

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2019.00030

vom 7. September 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-09-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_BV.2019.00030

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2019.00030 du 7 septembre 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2019.00030 del 7 settembre 2020

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1953, war vom 1. September 2001 bis zum 31. Januar 2015 als Vorarbeiter Gartenbau für die Z.____ AG tätig und in dieser Eigenschaft bei der BVG-Sammelstiftung Swiss Life (folgend: Swiss Life) berufsvorsorgeversichert (Arbeitgeberfragebogen vom 27. Oktober 2014, Urk. 12/21; Persönliche Vorsorgeausweise 2014 - 2017, Urk. 2/2).

Der Versicherte zeigte der zuständigen Unfallversicherung Suva an, dass am 26. Oktober 2013 beim Abbremsen wegen einer Autokolonne das nachkommende Fahrzeug mit relativ hoher Geschwindigkeit in das quasi stehende Auto gefahren sei (Urk. 12/12/286). Die Suva trat auf den Schaden ein und erbrachte die gesetzlichen Leistungen. Mit Verfügung vom 16. Januar 2015 stellte die Suva die Versicherungsleistungen per 31. Januar 2015 ein, da die noch geklagten Beschwerden organisch nicht hinreichend nachweisbar seien und die Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs nach der geltenden Rechtsprechung ergeben habe, dass dieser zu verneinen sei (Urk. 12/24). Nachdem der Versicherte hiergegen Einsprache erhoben hatte, hielt die Suva mit Einspracheentscheid vom 2. Juni 2015 an der Einstellung der Versicherungsleistungen fest. Das hiesige Gericht wies die hiergegen am 1. Juli 2015 erhobene Beschwerde mit Urteil vom 28. Februar 2017 ab (Verfahrensnr. UV.2015.00128).

Am 9. September 2014 meldete sich der Versicherte mit Hinweis auf den Unfall vom

E. 2

Am 9. April 2019 reichte der Versicherte Klage gegen die Swiss Life ein und beantragte, die Swiss Life sei zu verpflichten, ihm die gesetzlich und reglementarisch geschuldeten Leistungen zuzusprechen, welche durch sie zu berechnen und festzusetzen und mit 5 % zu verzinsen seien. Die Beklagte sei zu verpflichten, ihr vollständiges Dossier mit den Berechnungsgrundlagen zu edieren und detailliert zu begründen (Urk. 1). Mit Klageantwort vom 28. August 2019 schloss die Beklagte auf Abweisung der Klage (Urk. 8). Nachdem die IV-Akten beigezogen worden waren (Urk. 12/1-109), verzichteten die Parteien auf eine weitere Stellungnahme (Urk. 15, Urk. 17), worüber die Parteien jeweils in Kenntnis gesetzt wurden (Urk. 16 und Urk. 18).

E. 2.1

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 des Bundesgesetzes

über die Invalidenversicherung, IVG). Die Invalidenleistungen nach BVG werden von derjenigen Vorsorgeeinrichtung geschuldet, welcher die den Anspruch erhebende Person bei Eintritt des versicherten Ereignisses angeschlossen war. Im Bereich der obligatorischen beruflichen Vorsorge fällt dieser Zeitpunkt nicht mit dem Eintritt der Invalidität nach IVG, sondern mit dem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit zusammen, deren Ursache zur Invalidität geführt hat (vgl. Art. 23 BVG). Auf diese Weise wird dem Umstand Rechnung getragen, dass die versicherte Person meistens erst nach einer längeren Zeit der Arbeitsunfähigkeit (nach einer Wartezeit von einem Jahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit . b IVG in Verbindung mit Art. 26 BVG) invalid wird. Damit nämlich der durch die zweite Säule bezweckte Schutz zum Tragen kommt, muss das Invaliditätsrisiko auch dann gedeckt sein, wenn es rechtlich gesehen erst nach einer langen Krankheit eintritt, während welcher die Person unter Umständen aus dem Arbeitsverhältnis ausgeschieden ist und daher nicht mehr dem Obligatorium unterstanden hat (BGE 123 V 262 E. 1b, 121 V 97 E. 2a, 120 V 112 E. 2b, je mit Hinweisen).

E. 2.2

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

E. 2.3

Art. 23 BVG kommt auch die Funktion zu, die Haftung mehrerer Vorsorgeeinrichtungen gegeneinander abzugrenzen, wenn eine in ihrer Arbeitsfähigkeit bereits beeinträchtigte versicherte Person ihre Arbeitsstelle (und damit auch die Vorsorgeeinrichtung) wechselt und ihr später eine Rente der Invalidenversicherung zugesprochen wird. Der Anspruch auf Invalidenleistungen nach Art. 23 BVG entsteht in diesem Fall nicht gegenüber der neuen Vorsorgeeinrichtung, sondern gegenüber derjenigen, welcher die Person im Zeitpunkt des Eintritts der invalidisierenden Arbeitsunfähigkeit angehörte. Damit eine Vorsorgeeinrichtung, der eine Arbeitnehmerin oder ein Arbeitnehmer beim Eintritt der Arbeitsunfähigkeit angeschlossen war, für das erst nach Beendigung des

Vorsorgeverhältnisses eingetretene Invaliditätsrisiko aufzukommen hat, ist indes erforderlich, dass zwischen Arbeitsunfähigkeit und Invalidität ein enger sachlicher und zeitlicher Zusammenhang besteht (BGE 130 V 270 E. 4.1). In sachlicher Hinsicht liegt ein solcher Zusammenhang vor, wenn der der Invalidität zu Grunde liegende Gesundheitsschaden im Wesentlichen derselbe ist, der zur Arbeitsunfähigkeit geführt hat. Sodann setzt die Annahme eines engen zeitlichen Zusammenhangs voraus, dass die versicherte Person nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit nicht während längerer Zeit wieder arbeitsfähig wurde. Die frühere Vorsorgeeinrichtung hat nicht für Rückfälle oder Spätfolgen einer Krankheit einzustehen, die erst Jahre nach Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit eintreten. Demnach darf nicht bereits eine Unterbrechung des zeitlichen Zusammenhangs angenommen werden, wenn die Person bloss für kurze Zeit wieder an die Arbeit zurückgekehrt ist. Ebenso wenig darf die Frage des zeitlichen Zusammenhangs zwischen Arbeitsunfähigkeit und Invalidität in schematischer (analoger) Anwendung der Regeln von Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) beurteilt werden, wonach eine anspruchsbeeinflussende Verbesserung der Erwerbsfähigkeit in jedem Fall zu berücksichtigen ist, wenn sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich andauern wird. Zu berücksichtigen sind vielmehr die gesamten Umstände des konkreten Einzelfalles, namentlich die Art des Gesundheitsschadens, dessen prognostische ärztliche Beurteilung und die Beweggründe, die die versicherte Person zur Wiederaufnahme der Arbeit veranlasst haben (BGE 123 V 262 E. 1c, 120 V 112 E. 2c/aa und 2c/ bb mit Hinweisen).

E. 2.4

Der sachliche Konnex ist gegeben, wenn der Gesundheitsschaden, welcher zur Arbeitsunfähigkeit geführt hat, im Wesentlichen derselbe ist, wie er der Erwerbsunfähigkeit zugrunde liegt. Dies setzt bei (späterer) Invalidität aus psychischen Gründen voraus, dass sich die Störung während noch bestehender Versicherungsdeckung manifestiert und das Krankheitsgeschehen erkennbar mitgeprägt hatte (Urteil des Bundesgerichts 9C_158/2018 vom 19. Dezember 2018 E. 2 mit weitern Hinweisen).

E. 3

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

E. 3.1

Es ist unbestritten und aufgrund der Aktenlage schlüssig nachvollziehbar, dass der Kläger infolge somatischer Erkrankung Anspruch auf reglementarische Leistungen seit dem 26. Oktober 2015 hat . Die Beklagte richtet dem Kläger entsprechend nach Ausschöpfung der Suva-Taggelder ab dem 1. Februar 2015 eine volle BVG-Minimalrente aus , ab dem 1. August 2015 wurde die BVG-Rente auf eine Viertelsrente reduziert und nach Ablauf der reglementarischen Wartefrist per 26. Oktober 2015 wurde die BVG-Minimal-Viertelsrente in eine reglementarische 46%ige Rente umgewandelt (vgl. Urk. 1, Urk. 8) .

Strittig ist, ob der sachliche Zusammenhang der noch während der Versicherungsdauer eingetretenen Arbeitsunfähigkeit und der durch die Invalidenversicherung durchgeführte n Erhöhung der Invalidenrente infolge psychischer Erkrankung per 1. Juli 2016 erstellt ist.

Demnach ist insbesondere zu prüfen, ob sich die psychische Beeinträchtigung noch während der Versicherungsdauer bis zum 31. Januar 2015 auf die Arbeitsfähigkeit auswirkte.

Der relevante medizinische Sachverhalt präsentiert sich folgendermassen:

E. 3.2

Die Ärzte der Rehaklinik D.____ konstatierten im Bericht vom

18. März 2014 über das ambulante Assessment vom

4. März 2014, dass sich der Kläger seit dem Unfall als depressiv und innerlich angespannt bezeichne, ferner sei er deutlich schreckhafter geworden und er berichte über häufige Albträume. Aufgrund dieser Problematik sei eine Behandlung bei Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, initiiert worden. Während des Assessments sei eine gewisse Affektflachung und Antriebsarmut beobachtet worden, dies bei massivem Schonverhalten. Ein affektiver Rapport habe erstellt werden können. Eine strukturierte Befragung über den Umgang mit Schmerzen und Rehabilitationshindernissen habe ebenfalls deutliche Hinweise auf eine Auffälligkeit im psychischen Bereich ergeben (Urk. 12/12/137).

E. 3.3

Die Ärzte der Klinik F.____ hielten in ihrem Bericht vom 13. Mai 2014 fest, dass aufgrund des ungenügenden Ansprechens auf aktive Therapie mit Gefühl der Verschlechterung und seitdem nur passiv durchgeführter Physiotherapie die vorsichtige langsame Aufnahme der aktiven Physiotherapie empfohlen werde. Bei Verdacht auf demonstratives Schmerzverhalten und eine Symptomausweitung von unklarer Schmerzursache stünden sie einem wirbelsäulenchirurgischen Vorgehen klar zurückhaltend gegenüber. Gegebenenfalls könne eine periradikuläre Infiltration C3/4 in Erwägung gezogen werden. Als weitere Option sei ein stationärer Rehabilitationsaufenthalt mit multimodalem Therapieregime inkl. Psychotherapie, Schmerztherapie sowie intensiver Physiotherapie erwogen worden. Begleitend sollten berufsorientierende Massnahmen ergriffen werden. Es sei aufgrund der starken Schmerzangabe nochmals eine volle Arbeitsunfähigkeit ausgestellt worden, dennoch empfahlen sie eine stufenweise Wiederaufnahme der Tätigkeit bis max. 15 kg ohne Zwangshaltungen der Wirbelsäule oder längere Tätigkeiten über Kopf (Urk. 12/12/64).

E. 3.4

Die Leistungseinstellung der Suva erfolgte - gestützt auf das Urteil des hiesigen Gerichts vom 28. Februar 2017 (UV.2015.00128) zu Recht - nach der Stellungnahme durch Kreisarzt Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Chirurgie vom 13. August 2014 (Urk. 12/12/21 ff.). Darin führte er aus, dass anlässlich der ärztlichen Untersuchung nach der selbständigen Erstvorstellung im Kantonsspital H.____ am 26. Oktober 2013 die Halswirbelsäule (HWS) frei beweglich gewesen sei. Das CT der gesamten Wirbelsäule habe keine Hinweise auf eine frische ossäre Läsion ergeben. Auch neurologische Auffälligkeiten seien nicht festgestellt worden. Im HWS-Dokumentationsbogen sei die Diagnose einer HWS-Distorsion Grad 0 entsprechend der Quebec Task Force (QTF)-Klassifikation gestellt worden. Spätere bildgebende Abklärungen (MRT des Schädels vom 3. Dezember 2013 und MRI der HWS vom 11. Februar 2014, MRI der LWS vom 23.4.14; vgl. Urk. 12/12/254, Urk. 12/12/151, Urk. 12/12/72) und neurologische Untersuchungen (vgl. Urk. 12/12/251 ff., Urk. 12/12/87 ff.) hätten weiterhin keine Hinweise für eine organische Unfallschädigung ergeben. Es seien lediglich altersbedingt degenerative Veränderungen an der Wirbelsäule festgestellt worden, namentlich eine Diskushernie im

Bereich C3/4. Sowohl von den Ärzten der Klinik F.____ als auch denjenigen der Rehaklinik D.____ (vgl. Urk. 12/12/135 ff., Urk. 12/12/62 ff.) sei der Verdacht auf ein demonstratives Schmerzverhalten geäußert worden. Dieser werde durch den Vergleich der anamnestischen Angaben des Klägers bei der Erstuntersuchung im Kantonsspital H.____ unmittelbar nach dem Unfall und der Angaben bei der Erstuntersuchung beim Neurologen Dr. med. I.____, Facharzt FMH für Neurologie, am 16. Dezember 2013 (vgl. Urk. 12/12/256, Urk. 12/12/251 ff.) bestätigt. Da strukturelle Läsionen fehlten, sei die geklagte Beschwerdesymptomatik muskulär bedingt. Nach mehr als einem Dreivierteljahr nach dem Unfall könne diese aber nicht mehr als unfallkausal eingestuft werden, sondern stehe im Zusammenhang mit den vorbestehenden degenerativen Veränderungen respektive der Symptomausweitung. Da die Leistungsbereitschaft gering sei und der Kläger zu aktiven wie auch passiven Massnahmen einen schlechten Zugang habe, mache eine weitere Therapie wenig Sinn. Von entsprechenden Massnahmen könne somit keine wesentliche Besserung mehr erwartet werden.

E. 3.5

Dr. med. J.____, Fachärztin für Physikalische Medizin, hielt in ihrem von der IV-Stelle eingeholten Bericht vom 18. Oktober 2014 folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 12/22/1): - Posttraumatisches cervicoradikuläres Reizsyndrom bei Discushernie C3/4 rechts nach Heckaufprall vom 26. Oktober 2013 - Einengung des Neuroforamens rechts C4/5 und C5/6 - Posttraumatisches Thorakolumbovertebralsyndrom - Posttraumatische Belastungsstörung, reaktive Depression - Idiopathische hypertrophe Cardiomyopathie

Seit dem Unfall am 26. Oktober 2013 bestünden permanente Schmerzen im Nacken-Schultergürtelbereich mit brennenden Sensationen und belastungsabhängigen Ausstrahlungen in beide Arme, vermehrte Kopfschmerzen, Schwindel anfälle, Kraftlosigkeit nicht nur in den Armen, sondern am ganzen Körper mit Antriebslosigkeit und enorme Nervosität sowie Schlafstörungen. Der Kläger sei vollumfänglich arbeitsunfähig.

E. 3.6

Dr. E.____ hielt in seinem von der IV-Stelle eingeholten Bericht vom 14. Januar 2015 fest, dass der Kläger seit dem 2. Dezember 2013 bei ihm in Behandlung sei. Es fänden stützende Gespräche statt sowie eine psychopharmakologische Therapie (Cipralex, Lyrica, Sequase). Es bestünden Schmerzen, eine eingeschränkte Kognition und der Kläger sei depressiv. Er sei im Konzentrationsvermögen mitelmässig, im Auffassungsvermögen leicht und in der Anpassungsfähigkeit und Belastbarkeit schwer eingeschränkt. Dem Kläger sei keinerlei Tätigkeit zumutbar (Urk. 12/23).

E. 3.7

Der Kläger befand sich vom 27. März bis zum 16. April 2015 in stationärer Behandlung in der Klinik K.____. Pract. Med. L.____, Abteilungsarzt, hielt in seinem provisorischen Austrittsbericht vom 14. April 2015 folgende, gekürzt wiedergegebenen Diagnosen fest (Urk. 12/41): - Posttraumatisches cervicocephales und cervicovertebrales Syndrom mit Ausstrahlung nach occipital und thoracal - Chronisches lumboradikuläres Reiz- und sensibles Ausfallsyndrom L5 rechts - Chronische Schlafstörung, Alpträume seit Unfall, differentialdiagnostisch iR.: posttraumatische Belastungsstörung - Idiopathische hypertrophe Kardiomyopathie - Depressive Entwicklung - Psoriasis vulgaris - Adipositas - Arterielle Hypertonie - Status nach Nikotinabusus - Verdacht auf schweres,

differentialdiagnostisch gemischtförmiges Schlafapnoe-Syndrom (SAS)

Sie hätten eine antidepressive Therapie mit Cipralax begonnen, welche gut vertragen worden sei. Eine Therapie mit Triatec hätten sie ebenfalls gestartet und das Sequase sei erhöht worden. Der Verlauf sei komplikationslos gewesen, die Ziele hätten nur teilweise erreicht werden können, insbesondere sei es noch nicht vollständig gelungen, dass der Kläger aktiv die Verantwortung für die eigene Entwicklung übernehme und die Behandlungsstrategie «zuerst Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit und sekundär der Schmerzen» verinnerlicht bzw. akzeptiert habe. Sie sähen aktuell keine Arbeitsfähigkeit.

E. 3.9

Im Verlaufsbericht vom 28. Oktober 2015 konstatierte Dr. E.____, dass sich die reaktive depressive Entwicklung nach dem Unfall verschlechtert habe. Es fänden immer noch Gesprächstherapien ein- bis zweimal monatlich statt und die Psychopharmakotherapie sei ausgebaut worden (Urk. 12/45).

E. 3.10

Dr. A.____ nahm am 22. Oktober 2015 erneut Stellung und verwies auf seinen Untersuchungsbericht. Er ergänzte, dass die nun neu vorliegenden Verlaufsberichte von Dr. E.____ und Dr. J.____ keine neuen Befunde oder eine ausführliche Beschreibung der Befunde aufwiesen, es fände sich lediglich eine andere Bewertung desselben Sachverhaltes. Nachweise einer neurologischen Symptomatik würden nicht dokumentiert. Ebenfalls fänden sich keine fachpsychiatrischen Stellungnahmen oder Diagnosen. Es werde von einer «Kopfuntersuchung» am 15. Oktober 2015 in Zürich gesprochen, genaue Einzelheiten würden nicht mitgeteilt. Es sei unverändert an seiner Stellungnahme festzuhalten (Urk. 12/48/6).

E. 3.11

Dr. E.____ führte in seinem von der IV-Stelle eingeholten Verlaufsbericht vom 12. Februar 2016 eine reaktive depressive Entwicklung mittleren Grades (ohne wesentliche Änderung seit dem 14. Januar 2015) an. Der Kläger sei in seiner angestammten Tätigkeit aus vorwiegend somatischen Gründen 100 % arbeitsunfähig (Urk. 12/59).

E. 3.12

Am 23. Februar 2016 nahm RAD-Arzt med. prakt. M.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Stellung. Er führte aus, dass Dr. E.____ eine reaktive depressive Entwicklung mittleren Grades diagnostiziert habe. Ein etwas ausführlicherer Brief vom 1. Oktober 2014 betone die Schmerzen und erwähne Schwindel, Nervosität, Traurigkeit und schlechten Schlaf. «Die Entwicklung hängt von dem somatischen Heilungsverlauf ab.» Also liege keine ICD-gemässe depressive Störung vor, sondern depressive Begleitsymptome bei somatischen Schmerzen. Dr. J.____ habe mehrfach eine depressive Entwicklung diagnostiziert, es finde sich allerdings kein Befund dazu. Im Bericht vom 18. Oktober 2014 sehe Dr. J.____ keine Einschränkungen in Konzentration, Auffassung und Anpassungsfähigkeit. Die Klinik K.____ habe chronische Schlafstörung, Alpträume, differentialdiagnostisch i.R. PTBS und eine depressive Entwicklung diagnostiziert. Der angegebene FABQ- und HADS-Fragebogen gebe die subjektive Einschätzung des Klägers wieder. Es finde sich kein Befund zur Untermauerung der Diagnosen. Angesichts des PW-Heckaufprallunfalles liege auch kein katastrophenartiges Ereignis als

Eingangsvoraussetzung einer PTBS vor (Urk. 12/63/5).

Med. pract . M.____ hielt mit Stellungnahme vom 1 6. März 2016 an dieser Einschätzung fest. Dr. E.____ habe den Kläger am 1 2. Februar 2016 aus «vorwiegend somatischen Gründen» für voll arbeitsunfähig erklärt. Es werde keine antidepressive Medikation eingenommen. Es liege entsprechend keine wesentliche psychiatrische Arbeitsunfähigkeit vor (Urk. 12/63/6).

E. 3.13

Vom 2 6. April bis zum 1 0. Juni 2016 war der Kläger in der B.____ hospitalisiert. Dr. phil. N.____ , Psychologin, und PD Dr. med. O.____ , Leitende Ärztin, hielten im Austrittsbericht vom 2 2. Juni 2016 als psychiatrische Diagnose eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F 32.2) fest (Urk. 12/76/2) . Der Eintritt sei freiwillig auf Zuweisung von Dr. E.____ erfolgt wegen depressiver Entwicklung. Zudem hätten nach einem Schleudertrauma fortgesetzte Schmerzen bestanden. Der Kläger habe sich im geschützten Rahmen der Abteilung und neuer zusätzlicher Medikation stabilisieren können. Weiterhin hätten sie auf Empfehlung der Schmerzambulanz der Klinik F.____

Sirdalud zur Behandlung des schmerzbedingt erhöhten Muskeltonus eingesetzt. Die Schlafqualität habe sich verbessert. Trotz dieser intensiven Behandlung, durch die sich die Schmerzen etwas gebessert hätten, seien die Schmerzen während des gesamten Verlaufs ausgeprägt vorhanden gewesen. Der Kläger sei motiviert gewesen und habe an Physiotherapie und Ergotherapie teilgenommen. Im Verlauf sei ein Tinnitus mit Hörminderung eingetreten, der durch die ORL des Universitätsspitals P.____ beurteilt worden sei. Die hätten eine symptomatische Behandlung mit Symfona begonnen. Bei fehlender akuter Selbst- und Fremdgefährdung hätten sie ihn in die bestehenden Verhältnisse entlassen . Zur weiteren Behandlung der Schmerzsymptomatik hätten sie eine Reha in Q.____ angemeldet.

E. 3.14

Vom 2 7. Juni bis zum 3 1. Juli 2017 befand sich der Kläger in einer stationären Rehabilitation in der Rehaklinik

C.____ . Die behandelnden Ärzte und Therapeuten hielten im Bericht vom 1 5. September 2016 (1) eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) und (2) eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) als psychiatrische Diagnosen fest (Urk. 12/86).

Der Kläger sei in sehr schlechtem psychophysischem Allgemeinzustand in die Klinik eingetreten, habe aber motiviert am Rehabilitationsprogramm teilgenommen. Im Bereich der körperlichen Rekonditionierungsmaßnahmen habe er auch kurzfristige Belastungsschmerzen in Kauf genommen. Die psychologischen Einzelgespräche seien einerseits wegen sprachlicher Barrieren und andererseits wegen des auf seinen Unfall und den damit verbundenen somatischen Beschwerden eingeengten Themenkreises nur eingeschränkt durchführbar gewesen. Es seien diverse Anpassungen der pharmakologischen Therapie erfolgt. Im gesamten Aufenthaltsverlauf sei leider keine Verbesserung der vom Kläger beklagten Beschwerden eingetreten, worüber er sich enttäuscht gezeigt habe. Dennoch sei er gewillt, die vorbestehende psychiatrische sowie physiotherapeutische Behandlung fortzusetzen. Einer vorgeschlagenen zusätzlichen Betreuung durch die psychiatrische Spitex habe er nicht vorbehaltlos zustimmen wollen,

wolle aber diese Möglichkeit mit seinem Psychiater besprechen, den er wöchentlich sehen wolle. Er sei vollumfänglich arbeitsunfähig für die Dauer des stationären Aufenthaltes und anschliessend bis zum 31. August 2016.

E. 3.15

Dr. A.____ bezog am 8. September 2016 Stellung und führte aus, dass nun eine Änderung eingetreten sei. Sowohl im Austrittsbericht der B.____ wie auch im Entlassungsbericht der Rehaklinik

C.____ werde eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) geschildert bei fortbestehender voller Arbeitsunfähigkeit. Insgesamt werde eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes dokumentiert. Am 26. April 2016 sei die stationäre Aufnahme zur psychiatrischen Therapie erfolgt. Entsprechend werde die Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit neu festgelegt: Vom 23. Oktober 2013 bis zum 22. April 2015 voll arbeitsunfähig, vom 23. April 2015 bis 25. April 2016 80 % arbeitsfähig und ab dem 26. April 2016 bis auf weiteres vollumfänglich arbeitsunfähig. Dr. E.____ dokumentiere die weitere anhaltende psychiatrische Behandlung. 4.

4.1

Vorerst ist darauf hinzuweisen, dass bereits die Ärzte der Rehaklinik

D.____ in ihrem Bericht vom 18. März 2014 konstatierten, dass sich deutliche Hinweise auf eine Auffälligkeit im psychischen Bereich zeigten (E. 3.2). Auch die Ärzte der Klinik F.____

führten im Bericht vom 13. Mai 2014 aus, dass ein Verdacht auf demonstratives Schmerzverhalten und eine Symptomausweitung von unklarer Schmerzursache vorliege und empfahlen als Option einen stationären Rehaufenthalt mit multimodalem Therapieregime inklusive Psychotherapie, Schmerztherapie und intensiver Physiotherapie (E. 3.3).

Des Weiteren befindet sich der Kläger bereits seit dem 2. Dezember 2013 in psychiatrischer-psychotherapeutischer Behandlung bei Dr. E.____, welcher im Bericht vom 1. Oktober 2014 festhielt, dass die Schmerzen des Klägers offenbar nicht genügend erklärt werden könnten, allerdings könnten sie auch nicht negiert werden. Er sehe aber auch keine Hinweise, dass der Kläger aggraviere. Er habe psychiatrische Symptome, sei affektiv traurig gestimmt, grüblerisch, schlafe schlecht. Die Symptome habe er nach dem Unfall entwickelt. Die Schmerzen unterhielten die psychischen Symptome (Urk. 12/23/6).

Die Suva stellte ihre Leistungen auf Ende Januar 2015 ein mit dem Hinweis, für allfällige psychische Leiden nicht leistungspflichtig zu sein (Urk. 12/24).

4.2

Zusammenfassend lässt das Dargelegte keinen anderen Schluss zu, als dass sich die psychischen Leiden bereits während der Versicherungsdeckung bei der Beklagten manifestiert und das Krankheitsgeschehen erkennbar mitgeprägt hatten. Eine Konnexität besteht somit in zeitlicher (unbestritten) wie auch in sachlicher Hinsicht.

Daran ändert nichts, dass die RAD-Ärzte Dr. A.____ und med. pract. M.____ im Bericht vom 23. Februar 2016 noch festhielten, dass aus versicherungspsychiatrischer Sicht kein IV-relevant er Gesundheitsschaden vorliege (vgl. E. 3.12): Zur Bejahung des sachlichen

Zusammenhangs reicht es aus, wenn sich der in Frage stehende Gesundheitsschaden auf das Arbeitsverhältnis ausgewirkt hat (Stauffer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zur beruflichen Vorsorge, 4. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2019, S. 91) bzw. das Krankheitsgeschehen erkennbar mitgeprägt hat (vgl. E. 2.4) - nicht notwendig ist, dass bereits eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit erstellt war. Aufgrund der vorliegenden echtzeitlichen medizinischen Berichte ist überwiegend wahrscheinlich, dass sich der psychische Gesundheitszustand noch während der Versicherungsdauer auf das Arbeitsverhältnis ausgewirkt hat (vgl. vorstehend E. 4.1) - was auch die Angaben des ehemaligen Arbeitgebers gegenüber der IV-Stelle als wahrscheinlich erscheinen lassen («sie hätten genug, mit ihm weiter zusammen zu arbeiten» [Urk. 12/20]). 4.3

Der Vollständigkeit halber ist auszuführen, dass auch die Berücksichtigung des Urteils des hiesigen Gerichts vom 28. Februar 2017 im Unfallversicherungsverfahren (Verfahrensnr. UV.2015.00128) keinen anderen Schluss zulässt: So wird darin festgehalten, dass aufgrund der im Vordergrund stehenden psychischen Fehlentwicklung die Adäquanz nach der Psycho-Praxis zu prüfen und in der Folge zu verneinen sei, womit sich die Leistungseinstellung per 31. Januar 2015 als rechtens erweise. 5.

5.1

Zusammenfassend ist damit festzuhalten, dass die Beklagte auch für die strittige Erhöhung der Invalidenrente ab dem 1. Juli 2016 leistungspflichtig ist, so dass der Kläger ab dem 1. Juli 2016 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente nach den gesetzlichen und reglementarischen Bestimmungen der Beklagten hat. Mit Blick darauf, dass sich der Kläger in seinem Rechtsbegehren eines (ziffernmässig) konkreten Antrags betreffend Leistungsumfang enthalten hat (vgl. Urk. 1), bleibt die Festsetzung des Leistungsanspruchs in masslicher Hinsicht einstweilen der Beklagten überlassen; in einem allfällig diesbezüglich sich ergebenden Streitfall stünde dem Kläger erneut der Klageweg offen (vgl. BGE 129 V 450).

5.2

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 Kläger erhob am 9. April 2019 Klage. Entsprechend sind dem Kläger mangels einer anderslautenden reglementarischen Bestimmung (vgl. Urk. 9/3-4) Verzugszinsen von 5 % pro Jahr für die bis zu diesem Zeitpunkt fällig gewordenen Betreffnisse und für die übrigen ab dem jeweiligen Fälligkeitsdatum zuzusprechen.

Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Klage wird die Beklagte verpflichtet, dem Kläger – in Ergänzung der bereits anerkannten Leistungsansprüche (vgl. E. 1) – mit Wirkung ab dem 1. Juli 2016 basierend auf einem Invaliditätsgrad von 100 % eine volle Invalidenrente zuzüglich Verzugszinsen von 5 % seit dem 9. April 2019 für die bis dahin fällig gewordenen Rentenbetreffnisse sowie für die übrigen ab dem jeweiligen Fälligkeitsdatum auszurichten.

2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - MLaw

Y.____ - BVG-Sammelstiftung Swiss Life - Bundesamt für Sozialversicherungen 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Hurst-Casanova

E. 8

Der Kläger wurde am 23. April 2015 durch den Arzt des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) Dr. med. A.____, Facharzt für Chirurgie, untersucht. Dieser hielt folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 12/44/8): -

Zerviko-zephalo- und zerviko-vertebrales Syndrom mit Ausstrahlung nach occipital und thoracal mit/bei - Status nach Beschleunigungstrauma der HWS am 26.10.2013 - Status nach HWS-Distorsion QTF II - Discushernie C3/4 mit deutlicher Einengung des Foramen rechts - Chronisches lumboradikuläres Reiz- und sensibles Ausfallssyndrom L5 rechts mit/bei - medio lateraler

Discushernie L5/S1 mit Einengung des Neuroforamens L5 rechts

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit notierte er folgende Diagnosen: - Chronische Schlafstörung, Alpträume - Idiopathische hypertrophe Cardiomyopathie - Depressive Entwicklung - Psoriasis vulgaris - Adipositas - Arterielle Hypertonie

Bei dem 61-jährigen Kläger sei anhand der vorliegenden medizinischen Berichtserstattung und der körperlichen Untersuchung vom 23. April 2015 ein somatischer Gesundheitsschaden ausgewiesen, der die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt. In seiner bisherigen Tätigkeit bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit.

Auffällig schienen nun aber die Somatisierung der HWS-Beschwerden zu sein. Das während der klinischen Untersuchung immer wieder auftretende gleiche Muster des in die Handblasen zum Kühlen des heissen Kopfes, scheine doch auf eine deutliche psychische Komponente hinzuweisen, die einer weiteren intensiven Therapie bedürfe. Unabhängig davon finde sich aber eine ausgeprägte somatische Einschränkung der HWS mit Ausstrahlung in beide Schultern und Arme. Neurologische Defizite fanden sich nicht.

Versicherungsmedizinisch seien leicht angepasste Tätigkeiten in Wechselbelastung ohne Heben, Tragen und Transportieren von Lasten über 10 kg, ohne Verharren in Zwangshaltungen, ohne dauerhafte Armvorhaltebelastungen und Überkopparbeiten weiterhin zumutbar. So sei aufgrund der heutigen Untersuchung eine 80%ige

Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit seit dem 23. April 2015 mit vermehrten Ruhepausen zumutbar. Allerdings sollte eine intensive physikalische Therapie wie auch eine Schmerz- und psychiatrische Therapie fortgeführt werden, um gegebenenfalls eine Verbesserung in angepasster Tätigkeit zu erreichen.

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