

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2022.00034 vom 21. September 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-09-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_BV.2022.00034

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2022.00034 du 21 septembre 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2022.00034 del 21 settembre 2023

Erwägungen

E. 1

5. Oktober 2014 erfülle das Kriterium der Dauerhaftigkeit nicht (Urk. 30 /46).

E. 1.1

X.____, geboren 1964, arbeitete ab 1. November 2008 mit einem Arbeitspensum von 60 % als hauswirtschaftliche Mitarbeiterin in der Spitex Z.____ (Urk. 30 /18 und 30 /32). Im Rahmen dieses Arbeitsverhältnisses war sie bei der Pensionskasse A.____

berufsvorsorgeversichert. In deren Auftrag wurde die Versicherte am 26. Mai 2014 (Urk. 30 /18),

E. 1.2

Per 31. Januar 2017 gab die Versicherte die Stelle bei der Spitex Z.____ auf (Urk. 30 /84/30 oben ; Urk. 30 /91/2). Vom 1. Februar bis 28. April 2017 war sie als Gruppenleiterin Café und Reinigung in einem 50

%-Arbeitspensum für den Verein B.____ tätig . In dieser Eigenschaft war sie bei der Pensionskasse SHP berufsvorsorgeversichert .

Am 13. August 2017 meldete sich die Versicherte wegen chronischer Schmerzen verbunden mit Schlafstörungen, plötzlichem Leistungsabfall und fehlender Ausdauer, eingeschränkter Belastbarkeit und Konzentration, chronischer Erschöpfung und Energielosigkeit sowie physischen Kraftverlusts (vgl. Urk. 30 /47/1)

erneut bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an (Urk. 30 /48). Bald darauf erlitt sie eine Humeruskopffraktur

rechts (Urk. 30 /63)

und eine Impressionsfraktur des Tibiaplateaus

links (Urk.

30 /67).

Die IV-Stelle holte insbesondere ein internistisches, neurologisches, orthopädisches und psychiatrisches Gutachten ein, das am 20. Dezember 2018 von der MEDAS C.____ erstattet wurde (Urk. 30 /84). In der Folge liess sich die Versicherte an der Halswirbelsäule operieren (Urk. 30 /107) sowie neuropsychologisch und verhaltensneurologisch untersuchen (Urk.

30 /113). Zudem nahm sie ein Erstgespräch in der psychoonkologischen Sprechstunde des Universitätsspitals D.____ wahr (Urk. 30 /120). Schliesslich sprach die IV-Stelle der

Versicherten gestützt auf die ergänzende Beurteilung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; Urk. 30 /126/11 und 30 /126/13) mit Verfügung vom 25. Juni 2021 für den Zeitraum Dezember 2018 bis September 2020 eine Viertelsrente und ab Oktober 2020 eine ganze Invalidenrente zu (Urk. 30 /136; Begründung Urk. 30 /133).

E. 2

Mit Eingabe vom 29. April 2022 erhob die Versicherte Klage gegen die Pensionskasse SHP (Urk. 1). Darin beantragte sie, die Beklagte sei zu verpflichten, ihr die reglementarischen Leistungen zuzüglich Verzugszinsen von 5 % zu erbringen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beklagten (Urk. 1 S. 2; Bei lagen Urk. 2/2-16). Mit Verfügung vom 3. Mai 2022 setzte das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich der Beklagten eine Frist von 30 Tagen zur Einreichung der Klageantwort an (Urk. 4). Diese wurde innert erstreckter Frist (Urk.

E. 2.1

Invalideleistungen der obligatorischen beruflichen Vorsorge werden von derjenigen Vorsorgeeinrichtung geschuldet, bei welcher die ansprechende Person bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, versichert war (Art. 23 lit. a des Bundesgesetzes über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge, BVG; BGE 135 V 13 E. 2.6). Für die Bestimmung der Leistungszuständigkeit ist eine erhebliche und dauerhafte Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen im bisherigen Beruf massgebend. Die Arbeitsunfähigkeit ist relevant, wenn sie mindestens 20 % beträgt (BGE 144 V 58 E. 4.4; 134 V 20 E. 3.2.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_465/2018 vom 30. Januar 2019 E. 3.1)

und sich auf das Arbeitsverhältnis sinnfällig auswirkt oder ausgewirkt hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_18/2009 vom 7. April 2009 E. 3.2.1) –

unabhängig davon, in welchem Zeitpunkt und in welchem Masse daraus ein Anspruch auf Invalideleistungen entsteht (vgl. BGE 136 V 65 E. 3.1).

Tragen verschiedene Gesundheitsschädigungen zur Invalidität bei, so ist hinsichtlich jeder Gesundheitsschädigung gesondert zu prüfen, ob die jeweilige Arbeitsunfähigkeit während der Dauer des Versicherungsverhältnisses mit der Vorsorgeeinrichtung eingetreten ist (vgl. BGE 138 V 409 E. 6.3).

E. 2.2

Das Erfordernis, wonach der Zeitpunkt des Eintritts der berufsvorsorgerechtlich relevanten Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen « echtzeitlich » nachgewiesen sein muss (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_52/2018 vom 21. Juni 2018 E. 3.2 mit Hinweisen), ist nicht so zu verstehen, dass dieser Nachweis zwingend ein sogenannt echtzeitliches, d.h. zum fraglichen Zeitpunkt verfasstes Arztattest voraussetzt. Gemeint ist vielmehr, dass nachträglich formulierte Hypothesen theoretischer Natur über den Eintritt der Arbeitsunfähigkeit nicht ausreichen. Einer retrospektiven Festlegung der Arbeitsunfähigkeit kann (nur) gefolgt und auf ein echtzeitliches Arztzeugnis verzichtet werden, wenn anderweitig echtzeitlich dokumentiert ist, dass und wann sich die gesundheitliche Beeinträchtigung in Form einer verminderten Leistungsfähigkeit (« sinnfällig ») auf das Arbeitsverhältnis ausgewirkt hat (Urteil des Bundesgerichts 9C_314/2022 vom 2. März 2023 E. 2.2.1 mit Hinweisen). Die Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen kann sich etwa in einem belegten Leistungseinbruch am Arbeitsplatz manifestieren, ebenso in

auffällig gehäuften gesundheitlich bedingten Arbeitsausfällen (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 9C_170/2022 vom 16. August 2022 E. 4.3). Diese Vorgaben für eine retrospektive ärztliche Festlegung des massgebenden Zeitpunkts sind umso bedeutsamer, je schwieriger es im Einzelfall ist, bei einer Erkrankung, die sich über längere Zeit hinweg kontinuierlich entwickelt hat, nachträglich zu erkennen, zu welchem Zeitpunkt diese Erkrankung überwiegend wahrscheinlich ein Ausmass angenommen hat, das eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 Prozent bewirkte (zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts

9C_399/2022 vom 31. Mai 2023 E. 2.4). 2. 3

Der Anspruch auf Invalidenleistungen bedingt einen engen sachlichen und zeitlichen Zusammenhang zwischen der Arbeitsunfähigkeit, die während des Vorsorgeverhältnisses (zuzüglich der einmonatigen Nachdeckungsfrist gemäss Art.

E. 2.4

Die Annahme eines engen zeitlichen Zusammenhangs setzt voraus, dass die versicherte Person nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, nicht während längerer Zeit wieder arbeitsfähig war, was sich nach der Arbeits(un)fähigkeit in einer der gesundheitlichen Beeinträchtigung angepassten zumutbaren Tätigkeit beurteilt (BGE 134 V 20 E. 5.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_278/2015 vom 2.

Februar 2016 E. 2.3.2). Bei der Prüfung dieser Frage sind die gesamten Umstände des konkreten Einzelfalles zu berücksichtigen, namentlich die Art des Gesundheitsschadens, dessen prognostische medizinische Beurteilung sowie die Beweggründe, welche die versicherte Person zur (Nicht-)

Wiederaufnahme der Arbeit veranlasst haben (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_877/2018 vom 22. August 2019 E. 3.3).

Der enge zeitliche Zusammenhang ist solange nicht unterbrochen, als dass mindestens eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit auch in einer angepassten Tätigkeit besteht. Eine nachhaltige, den zeitlichen Konnex unterbrechende Erholung liegt hingegen grundsätzlich vor, wenn während mehr als drei Monaten eine Arbeitsfähigkeit von über 80% in einer angepassten Erwerbstätigkeit gegeben ist (BGE 144 V E. 4.4 f.) und – kumulativ bezogen auf die angestammte Tätigkeit – ein rentenausschliessendes Einkommen erzielt werden kann (vgl. Urteile

des Bundesgerichts 9C_15/2023 vom 27. Juni 2023 E. 5.2, 9C_518/2021 vom 4. Februar 2022 E. 2.2 und 9C_623/2017 vom 6. März 2018 E. 3; BGE 134 V 20 E. 5.3). Eine solche drei Monate oder länger andauernde (annähernd) vollständige Arbeitsfähigkeit ist ein gewichtiges Indiz für eine Unterbrechung des zeitlichen Zusammenhangs, sofern sich eine dauerhafte Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit als objektiv wahrscheinlich darstellt. Der zeitliche Zusammenhang kann daher auch bei einer länger als drei Monate dauernden Tätigkeit gewahrt sein, wenn eine dauerhafte berufliche Wiedereingliederung unwahrscheinlich war, etwa weil die Tätigkeit (allenfalls erst im Rückblick) als Eingliederungsversuch zu werten ist oder massgeblich auf sozialen Erwägungen des Arbeitgebers beruhte (BGE 134 V 20 E. 3.2.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_340/2015 vom 21. November 2016 E. 4.1.2; zum Ganzen: oberwähntes Bundesgerichtsurteil 9C_465/2018 E. 3.2 und Urteil des Bundesgerichts 9C_500/2022 vom 3. Februar 2023 E.3). 2. 5

Es bleibt mit Blick auf den konkret zu beurteilenden Sachverhalt

hervorzuheben, dass sich für teilzeitlich erwerbstätige Versicherte Besonderheiten ergeben, zumal ein Anspruch auf Invalidenleistungen der beruflichen Vorsorge nur gegeben ist, sofern eine entsprechende Versicherungsdeckung vorhanden ist. Deren Umfang bemisst sich nach dem Beschäftigungsgrad bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, unter Berücksichtigung einer allfälligen vorbestandenem gesundheitlich bedingten Arbeitsunfähigkeit. Die Höhe der konkreten Salarierung spielt diesbezüglich keine Rolle. Versah die versicherte Person ein Teilzeitpensum, besteht deshalb kein Anspruch auf Leistungen, wenn und je denfalls solange sie trotz gesundheitlicher Beeinträchtigung im bisherigen Umfang weiterarbeiten kann oder könnte; das Risiko Invalidität hat sich lediglich im berufsvorsorgerechtlich nicht versicherten Anteil einer Vollzeitbeschäftigung (100 % -Beschäftigungsgrad) verwirklicht (BGE 141 V 127 E. 5.3.2).

Die Ermittlung des Invaliditätsgrads ist alsdann regelmässig dergestalt vorzunehmen, dass die Vorsorgeeinrichtung das von der Invalidenversicherung festgesetzte Valideneinkommen, an das sie grundsätzlich gebunden ist, auf das ausgeübte Teilzeitpensum herunterrechnet und gestützt darauf (sowie gestützt auf die übrigen prinzipiell verbindlichen Parameter) eine neuerliche Einkommensvergleichsrechnung durchführt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_578/2022 vom 6. April 2023 mit Hinweis auf BGE 144 V 63 E. 6.3.2). 2. 6

Ein Entscheid der IV-Stelle ist für eine Einrichtung der beruflichen Vorsorge schliesslich verbindlich, sofern sie in das invalidenversicherungsrechtliche Verfahren einbezogen wurde, die konkrete Fragestellung für die Beurteilung des Rentenanspruchs gegenüber der Invalidenversicherung entscheidend war und die in validenversicherungsrechtliche Betrachtungsweise aufgrund einer gesamthaften Prüfung der Akten nicht als offensichtlich unhaltbar erscheint. Die Orientierung an der Invalidenversicherung bezieht sich insbesondere auf die sachbezüglichen Voraussetzungen des Rentenanspruchs, die Rentenhöhe und den Rentenbeginn. Für die Beurteilung der Frage, ob sich die Invaliditätsbemessung der Invalidenversicherung als offensichtlich unhaltbar erweist, ist auf die Aktenlage, wie sie sich bei Verfügungserlass präsentierte, abzustellen. Nachträglich geltend gemachte Tatsachen oder Beweismittel, die im invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren nicht von Amtes wegen hätten erhoben werden müssen, sind nur beachtlich, sofern sie von der Verwaltung oder bei damaligem Beschwerdeverfahren vom Gericht im Rahmen einer prozessualen Revision hätten berücksichtigt werden müssen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_23/2019 vom 10. Mai 2019 E. 2.2 mit diversen Hinweisen). 3. 3.1

Die Klägerin machte im Wesentlichen geltend, sie sei seit der Krebserkrankung nicht mehr gleich leistungsfähig. Vom

6. Juni 2015 bis

2.

September 2016 sei ihr verschiedentlich eine Arbeitsunfähigkeit von 20 bis 100 % attestiert worden. Als «Gruppenleiterin Café und Reinigung» habe sie gekündigt, da sie den Anforderungen des Jobs aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr gerecht geworden sei. Sie habe sich mit dem Rentenbescheid vom 5. Januar 2016 arrangiert und ver sucht, trotz der gesundheitlichen Probleme zu arbeiten. Sie habe aber akzeptieren müssen, dass sie dies

nicht könne und sich deshalb auch nicht bei der Arbeitslosenversicherung angemeldet . Ihre Anstrengungen dürften ihr nicht zum Nachteil gereichen (Urk. 1 S. 3 f.; Urk. 17 Ziff. 3).

Im Vordergrund stehe

die (im Jahr 2014 diagnostizierte, Urk. 1 S. 5 unten) cancer-related Fatigue. Ab Mai 2017 sei sie regelmässig im Muskulo -Skeletal Zentrum behandelt worden , wobei die Schmerzmittel die Symptome nur teilweise gelindert hätten. Die sich seit dem Jahr 2015 bemerkbar machenden Knieschmerzen hätten sich verschlimmert und es habe sich eine Gefühlsstörung auf der linken Körperseite eingestellt. Hinzugekommen seien die beiden Frakturen

(Urk. 1 S. 3 f.; Urk. 17 Ziff. 3). Seit Oktober 2020 sei sie in psychologischer/psychiatrischer Behandlung (Urk. 1 S. 5). Die IV-Stelle habe die psychischen Leiden mit Ursachen im Kindesalter im Jahr 2016 als irrelevant erachtet, was aber eine Akzentuierung im Mai 2017 nicht ausschliesse (Urk. 17 Ziff. 6). Eine Aufschlüsselung in orthopädische und psychische Beschwerden trage der komplexen Situation zu wenig Rechnung (Urk. 17 Ziff. 7). Gefordert werde eine mindestens 25 % -Rente für die im Mai 2017 entstandene Teilinvalidität; die Verschlechterung im Jahr 2020 sei irrelevant (Urk. 1 S. 10 unten; Urk. 17 Ziff. 9 und S. 6).

Bei der letzten Anstellung habe es sich nicht um eine angepasste Tätigkeit oder einen Nischenarbeitsplatz , sondern um eine leitende Position gehandelt , die viel Einsatz und Engagement verlangt habe

(Urk. 17 Ziff. 3 und 4).

Infolge der drei monatigen Erwerbsarbeit sei die Zuständigkeit auf die Beklagte übergegangen. Irrelevant sei, ob jene

Arbeitsfähigkeit

nachhaltig gewesen sei (Urk. 17 Ziff. 6) . Da sie stets teilerwerbstätig gewesen sei , reiche die Arbeitsfähigkeit von 50 % aus, um

den zeitlichen Konnex zu unterbrechen. Die Invalidität sei auch nicht ausschliesslich in psychischen Beschwerden begründet (Urk. 17 Ziff. 13). Während der Arbeit

habe keine Arbeitsunfähigkeit bestanden . Diese sei definitiv am 1. Mai 2017 eingetreten (Urk.

17 Ziff. 3 und 5 , ergänzen d Ziff. 11) .

Hausärztin und Gutachter würden dies bestätigen . Das eigene Krankheitsempfinden sei nicht massgebend (Urk. 1 S. 9; Urk. 17 Ziff. 7 f. und 14).

Seither sei sie

nicht mehr arbeitsfähig geworden (Urk. 1 S.

E. 5

10) am 12. September 2022 erstattet (Urk. 12; Beilagen Urk. 13/1-6). Da rüchloss die Beklagte auf Abweisung der Klage; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Klägerin (Urk. 12 S. 2).

Mit Verfügung vom 14. September 2022 ordnete das Gericht einen zweiten Schriftenwechsel an (Urk. 14). In der innert erstreckter Frist (Urk. 15 und 16) eingereichten Replik vom 21. November 2022 (Urk. 17) sowie der innert erstreckter Frist (Urk. 18- 21) eingereichten Duplik vom 2. März 2023 (Urk. 22 ; Beilage Urk. 23/7) hielten die Parteien an ihren Anträgen fest. Nachdem die Klägerin auf eine weitere Stellungnahme verzichtet hatte (Urk. 26), ordnete das Gericht am 3. April 2023 (Urk. 28) den Beizug der Akten der Invalidenversicherung in Sachen der Klägerin (Urk. 30 /1-157) an und gab als dann den Parteien die Möglichkeit, sich zu diesen zu äussern (Urk. 31 und 34). Zur entsprechenden Eingabe der Klägerin vom 17. Mai 2023 (Urk. 33) äusserte sich die Beklagte mit Schreiben vom 26.

Mai 2023 (Urk. 36), das der Klägerin mit Verfügung vom 30. Mai 2023 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 37). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG) in Kraft (Weiterentwicklung der IV [WEIV]; Änderung vom 19. Juni 2020, AS 2021 705, BBl 2017 2535). Mit der vorliegenden Klage vom 29. April 2022 werden Rentenleistungen ab Dezember 2018 geltend gemacht. Nach den allgemeinen Grundsätzen des intertemporalen Rechts und des zeitlich massgebenden Sachverhalts (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1; 129 V 354 E. 1 mit Hinweisen) sind daher die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung anwendbar und werden nachfolgend auch in jener Fassung zitiert.

2.

E. 5.2

Mit Blick auf die am 27. Juni 2017 bildgebend festgestellte Syringohydromyelie empfahl der

behandelnde Neurologe Dr. med. E.____

im Bericht vom 8.

Februar 2018

einzig, auf das Tragen von mittelschweren oder schweren Gegenständen zu verzichten, da ein Valsalva -Manöver zu einer Zunahme der Syringohydromyelie

führen könnte; ansonsten wäre die bisherige Tätigkeit zumutbar (Urk. 30/65/2). Damit bestätigte er im Umkehrschluss eine volle Arbeitsfähigkeit in körperlich leichten Tätigkeiten ohne zusätzliche qualitative Einschränkung bedingt durch die linke Extremität im Zeitpunkt der Berichterstattung.

Damals war der Nachtschlaf der Klägerin unter Lyrica recht, die Kraft im Arm gebessert und die klinischen Befunde der (dominanten) linken oberen Extremität geringfügig (Urk. 30/65/2; ferner auch Urk. 30/67/4 «Status nach Parese linker Arm»).

Erst nach eindeutiger Progredienz der Syringohydromyelie

schätzte

Dr. E.____

am 14.

April 2019, dass der Klägerin eine Tätigkeit ohne körperliche Belastung und ohne Einsatz des linken Armes wahrscheinlich in einem normalen Pensum möglich sei, was jedoch konkret zu prüfen sei (Urk.

30/94/2). Auch der

Wirbel säulen- und Neurochirurg Dr. med. F.____ bestätigte erstmals mit Bericht vom 27. Mai 2020 eine erhebliche und irreversible Einschränkung der Handfunktionen vor allem links (Urk. 30/11/2).

E. 5.3

Zur Entwicklung der Syringomyelie

liess sich gemäss

Dr. F.____

nachträglich bildgebend schon im Jahr 2014 eine Signalintensitätsalteration zumindest vermuten. Es sei aber nicht möglich, die Progredienz zu beurteilen. Anamnestisch hielt Dr. F.____

zur Konsultation vom 12.

September 2017 fest, die Beschwerden im Sinne von Taubheitsgefühlen hätten schleichend über Monate zugenommen bzw. sich in den letzten Wochen

nach einem Hustenanfall verstärkt (Urk. 30/55/6; ergänzend auch Urk. 30/52/3, wonach die Hausärztin die Klägerin für Abklärungen an die Klinik G.____ überwiesen hatte, wovon die erste schon am 13. März 2017 stattgefunden hatte; anamnestisch traten dabei seit einigen Monaten bzw. Wochen linksseitig vor allem nächtliche Schmerzen auf).

In der Untersuchung vom 12. September 2017 dokumentierte

Dr. F.____

soweit ersichtlich erstmals eine Ungeschicklichkeit mit der linken Hand und Atrophie der intrinsischen Handmuskulatur

(Urk.

30/55/7). Dabei zeigte ein Vergleich der MRI vom 27. Juni und 11. Oktober 2017 auch eine Progredienz im Sinne einer Erweiterung links im unteren Kleinhirnstiel sowie im linken Hemimyelon auf Höhe HWK

4. Als unverändert wurde die Syringomyelie

im Rahmen des

nachfolgenden MRI vom 29.

August 2018 beurteilt (vgl. Urk. 30/94/1).

Ab August 2018 nahmen die Paresen und Sensibilitätsstörungen des linken Armes gemäss Dr. E.____ alsdann

zu (Urk. 30/91/1). Dies führte Anfang 2019 zu weiteren klinischen und bildgebenden Untersuchungen, die verschlechterte Befunde ergaben. Nach Ansicht von Dr. F.____ war es die

eindeutige Progredienz der Syringo hydro myelie , die einen Grossteil der im Jahr 2019 geklagten Beschwerden erklärte , während die degenerativen Veränderungen wahrscheinlich nur eine kleine Rolle spiel t en

(Urk. 30/9 9/1-2).

Im M RI der Halswirbelsäule vom 7. Februar 2019 war zudem

eine Impression des Myelons auf Höhe HWK 6/7 durch eine breitbasige Bandscheibenvorwölbung zu sehen . Dr. E.____

wertete die s als erste Zeichen der Liquorzirkulationsstörung und sah darin ebenfalls eine Erklärung für die Beschwerdezunahme (Urk.

30/9 4/3-5). Letztlich wurde die Klä gerin im August 2019 operiert (Urk. 30/105) mit in der Folge gutem Dekompres sionsergebnis C6/7 und kaum veränderter Syrinx

(Urk. 30/107/2 , 30/109/4 f. , 30/110/2 und

30/116/1 oben).

E. 5.4

Dass die Klägerin

ihre Tätigkeit als Gruppenleiterin bis Ende April 2017 uneinge schränkt ausüben konnte, während im Mai 2017 infolge der Syringohydromeylie

eine volle bzw. eine das versicherte Arbeitspensum von 5 0

% tangierende Ar beitsunfähigkeit eintrat , erweist sich bei m beschriebenen schleichende n Verlauf

sowie zunächst gut behandelbaren Beschwerden und geringfügigen klinischen Befunden

nicht als überwiegend wahrscheinlich. Bereits die Erstmanifestation der Beschwerden lässt sich zeitlich nicht hinreichend eingrenzen, geschweige denn eine massgebliche Progredienz zwischen dem 1.

Februar und 31. Mai 2017 bele gen . Erw ie sen ist

eine solche erst

für den Zeitraum vom 2 7. Juni 2017 bis

7. Feb ruar 201 9. Zudem wäre auch der zeitliche Konnex solcher Beschwerden und einer spätere n Invalidität b ei selbst vom Behandler im Februar 2018 noch attestierter voller Arbeitsfähigkeit in körperlich leichten Verweistätigkeit en und bildgebend stationärem Zustand zwischen Oktober 2017 und August 2018 wohl zu vernei nen. 5. 5

Dr. med. H.____ ,

mitunter Fachärztin für Rheumatologie sowie Physikalische Me dizin und Rehabilitation, beschrieb im Bericht vom 8. März 2018 seit dem Jahr 2015 bestehende Knieschmerzen links mit Nachweis von Knocheninfarkten im Femur und Tibia mit begleitender Bursit i s pes anserinu s .

Im Dezember 2017 sei es zu einer Schmerz e xazerbation gekommen, wobei

im MRI vom 1 4. Dezember

2017 gegenüber dem MRI vom 30. Mai 2017 neu eine

Impressionsfraktur des Tibiaplateaus

fest gestellt worden sei. Seit her würden die Schmerzen persistieren mit teilweiser Unmöglichkeit mit dem Fuss aufzutreten. Die Schmerzen seien nicht nur bedingt durch die Impressionsfraktur, sondern mitbedingt durch die Infarkte. Eine wesentliche Gonarthrose bestehe nicht. Die Klägerin sei an Stöcken mobil. Die Prognose werde weiter ungünstig beeinflusst durch eine gemäss MRI vom Mai 2017 mittelschwere bis schwere Omarthrose links sowie residuelle Schmerzen und Bewegungseinschränkungen der rechten Schulter nach einer Humeruskopffraktur am 24.

November 2017. Die Tätigkeit als Spitex-Mitarbeiterin sei der Klägerin nicht mehr zumutbar.

Eine administrative, vor allem sitzende, sehr leichte Arbeitstätigkeit könne ihr infolge der Knieschmerzen derzeit nur im Homeoffice zugemutet werden

(Urk.

30/69).

Ergänzend ergibt sich aus

dem Bericht

von Dr. H. _____

vom 16. Mai und 23.

Juni 2017, dass die mit MRI vom 3. Juni 2016 festgestellten Knocheninfarkte in Femur und Tibia gemäss MRI des linken Knies vom 30. Mai 2017 zwischen zeitlich ausgereift waren. Es beständen nur wenig Gelenkerguss und geringe Knorpelschäden medial femorotibial. Die übrigen Knorpelflächen und die Menisken seien intakt. Es zeige sich eine flüssigkeitsgefüllte Bursa anserina ohne umgebendes Ödem und somit ohne eigentliche Bursitis (Urk. 30/52/14). Wegen der Pes anserinus-Reizung sei am 13. März 2017 eine konservative Behandlung empfohlen worden (Urk. 30/52/2 f.). Das MRI von Hüfte und Becken links vom 2. Juni 2017 zeige alte Femurkopfnekrosen beidseits

ohne Einbruch oder Entrundung der Femurköpfe

mit

minimale Restaktivität entlang der Demarkierungslinie bzw. nur sehr grenzwertig umgebendem Knochenmarksödem.

Die Coxarthrose sei nun nur leicht und es zeige sich wenig Gelenkerguss beidseits. Zu sehen seien sehr alte Knocheninfarkte intertrochantär bis in den proximalen Femurschaft beidseits (Urk. 30/52/13 f.).

Eine chirurgische Intervention der Knocheninfarkte sei gemäss Abklärungen nicht möglich (Urk. 30/52/11). Im MRI der linken Schulter vom 30.

Mai 2017 seien neben der

mittelschweren bis schweren Omarthrose eine leichte bis mässige, etwas aktivierte Akromioklavikular (AC)-Gelenkarthrose und eine minimale Bursitis subacromialis/subdeltoidea feststellbar gewesen (Urk.

30/52/14).

E. 5.6

Demnach konnte die Klägerin die bei der Beklagten versicherte Tätigkeit trotz der seit Juni 2016 bekannten und bis Mai 2017 ausgereiften Knocheninfarkte aufnehmen und bis 30. April 2017 ohne Arbeitsausfälle

ausüben. Eine Exazerbation der Knieschmerzen ist erst mit der Impressionsfraktur des Tibiaplateaus im Dezember 2017 ausgewiesen. Nach Ansicht von Dr. H.____ war der Klägerin erst aufgrund derselben

(«derzeit») kein Arbeitsweg mehr zumutbar bzw. eine administrative Tätigkeit nur noch im Homeoffice möglich; sie attestierte ihr dementsprechend eine volle Arbeitsunfähigkeit ab 5. Dezember 2017 (Urk. 30/67/4). Aus dem anamnestischen Hinweis von Dr. H.____, die Klägerin sei bereits bei der Erstkonsultation am 15.

Mai 2017 nicht arbeitstätig bzw. arbeitsunfähig gewesen (Urk. 30/69/3), lässt sich somit nichts zu deren Gunsten ableiten. Im Übrigen erwähnte Dr. H.____ die Knocheninfarkte im Bericht vom 18. Juni 2018 nicht mehr, sondern begründete die Schmerzen am linken Knie einzig noch mit der Gonarthrose und Stressfraktur (Urk.

30/71/1). Während des kurzen Versicherungsverhältnisses mit der Beklagten wurden damit keine Bildbefunde

am Knie erhoben, die darauf schliessen lassen würden, dass sich die Kniebeschwerden dannzumal

massgeblich verschlechterten und die Arbeit ungünstig beeinflussten. Nichts anderes gilt für die Hüftbeschwerden, für die sich anhand der Bildbefunde ebenso wenig ein sich erst im Frühjahr 2017 bemerkbar machendes oder dannzumal

exazerbiertes Leiden

feststellen lässt. Die Befunde an Knie und Hüften sind hierfür alle zu alt oder zu geringfügig.

Welche negativen Auswirkungen die Omarthrose – als wesentlichster Befund im Bereich der Schulter

während des Versicherungsverhältnisses

– auf die konkret versicherte, körperlich leichte Tätigkeit ohne ersichtliche Arbeiten über Kopf gehabt haben soll, wurde seitens der Klägerin nicht dargetan und ist auch sonst nicht ersichtlich. Dabei war sie

offenbar in der Lage, nach der Impressionsfraktur des Tibiaplateaus noch

im Jahr 2018

an Stöcken zu gehen. In den Akten deutet im Übrigen nichts auf ein akutes Fortschreiten der degenerativen Befunde an der Schulter hin, was eine relevante Verschlechterung während des kurzen Versicherungsverhältnisses bei der Beklagten

in Bezug auf die im Vergleich zur Tätigkeit als Spitex-Mitarbeiterin körperlich weniger anspruchsvolle Tätigkeit als Gruppenleiterin mit einem 50

%-Pensum un wahrscheinlich macht. Die Humerus fraktur trat erst nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses auf. 5. 7

Schliesslich

erwähnte

Dr. H.____ in den angeführten Berichten einen bl oss en

Sta tus nach lumboradikulärem Reizsyndrom L4/5 links im Jahr 2014 mit mehrfachen Infiltrationen (Urk. 30/52/2 und 30/52/6). Dazu ist zu bemerken, dass

Dr. E.____

schon im Jahr 2014 – wie aktuell der begutachtende Neurologe – keine motori schen Ausfälle oder Denervationszeichen in der untersuchten L3- und L4-Bein muskulatur feststellen konnte (Urk. 30/36/7).

Im MRI der Lendenwirbelsäule vom 3. Oktober 2014 hatten sich verglichen mit der Voruntersuchung vom 13.

Februar 2007

weitgehend unveränderte Befunde

gezeigt – nämlich eine Segmentdegeneration L4/5 und L5/S1 mit Nachweis einer breitbasigen Protrusion L4/ 5. Gemäss damalige r Beurteilung führten jene Befunde z usammen mit einer hypertrophen Facettengelenksarthrose zu einer mässiggradigen konzentrischen Spinalkanal ei nen gung sowie zu einer erheblichen re c essalen und links foramina len Ein engung mit aber nur möglicherweise Reizung von L4 foraminal links und L5 re cessal beidseits (Urk.

30/8 4/7).

Die Klägerin konnte derweilen jahrelang als Spi tex-Mitarbeiterin 60 ? % tätig sein und auch die Arbeit als Gruppenleiterin mit einem Beschäftigungsgrad von 50 % war bis April 2017 nicht tangiert. Gesamt haft betrachtet ist eine relevante Arbeitsunfähigkeit bis 31.

Mai 2017 mit Bezug auf dieses Leiden somit nicht plausibel .

Im Übrigen wäre eine diesbezügliche Leistungspflicht der Beklagten auch zu ver neinen, wenn mit Dr. E.____ – der seinen Verdacht im Bericht vom 1 4. Juli 2017 (Urk. 30/52/15) in keiner Weise begründet e – eine erneute Akzentuierung im No vember 2015 und damit weit vor Beginn des Versicherungsverhältnisses mit der Beklagten in Betracht gezogen würde. 5 . 8

Zusammenfassend lässt sich somit

nicht nachweisen, dass sich die

somatischen Leiden – auch in ihrer Gesamtheit – während des Versicherungsverhältnisses bei der Beklagten zwischen de m

1. Februar und 3 1. Mai 2017 massgeblich veränder ten und zu einer erheblichen und dauerhaften Einschränkung in einer körperlich leichten Tätigkeit führten .

Unstrittig konnte die Klägerin die bei der Beklagten versicherte Tätigkeit als Gruppenleiterin mit einem Pensum von 50 %

denn auch bis zum Ablauf der Kündigungsfrist im April 2017 ausüben, ohne dass Anhaltspunkte für konkrete Einschränkungen bestünden. Weshalb am 1. Mai 2017 eine volle Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit eingetreten sein soll, wie es von der Hausärztin ohne ausgewiesene Fachkenntnisse in den entsprechenden Fachgebieten am 4.

September 2017 im Nachhinein und allein gestützt auf die geklagten progredienten Schmerzen und Gefühlsstörungen attestiert wurde, ist nicht nachvollziehbar. Eine solche Arbeitsunfähigkeit gilt auch nicht als anerkannt, nur weil sich die Beklagte – übrigens nicht gegenüber der Klägerin, sondern der IV-Stelle – erkundigte, ob der RAD den Beginn des Wartjahres korrekt festgesetzt habe (Urk. 30/153/1). Es verwundert insofern nicht, dass die Hausärztin im an die IV-Stelle gerichteten Wiedererwägungsgesuch vom 3. März 2018 die Arbeitsunfähigkeit

anderweitig

(mit einer im Vordergrund stehenden, lähmenden Fatigue-Symptomatik und den zwischenzeitlich erlittenen Frakturen) begründete (Urk. 30/68). 6. 6.1

Hinsichtlich der übrigen Leiden ergibt sich aus den Unterlagen der Behandler, dass die Klägerin während der Krebstherapie in psychoonkologischer Behandlung stand. Aus dem Bericht der I.____

vom 21. November 2014 geht hervor, dass die Tumorerkrankung sie zu Beginn deutlich belastete. Es hätten sich eine Progredienzangst und emotional deutlich verminderte Belastbarkeit bei mittelgradiger depressiver Symptomatik gezeigt. Die Klägerin habe sich auch körperlich ausgesprochen matt und rasch erschöpfbar gefühlt. Im Verlauf habe sich eine Remission der depressiven Symptomatik und Progredienzangst gezeigt. Die Klägerin leide jedoch noch unter ausgeprägter Tagesmüdigkeit trotz guter Schlafqualität, rascher Erschöpfbarkeit und reduzierter Konzentrationsfähigkeit. Diese Symptome interpretiere man im Rahmen einer tumorassoziierten Fatigue und gehe davon aus, diese würden sich in den kommenden Wochen/Monaten langsam zurückbilden (Urk. 30/37/12 f.). 6.2

Die Vertrauensärztin der A.____, Dr. med. J.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, kam am 19. Juni 2015 nach eigener Exploration zum Schluss, die Depression im Gefolge der Krebserkrankung (bei auch massgeblichen Belastungen in der Kindheit mit damaligen Depressionen) sei remittiert. Die aktuell noch vorhandene Müdigkeit sei ebenfalls regredient. Eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit von aktuell 40% auf 50% sei für Juli 2015 geplant. Ein weiterer Aufbau auf 60%

sei zu erwarten (Urk. 30/39/3 und 30/39/5).

Effektiv arbeitete die Klägerin ab 23. Juni 2015 wieder im angestammten Arbeitspensum von 60% als Spitex-Mitarbeiterin (Urk. 30/44/8).

Die letzte krankheitsbedingte Absenz bei der Spitex dauerte gemäss ihren eigenen Angaben sowie jenen der A.____ bis 2. September 2016. Anschliessend waren bis Ende Januar 2017 keine weiteren Absenzen – mit Ausnahme vom 14./15. Dezember 2016 – mehr zu verzeichnen

(vgl. Urk. 2/13 S. 2; Urk. 1 S. 3). 6.3

6.3.1

Wie dem entsprechenden Teilgutachten der MEDAS C.____ zu entnehmen ist, erschien die Klägerin in der psychiatrischen Exploration vom 19. September 2018

psychisch kompensiert (Urk. 30/84/56). Anhaltspunkte für krankheitswertige kognitive Beeinträchtigungen bestünden keine, ebenso wenig für eine Erkrankung aus dem depressiven Formenkreis – abgesehen von der überdrehten,

parathym wirkenden Gefühlsexpression. In der dreistündigen Untersuchung (in allerdings entspanntem Rahmen) sei auch keine erhöhte Ermüd- und Erschöpfbarkeit objektivierbar gewesen (Urk. 30/84/57).

6.3.2

Zum Krankheitsverlauf hielt der begutachtende Psychiater fest, nach ihrer Rückkehr aus den USA im Jahr 2003 sei es der Klägerin schwergefallen, sich zu integrieren. Sie sei wegen psychosomatovegetativer Beschwerden, unter anderem Rückenbeschwerden und Schlafstörungen, ärztlich behandelt worden. Dank guter Ressourcen und vor allem auch durch körperliche

Aktivität sei es ihr trotz prä-morbid auffälliger Persönlichkeitsstruktur bis im Jahr 2010 gelungen, ihr psychophysisches Gleichgewicht stabil zu halten.

Im Jahr 2012 habe sie über starke Müdigkeitsgefühle geklagt. In ihrer Tätigkeit als Spitex-Mitarbeiterin

habe

damals (nach einem Leitungswechsel, vgl. Urk.

30/15) ein schwerer Arbeitsplatzkonflikt bestanden. Als Zufallsbefund hätten die Abklärungen ein Uterus- und Ovarialkarzinom ergeben. Falls die Müdigkeitsgefühle dadurch nicht genügend begründbar seien, müsse von einer psychogenen Überlagerung aufgrund der Persönlichkeitsstruktur ausgegangen werden, wofür auch das Fortbestehen nach der komplikationslosen chirurgischen Intervention spreche.

Bei Wiederaufnahme der Arbeit in einem reduzierten Pensum sei der Arbeitsplatzkonflikt weiter eskaliert. Erst der Beizug eines Anwalts habe zur vorübergehenden Beruhigung geführt. Arbeit sei für die Klägerin therapeutisch, um das labile psychische Gleichgewicht stabil zu halten. Um nicht wieder arbeitslos zu werden, habe sie sich durchgekämpft, jedoch habe der Distress zu psychosomatovegetativen Reaktionsbildungen geführt wie erhöhte Ermüd- und Erschöpfbarkeit, Müdigkeitsgefühle, Schmerzen und Stimmungsschwankungen. Anfangs 2017 habe die Klägerin die Tätigkeit als Spitex-Mitarbeiterin aufgegeben und die Stelle einer Gruppenleiterin an einem geschützten Arbeitsplatz angetreten. Wegen erneuter Teamkonflikte habe sie diese Stelle noch während der Probezeit gekündigt und sei seit Februar (richtig: Mai) 2017 keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgegangen (Urk. 30/84/58 f.).

6.3.3
Er schlussfolgerte, neben der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

zeige die Klägerin Borderline Persönlichkeitsanteile mit Stimmungsschwankungen und verminderter Wahrnehmung innerer Präferenzen, die auf einer PTBS Struktur beruhen würden.

Mit dem Ressourcenverlust infolge der Krebserkrankung sei es im Jahr 2012 zu einer (krankheitswirksamen, Urk. 30/84/62) Persönlichkeitsänderung mit Manifestation der Borderline Persönlichkeitszüge gekommen .

Es fänden sich ferner

Persönlichkeitsanteile wie labiles Selbstwertgefühl , hohe Leistungsanforderungen, Abhängigkeit von Lob Dritter, Aggressionshemmung, Konfliktvermeidung, hohes Unabhängigkeitsbedürfnis und Dyslexiethymie . Diese seien pathognomonisch für Menschen, die unter Dis stress zu psychosomatovegetativen Reaktionsbildungen neigen würden. (Zudem seien sie i m A rbeitskontext infolge

ihres hohen Unabhängigkeitsbedürfnisses schwer führbar , Urk. 30/84/59.)

Die Klägerin s ei nach dem Ressourcenverlust

nicht mehr in der Lage, über körperliche Aktivitäten aufkommenden intrapsychi schen Dis s tress zu neutralisieren. Weiter sei Arbeit ein wichtiges Coping, um unter anderem das labile Selbstwertgefühl zu stabilisieren.

Sie habe die letzte Anstel lung während der Probezeit wegen Teamkonflikten gekündigt. Aufgrund der Per sönlichkeitsänderung und akzentuierten Persönlichkeitszüge n eigne sie sich nicht für eine Tätigkeit, die Führungsverantwortung

(oder Teamfähigkeit, Urk. 30/84/63) voraussetze ,

und sei als Gruppenleiterin nicht arbeitsfähig. Die psychische Belastbarkeit sei k rankheitsbedingt beeinträchtigt .

Unter emotionalem Disstress komme es zu psychosomatovegetativen R eaktionsbildungen mit erhöh ter Ermüd - und Erschöpfbarkeit, Müdigkeitsgefühlen und Konzentrationsstörun gen

(Urk.

30/84/61) .

Die Restarbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten liege unter 70 % und sei in einem Belastbarkeitstraining zu evaluieren. Es sei anzunehmen, dass sie auf ver mehrte Ruhepausen angewiesen sei, da mit psychosomatovegetativen Reaktions bildungen zu rechnen sei, sobald Leistungsanforderungen gestellt würden. Die psychischen Leiden seien chronifiziert und therapeutisch nicht mehr beeinfluss bar (Urk. 30/84/62). 6.4

6.4.1

Am

1. Juli 2020 erfolgte eine neuropsychologische und verhaltensneurologische Untersuchung in der Praxis von Dr. E.____ . Die Klägerin gab an, ihr kognitiver Zustand habe sich seit der Krebsdiagnose im Jahr 2013 schleichend verschlech tert. Es sei mal besser, mal schlechter, aber nie

gut (Urk.

30/113/1) . 6.4.2

Diagnostiziert wurde letztlich eine leichte bis mittelgradige neuropsychologische Störung mit vordergründig attentionalen, exekutiven und mnestischen Minderleistungen sowie deutlich reduzierter Belastbarkeit bei/mit multifaktorieller Ätiologie (Schmerzinterferenzen, Müdigkeits-assoziierte und medikamentöse Störungen sowie vaskulär) ohne Hinweise auf einen neurodegenerativen Prozess.

Im Verlauf der Untersuchung zeige sich eine deutlich reduzierte und abnehmende Belastbarkeit und erhöhte Ermüdbarkeit bei stets guter Kooperations- und Anstrengungsbereitschaft, wobei wiederholt nonverbale Schmerzäusserungen mit innerlicher Ablenkbarkeit beobachtbar seien, die sich negativ auf die allgemeine Leistungsfähigkeit – im Besonderen die konzentrativen Leistungen – ausgewirkt haben dürfte. Die Klägerin habe einen zu Beginn erhöhten und im Verlauf stabilen Wert von 5 auf der Schmerzskala VAS angegeben. Am Ende der Untersuchung lasse sich eine emotionale Labilität und affektive Belastung beobachten. Hinweise auf eine schwerere, manifeste depressive Symptomatik oder weitergehende neuropsychiatrische Auffälligkeiten fänden sich nicht (Urk. 30/113/3). 6.4.3

Bezüglich der Arbeitsfähigkeit wurde einzig festgehalten, aufgrund der neuropsychologischen Befunde wie auch der Gesamtsituation (körperliches Leiden, deutlich eingeschränkte körperliche und psychophysische Belastbarkeit) dürfte sich ein Wiedereinstieg ins Berufsleben und eine Anstellung in der freien Wirtschaft deutlich erschwert gestalten. Es sei daher eine Unterstützung durch die Invalidenversicherung angezeigt (Urk. 30/113/3).

Der RAD-Arzt Dr. med. K.____, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie schlussfolgerte daraus am 24. August 2020, dass seit der neuropsychologischen Untersuchung wahrscheinlich auch in angepassten Tätigkeiten keine verwertbare Arbeitsfähigkeit mehr bestehe (Urk. 30/126/11).

Derweilen präziserte Dr. E.____

im Bericht vom 29.

Dezember 2020, dass eine Tätigkeit ohne körperliche Belastung, ohne Einsatz des linken Armes und kognitiv nicht zu anspruchsvoll,

beispielsweise mit einem Pensum von 20 % bzw. mindestens zwei Stunden pro Tag versucht und allenfalls schrittweise erhöht werden könnte. Die Leistungsfähigkeit sei aufgrund der eingeschränkten körperlichen und psychophysischen Belastbarkeit um schätzungsweise 30 bis 40 %

vermindert (Urk. 30/124/2). Hierauf quantifizierte Dr.

K.____ die Restarbeitsfähigkeit in einer optimal angepassten Tätigkeit am 5.

März 2021 mit 20 % (Urk. 30/126/13). 6.5

6.5.1

Schliesslich nahm die Klägerin am 27. Oktober 2020 wieder eine psychiatrische Behandlung auf. Nach dem Erstgespräch hielt der Psychiater Dr. med. L.____ fest, die Klägerin berichte über eine ausgeprägte Antriebslosigkeit, Anhedonie, Konzentrations- und Einschlafstörungen, die seit der Krebserkrankung 2013 schleichend begonnen hätten und sie seit dem Jahr 2017 stark beeinträchtigen würden. Er stellte sodann die Diagnosen einer

rezidivierende n depressive n Stö rung, derzeit mittelgradige Episode, sowie eine r
c ancer
related

f atigue , ohne diese herzuleiten (Urk. 30/120/2 f.). 6.5.2

Gemäss Austrittsbericht von Dr. L.____ vom 3 1. März 2022 befand sich die de pressive
Störung in Remission. Eine cancer

related

fatigue sei bereits am 1 9. Mai 2014 diagnostiziert worden und könne auch für den aktuellen
Behandlungszeit rau m ab 2 7. Oktober 2020 bestätigt werden. Die Symptomatik beinhalte
insbe sondere eine ausgeprägte Fatigue sowie rasche psychische und physische Er
schöpfbarkeit, die zu Schwierigkeiten bei der Erledigung alltäglicher Aufgaben führe.
Hinzu kämen eine generalisierte körperliche Schwäche, Konzentrationsstö rungen,
Störungen des Kurzzeitgedächtnisses, ei n reduzierte r Antrieb, eine An hedonie bezüglich
Aktivitäten, die früher Freud e bereitet hätten, und ein gestörter Nachtschlaf trotz
Tagesmüdigkeit. Gemäss den vorliegenden Informationen be stehe die Symptomatik seit
dem Jahr 2013/2014, sei am ehesten Folge der Krebs erkrankung bzw. von deren Therapien
und verursache eine signifikante Funkti onsstörung (Urk. 2/15). 6. 6

6.6.1

Zusammenfassend ergeben sich damit w eder aus dem Gutachten der MEDAS C.____ noch
den übrigen Unterlagen Anhaltspunkte dafür, dass zwischen dem 1. Februar und 3 1. Mai
2017 ein e tumorassoziierte Fatigue, eine psychische Störung oder ein sonstiges Leiden
ohne eindeutiges organische s Korrelat neu auf getreten ist oder sich massgeblich
verschlimmerte. 6.6.2

Gemäss Gutachten bestand bei der Klägerin schon zu Beginn ihres Erwerbslebens eine
prämorbid e Persönlichkeitsstruktur mit depressiven Phasen und der Neigung zu
psychosomatovegetative n Reaktionsbildung en

im Arbeitskontext . Mit Verlust der Ressourcen im Zuge der Krebserkrankung manifestierte
sich diese definitiv im Sinne einer Persönlichkeitsänderung . Die Klägerin eignete sich nach
gut achterlicher Einschätzung demnach bereits beim Stellenantritt nicht für die Tä tigkeit als
Gruppenleiterin, in der sie eine leitende Position bekleidete und wohl auch teamfähig sein
musste. Selbst in

Verweistätigkeiten wurde ihr eine Arbeits fähigkeit von höchsten s

69 % attestiert , da sie bei Leistungsanforderungen Symp tome bilde (vgl. E. 6.3.2-3) .

Gemäss Gutachten war die Arbeitsunfähigkeit als Gruppenleiterin somit vorbestehend und
daher nicht bei der Beklagten versicher bar.

Daran ändert nichts, dass der fallführende Facharzt für Innere Medizin

die Zusammenfassung der Teilgutachten (Urk. 30/84/26 ff.)

offensichtlich

mit eige ne n

Ausführungen zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit aus orthopädischer Sicht ergänzte (Urk. 30/84/37) , zumal sich hierzu im orthopädischen Teilgutachten keine Angaben finden (Urk. 30/84/91 f.) . In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (Urk. 30/84/38-40) wurde der Verlauf der Arbeitsfähigkeit gar nicht mehr thematisiert, wobei auch nicht von einer eigentlichen Konsensbeurteilung gesprochen werden kann, zumal nur ein Gutachter sowie der Chefarzt

an der Schlussbesprechung mitwirkten . 6.6.3

Zudem bestätigten alle Behandler eine gute Therapierbarkeit

mit Remission der jeweils festgestellten, mittelgradigen depressiven Symptomatik (vgl. E. 6.1, 6.3.1, 6.4.2 und E. 6.5), so dass die depressive Störung

bisher zu keiner dauerhaften funktionellen Leistungseinbusse führte.

Die Klägerin nahm auch lange vor und nach dem Versicherungsverhältnis bei der Beklagten keine psychiatrische Behandlung wahr (etwa

Urk. 30/120/4 , wonach die erste psychoonkologische ca. zwei Jahre ab dem Jahr 2013 dauerte ; ferner Urk.

30/84/24 oben). 6.6.4

Die diagnostizierte neuropsychologische Störung, die anamnestisch ab der Krebserkrankung schleichend zunahm, wurde noch im Juli 2020 als leicht bis mittelgradig eingestuft . Zudem wurden als Ursache insbesondere die Schmerzen herangezogen (vgl. E. 6.4.2). Die den Schmerzen zugrundeliegenden somatischen Befunde haben sich allerdings erst nach Beendigung des Vorsorgeverhältnisses mit der Beklagten

massgeblich verschlechtert

(vgl. E. 5) . In der psychiatrischen Begutachtung im Jahr 2018 konnten demgegenüber keine kognitiven Defizite festgestellt werden

(vgl. E. 6.3.1) und auch Dr. E.____

bezeichnete die kognitiven Defizite noch unmittelbar vor

der neuropsychologischen Abklärung

als «subjektiv» (Urk.

30/124/15). Eine neuropsychologische Beeinträchtigung , die sich

mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zwischen dem 1. Februar und 31. Mai 2017 manifestierte, lässt sich somit nicht nachweisen . Ob sich bei der bereits länger vom Arbeitsmarkt abwesenden Klägerin aufgrund der nach der Begutachtung erhobenen neurologischen und neuropsychologischen Befunde

seit dem 1. Juli 2020 tatsächlich keine relevante Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten mehr aufbauen lässt, kann somit offengelassen werden.

6.6.5

Soweit schliesslich Dr. L.____

Jahre später

eine seit dem Jahr 2013/2014 bestehende cancer

related

fatigue bestätigte (vgl. E. 6.5.2), vermochte er damit keine erhebliche und dauerhafte funktionelle Leistungseinbusse, d.h. einen Leistungseinbruch zwischen dem 1. Februar und 31. Mai 2017 darzutun. Dass die Diagnose im Jahr 2014 und im Jahr 2020 gestellt wurde, sagt nichts über Ausmass und Verlauf der Krankheit aus. Dabei war er auch der Erste, der eine deutlich erschwerte Gesprächsführung infolge von Konzentrationsstörungen, Gedankenabrisse und Ablenkbarkeit beschrieb (Urk. 30/120/4), was eine Zustandsverschlechterung in jenem Zeitpunkt nahelegt und die damals erfolgte Wiederaufnahme der psychiatrischen Behandlung erklären würde. Ob die Diagnose gestützt auf den Bericht von Dr. L. ___ als hinreichend gesichert gelten kann, nachdem im Jahr 2015 eine deutliche Regredienz der Symptomatik zu verzeichnen war und es an einer (dokumentierten) Konsistenzprüfung

und Würdigung der Vorakten

(etwa der tatsächlichen Arbeitsleistung oder thematisierten Persönlichkeitsänderung) fehlt, kann offen gelassen werden. Ebenfalls dahingestellt bleiben kann, ob und inwiefern Dr. L. ___s Beurteilung, worin die Persönlichkeitsstruktur nach eineinhalb Jahren der Behandlung mit keinem Wort erwähnt wird, Zweifel an der gutachterlich attestierten Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht zu wecken vermag. Der Vollständigkeit halber sei angefügt, dass er sich auch nicht zur Arbeitsfähigkeit äusserte, sondern nur von einer «signifikanten Funktionsstörung»

sprach (Urk. 2/15 S. 1), was ein Teilzeitpensum keineswegs ausschliesst. 7.

7.1

Demnach lässt sich anhand der medizinischen Akten

nicht erstellen, dass sich der Gesundheitszustand der Klägerin insgesamt zwischen dem 1. Februar und 31.

Mai 2017 verschlechterte und zu einer funktionellen Leistungseinbusse in der bei der Beklagten versicherten Tätigkeit als Gruppenleiterin in

mit einem Arbeitspensum von 50 % führte. Inwiefern es sich dabei nur schon angesichts des Lohnes von ca. Fr. 3'000.-- pro Monat (Urk. 30/84/33 unten)

um einen geschützten Arbeitsplatz gehandelt haben soll, ist nicht nachvollziehbar. 7.2

Für den vorliegend massgeblichen Zeitraum wurden seitens der Klägerin im Prozess auch keine krankheitsbedingten Absenzen oder ein vom Arbeitgeber gemahnter bzw.

zumindest festgestellter Leistungsabfall während des Anstellungsverhältnisses behauptet.

In der Begutachtung durch die MEDAS C. ___ verneinte sie vielmehr explizit, mit der Tätigkeit als Gruppenleiterin überfordert gewesen zu sein. Sie habe nicht mehr Fehler gemacht als damals, als sie beschwerdefrei gewesen sei. Es seien ihr nur immer wieder Fehler vorgeworfen worden, die sie nicht gemacht habe. Mit den Klienten sei sie gut ausgekommen, einzig mit den Vorgesetzten habe sie sich nicht verstanden

(vgl. Urk. 30/84/49).

Die Angaben indizieren somit keine gesundheitliche Verschlechterung während der Tätigkeit als Gruppenleiterin als Grund für die Kündigung. 8.

Zusammenfassend kann es nach dem Ausgeführten nicht als überwiegend wahrscheinlich gelten, dass während der Versicherungsdeckung bei der Beklagten eine gesundheitliche Verschlechterung und damit eine relevante Arbeitsunfähigkeit eintrat.

Von weiteren Abklärungen, insbesondere dem beantragten Beizug der Akten der A.____ (Urk. 1 S. 6), sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten. Die Klägerin behauptete denn auch selbst nicht, dass die Ärzte bzw. die Arbeitgeberin im massgeblichen Zeitraum echtzeitlich eine medizinische Arbeitsunfähigkeit, gehäufte gesundheitlich bedingte Arbeitsausfälle oder einen Leistungseinbruch am Arbeitsplatz dokumentiert hätten oder Grund dazu gehabt hätten.

Eine solche Dokumentation erscheint für eine retrospektive ärztliche Festlegung des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit während des Vorsorgeverhältnisses mit der Beklagten indessen unentbehrlich, zumal

dieses sehr kurz war, die Klägerin nie ein Arbeitspensum über 60 % leistete und sich die mit Bezug auf den massgeblichen Zeitraum zur Diskussion stehenden Beschwerden (anders als etwa die deutliche Schmerzzunahme infolge der späteren Impressionsfraktur) schleichend entwickelten. 9.

Art. 73 Abs. 2 BVG schliesst einen Anspruch der obsiegenden Versicherungsträgerin auf eine Prozessentschädigung zwar nicht aus. Indes werden den Trägern der beruflichen Vorsorge gemäss BVG bzw. den mit öffentlichrechtlichen Aufgaben betrauten Organisationen in Anlehnung an die Rechtsprechung zu Art. 159 Abs. 2 des bis Ende 2006 in Kraft gestandenen Bundesgesetzes über die Organisation der Bundesrechtspflege (Bundesrechtspflegegesetz/OG) praxisgemäss keine Parteientschädigungen zugesprochen. Es besteht kein Grund vorliegend anders zu verfahren (vgl. BGE 128 V 133 E. 5b, 126 V 150 E. 4a, 118 V 169 E. 7 und 117 V 349 E. 8, mit Hinweisen; vgl. auch BGE 122 V 125 E. 5b und 320 E. 1a und b sowie 112 V 356 E. 6), zumal die Beklagte ihren Antrag auch nicht begründete (vgl. Urk. 12 S. 2). Das Gericht erkennt: 1.

Die Klage wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Der Beklagten wird keine Prozessentschädigung zugesprochen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - syndicom - Gewerkschaft Medien und Kommunikation - Rechtsanwalt Andreas Gnädinger - Bundesamt für Sozialversicherungen 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert

E. 10

; Urk. 33 S. 2).

Der Eintritt der Arbeitsunfähigkeit sei anhand der Diagnosen, ohne Bindung an den Entscheid der IV-Stelle zu beurteilen, den die Beklagte mit E-Mail vom 28. Juni 2022 bezüglich der Arbeitsunfähigkeit selbst als fehlerhaft erachte. Anmeldezeitpunkt und Wartefrist in der Invalidenversicherung hätten keinen Einfluss. Die ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit ab Mai 2017 sei seitens der Medas ausgewiesen (Urk. 1 S. 10; Urk. 33

S. 2). Es dürfe ihr nicht zum Nachteil gereichen, dass sie den Entscheid der IV-Stelle nicht angefochten habe; eine Verzögerung des Rentenzuspruchs wegen formeller Kriterien wäre nicht in ihrem Interesse gewesen (Urk. 17 Ziff. 10).

Eine Bindung bestehe für den Invaliditätsgrad im erwerblichen Bereich (Urk. 1 S. 8 Mitte; Urk. 17 Ziff. 12 f.). 3 .2

Die Beklagte hielt im Wesentlichen dafür, während der Anstellung beim Verein B.____ sei keine zusätzliche Arbeitsunfähigkeit eingetreten oder eine neue Diagnose gestellt worden . Vielmehr sei jene Anstellung von vornherein nicht geeignet gewesen, die Klägerin nachhaltig in den Erwerbsprozess einzugliedern (Urk.

E. 10.1

). Die Klägerin hätte

bereits nach der Krebserkrankung kein Arbeitspensum von mehr als 60 % mehr prästieren können ; auch die Invalidenversicherung habe keine volle Arbeitsfähigkeit festgestellt (Urk. 12 Ziff. 11.2 , 11.5 f. und 21.10.3 ; Urk.

E. 10.2

), wobei die IV-Stelle verschiedene ausserhalb der Versicherungszeit eingetreten e

Beschwerden berücksichtigt habe (Urk. 22 Ziff. 15). Der von der IV-Stelle festgestellte Invaliditätsgrad von zu nächst 45 %

hätte das versicherte Pensum von 50 % nicht tangiert (Urk.

E. 12

Ziff. 21.4 ; Urk. 22 Ziff.

E. 12.6

8-9 und 21.7 ; Urk.

E. 12.6.3

und 20.4 -5 ; Urk.

E. 12.6.8

und 21.7) erheblicher psychischer Gesundheitschaden mit Persönlichkeitsänderung bestanden. Invalidisierende orthopädische Beschwerden seien, wie auch die Haushaltsabklärung zeige (Urk. 12 Ziff. 7 und 11), erst im September 2018 eingetreten (Urk. 12 Ziff. 8 ,

E. 12.7

). Als angestammt gelte

die Tätigkeit als Spitex-Mitarbeiterin (Urk.

E. 12.9

, 18 und 21.9 ; Urk.

E. 17

).

Der Eintritt der Arbeitsunfähigkeit im Mai 2017 lasse sich auch nicht mit dem Gutachten oder den übrigen Akten begründen (Urk. 12 Ziff. 21.7 und 21.10).

Schon beim Stellenantritt hätten die Fatigue, bedingt durch die frühere Krebserkrankung (Urk. 12 Ziff. 10 und 16), und ein gemäss psychiatrischem Teilgutachten (Urk. 12 Ziff.

E. 22

Ziff. 14.2). 4. 4. 1

Wie bereits im Sachverhalt E. 1.1 und 1.2 erörtert, war die Klägerin bis 31. Januar 2017 als Mitarbeiterin der Spitex

mit einem 60 % -Pensum bei der A.____ berufsvorsorgeversichert. Vom 1. Februar bis 30. April 2017 arbeitete sie mit einem Beschäftigungsgrad von 50 % als Gruppenleiterin Café und Reinigung für den Verein B.____, weshalb sie – einschliesslich der Nachdeckungsfrist – bis 31. Mai 2017 bei der Beklagten berufsvorsorgeversichert war.

Gemäss Art.

E. 26

Ziff. 1 des eingereichten Vorsorgereglements, in Kraft ab 1. Januar 2017, gilt die Versicherte, die von der IV als invalid anerkannt wird, auch bei der Beklagten als invalid, sofern sie – wie in Art. 23 lit. a BVG vorgesehen – beim Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, bei der Beklagten versichert war (Urk. 2/16 S.16). Nach dem in E. 2

Ausgeführten setzt die Leistungszuständigkeit der Beklagten somit voraus, dass zwischen dem 1. Februar und 31. Mai 2017

eine relevante Arbeitsunfähigkeit eintrat. Dies bedingt zunächst eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit ungünstigen Auswirkungen auf das konkrete Arbeitsverhältnis im genannten Zeitraum, wobei die Klägerin nicht näher substantiierte, für welche Leiden sie eine Teilrente fordert. Ist eine gesundheitliche Verschlechterung

erstellt, gilt es zu prüfen, ob die entsprechenden Leiden bereits vor dem 1. Februar 2017 zu einer erheblichen und dauerhaften funktionellen Leistungseinbusse führten. Ist dies zu verneinen, hat es bei der Leistungszuständigkeit der Beklagten sein Bewenden. Ist dies zu bejahen, ist die Beklagte nur zur Ausrichtung von Leistungen verpflichtet, falls der zeitliche Konnex zwischen

der Invalidität und der schon zuvor eingetretenen Arbeitsunfähigkeit bis zum 31. Mai 2017 unterbrochen wurde. 4.2

Nach dem die Klägerin in Bezug auf das Ovarialkarzinom als geheilt galt (Urk. 30/37/5 f.; ebenso aktuell Urk. 30/99/4), verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 5. Januar 2016 zunächst einen Rentenanspruch der Klägerin. Diese habe ihre Tätigkeit als Spitex-Mitarbeiterin dreieinhalb Monate nach Ablauf des Wartjahres per 15.

Oktober 2015 wieder vollumfänglich ausüben können , womit das Kriterium der Dauerhaftigkeit nicht gegeben sei. Aus der in der Verfügung enthaltenen Aufstellung ergibt sich, dass die Klägerin ab Februar 2015 wieder 60 % gearbeitet hatte und nach anfänglichen Leistungseinbrüchen dieses Pensum ab Ende Juni 2015 wieder andauernd ausüben konnte (Urk. 30/46/2). 4.3

In der

Verfügung vom 25. Juni 2021, deren Bindungswirkung für die Beklagte umstritten ist , erwog die IV-Stelle, die Abklärungen nach Eingang der Neuanschuldung am 18. August 2017 hätten ergeben, dass der Klägerin die angestammte Tätigkeit seit Dezember 2017 nicht mehr zumutbar sei . In angepassten Tätigkeiten habe zunächst eine Arbeitsfähigkeit von 69 %

bestanden . Seit Juli 2020 sei der Klägerin

noch ein Pensum von 20 % zumutbar. Damit betrage die Einschränkung im Erwerbsbereich ab Dezember 2017 45,79 %

und ab Juli 2020 84,29

%. Diese sei jeweils mit 80

% zu gewichten.

Angesichts des Teilinvaliditätsgrades von 7,6 % im Haushaltsbereich resultiere

somit ein Gesamtinvaliditätsgrad von 44 %

bzw. 75 % , der Anspruch auf eine Viertelsrente ab Dezember 2018 (Ablauf Wartezahl) respektive auf eine ganze Rente ab Oktober 2020 (drei Monate nach der Verschlechterung) gelte (Urk. 30/133/1-2). 4.4

Basis jener Rentenverfügung bildet

die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung im Gutachten der MEDAS C.____ vom 20.

Dezember 2018. Darin diagnostizierte der Psychiater eine andauernde Persönlichkeitsänderung auf dem Boden einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Aus psychiatrischer Sicht liege die Arbeitsfähigkeit unter 70 % , sei aber nicht weiter quantifizierbar; ein Belastungstraining sei indiziert (zum psychiatrischen Teilgutachten im Detail, vgl. E. 6.3) .

Der Neurologe diagnostizierte eine zervikale Syringomyelie mit überwiegender Sensibilitätsstörung . Gegenwärtig bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit , die Prognose sei jedoch ungewiss . Im Detail führte der begutachtende Neurologe in seinem Teilgutachten aus, die Syringomyelie sei im Jahr 2007 bildgebend noch nicht ersichtlich gewesen. In den Jahren 2017 bis 2018 sei eine gewisse Progredienz zu erkennen. Die geklagte Sensibilitätsstörung auf der linken Seite (Gesicht, Arm und teilweise auch Rumpf) sei auf die Syringomyelie zurückzuführen, die auch mit einer leichten motorischen Beeinträchtigung der linken Hand ohne wesentliche funktionelle Bedeutung in Zusammenhang zu bringen sei. Für eine lumbale radikuläre Symptomatik bestünden aufgrund der klinischen Untersuchung keine Anhaltspunkte (Urk. 30/84/98).

Aus orthopädischer Sicht bestünden Zervikalgien, Lumbalgien, eine beginnende Omarthrose links, Hüftschmerzen links, chronische Knieschmerzen links sowie ein Status nach distaler Fibulafraktur rechts und proximaler, dislozierter Humeruskopffraktur rechts. In der angestammten Tätigkeit bestehe keine Arbeitsfähigkeit mehr; in angepassten Tätigkeiten (gemäss Urk. 30/84/90 hauptsächlich sitzend, teilweise stehend und kaum gehend) sei zwar eine Arbeitsfähigkeit gegeben, es bestünden jedoch erhebliche qualitative Einschränkungen (gemäss Urk. 30/84/90 f.: unzumutbar sind Zwangshaltung vor dem PC, eine hockende oder kniende Stellung, Arbeiten auf unebenem Gelände, Treppen oder Leitern, Arbeiten über oder mit rekliniertem

Kopf, Gehstrecken von 500 m und mehr sowie das Tragen von Gewichten über 5 kg).

Bei einem Status nach Uterusovarialkarzinom, nach subsegmentalen Lungenembolien und nach Morbus Crohn sowie bei einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (PAVK I) und weiteren Leiden sei die Klägerin aus allgemeinmedizinischer Sicht zwar voll arbeitsfähig, qualifiziere sich jedoch nur für leichte körperliche Tätigkeiten.

Ein neuropsychologisches und onkologisches Teilgutachten bei geklagter Fatigue-Symptomatik liege nicht vor.

In der Konsensbeurteilung sei die bisherige Tätigkeit damit aus rein orthopädischer Sicht nicht mehr zumutbar. In angepassten Tätigkeiten bestehe eine Restarbeitsfähigkeit von gegenwärtig unter 70 % bei auch erheblichen qualitativen Einschränkungen. So qualifiziere sich die Klägerin nur für körperlich leichte Tätigkeiten. Der weitere Verlauf sei ungewiss. 5.5.1

Soweit es die Beschwerden mit klarem somatischem Korrelat betrifft,

finden sich in den Akten mit Bezug auf den für die Leistungspflicht der Beklagten relevanten Zeitraum vom 1. Februar bis 31. Mai 2017

keine der gutachterlichen Beurteilung widersprechenden fachärztlichen Einschätzungen. Dabei ist davon auszugehen, dass es sich bei der bei der Beklagten versicherten Tätigkeit als Gruppenleiterin zu 50 % um eine körperlich leichte, administrative Tätigkeit handelte (etwa Urk.

30/69/1). Die Klägerin legte denn auch nicht dar, inwiefern die Tätigkeit beim Verein B. Aufgaben umfasste, die sie aufgrund der

somatischen Beeinträchtigungen

nicht mehr oder nur noch eingeschränkt ausführen konnte.

E. 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 siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 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 der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin
VogelBonetti

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