsse – sehr wahrscheinlich mehrere Jahre. Dies decke sich mit den Angaben der Klägerin zu depressiven Symptomen seit circa 2011 sowie Unsicherheiten im Handgebrauch rechtsseitig seit Ende 2014 oder Anfang 2015 (Urk. 2/21). 4. 4.1 Im Bericht der medizinischen Klinik für Neurologie und klinische Neurophysiologie im Spital F.\_\_\_\_ vom 21. Dezember 2016 wurde eine ausgeprägte, sehr seitenbetonte Apraxie und eine diskrete rigide Tonuserhöhung festgehalten. Die Konstellation der Symptome spreche für die Diagnose eines möglichen kortikobasalen Syndroms. Passend sei die deutlich asymmetrische zerebrale Atrophie links parietal und frontal und der Hypometabolismus links parietotemporal und links frontal. Die hohen Werte des Tau-Proteins im Liquor würden die Diagnose zusätzlich unterstützen. Die Diagnosekriterien (Litvan Kriterien) seien aber nicht vollständig erfüllt (Urk. 13/38/16-17).

Im Bericht der Klinik für Neurologie des G.\_\_\_\_ vom 20. Februar 2017 wurde eine ausgeprägte rechtsbetonte ideomotorische Apraxie, eine kortikale Sensibilitätsstörung sowie ein leichter inkonstanter Haltetremor der rechten Hand festgestellt. Es wurde die Hauptdiagnose einer möglichen

kortikobasalen Degeneration gestellt (Urk. 13/42/4-6). Dies wurde auch im Folgebericht vom 4. Juli 2017 bestätigt. Im Vergleich zur Voruntersuchung vom 20. Februar 2017 fanden sich leicht progrediente motorische Befunde, wobei stabilisierende Effekte durch Ergotherapie auf die Apraxie zu verzeichnen waren (Urk. 13/44/9-13). Die neuen Befunde

mit dem Verdacht auf ein korticobasales Syndrom führten dazu, dass RAD-Arzt H. \_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 12. September 2017 zusammenfassend auf sich ausweitende somatische Einschränkungen und stetig zunehmende kognitive Defizite und damit aus medizinischer Sicht auf kein verwertbares Wiedereingliederungspotential schloss (Urk. 13/59/14). Gestützt darauf sprach die IV-Stelle der Klägerin mit Verfügung vom 16. Januar 2018 eine ganze Rente zu (Urk. 13/62),

dies, nachdem sie mit einem ersten Vorbescheid vom 7. September 2015 in Unkenntnis der erstmals am 8. Dezember 2016 differentialdiagnostisch erwähnten beginnenden posterioren kortikalen Atrophie (Urk. 13/38/5) das Vorliegen einer gesundheitlichen Störung mit dauerhaften Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit noch verneint hatte (Urk. 13/17). Damit ist ausgewiesen, dass die Invalidisierung der Klägerin auf einen neurologischen Gesundheitsschaden zurückzuführen ist, wobei insbesondere eine ausgeprägte Apraxie des rechten Armes als den Gesundheitsschaden prägend und die Leistungsfähigkeit funktionell limitierend aufzufallen ist. Den psychiatrischen und den rheumatologischen Diagnosen wie auch dem Augenleiden kommen dahingegen keine invalidisierenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu

(vgl. Urk. 13/17, Urk. 13/28, Urk. 13/36, Urk. 13/37/3-5), was unter den Parteien denn auch unstrittig geblieben ist (Urk. 1 S. 17 Rn 33, Urk. 8 S. 17-19, Urk. 15 S. 5 Rn 8, Urk. 15 S. 13 Rn 34). 4. 2. 4. 2. 1

Zu prüfen ist, ob die durch die neurologischen /neurodegenerativen Einschränkungen verursachte Arbeitsunfähigkeit in der Zeit eintrat, während der die Klägerin bei der Beklagten berufsvorsorgeversichert war, mithin im Zeitraum vom 1. Juli 2009 bis Ende Februar 2016 (E. 1.2-1.3, E.

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