

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2024.00033

vom 15. Juli 2025

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-07-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_BV.2024.00033

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2024.00033 du 15 juillet 2025

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2024.00033 del 15 luglio 2025

Erwägungen

E. 1.1

X.____, geboren im 1972 ,

ist gelernte Dentalassistentin. Ab Mai 2011 war sie bei der Y.____ AG tätig und absolvierte daneben von Oktober 2011 bis April 2012 eine Ausbildung zur Praxisassistentin.

Über ihre Vollzeitstellung als Chef-Dentalassistentin war sie bei der

Asga Pensionskasse Genossenschaft berufsvorsorgeversichert

(vgl. Urk. 2/34 ; Urk. 6/3 Frage 5.3) .

Im Januar 2013 sprach die Arbeitgeberin die Kündigung aus . Da die behandelnden Ärzte der Versicherten ab

E. 1.2

Im Rahmen ihrer Krankschreibung bezog die Versicherte bis 13. April 2015 Leistungen aus der Kollektiv-Taggeldversicherung

(vgl. Urk. 2/3 , 2/7 und 2/15) .

Der Krankenversicherer holte in dieser Zeit zwei externe Gutachten ein.

Das erste wurde am 20. April 2014 von Dr.

med. Z.____, mitunter Facharzt für Rheumatologie (Urk. 2/12), und das zweite am 10. Juli 2014 von Dr. med. A.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (Urk. 2/14), erstattet.

E. 1.3

Mit Formular vom 2. September 2013 hatte sich die Versicherte auch zum Leistungsbezug bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, angemeldet (Urk. 6/3).

Diese gab ein internistisches, rheumatologisches, neurologisches und psychiatrisches Gutachten in Auftrag, das am 15. September 2016 von der B.____ AG erstattet wurde (Urk. 2/17). Gegen die rentenablehnende Verfügung der IV-Stelle vom 3. Mai 2017 (Urk.

6/8)

erhob die Versicherte Beschwerde, welche das hiesige Sozialversicherungsgericht mit Urteil IV.2017.00643 vom 21. September 2018 abwies . Indessen hob das Bundesgericht beide Entscheide mit Urteil 8C_771/2018 vom 13.

Juni 2019 auf und wies die Sache zur Neuurteilung an die IV-Stelle zurück

(Urk. 6/9).

Derweilen hatte sich die Versicherte vom 20. März bis 1. Juni 2018 in einer psychiatrischen Tagesklinik behandeln lassen (Urk. 2/18). Die IV-Stelle gab erneut eine polydisziplinäre Begutachtung in Auftrag; das Gutachten der C.____ AG datiert vom 6. August 2020 (Urk. 6/10-11). Da der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens anzweifelte (vgl. Urk.

6/12), holte die IV-Stelle ein weiteres psychiatrisches Gutachten

bei der Fachärztin Dr. med. D.____

ein, das vom 10. August 2021 datiert. Dieses umfasst auch eine neuropsychologische Untersuchung, durchgeführt durch die Fachpsychologin für Neuropsychologie SVNP Dr. phil. E.____

(Urk.

2/21). Schliesslich sprach die IV-Stelle der Versicherten mit Verfügung vom 8.

Februar 2022 rückwirkend ab 1. April 2015 eine ganze Invalidenrente zu mit der Begründung, ihr sei seit spätestens April 2014 keine berufliche Tätigkeit mehr zumutbar

(Urk.

2/22).

Die Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft (Urk.

1 S. 9).

E. 1.4

In der Folge ersuchte die Versicherte

die Asga Pensionskasse Genossenschaft

mit Schreiben vom 28. März 2022 um Prüfung ihrer Leistungspflicht (Urk. 2/23),

welche diese zunächst unter Hinweis auf den Beginn der massgebenden Arbeitsunfähigkeit nach ihrem Austritt verneinte (Urk. 2/24).

Auf Einwand der Versicherten (Urk. 2/25) liess

sie

mit Schreiben vom 20.

Januar 2023 indes unter Beilage eines Auszahlungstalons verlauten,

es sei per 1.

Januar 2022 eine betragsbefreite Versicherung eröffnet worden und man werde sich melden, sobald man die Freizügigkeitsleistung zurückerhalten habe (Urk. 2/26). Mit Schreiben vom 11. Juli 2023 (Urk. 2/28) entschuldigte sie sich hierfür

und hielt – wie auch später mit Schreiben vom 27.

März 2024 (Urk. 2/30) – fest, dass ihrerseits keine Leistungspflicht bestehe. 2.

Mit Einlage vom 5. Juni 2024 (Urk. 1; Beilagen Urk. 2/3-37) erhob die Versicherte, vertreten durch F.____, Klage gegen die Asga Pensionskasse Genossenschaft mit dem Antrag, die Beklagte sei zu verpflichten, ihr ab 1. April 2015 eine 100%ige

reglementarische Invalidenrente in Höhe von jährlich Fr.

24'228.-- für sie persönlich und je Fr.

4'846.-- pro anspruchsberechtigtem Kind zuzüglich 5 % Verzugszins ab Klageeinreichung auszurichten; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beklagten. In prozessualer Hinsicht ersuchte sie um Ergänzung des Gutachtens durch Dr. D.____

bzw. Einholung eines Gerichtsgutachtens bezüglich der Frage des Beginns der zur Invalidität führenden Arbeitsunfähigkeit

(Urk. 1 S. 2). Mit Verfügung vom 11.

Juni 2024 setzte das Gericht der Beklagten eine 30-tägige Frist zur Einreichung einer Klageantwort an (vgl. Urk. 4). In der am 4. Juli 2024 erstatteten Klageantwort (Urk. 5; Beilagen Urk. 6/2-12) schloss die Beklagte, vertreten durch Rechtsanwältin Mozar, auf Abweisung der Klage (Urk. 5 S. 2).

Mit Verfügung vom 15. Juli 2024 ordnete das Gericht einen zweiten Schriftenwechsel an (Urk.

8). In der Replik vom 20. August 2024 (Urk. 10; Beilage Urk. 11) forderte die Klägerin anstelle eines Verzugszinses von 5 % nur noch den BVG-Mindestzinssatz (Urk. 10 Ad Ziff. 13). Die Beklagte hielt in der Duplik vom 19.

September 2024, eingereicht innert der mit Verfügung vom 23. August 2024 angesetzten

Frist von 30 Tagen (Urk. 12), an der Klageabweisung fest (Urk. 14). Die Duplik wurde der Klägerin mit Verfügung vom 20. September 2024 zur Kenntnis gebracht (Urk. 15). Am 30. Oktober 2024 informierten F.____ und Rechtsanwalt Michael Meier das Gericht, dass letzterer die Vertretung der Klägerin übernommen habe (Urk. 17). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

Das angerufene Gericht ist für die Klage unstrittig örtlich und sachlich zuständig (vgl. Art. 73 Abs. 1 und 3 des Bundesgesetzes über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge [BVG]; § 2 Abs. 2 lit. a des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer]), zumal

die Klägerin über ihr Anstellungsverhältnis

bei der Y.____ AG am Standort Zürich bei der Beklagten berufsvorsorge versichert war (Urk. 10 S. 2 f.; Urk. 5 S. 2 und Urk. 2/3). 2. 2.1

Invalidenleistungen 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 BVG; BGE 135 V 13 E. 2.6). Für die

Bestimmung der Leistungszuständigkeit im Sinne von Art. 23 lit. a BVG ist - wie für die Eröffnung der Wartezeit nach Art. 28 Abs. 1 lit. b des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG), etwa Urteil des Bundesgerichts 9C_824/2018 vom 4. Juni 2019 E. 3.1) - eine erhebliche und dauerhafte

Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich massgebend.

Diese muss mindestens 20 % betragen (BGE 144 V 58 E. 4.4 mit Hinweisen).

Der Anspruch auf Invalidenleistungen setzt einen engen sachlichen und zeitlichen Zusammenhang zwischen der während der Dauer des Vorsorgeverhältnisses (einschliesslich der einmonatigen

Nachdeckungsfrist nach Art. 10 Abs. 3 BVG) bestandenen Arbeitsunfähigkeit und der allenfalls erst später

eingetretenen Invalidität voraus (BGE 134 V 20 E. 3.2). 2. 2

Aus der engen Verbindung zwischen dem Recht auf eine Rente der Invalidenversicherung und demjenigen auf eine Invalidenleistung nach BVG ergibt sich, dass der Invaliditätsbegriff im obligatorischen Bereich der beruflichen Vorsorge und in der Invalidenversicherung grundsätzlich der gleiche ist (BGE 123 V 269 E. 2a, 120 V 106 E. 3c, je mit Hinweisen).

Praxismässig sind daher die Vorsorgeeinrichtungen im Bereich der gesetzlichen Mindestvorsorge (Art.

E. 4

. April 2013 eine volle Arbeitsunfähigkeit attestierten, verlängerte sich ihr Arbeitsverhältnis

bis 31. Juli 2013 (vgl. Urk. 2/6) .

E. 4.1

Stellt die Vorsorgeeinrichtung auf die invalidenversicherungsrechtliche Betrachtungsweise ab, muss sich die versicherte Person diese unter den bereits in E. 2.2 erläuterten Voraussetzungen

entgegenhalten lassen

und zwar ungeachtet dessen, ob der Vorsorgeversicherer im Verfahren der Invalidenversicherung beteiligt war oder nicht

(vgl. BGE 130 V 270 E. 3.1 und 144 V 63 E. 4.1.1).

Für den Beginn des Anspruchs auf Invalidenleistungen gelten

sinngemäss die entsprechenden Bestimmungen des IVG (Art. 29 IVG; Art. 26 Abs. 1 BVG). Der Anspruch auf eine Invalidenrente der obligatorischen beruflichen Vorsorge entsteht grundsätzlich mit dem Beginn der Rente der Invalidenversicherung nach Art. 29 Abs. 1 IVG, d.h. frühestens sechs Monate seit der Anmeldung bei der Invalidenversicherung zum Rentenbezug (BGE 140 V 470). Deshalb ist (neben

dem von der Invalidenversicherung ermittelten

Invaliditätsgrad von 40 % oder mehr) auch der im invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren festgesetzte Beginn der einjährigen Wartezeit nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG im Streit um Invalidenleistungen der beruflichen Vorsorge bzw. darum, ob die ins Recht gefasste Vorsorgeeinrichtung nach Gesetz (Art. 23 lit. a BVG) und Reglement leistungspflichtig ist, grundsätzlich verbindlich - sofern die betreffende Festlegung aufgrund einer gesamthaften Prüfung der Akten nicht als offensichtlich unhaltbar erscheint (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_340/2016 vom 21. November 2016 E. 4.1.1, 4.2 und 5.1) . Dass die Beklagte vorliegend den Invaliditätsbegriff oder das versicherte Risiko in ihren reglementarischen

oder statutarischen Bestimmungen abweichend von der Invalidenversicherung geregelt hätte, machte die Klägerin nicht geltend. Dabei erachten die Parteien übereinstimmend das Kassenreglement der Beklagten in der ab 1. Januar 2014 gültigen Fassung als anwendbar (vgl. Urk. 6/2 und 2/31) 4.2

Mit ihrer Behauptung, sie sei seit April 2013 durchgehend voll arbeitsunfähig gewesen (etwa Urk. 1 S. 13 unten und S. 14 Mitte), beanstandet die Klägerin letztlich die Leistungszusprechung der Invalidenversicherung hinsichtlich des Rentenbeginns (Art. 29 Abs. 3 IVG). Denn würde diese zutreffen, hätte die einjährige Wartezeit früher begonnen und wäre ihr Rentenanspruch – unter Berücksichtigung der sechsmonatigen Karenzfrist nach der Anmeldung vom 10.

September 2013 (vgl. Urk. 6/3) – nicht wie verfügt per 1. April 2015, sondern bereits ein Jahr früher entstanden (vgl. Urk. 2/22, Verfügungsteil).

Dabei wäre es

ihr

freigestanden, die Rentenverfügung vom 8. Februar 2022 anzufechten und einen früheren Rentenbeginn zu verlangen, wozu sie als versicherte Person ohne weiteres legitimiert gewesen wäre (Art. 59 ATSG).

Dass ihr die Krankentagelder

subsidiär zu den sozialversicherungsrechtlichen Leistungen ausbezahlt wurden, entspricht dem Regelfall und vermag daher von vornherein keine Ausnahme vom Grundsatz der Bindung an die massgeblichen Feststellungen der Invalidenversicherung

zu begründen, der ansonsten jegliche praktische Bedeutung verlöre. Entscheidend ist nach der Rechtsprechung allein, ob die entsprechenden Feststellungen in der invalidenversicherungsrechtlichen

Verfügung massgeblich waren für die Rentenzusprechung. Welche Bedeutung den Leistungen der Invalidenversicherung im Einzelfall mit Bezug auf die konkreten finanziellen Verhältnisse einer versicherten Person zukommt, kann unter dem Aspekt der Gleichbehandlung der Versicherten weder für die Beschwerdelegitimation noch die Bindungswirkung relevant sein.

E. 4.3

Indessen ist im hier zu beurteilenden Fall zu berücksichtigen, dass die fragliche Feststellung der

Invalidenversicherung in der Rentenverfügung vom 8. Februar 2022 wie folgt lautet: «Gemäss unseren Abklärungen ist Ihrer Mandantin seit spätestens April 2014 keine berufliche Tätigkeit mehr zumutbar. Zu diesem Zeitpunkt beginnt das gesetzliche Wartejahr» (vgl. Urk. 2/22, Verfügungsteil). Damit äussert sich die IV-Stelle nicht abschliessend zum Verlauf der Arbeitsunfähigkeit vor April 2014, soweit sie nicht fälschlicherweise gar davon ausging, nur eine volle Arbeitsunfähigkeit vermöge das Wartejahr in Gang zu setzen. Es kann also nicht wie ansonsten üblich (etwa Urteil des Bundesgerichts 9C_47/2019 vom 29. Mai 2019 E. 4.2) geschlossen werden, dass die IV-Stelle mit der Festsetzung des Beginns der einjährigen Wartezeit per 1. April 2014 implizit

erkannt e , dass davor die Arbeitsunfähigkeit durchgehend weniger als 20

% b etrug oder aber an mindestens dreissig aufeinanderfolgenden Tagen eine volle Arbeitsfähigkeit bestand en hatte (Art. 29 ter IVV). D em der Verfügung zugrund e liegenden G utachten von Dr. D. ___

ist denn auch lediglich zu entnehmen , bei zuvor Krankschreibung aus somatischen Gründen gelte die psychiatrische Beurteilung

(keine Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit) s eit mindestens dem Beginn der stationären Rehabilitationsbehandlung im April 2014 (vgl. Urk. 2/21, psychiatrisches Gutachten S. 28). Lediglich der Vollständigkeit halber sei an dieser Stelle angefügt, dass es sich aufgrund der vorhandenen somatischen Beurteilungen alsdann als unhaltbar erweist, das Wartejahr erst im April 2014 beginnen zu lassen (vgl. E. 7.1 und 7.2 hernach). 5. 5.1

Mit Blick auf die Invalidenleistungen aus BVG ist, wie von den Parteien dargetan (vgl. Urk. 1 A. 13 und Urk. 5 S. 7), Art. 23 lit . a BVG massgebend. Diesbezüglich ist zunächst hervorzuheben, dass e ine Unterbrechung des zeitlichen Konnexes (grundsätzlich) dann anzunehmen ist , wenn während mehr als dreier Monate eine Arbeitsfähigkeit von über 80 % in einer angepassten Erwerbstätigkeit gegeben ist (BGE 144 V 58 E. 4.5) und kumulativ bezogen auf die angestammte Tätigkeit ein rentenausschliessendes Einkommen erzielt werden kann (BGE 134 V 20 E. 5.3). 5.2

Ein sachlicher Konnex ist gegeben, wenn der Gesundheitsschaden, der zur Arbeitsunfähigkeit geführt hat, im Wesentlichen derselbe ist, wie er der Erwerbs unfähigkeit zugrunde liegt. Er kann auch gegeben sein, wenn die bei noch bestehender Versicherungsdeckung eingetretene Arbeitsunfähigkeit somatisch, die Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung begründende, allenfalls auch berufsvorsorgerechtliche Leistungen auslösende Invalidität jedoch psy chisch bedingt ist. Notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung hierfür ist, dass das psychische Leiden sich schon während des Vorsorgeverhältnisses manifestierte und das Krankheitsgeschehen erkennbar mitprägte (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_9/2024 vom 29. Januar 2025 E. 3 .2.1). 5.3

In letztgenannten Konstellationen ist für die Bejahung des sachlichen Konnexes in der Regel nicht vorausgesetzt, dass während der Dauer des Vorsorge ver hältnisses bzw. vor dem Ende der Nachdeckungsfrist (für die Risiken Tod und Invalidität) die Arbeitsfähigkeit psychisch bedingt (mindestens zu 20 % wie bei körperlichen Beeinträchtigungen) eingeschränkt war. Umso grössere Bedeutung kommt dem Nachweis zu, dass das Leiden sich manifestiert und das Krank heitsgeschehen erkennbar mitgeprägt hatte, an welchen demzufolge keine zu geringen Anforderungen gestellt werden dürfen. Verlangt sind grundsätzlich echtzeitliche Belege, aus denen sich allenfalls im Verbund mit späteren fach ärztlichen Berichten gewichtige Anhaltspunkte ergeben, wonach bei noch beste hender Versicherungsdeckung psychische Beeinträchtigungen mit Auswir kungen auf das Krankheitsgeschehen bestanden (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_181/2021 vom 10. Juni 2021 E. 4.3, 9C_583/2016 vom 19. Januar 2017 E.

5.1). 5.4

Nach dem Ausgeführten gilt es vorliegend vorab zu klären, ob noch während der Versicherungsdeckung eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20

% in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als leitende Dentalassistentin eingetreten ist , da die IV-Stelle diese Frage nicht abschliessend beantwortete . Unstrittig war die Klägerin dabei

vom 23. Mai 2011 bis 31. Juli 2013 bei der Y.____ AG angestellt und unter Berücksichtigung der Nachdeckungsfrist nach Art. 10 Abs. 3 BVG respektive Art. 35 des Kassenreglementes bis am 31. August 2013 bei der Beklagten für die berufliche Vorsorge versichert (vgl. Urk. 1 S. 13 und Urk. 5 S.

2 und 9). Gegebenenfalls ist einerseits zu prüfen, ob der zeitliche Zusammenhang zwischen dieser Arbeitsunfähigkeit und der später eingetretenen Invalidität gewahrt ist, insbesondere ein Unterbruch infolge einer Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten besteht.

Andererseits ist der sachliche Konnex zu prüfen, insbesondere soweit die während der Versicherungsdeckung begründete Arbeitsunfähigkeit somatisch und die Invalidität psychisch bedingt sein sollte. So ist zwischen den Parteien zu Recht unbestritten, dass der Klägerin mit Verfügung der Invalidenversicherung vom 8. Februar 2022 rückwirkend ab 1. April 2015 eine ganze Invalidenrente aufgrund einer psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit seit April 2014 zugesprochen wurde (vgl. Urk. 1 S. 16 und 18; Urk. 5 S. 9 Mitte). Die Invalidenversicherung stützte sich hierbei

auf das von Dr. D.____

und Dr. phil. E.____ erstattete

psychiatrisch-neuropsychologische Gutachten vom 10. August 2021, indem sie Bezug auf die medizinische Untersuchung im Mai 2021

nahm und

die Weiterführung der antidepressiven Medikation mit Kontrolle der Blutspiegel sowie das Hinarbeiten auf eine Tagesstruktur, eventuell mit erneuter Anbindung an eine Tagesklinik, empfahl (vgl. Urk. 2/22, Verfügungsteil 2). 6.6.1

Aus somatischer Sicht konstatierten die behandelnden Spezialisten gestützt auf ein MRI vom 15. Mai 2013 eine Diskushernie L3/4 mediolateral links mit rezessaler Kompression der Nervenwurzel L4 links (etwa Urk. 2/9 S. 2 und Urk.

2/11 S. 3 unten; ergänzend MRI vom 14. Februar 2014, Urk. 2/11 S. 4 Mitte). In diesem Kontext wurden einige Monate später auch chronisch-neurogene Veränderungen in der von L3/4 innervierten Muskulatur festgestellt (vgl. Urk. 2/9 S. 4 oben). In der Bildgebung vom 19. Juli 2013 zeigte sich zudem ein gegenüber dem Vorjahr (dazu Urk. 2/14 S. 2 des Gutachtens) unveränderter Befund bezüglich einer

symptomatische Hüftdysplasie links. Eine Beckenumstellungsosteotomie wurde als indiziert erachtet (etwa Urk. 11 und Urk. 2/11 S. 4). Nach Auffassung der Behandler vermochten diese Befunde die Schmerzen bzw. Einschränkungen in der Erwerbstätigkeit im Wesentlichen zu begründen, auch wenn sie diese unterschiedlich gewichteten (vgl. Urk. 2/4, Urk.

2/5 ad10, Urk. 2/9, Urk. 2/11, Urk.

2/16 Fragen 1.4, 1.7 und 1.8, Urk. 2/36, 2/37 und 11). 6.2

Auf dieser Grundlage finden sich in den Akten diverse fachärztliche Expertisen mit differenzierten Angaben zur Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht, erstellt im Auftrag der Krankentaggeld- oder Invalidenversicherung. Die erste stammt von Dr. Z.____. Er kam

nach der Untersuchung der Klägerin vom 3. März 2014 zum Schluss, das arbeitsmedizinische Problem aus rheumatologischer Sicht bestehe in einer Fehlstatik des

Achsenorgans infolge Beinlängenverkürzung rechts (- 2 cm rechts mit Verkürzungshinken , vgl. Urk.

2/12 S. 9 f. des Gutachtens) mit daraus erklärbaren muskulären Dysbalancen . Alternativ erwog er eine vertebrogene Genese der myofaszialen Befunde bei bildgebend nachgewiesener Diskushernie ohne im klinischen Untersuchung floride neuromeningeale Engpass symptomatik. Ferner bestätigte er Bewegungseinschränkungen infolge der Hüft dysplasie .

Als leitende Dentalassistentin mit nach eigenen Angaben einem Mix von Arbeiten am Patienten nebst Tätigkeiten im Backoffice (wie Materialbewirtschaftung, Bestellwesen , Erstellen von Einsatzplänen in der Personalplanung) sei

damit ein etwa 50%iges halbtägiges Pensum realisierbar, sofern schwerere und repetitive Hebe- und Tragbelastungen sowie ergonomisch ungünstige Haltungsmonotonien vermieden würden. So dürfte die Klägerin in den zu 70 bis 80 % ausgeübten administrativen Tätigkeiten, mit Arbeiten am Empfang und ähnlichem , bezüglich längerdauernder Haltungsmonotonie im Sitzen eingeschränkt sein.

Zudem bestünden Limitierungen bezüglich

Heben und Tragen beim Entgegennehmen von Lieferungen und der Lagerbewirtschaftung. Hinsichtlich der Arbeit am Patienten , die sie vertretungshalber etwa 20 bis 30 % ausgeübt habe , sei sie im Rahmen unergonomischer Haltungsmonotonien limitiert. Ein Mix aus Verwaltungsaufgaben

und einer Tätigkeit am Patienten in kleinem Pensum entspräche einer wechsellagernden und somit leidensangepassten leichten Tätigkeit . Bei Erfolg der therapeutischen Massnahmen (Beinlängenausgleich und myofasziale Triggerpunkttherapie) sollte das Arbeitspensum deutlich steigerbar sein (vgl. Urk.

2/12, S. 11-13 des Gutachtens). 6.3

Gemäss Gutachten der B.____ AG vom 15. September 2016 begann die somatische Arbeitsunfähigkeit zwischen den Jahren 2012 und 2013, als eine Nervenwurzelkompression L3/L4 ohne sichere radikuläre Zeichen bedingt durch eine Diskushernie (MRI vom 15. Mai 2013 und 11. Februar 2015, vgl. Urk. 2/17 S. 13 des Gutachtens) objektiviert werden konnte. Durch ein bereits im Jahr 2012 festgestelltes femoroacetabuläres

Impingement links (Arthro -MRI vom 3. Mai 2012 mit aufgehobenem vorderen Offset und Läsion am vorderen Labrum, aber noch intaktem Femurkopf ,

vgl. Urk. 2/17 S. 13 des Gutachtens) habe sich der klinische Verlauf kompliziert. Als Praxismanagerin / leitende Dentalassistentin werde die rheumatologische Arbeitsfähigkeit bei Dispensierung von Steh- und Sitzzwang zurzeit auf 50 % geschätzt, da keine gesicherten Hinweise für eine Nervenwurzelkompression vorlägen (nur chronisch-degenerative Veränderungen ohne Nachweis akuter Denervationszeichen in der EMG-Untersuchung vom 17.

Dezember 2013, vgl. Urk. 2/17, S. 16 des Gutachtens), hingegen eine (seit Mai 2013 stabil e , vgl. Urk. 2/17, S. 16 des Gutachtens)

persistierende links medio laterale Diskushernie L3/L4 am 11. Februar 2015 kernspintomographisch erneut bestätigt worden sei. Für eine leichtere manuelle bis

mittelschwere Berufstätigkeit, die in Wechselstellungen ausgeführt werden könne, mit auch regelmässigen Pausierungen und Dispens vom Heben schwerer Lasten (über 10 kg) schätze man die Arbeitsfähigkeit auf 100%. Im Haushalt betrage die Leistungsfähigkeit 70

%. Nicht mehr zumutbar seien schwerere Arbeiten, die ausschliesslich stehend ausgeführt würden, sowie mit vornüber geneigter Rumpfhaltung verbunden seien. Ebenso sei das Heben schwerer Gewichte (über 10 kg) nicht mehr zumutbar (Urk. 2/17, S. 25 f. des Gutachtens). 6.4

Im C.____-Gutachten vom 6. August 2020 wurde der Klägerin somatisch eine volle Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit attestiert. Die Einschätzung gelte aufgrund des seit der Begutachtung durch die B.____ AG gebesserten spinalen Bildbefundes und der weiterhin nicht vorhandenen arthrotischen Veränderungen im linken Hüftgelenk spätestens ex nunc; wann die Besserung eingetreten sei, lasse sich rückblickend nicht näher bestimmen. Das MRI der Hals- und Lendenwirbelsäule (LWS) beschreibe altersentsprechende degenerative Veränderungen ohne klinisches Korrelat. Die aktenkundig beschriebene medio-linkslaterale Diskushernie L3/4 mit Rezessusstenose und Verdacht auf eine Nervenwurzelreizung L4 sei nicht mehr nachweisbar. Die geklagten Hüft- und Glutealbeschwerden liessen sich aufgrund des femoroacetabulären

Impingement-Syndroms bei leichter CAM-Deformität und klinisch angedeutet positivem Impingement-Test nur teilweise verstehen. Eine signifikante Muskelatrophie bestehe nicht. Auf einen zur Differentialdiagnose notwendigen manuellen Untersuchung hinsichtlich myofaszialer Triggerpunkte habe man verzichten müssen, wobei Triggerpunkte regelhaft einfach behandelbar seien. Die Bildbefunde seien zudem nicht derart ausgeprägt, dass bei Präadipositas keine Beschwerdebesserung durch eine Gewichtsreduktion zu erwarten wäre. Aufgrund der Hüftdysplasie als häufigste Ursache einer Präarthrose am Hüftgelenk rechtfertige sich die Empfehlung, Arbeiten mit häufiger schwerer körperlicher Belastung, ständigem Stehen / Gehen sowie Arbeiten in Körperzwangshaltungen dauerhaft zu meiden. Zumindest in leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden oder überwiegend sitzend ausgeübten Arbeiten lasse sich eine Limitation nicht ausreichend begründen (vgl. Urk. 6/10 S. 285-289 des Gutachtens). 7.7.1

In Würdigung der zitierten Unterlagen ist der Argumentation der Beklagten zur somatischen Arbeitsfähigkeit

(vgl. Urk. 5 S. 8 und 11)

insoweit beizupflichten, als erstens noch während der Versicherungsschutz (Mai 2011 bis August 2013)

eine somatisch bedingte Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit

eintrat, und zweitens diese spätestens im August 2020 vollständig entfiel, wobei sich der genaue Verlauf nur mehr teilweise feststellen lässt.

Einerseits manifestierte sich ab dem Jahr 2012 eine Symptomatik infolge der bildgebend dokumentierten Hüftdysplasie, andererseits zeigte sich bildgebend von Mai 2013 bis Februar 2015 eine stabile Diskushernie L3/4 mit im Dezember 2013 bestätigten chronisch-neurogenen Veränderungen in der von L3/4 innervierten Muskulatur.

Dr. Z.____

erachtete ferner

eine Beinlängendifferenz als massgebend, wobei offenbleiben muss, ob bzw. wie weit diese

unter die Hüftdysplasie zu subsumieren ist.

Infolge der objektiven Befunde wurde der Klägerin bei unterschiedlicher Gewichtung der Leiden

in den zwischen Frühjahr 2013 und Frühjahr 2015 durchgeführten Untersuchungen jeweils eine

quantitativ eingeschränkte somatische Arbeitsfähigkeit

attestiert. Als leidend adaptiert galt eine körperlich leichte (Heben und Tragen bis maximal 10 kg), wechselbelastende Tätigkeiten ohne Haltungsveränderungen. Erst nachdem die Diskushernie nicht mehr nachweisbar war

und sich keine arthrotischen Veränderungen im Hüftgelenk

eingestellt hatten, wurde im C.____-Gutachten die bisherige Tätigkeit wie der als vollzeitig zumutbar erachtet, wenn auch in Bezug auf die Hüftdysplasie weiterhin einschränkende

Empfehlungen abgegeben wurden.

Wie und wann die Diskushernie zwischen den Bildgebungen vom Februar 2015 und Juni 2020 (vgl. Urk.

6/10, S.

291 des Gutachtens unten) verschwunden, lässt sich nicht mehr eruieren.

Entsprechendes muss

für die

Hüftbeschwerden gelten. Diese waren schon früher aufgetreten, hatten aber unter Analgesie und Physiotherapie jeweils gebessert und erstmals im Jahr 2012 länger persistiert bzw. eine Arbeitsunfähigkeit von wenigen Tagen bewirkt

(vgl. Urk. 2/12 S. 6 des Gutachtens). Noch im Sommer 2013 reagierten

diese

auf die

Infiltrationen.

Nachdem sich im weiteren Verlauf bis im Jahr 2020

keine arthrotischen Veränderungen entwickelt hatten, wie sie bei einer mehrjährigen schmerzhaften Überlastung zu erwarten wären, ist nachvollziehbar, dass im C.____-Gutachten nicht auf eine anhaltend symptomatische Hüftdysplasie geschlossen wurde. 7.2

Nur bedingt gefolgt werden

kann der Argumentation der Beklagten (vgl. Urk. 5 S. 11), dass die im Gutachten der B.____ AG

in der angestammten Tätigkeit attestierte Arbeitsunfähigkeit von

50 % nicht überzeuge , zumal der Gutachter ausdrücklich festgehalten habe, dass er die symptomatische Bedeutung und Auswirkung der bildgebenden Dokumentation auf die Schmerzsymptomatik nicht beurteilen könne ; e s sei somit diskutabel , aber nicht offensichtlich unhaltbar, dass die IV-Stelle die Klägerin vor April 2014 als voll arbeitsfähig erachte t habe.

Dem Wiedererreichen einer vollen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit vor April 2014

steht

auch die echtzeitliche Einschätzung von Dr. Z.____ entgegen. Er ging nach ausführlicher klinischer Untersuchung und unter detailliert er Bezug nahme zum von der Klägerin angegebenen Stellenprofil ebenfalls nur von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % mit Anpassung der Aufgaben aus . Die höhere Arbeitsfähigkeit im C.____ - G utachten wurde, wie in E.

7.1

erörtert , nachvollziehbar mit der nach Februar 2015

gebesserten Diskushernie und den fehlenden arthrotischen Veränderungen der Hüfte begründet (vgl. Urk.

6/10 S. 289).

Eine

abweichende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit für die Zeit vor der Begutachtung

gaben die Gutachter nicht ab . Ebenso wenig stellten sie die damals erhobenen Befunde in Frage. Das hiesige Gericht brachte das beklagtische

Arg u ment

bezüglich der Arbeitsunfähigkeit gemäss B.____ -Gutachten i m invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren

zwar selb er auf, schloss aber nur auf eine Arbeitsfähigkeit

von mindestens 70 % in der angestammten Tätigkeit analog zur Leistungsfähigkeit im Haushalt.

Dabei berücksichtigte es, dass gemäss Arbeitgeberbericht

das Heben und Tragen von Gewichten über 10

kg während [immerhin] maximal dreieinhalb Stunden täglich notwendig gewesen war und die Klägerin nur 10 bis 20 %

[in monotoner Haltung]

am Patienten gearbeitet hatte (vgl. Urk. 6/9, Erwägung 3.1).

Die Beklagte brachte somit nichts vor, was

daran zweifeln liesse, dass die Klägerin infolge einer vorübergehend symptomatischen Hüftdysplasie

und dannzumal nachweisbaren Diskushernie mit Nervenwurzel reizung

von

April 2013 bis April 2014, als die Invalidität spätestens eintrat, in der angestammten Tätigkeit zu wenigstens 20

% arbeitsunfähig war. Gegenteiliges findet in den medizinischen Akten keine Stütze.

Indes ist zum

weiteren Krankheitsverlauf hervorzuheben, dass der Hausarzt im Anschluss an die stationäre Rehabilitation am 28.

Mai 2014

über eine Besserung der muskuloskelettalen /radikulären Beschwerden berichtete; diese seien gegenüber der psychiatrischen Problematik

gar in den Hintergrund getreten (vgl. Urk. 6/5; auch Urk. 2/13 S. 3 f. zur

teils recht guten Belastbarkeit in der Physiotherapie während der stationären Rehabilitation bei im Wesentlichen psychischer Symptomatik).

Nachdem die Klägerin im Frühjahr 2014

somit begonnen hatte, sich an die somatischen Leiden zu adaptieren und Einbrüche in der Belastbarkeit psychisch begründet waren, lässt sich bei fehlenden

Denervationszeichen, schwindender Diskushernie und ausbleibenden arthrotischen Veränderungen am Hüftgelenk

mit den somatischen Befunden

keine weit über April 2014 hinaus fortbestehende, relevante

Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit mehr begründen. Insbesondere ist es unwahrscheinlich,

dass bei

Ausschöpfung der Krankentaggelder im April 2015 (vgl. Urk. 2/15) noch eine somatische Arbeitsunfähigkeit von 25 %

oder mehr – insbesondere mit gegenüber den psychischen Leiden selbständiger

Bedeutung – vorlag.

7.3

Es bleibt hinsichtlich einer allfälligen Unterbrechung des zeitlichen Zusammenhangs

zwischen der während der Versicherungsdeckung eingetretenen Arbeitsunfähigkeit und der späteren Invalidität (E. 5.1 hiervor) anzufügen, dass zumindest im Gutachten der B.____ AG – bei konstanten Bildbefunden zwischen Mai 2013 und Februar 2015 –

somatisch eine volle Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten attestiert wurde. Um festzustellen, ob eine solche gegebenenfalls die Erzielung eines rentenausschliessenden Einkommens erlaubt hätte, ist der Invaliditätsgrad mittels Einkommensvergleichs gemäss Art. 16 ATSG (dazu BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1) zu eruieren (vgl. Art. 26 Abs. 2 des Kassenreglements der Beklagten i.V.m. Art. 28a Abs. 1 IVG).

Zum

Valideneinkommen lässt sich der Krankmeldung an die Taggeldversicherung entnehmen, dass der Bruttolohn der Klägerin im Jahr 2013 13 x Fr. 6'300.-- betrug, entsprechend einem Jahreslohn von Fr. 81'900.--

(vgl. Urk. 2/3).

Für eine vollzeitg ausgeübte, somatisch

angepasste Tätigkeit ergäbe sich gestützt auf die Schweizerische Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) für das Jahr 2014, Tabelle T A1_tirage_skill_level, Monatlicher Bruttolohn nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Total, Kompetenzniveau 1, Zentralwert für Frauen) unter Berücksichtigung der betriebsüblichen Arbeitszeit ein Jahreslohn von Fr.

53'793.--

(Fr. 4'300.-- : 40 41.7 x 12).

Die Anwendung des Kompetenzniveau s

2 rechtfertigt sich nicht, zumal die Klägerin über keine Ausbildung und keine Berufserfahrung verfügt, die ihr ausserhalb der Zahnarztpraxis von relevantem Nutzen sind (etwa Urk. 2/21, S. 13 des psychiatrischen Teilgutachtens).

Rechtsprechungsgemäss ist der Umstand allein, dass nur mehr leichte bis mittelschwere Arbeiten möglich sind, selbst bei einer eingeschränkten Leistungsfähigkeit kein Grund für einen leidensbedingten Abzug im Kompetenzniveau 1 (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_829/2023 vom 12. Juli 2024 E. 6.2.3 mit Hinweis).

Bei der Klägerin wurden

neben dem Gewichtslimit Wechselpositionen, die Vermeidung von Haltungsmonotonien und

eine bei der Quantifizierung der Arbeitsfähigkeit nicht berücksichtigte regelmässige Pausierung postuliert.

Es rechtfertigt sich daher

nach der damaligen Rechtslage einen leidensbedingten Abzug von

10%, wie er unter der aktuellen Rechtslage (Art. 26 bis Abs. 3 IVV in der seit 1. Januar 2022 geltenden Fassung) durchwegs als realistisch gilt. Es resultiert ein Betrag von Fr.

48'413.70.

Noch vor

Aufrechnung der Nominallohnentwicklung beim

Valideneinkommen

(Fr.

81'900.--

im Jahr 2013) oder Berücksichtigung allfälliger psychischer Einschränkungen

beim Invalideneinkommen (Fr.

48'413.80 im Jahr 2014) resultiert ein in der Invalidenversicherung (Art. IVG) wie auch in der beruflichen Vorsorge (Art. 24a BVG ,

Art. 26 Abs.

2 und 3 des Kassenreglements der Beklagten, Urk. 6/2 S.

15)

rentenbegründender Invaliditätsgrad von 41 %.

S selbst wenn in einer den somatischen Befunden angepassten Tätigkeit somit

jederzeit eine volle Arbeitsfähigkeit

bestanden hätte, vermöchte dies

den zeitlichen Zusammenhang nicht zu unterbrechen . 8 . 8.1

Hinsichtlich des sachlichen Zusammenhangs (E. 5.2-5.3 hiervor) b leibt

zu prüfen, ob sich aus den echtzeitlichen Belegen in Verbindung mit späteren fachärztlichen Berichten

gewichtige Anhaltspunkte dafür ergeben, dass die

zur Rente der Invalidenversicherung führenden psychischen Leiden

schon vor dem 31. August 2013 Auswirkungen auf das Krankheitsgeschehen zeitig te n, d.h. dieses mitpräg ten .

Aufgrund

der ausgewiesenen somatischen Arbeitsunfähigkeit

ist es nicht erforderlich, dass die psychisch bedingte Leistungseinbusse während der Versicherungsdeckung mindestens 20 %

betrug.

Umgekehrt genügt es zur Begründung einer Leistungspflicht für die psychische Invalidität noch nicht, dass während der Versicherungszeit somatische Fakt oren vorlagen , die zusammen mit später aufgetretenen psychischen Faktoren zu

einer chronischen Schmerzstörung führ t en. Somatischen Faktoren liegt ein organisches Korrelat zugrunde; die Schmerzverarbeitungsstörung ist indessen die Folge einer psychische n Fehlent wicklung bei bestehenden Schmerzen. Es kann entgegen der Klägerin (vgl. Urk. 1 S. 22) mitnichten vom selben Gesundheitsschaden bzw. einer einheitlichen Ätiologie (vgl. Urk. 1 S. 22) oder denselben Auswirkungen gesprochen werden.

Als invalidisierendes , nicht somatisches Leiden wurde in der Konsensbeurteilung des für die Berentung ausschlaggebenden psychiatrisch -neuropsychologische n Gutachten s vom 10. August 2021

denn auch primär

eine mittelsch w ere neuro psychologische Funktionsstörung ohne hirnlokalisatorischen Schwerpunkt mit/bei deutlicher Überlagerung der Befunde durch medizinische Faktoren

(konkret eine Polymedikation mit Schmerzmitteln , Psychopharmaka und atypischen Neuroleptika sowie einen deutlich reduzierten Allgemeinzustand mit beobachtbaren Schmerzen, reduzierter Belastbarkeit und einer psychiatrischen Problematik , vgl. Urk. 2/21, S. 13 f. des neuropsychologischen Gutachtens) diagnostiziert . Hierfür wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % veranschlagt. Die Restarbeitsfähigkeit wurde aufgrund der psychiatrischen Symptomatik als nicht verwertbar beurteilt und eine rezidivierende depressive Störung, mittelgradige Episode, sowie eine Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

genannt (vgl. Urk. 2/21, S. 2-4 der Konsensbeurteilung). 8.2.8.2.1

Im echtzeitlichen

Bericht des Hausarztes vom 18. Juni 2013 deuten weder die Diagnosen (Lumboradikuläres Schmerzsyndrom [LRS] L4, Hüftdysplasie) noch die Behandlung (Schmerzmittel, Steroidstoss, Infiltration) auf eine mögliche psychische Beeinträchtigung hin. Krankheitsfremde Faktoren wurden verneint. Die Arbeitsunfähigkeit wurde als [folglich somatisch] begründet und

vorübergehend beurteilt (vgl. Urk. 2/4). 8.2.2

Die Ärzte der

Klinik G.____

berichteten am 10. Juli 2013, die Klägerin habe nicht vom Nervenwurzelblock L4 links am 25. Juni 2013 profitiert. Da sie sehr schmerzgeplagt sei, habe man auf eine mögliche Dekompression auf Höhe L3/4 hingewiesen, jedoch bestehe bei Therapieresistenz auf eine Infiltration das Risiko einer Schmerzpersistenz. Da die Klägerin gegenüber Operationen sehr zurückhaltend sei, habe man eine Infiltration der Nervenwurzel L5 bei möglicher rezessaler Einengung in jenem Bereich vorgeschlagen. Auch diese wolle die Klägerin nicht , da die letzte Infiltration die Beschwerden verschlimmert hätte . Grundsätzlich könne ein Teil der Beschwerden

von der Nervenreizung herkommen. Was deutlich dagegen spräche, sei eine starke Schmerzkomponente im inguinalen Bereich linksseitig, weshalb man um eine Verlaufskontrolle durch das Hüftteam bitte (vgl. Urk. 2/36).

Im

Folgebericht vom 23. Juli 2013 wurde eine Radikulopathie (ICD-10: M54.1) diagnostiziert. Soweit bei fehlendem Fragebogen nachvollziehbar, wurde dazu erläutert, bisher sei eine konservative Therapie mit Analgesie erfolgt. Es

bestehe seit ca. drei Monaten (vom Hausarzt attestiert) eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Aktuell betrage diese weiterhin 100 %, wobei auch keine leichte Tätigkeit zumutbar sei . Die Erwerbstätigkeit sei durch die Beschwerden der Wirbelsäule leicht und durch die Hüftproblematik deutlich eingeschränkt

(vgl. Urk. 2/5).

Das Hüftteam bestätigte im Bericht vom 2. August 2013 denn auch zunehmende Belastungsschmerzen infolge einer symptomatischen Hüftdysplasie, die analgetisch, mit einer Infiltration oder Operation behandelbar seien (vgl. Urk. 11). Hinweise auf relevante, dem Wirbelsäulen- oder Hüftleiden nicht zuordnbare Beschwerden finden sich in keinem der

Bericht e . Die erfolglose Infiltration schmälerte nach Ansicht der Ärzte zwar die Erfolgsaussichten einer Dekompression, liess diese angesichts des somatischen Korrelats jedoch nicht auf eine psychische Überlagerung schliessen. 8.2. 3

Die Vertrauensärztin des Taggeldversicherers schlussfolgerte am 8. August 2013 aus dem letzten Bericht , der Gesundheitszustand habe sich stabilisiert.

Es sei ab sofort eine den somatischen Leiden angepasste Tätigkeit zumutbar .

Die Aktenlage sei inkonsistent ; gemäss G.____

betrage die Arbeitsunfähigkeit ca. drei Monate und wäre ca. Anfang Juli 2013 zu Ende [gewesen]

(vgl. Urk.

2/7).

Die se « Inkonsistenz »

indiziert keine unerklärlichen B eschwerden.

Vielmehr handelt es sich um eine Fehlinterpretation der drei Monate in Antwort ad 4 des genannten Berichts . So handelte es sich nicht um eine Prognose, sondern die bisherige Dauer der Arbeitsunfähigkeit («Arbeits unfähigkeit seit» , Urk. 2/5). 8. 3 8.3.1

Bereits a us der Zeit

nach der Versicherungsdeckung bei der Beklagten stammt der Bericht von Dr. med. H.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie, vom 23.

September 2013 . Er hielt i n Kenntnis der stärkeren Schmerzen nach der Infiltration im Bereich der Nervenwurzel L4

fest, dass primär die Diskushernie zu behandeln sei; diese sei klar objektivierbar und zu den Beschwerden passend.

I m Untersuch der linken Hüfte seien eher wenig Schmerzen bei endgradiger Flexion, jedoch nicht bei Innen- oder Aussenrotation vorhanden gewesen. Vielmehr habe die Klägerin die Schmerzen am Rücken lokalisiert. Die Hüftinfiltration vom 20. September 2013 habe zu einer starken vasovagalen Reaktion mit Erholung innerhalb einer halben Stunde geführt. Dr. H.____

interpretierte die Beschwerden am ehesten als multifaktoriell (vgl. Urk. 2/37), woraus angesichts der diskutierten ausschliesslich somatischen Diagnosen und Massnahmen nicht auf einen relevanten psychischen Faktor geschlossen werden kann. 8.3. 2

Der Hausarzt verneinte im B ericht

vom 20. Oktober 2013 sogar explizit

geistige oder psychische Einschränkungen

und kreuzte an , dass Konzentrations- und Auffassungsvermögen , Anpassungsfähigkeit, Belastbarkeit und Fahrtauglichkeit uneingeschränkt seien . Er betonte denn auch , d ass eine Operationsindikation für die Hüftdysplasie gestellt worden sei und sich im MRI eine klare Kompression der Nervenwurz e l L4 links sowie Tangierung der Wurzel L5 rechts zeige, was die Beschwerden gemäss der Klinik gut erkläre. Aufgrund der Reaktionen auf die

Infiltrationen sei auch aktuell nicht klar, wo das Problem wirklich liege: Hüfte oder LRS oder beide (vgl. Urk. 2/16 Frage 1.4, 1.7 und Anhang). Demnach zog er

keine dritte Ursache neben dem Hüft- und Wirbelsäulenleiden in Betracht, insbesondere keine psychische Einschränkung .

8.3. 3

Noch im Bericht der I.____- klinik vom 17.

Dezember 2013 wurde die Klägerin als im Gespräch psychisch und neuropsychologisch unauffällig beschrieben. G estützt auf ihre Angaben wurde zudem weiter

festgehalten, sie leide seit April 2013 an lumbovertebralen Schmerzen mit Ausstrahlung ins linke Gesäss und den linken Oberschenkel lateral. Zweimalige Infiltrationen der Lendenwirbelsäule hätten keinen Effekt gezeigt bzw. jene vom 25. Juni 2013 zu einer massiven Schmerzexazerbation geführt.

H ingegen hätten zwei Hüftgelenksinfiltrationen für kurze Zeit eine Schmerzreduktion von etwa 50

% bewirkt .

In Kenntnis all dessen kam der Neurologe zum Schluss, die angegebenen Leistenschmerzen liessen sich durch eine lumbale oder eine Hüftpathologie erklären. Klarer seien der MRI-Befund und die elektrophysiologische Weiterabklärung der Diskushernie L3/4. Er gehe davon aus, die Diskushernie sei symptomatisch und leiste einen relevanten Beitrag zum jetzigen Leiden. Er empfehle einen Sakralblock um abzuschätzen, was von einer dekompressiven Operation zu erwarten sei. Der Beitrag der Hüftpathologie müsse weiter offenbleiben .

Ein psychisches Leiden zog er trotz der Infiltrationen nicht in Betracht. Nichts daran ändert seine Feststellung, dass klinisch-neurologisch eine massive Schmerzhemmung im Vordergrund stehe , sichere radikuläre Defizite fänden sich nicht . Damit brachte er einzig zum Ausdruck, dass er die Einzelkraft in den Beinen bei Angabe von Schmerzen und skkadierter Innervation nicht konklusiv prüfen konnte (vgl. Urk. 2/9).

8.3. 4

Am 30. Januar 2014 kam der Vertrauensarzt des Krankentaggeldversicherers in Kenntnis des Berichts

der I.____- klinik zum Schluss, dass die massgebende Diagnose gegenüber Seite 1 («angeborene Luxation des Hüftgelenks , el ») unverändert sei , indes die Arbeitsunfähigkeit und Prognose damit noch nicht klar seien . Als Grund nannte er das Ausmass der Beschwerden

(vgl. Urk. 2/ 10). Die s ist nachvollziehbar, wurde der

Beitrag der Hüftpathologie im neurologischen Bericht explizit offengelassen und eine Infiltration der Diskushernie empfohlen .

Psychische Beschwerden werden damit nicht festgestellt . 8. 4 8.4.1

Dies änderte sich erst mit der Begutachtung durch Dr. Z.____

am 3. März 2014. Als erster Mediziner attestierte er nicht nur eine somatische Arbeitsunfähigkeit (dazu E. 6.2), sondern schloss aufgrund der anamnestischen Angaben, wie des Verhaltens in der Untersuchung und nach derselben (wiederholte Anrufe in die Praxis um mitzuteilen, dass infolge der stattgehabten Untersuchung eine derart massive Verschlechterung eingetreten sei, dass nun ergänzend ärztliche Rat aufgesucht werden müsse), dass eine erhebliche Symptomausweitung im Sinne einer Schmerzverarbeitungsstörung zu bestehen scheine, die durch die psychosozialen

Probleme (Verlust des Arbeitsplatzes und

Selbstwertgefühls)

und

eine allfällige psychiatrische Komorbidität (reaktive Depression?) begünstigt werden könnte (vgl. Urk. 2/12, S. 10 f. des Gutachtens; E. 6.2). 8.4.2

Kurz darauf, am

E. 6

BVG) an die Feststellungen der IV-Organen (Eintritt der invalidisierenden Arbeitsunfähigkeit, Eröffnung der Wartezeit, Festsetzung des Invaliditätsgrades) gebunden, soweit die IV-rechtliche Betrachtung aufgrund einer gesamthaften Prüfung der Akten nicht als offensichtlich unhaltbar erscheint (BGE 143 V 434 E. 2.2, 126 V 309 E. 1 in fine). Diese Konzeption fusst auf der Überlegung, die Organe der (obligatorischen) beruflichen Vorsorge von eigenen aufwändigen Abklärungen freizustellen, und gilt nur bezüglich Feststellungen und Beurteilungen der IV-Organen, welche im invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren für die Festlegung des Anspruchs auf eine Invalidenrente entscheidend waren (BGE 132 V 1 E. 3.2).

So hat beispielsweise eine verspätete Anmeldung zum Leistungsbezug bei der Invalidenversicherung rechtsprechungsgemäss die freie Überprüfbarkeit des leistungserheblichen Sachverhaltes durch die Vorsorgeeinrichtung bzw. das Berufsvorsorgegericht zur Folge (Urteil des Bundesgerichts 9C_49/2010 vom 23. Februar 2010 E. 2.1). 2.3

Es bleibt darauf hinzuweisen, dass am 1. Januar 2022 das revidierte IVG in Kraft trat (Weiterentwicklung der IV [WEIV]; Änderung vom 19. Juni 2020, AS 2021 705, BBl 2017 2535). Insoweit vorliegend ein Rentenanspruch vor diesem Zeitpunkt zur Diskussion steht, sind nach den allgemeinen Grundsätzen des intertemporalen Rechts und des zeitlich massgebenden Sachverhaltes (statt vieler: BGE 150 V 323 E. 4.2 mit Hinweisen) die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung anwendbar. 3.3.1

Die Klägerin machte geltend, sie habe nach Art. 26 Vorsorgereglement ab Ausschöpfung der Krankentaggelder Anspruch auf eine Rente

der Beklagten (vgl. Urk.

1 Ziff. II.1.1 und 1.5).

Art. 23 BVG und Art. 28 Abs. 1 IVG hätten unterschiedliche Voraussetzungen. Seit wann eine Arbeitsunfähigkeit von 20% bestehe, sei für die Invalidenversicherung nicht relevant, weshalb insoweit keine Bindung an deren Entscheidung bestehe.

Nach neun Jahren Abklärungsverfahren sei es dieser auch nicht mehr möglich gewesen, den präzisen Beginn des Wartejahres festzulegen. Sie sei daher mit Dr. D.____ von einer vollen psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit in allen Tätigkeiten sei t

« mindestens » April 2014 ausgegangen. Man habe dies akzeptiert, da erst damals eine Behandlungsresistenz und damit Erwerbsunfähigkeit ausgewiesen gewesen sei und eine Anfechtung nur der Taggeldversicherung genutzt hätte (vgl. Urk.

1 Ziff. II.4.3-4.7 ; Urk. 10 S. 5 f.).

Das Vorsorgereglement weiche nicht von Art. 23 lit. a BVG ab. Seit 22.

April 2013

sei sie durchgehend zu 100

% krankgeschrieben

(vgl. Urk. 1 Ziff. II.2.1 , II.2.3) . Die Abklärungen

hätten noch während des Vorsorgeverhältnisses bei der Beklagten ergeben, dass die Hüft- und Rückenbeschwerden somatisch nicht vollständig fassbar und therapierbar seien (vgl. Urk.

1 Ziff. II.4.11 ; Urk. 10 S. 4) .

Der sachliche Konnex sei somit

gegeben ; ein solcher sei nämlich zu bejahen , wenn das psychische und somatische Leiden als einheitlicher, kontinuierlicher Gesundheitsschaden mit gemeinsamer Ätiologie zu sehen seien oder das psychische Leiden das Krankheitsgeschehen

während des Vorsorgeverhältnisses mitgeprägt habe (vgl. Urk. 1 Ziff. II.4.12).

Bei ihr sei zunächst eine Symptomausweitung und letztlich eine Schmerzstörung diagnostiziert worden. Die geschilderten Schmerzen seien dabei durchgehend identisch. Kein Gutachten betrachte die Triggerpunktbehandlung von Dr. Z.____ als Auslöser der psychischen Erkrankung; auch finanzielle Probleme hätten angesichts der Krankentaggelder nicht bestanden (vgl. Urk. 1 Ziff. II.4.23 ; Urk. 10 S. 4 f.).

Schon die Nervenwurzelblockade L4 vom 25. Juni 2013 habe keine Wirkung gezeigt, weshalb am 10. Juli 2013 von einer Dekompression abgeraten und am 23. Juli 2013 die Arbeitsfähigkeit aus Sicht des Rückens als nur leicht eingeschränkt beurteilt worden sei. Bezüglich der Hüftdysplasie sei am 2. August 2013 dieselbe Situation wie ein Jahr zuvor festgestellt worden; damals habe sie weiterarbeiten können. Die Hüftinfiltration vom 20.

September 2013 habe denn auch einzig eine vasovagale Reaktion bewirkt. Der Hausarzt habe daher am 20.

Oktober 2013 berichtet, es sei nicht fassbar, ob die Schmerzen vom Rücken oder der Hüfte kämen. Ferner habe der Vertrauensarzt des Krankenversicherers

eine volle Arbeitsunfähigkeit aus rein somatischen Gründen am 8. August 2013 als unklar beurteilt. Ebenso habe die I.____-klinik am 17. Dezember 2013 vordergründig eine Schmerzhemmung konstatiert. Damit sei medizinisch noch in der Versicherungszeit der Verdacht aufgekommen, die Arbeitsunfähigkeit beruhe nicht auf einer rein somatischen, sondern psychisch bedingten Problematik, was Dr.

Z.____ (Schmerzverarbeitungsstörung, reaktive Depression) und Dr.

J.____ (keine Operationsindikation infolge einer depressiven Verstimmung und eines Ganzkörperschmerzes)

bestätigt hätten . Gemäss Dr. L.____ habe sich im Verlauf 2013 nach initial somatischer Krankschreibung im April 2013 eine Schmerzverarbeitungsstörung entwickelt (vgl. Urk. 1 Ziff. II.4.13 -1

E. 9

; Urk. 19 S. 2 f.). Gemäss Gutachten der B.____ AG sei es nach der Krankschreibung Anfang April 2013 in der Tendenz zur weiteren Schmerzausweitung gekommen, bis im September 2013 bei einer Infiltration erstmals eine vasovagale Reaktion erfolgt sei. Im C.____ -Gutachten werde es gar als fraglich erachtet , ob die Hüftdysplasie überhaupt eine Arbeitsunfähigkeit begründet habe ; die Diskushernie habe allenfalls vorübergehend eine solche von 50 % bedingt. Nachdem später eine Aggravation ausgeschlossen worden sei, könne auf die darin beschriebene depressive Entwicklung ab 2013 abgestellt werden.

Nach der

Einschätzung von Dr. D.____

habe sie bei Hüft- und Rückenbeschwerden seit Juni 2012 mit der Kündigung der – insbesondere seit dem Tod der Tochter –

stabilisierenden Arbeitsstelle eine Schmerzgeneralisierung erlebt. Es handle sich um ein Mischbild aus somatischen Faktoren und psychischer Fehlentwicklung; es bestehe also eine einheitliche Ätiologie. Zumindest habe sich die psychische Erkrankung mit der Kündigung sowie den Untersuchungen und Infiltrationen im Juni und Juli 2013 noch während des Vorsorgeverhältnisses bis 31. August 2013 manifestiert (Urk.

1 Ziff. II.4.20-4.25 ; Urk. 10 S. 5 f. und 8) . 3.2

Die Beklagte hielt indes

dafür , der Hausarzt , Dr. N.____ , habe der Klägerin wegen der

LWS-Degeneration mit Diskushernie L3/4 sowie der Hüftdysplasie ab 4. April 2013 eine Arbeitsunfähigkeit attestiert. Eine psychische Beeinträchtigung sei erstmals von Dr. Z.____ nach der Begutachtung am 3.

März 2014 erwähnt worden. Die Abklärung von Prof. Dr. J.____

sei noch später erfolgt. Der Hausarzt habe am 28. Mai und 22. Juli 20

E. 9.1

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass sich aus den vorhandenen echt zeitlichen Arztberichten (vgl. E. 8. 2) kein erlei

Indizien dafür ergeben, dass psychische Beschwerden das Krankheitsgeschehen noch während der Versicherungsdeckung bei der Beklagten mitprägten. Vielmehr fanden sich für die angegebenen lokalen Schmerzen eine

neue Diskushernie mit in der Folge zumindest chronisch-neurogenen Veränderungen in der von der entsprechenden Nervenwurzel innervierten Muskulatur sowie eine bereits früher symptomatische Hüftdysplasie (vgl. E. 7.1) . Soweit die klägerische Argumentation

auf der Annahme fusst, die somatischen Befunde während der Versicherungsdeckung seien vernachlässigbar, so dass von Anfang an eine psychische Überlagerung bestanden haben müsste, steht diese im Widerspruch zur Würdigung der umfassenden somatischen Abklärungen (vgl. E. 7).

E. 9.2

Die Klägerin wurde zudem noch nach Beendigung der Versicherungsdeckung wiederholt als neuropsychologisch und psychisch unauffällig beschrieben (vgl. E.

8. 3). Erst ab der Begutachtung durch Dr. Z. ____

im März 2014 zeigte sie

eine Schmerzgeneralisierung im Sinne eines diffusen Ganzkörperschmerzes sowie neu eine depressive, ängstliche und dissoziative Symptomatik mit auch erheblicher Regression, Verwendung eines Rollators und aufwühlenden Erinnerungen an den Tod der Tochter (vgl. E. 8.4). Dabei wurde die Schmerzverarbeitungstörung im für die Invalidenversicherung massgebenden Gutachten vom 10.

August 2021 im Wesentlichen ebenfalls auf Grundlage eben dieser Schmerzgeneralisierung diagnostiziert (vgl. E. 8.5). Es erscheint denn auch unwahrscheinlich, dass weder der Hausarzt noch der Neurologe eine mitprägende Symptomatik

in der im Gutachten genannten Art nicht wahrgenommen hätten, nämlich vorab neuropsychologische Defizite und ferner eine reduzierte Belastbarkeit, erhöhte Ermüdbarkeit, Antriebsminderung, Anhedonie und Angst (vgl. E. 8.1; Urk. 2/21 S. 3 der Konsensbeurteilung und S. 27 des psychiatrischen Teilgutachtens).

E. 9.3

Der Erhalt der Kündigung drei Monate vor der Krankschreibung, ein anamnestisch nur teilweise Ansprechendes

der Schmerzen auf verschiedene Infiltrationen

bzw. eine einmalige vasovagale Reaktion um das Ende der Versicherungsdeckung sowie eine von Anfang an ungünstige Schonhaltung

mit erheblichem sekundärem Krankheitsgewinn (finanzielle Mittel ohne erneute Stellensuche / Arbeitsaufnahme, Unterstützung im Haushalt) stellen auch in Verbindung mit den vagen Ausführungen zum Krankheitsverlauf in den späteren Begutachtungen keine gewichtigen Anhaltspunkte dafür dar, dass der psychische Zustand zwischen April und August 2013 das Ausmass der Schmerzen, deren Lokalisation im Einklang mit somatischen Befunden stand, bereits beeinflusste und in diesem Sinne mitprägte. Es wäre letztlich rein spekulativ, den Beginn eines relevanten psychischen Leidens irgendwann vor März 2014 festzusetzen.

Selbst wenn es naheliegend erscheinen sollte, dass das somatische Leiden während der Versicherungsdeckung einen Einfluss auf die seelische Befindlichkeit der Klägerin und deren psychosoziale Situation hatte oder dieses Leiden gar massgeblich an der Genese des später diagnostizierten krankheitswertigen psychischen Leidens

beteiligt gewesen wäre (vgl. zur chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren Urk. 2/14 S. 21 Mitte), ändert dies nichts daran, dass – was allein

ausschlaggebend ist - der (diesfalls sekundäre) psychische Gesundheitsschaden nicht identisch ist mit dem organisch nachweis baren Hüft- und Wirbelsäulen leiden (vgl. Urteile des Bundesgerichts B 9/06 vom 21. November 2006 E. 4.2, B

37/05 vom 3. Mai 2006 E. 5.3).

Von einem neuen Gutachten oder Ergänzungsfragen an Dr. D.____ sind angesichts der somatischen Beurteilungen und fehlenden echtzeitlichen Berichte über psychische Beschwerden keine neuen Erkenntnis se zu erwarten

(BGE 144 V 361 E. 6.5, 136 I 229 E. 5.3) .

E. 9.4

Das Ausgeführte muss umso mehr gelten, als der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) der Invalidenversicherung am 13. Januar 2021 nicht unberechtigt Zweifel an einer höhergradigen psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit äusserte und in diesem Zusammenhang mitunter auf fragliche dissoziative Anfälle und ein nicht authentisches Antwortverhalten hinwies (vgl. Urk. 6/12).

Im C.____ -Gutachten wurde auch

festgehalten, dass die angegebene hohe Schmerzstärke mit dem blanden klinischen Eindruck nicht vereinbar sei und die Symptomvalidierung in der testpsychologischen Zusatzuntersuchung erheblich auffällig gewesen sei (vgl. Urk. 6/11 S. 392 des Gutachtens). Ebenso wurde im Gutachten der B.____ AG auf eine nicht auszuschliessende bewusstseinsnahe Verdeutlichungstendenz (bei mitunter unterbrochenem dissoziative m Anfall) sowie einen etablierten sekun dären Krankheitsgewinn hingewiesen (vgl. Urk. 2/17 S. 19 und 22 des Gutach tens) ; beides gilt sozialversicherungsrechtlich nicht als invalidisierend .

Diese Zweifel vermochte Dr. D.____

nicht zu beseitigen, indem sie ausführte, in der aktuellen Untersuchung betone die Klägerin ihre Fortschritte und die neuropsychologische Testung spreche für die Authentizität der Befunde (vgl. Urk. 2/21 S. 3 der Konsensbeurteilung). Einerseits erfolgte n die erwähnte n Fortschritte Jahre zuvor und zwar im Anschluss an die E mpfehlung der B.____ AG zu einer intensiven stationären Behandlung (vgl. Urk. 2/19) . Andererseits stellt eine neuropsychologische Testung grundsätzlich nur eine Zusatzuntersuchung

dar . E s ist Aufgabe des Psychiaters, die Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung allfälliger neuropsychologischer Defizite einzuschätzen (vgl . Urteil des Bundesgerichts 8C_380/2022 vom 27. Dezember 2022 E. 10 .2.1). Insoweit vermag das Gutachten vom 10. August 2021 , das vorderhand auf der Basis einer Wiederholung der neuropsychologische n Test ung

eine rentenbe gründende Arbeitsunfähigkeit attestiert, nicht zu überzeugen. Eine volle Arbeits unfähigkeit in jeglicher Tätigkeit erscheint bei mittelgradiger depressiver Episode und chronischer Schmerzstörung ohne relevantes somatisches Korrelat und relevantem Therapiebedarf im Jahr 2019 (vgl. Urk. 2/19 Frage 1.2: 8 Sitzung en von Januar bis November) denn auch fragwürdig.

So gilt eine mittelgradige depressive Störung – zumindest

ohne nennenswerte Interferenz durch psychiatrische Komorbiditäten – im Allgemeinen nicht als schwere psychische Krankheit (vgl. BGE 148 V 49 E. 6.2.2). 10 .

Nach dem Ausgeführten besteht kein sachlicher Konnex zwischen der während der Versicherungsdeckung bei der Beklagten infolge somatischer Leiden vorübergehend eingetretenen Arbeitsunfähigkeit ab April 2013 und der von der Invalidenversicherung festgestellten psychisch bedingten Invalidität , welche zur Berentung ab April 2015 führte . Die Beklagte ist daher nicht zur Ausrichtung von Leistungen zuständig, was zur Abweisung der Klage führt. 1 1 .

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

keinen entsprechenden Antrag stellte (Urk. 5) . 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: - Rechtsanwalt Dr. iur . Michael Meier - Rechtsanwältin Marta Mozar , unter Beilage einer Kopie von Urk. 1 7 - Bundesamt für Sozialversicherungen 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Philipp Bonetti

E. 14

klargestellt , dass es nach besagter

Begutachtung zu einer psychischen Dekompensation

mit stationäre r

Rehabilitation

gekommen sei , da Dr. Z.____ eigenmächtig eine Triggerpunktbehandlung durchgeführt habe .

Erst im April 2014

hätten somit die Schmerzen Oberhand gewonnen , sei die Schmerzverarbeitungsstörung in den Vordergrund getreten und behandelt worden bzw. sei von einer psychischen Überlagerung auszugehen .

Davor sei keine psychisch bedingte Teilarbeitsunfähigkeit erstellt. So gelte auch die Einschätzung von Dr. D.____

spätestens ab 21. April 2014. Für die mutmassliche Entwicklung einer depressiven Episode ab dem Jahr 2013 bzw. eine seit April 2013 nie erklärbare Schmerzkomponente lägen keine echtzeitliche n Belege vor ; die somatischen Abklärungen seien damals keineswegs derart ergebnislos verlaufen, dass die Schmerzen rückwirkend als psychische Beschwerden zu interpretieren wären .

Dies sei spekulativ

bzw. nicht mit dem nötigen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt . Vielmehr scheine die Klägerin nach dem Verlust der Arbeitsstelle zunehmend den Halt verloren zu haben . Dr. L.____ habe übrigens nur eine Aussage des Hausarztes wieder gegeben; er habe nirgends eine im Verlauf von 2013 eingetretene Schmerzverarbeitungsstörung und Depression festgestellt (vgl. Urk. 5 S. 3 und 8-11; Urk. 14 S. 3 f.).

Somatisch sei im Gutachten der B.____ AG anhand der Bildbefunde eine Arbeitsfähigkeit von 50

% als Dentalassistentin attestiert worden . Dies obschon die Arbeitsfähigkeit in einer vergleichbaren angepassten (leicht bis mittelschwer belastenden, manuellen) Tätigkeit 100 % und die Einschränkung im Haushalt nur 30 % betragen haben soll und der Gutachter angegeben habe, die Auswirkungen der Bildbefunde auf die Schmerzen gar nicht beurteilen zu können. Wie im C.____ -Gutachten vom 6.

August 2020 festgestellt, sei die Diskushernie hernach irgendwann gänzlich entfallen. Die während der Versicherungszeit bei ihr eingetreten e somatisch bedingte Arbeitsunfähigkeit sei also spätestens im August 2020 entfallen (vgl. Urk. 5 S. 8 und 11).

Die Klägerin müsse sich den von der Invalidenversicherung auf den 1. April 2014 festgesetzten Beginn der Wartefrist entgegenhalten lassen . Sie habe die Verfügung vom 8. Februar 2022 nicht angefochten und könne nun nicht weitere Abklärungen fordern . Es liege weder eine verspätete Anmeldung vor , noch sei der Entscheid nach dem vorstehend Ausgeführten aus psychischer oder somatischer Sicht offensichtlich unhaltbar . Hätte ab April 2013 durchgehend eine mindestens 20 % Arbeitsunfähigkeit bestanden, wäre das Wartejahr bereits am 2.

Juli 2014 erfüllt gewesen bzw. eine durchgehende , psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit hätte die Invalidenversicherung berücksichtigen müssen . Abtretungsansprüche des Krankentaggeldversicherers hätten die Beschwerdelegitimation nicht eingeschränkt . Eine

durchgehende Arbeitsunfähigkeit könne indes auch nicht aus dem von Dr. D.____ verwendeten «mindestens» mit dem nötigen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit abgeleitet werden

(vgl. Urk. 5 S. 10-13; Urk. 14 S. 2-4). 4.

E. 19

März 2014 , wurde die Klägerin vom Neurochirurgen Prof. Dr. med. J.____ untersucht. Er berichtete, konkordant zu den Rücken- und Hüftbeschwerden zeige sich in der Bildgebung eine schwere Lendenwirbelsäulen- Degeneration mit einer kompressiven Diskushernie L3/4 links, eine r

rezessiv-foraminäre n Protrusion L4/5 links sowie eine r diskrete n Spinalkanalstenose L2/3. Phänomenologisch handle es sich um eine chronifizierende Lumbo-gluteo-inguinalgie linksseitig , wobei aktuell

ein diffuser Gesamtkörperschmerz bestehe nach einer forcierten rheumatologischen Untersuchung, weshalb die Klägerin zum jetzigen Zeitpunkt eigentlich nicht untersuchbar sei . Mangels objektiver radikulärer Defizite und unter dem Eindruck einer doch deutlichen depressiven Verstimmung mit Ausbildung eines Gesamtkörperschmerzes nach einer rheumatologischen Untersuchung empfehle er eine konservative Therapie unter Einbezug eines Schmerzpsychologen sowie die Prüfung einer intensiven stationären Rehabilitation mit psychosomatischem Ansatz (Urk. 2/11).

Es war die erste Untersuchung, bei der die Klägerin keine differenzierten Schmerzangaben mehr machte bzw. sich die Schmerzen nicht mehr nur in Bereichen mit entsprechendem organischem Korrelat lokalisieren liessen . 8.4.3

Gemäss Bericht der Klinik

K.____ zum stationären Aufenthalt vom 21.

April bis 25. Mai 2014 klagte sie

in der Folge zusätzlich

über morgentlichen Schwindel und mehrmaliges Erbrechen wegen Überlastung. Die Klägerin wurde als sehr schmerzfixiert sowie

mit der Situation überfordert und regressiv erlebt ; sie sei im Haus mit dem Rollator unterwegs, was objektiv nicht begründbar sei.

Die Ärzte schlussfolgerten, im Wesentlichen liege eine mittel- bis schwergradige Depression in Kombination mit einer Angststörung und dem Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) infolge des Todes der Tochter vor , die auch zu rezidivierenden Ohnmachts- , differentialdiagnostisch dissoziativen Anfällen führe (vgl. Urk. 2/13 S. 3 f.) . Weiter als Diagnose aufgelistet wurde insbesondere eine in zentraler Schmerz-Wind- u p ,

differentialdiagnostisch somatoforme Schmerzstörung

(vgl. Urk.

2/13 S.

1). 8.4.4

Am 4. Juli 2014 erfolgte die erste psychiatrische Begutachtung durch Dr. med. L.____. Ihm schilderte die Klägerin, dass sie unter Schmerzen gelitten, aber nicht psychisch krank gewesen sei. Erst mit der Untersuchung bei Dr. Z.____ habe sich dies geändert. Seither sei es ihr psychisch sehr schlecht gegangen. Sie habe Albträume bekommen und nachts Angst gehabt, wieder eine solche Behandlung erleiden zu müssen. Während des stationären Aufenthalts sei dann auch der Tod der Tochter wieder hochgekommen, was sie weiter psychisch destabilisiert habe. Vor dem Ereignis im März 2014 sei sie nie psychiatrisch oder psychologisch behandelt worden, sondern psychisch immer stabil gewesen (vgl. Urk. 2/14 S. 12 und 13 Mitte des Gutachtens). Dr. L.____ machte dabei nur Angaben zur Leistungsfähigkeit ab dem Zeitpunkt der Begutachtung (vgl. Urk. 2/14 S. 23 unten des Gutachtens) und stellte auch ansonsten einzig fest, seine Diagnosen dysfunktionale Schmerzbewältigung bzw. Symptomausweitung bei chronischer Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und depressive Episode stünden mit den Beurteilungen von Dr. Z.____ und der Klinik K.____ im Einklang

(vgl. Urk. 2/14 S. 22 des Gutachtens). 8.4.5

Wiederholt berichtete im Jahr 2014 auch der Hausarzt. Am 28. Mai 2014 sprach er von einer

eigentliche n

Traumatisierung durch die Untersuchung bei Dr. Z.____.

Die ehemaligen Beschwerden seien darüber in den Hintergrund getreten. Es seien eine intensive psychiatrische Behandlung aufgenommen und Kostengutsprache für eine Rehabilitation geleistet worden. Es bestünden ein schweres depressives Syndrom mit mehrmals täglich Panikattacken/dissoziativen Anfällen und Zeichen einer PTBS (vgl. Urk. 6/5).

Am

E. 22

Juli 2014

erörterte er erneut (vgl. E. 8.3), dass im Oktober 2013 weiterhin die Schmerzen im Bereich der Flanke, des Hüftgelenks und des Beins links im Vordergrund gestanden hätten, wobei unklar gewesen sei, ob diese durch ein radikuläres Syndrom oder das Hüft- Impingement oder beide zusammen verursacht würden (vgl. E. 8.3). Zum weiteren Verlauf gab er an, neurographisch seien im Januar 2014

chronisch e

neuropathische Veränderungen gefunden worden.

Im März 2014 sei eine Untersuchung traumatisch verarbeitet worden; es sei zu einer schweren psychischen Dekompensation gekommen. Die aktuelle Erkrankung stelle einen Auslöser zur Reaktivierung eines früheren Traumas dar. Eine

weitere stationäre psychiatrische Behandlung sei für Januar 2015 geplant (vgl. Urk. 6/6).

Am 12. Januar 2015 teilte er mit, dass eine solche nun als kontraproduktiv erachtet würde, da sich die Klägerin doch stabilisiert habe (vgl. Urk. 6/7). 8.5 8.5.1

Erst

geraume Zeit nach der Versicherungszeit bei der Beklagten wurde das Gutachten der B.____ AG vom 15.

September 2016

verfasst. Darin wurde eine psychiatrische Arbeitsunfähigkeit vor Juli 2014 nicht thematisiert (vgl. Urk. 2/17 S. 26 f.). Ebenso wenig finden sich im Rahmen der diagnostischen Überlegungen differenzierte Angaben zu einer

vor dem 31. August 2013 in Erscheinung getretene n

psychischen Erkrankung . Es wurde bloss ausgeführt , d er Hausarzt habe die Klägerin ab April 2013 krankgeschrieben. Die Tendenz zur Schmerz ausweitung habe im weiteren Verlauf zugenommen. Im September 2013 sei es

dann anlässlich einer Kortisoninjektion zu einer ersten vasovagalen Reaktion gekommen. Inzwischen habe die Klägerin auch die häuslichen Tätigkeiten weitgehend sistiert gehabt und sich körperlich vollständig geschont, so dass von einer körperlichen Dekonditionierung auszugehen sei . Im Anschluss an die Triggerpunktbehandlung von Dr. Z.____

hätten sich zusätzliche psychische Symptome entwickelt , die aktenanamnestisch als Panikattacken, dissoziative Störungen und schwere Depression mit Elementen einer PTBS beschrieben würden (vgl. Urk. 2/17 S. 16 f. des Gutachtens) . Inzwischen lebe die Klägerin keinerlei Autonomie und Selbständigkeit mehr , gehe nicht ohne Ehemann aus dem Haus (vgl. Urk. 2/17 S.

19 des Gutachtens).

Die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren wurde im Gutachten dahingehend begründet, dass sich nebst den « (erklärbaren) lumbalen Beschwerden » in vielen anatomischen Regionen Schmerzen ohne klares organisches Korrelat fänden . Die Klägerin erkenne inzwischen selbst , dass Stress und psychische Belastungen diese

Schmerzen verschlechtern würden. Ursache für den Beginn der selben seien die psychischen Beschwerden aber nicht (vgl. Urk. 2/17 S. 21 des Gutachtens) .

Insgesamt lässt dies

nicht rechtsgenügend auf bereits v or dem 31. August 2013 – vor allem

mitprägende – psychiatrische Beschwerden schliessen . So reicht es hierfür unter Berücksichtigung der somatischen Situation (vgl. E. 7.1) nicht aus, dass die Klägerin dem Schadeninspektor im Juli 2013 eine Haushaltshilfe beantragte, weil sie nicht nur in ihrer Erwerbstätigkeit eingeschränkt, sondern auch beim Haushalt auf die Hilfe der Tochter und Eltern angewiesen sei (vgl. Urk. 6/4) . Ebenso wenig vermag eine vereinzelt vasovagale Reaktion nach der Versicherungszeit eine mitprägende psychische Einschränkung während derselben zu indizieren. Solche Reaktionen kamen zudem primär nach der akuten psychischen Dekompensation im Jahr 2014 vor und verschwanden später (vgl. Urk. 2/19).
8.5.2

Nichts zu Gunsten der Klägerin lässt sich aus dem Abschlussbericht zur tagesklinischen Behandlung vom 20. März bis 1. Juni 2018 in der M.____

ableiten . Darin heisst es

nur , im Jahr 2013 habe sich eine chronische Schmerzsymptomatik im Rahmen einer angeborenen Hüftdysplasie und im Jahr 2014 ein ängstlich-depressives Zustandsbild mit sozialem Rückzug entwickelt (vgl. Urk. 2/18).

Der ambulant behandelnde Psychiater hielt am

28. November 2019 bloss vage fest , dass aufgrund des bisherigen Krankheitsverlaufs von 2013 bis heute keine wesentliche Zustandsverbesserung mehr erwartet werden könne . Nähere Angaben zum Krankheitsverlauf finden sich nur für die Zeit nach der Begutachtung durch die B.____ AG

(vgl. Urk. 2/19, vorab Fragen 2.1 und 2.7). 8.5.3

Im C.____ -Gutachten vom 6. August 2020 wurde ausgeführt , der überschaubare Krankheitsverlauf spreche für eine chronifizierte depressive Entwicklung seit etwa 2013 . Begründet wurde dies damit, dass nach der Kündigung des Arbeitsplatzes Ende 2012 eine depressive Entwicklung begonnen habe, die von einer symptomatischen Hüftdysplasie und Lumboischialgien (bei Nachweis einer Nervenkompression L4 links) begleitet worden sei (vgl. Urk. 6/11 S. 390 f. des Gutachtens). Hierbei handelt es sich um eine Vermutung ohne konkrete Anhaltspunkte; der älteste thematisierte Bericht ist das Gutachten von Dr. Z.____ vom 20. April 2014 (vgl. Urk. 6/11 S. 388-390 des Gutachtens) . 8.5.4

Dr. D.____ erklärte im für die Invalidenversicherung massgebenden Gutachten vom 10. August 2021, bei zuvor Krankenschreibung aus somatischen Gründen gelte die psychiatrische Beurteilung seit mindestens Beginn der stationären Rehabilitation im April 2014 (vgl. Urk. 2/21 S. 28 des psychiatrischen Teilgutachtens). Die Gutachterin führte ferner aus , nach dem Tod der Tochter im Jahr 2003 sei keine angemessene Trauerbewältigung möglich gewesen. Schon im Vorfeld von 2013 bestehende Schmerzen an Rücken und Hüfte hätten jeweils auf Behandlung angesprochen, nicht mehr jedoch im Jahr 2013, als eine Diskushernie aufgetreten sei und die Klägerin die Kündigung wegen Umstrukturierungen erhalten habe. Es habe ein hoher Leidensdruck wegen Schmerzen, aber auch dem Verlust der bisherigen beruflichen und familiären Funktionsfähigkeit bestanden, die zur Selbstwertstabilisierung beigetragen habe. Nach einer schmerzhaften, traumatisch erlebten Untersuchung im Jahr 2014 sei es zu einer Generalisierung der Schmerzen und psychischen Dekompensation mit Auftreten von erheblichen Ängsten , auch wegen vermeintlicher Gefährlichkeit der Schmerzen, Alpträumen, Depressivität, Panikattacken und dissoziativen Anfällen gekommen. Während der stationären Rehabilitation sei es zu einer weiteren psychischen Dekompensation gekommen, eventuell sei durch die Spitalumgebung eine Beschäftigung mit dem Tod/der Trauer/Schuldgefühlen in Bezug auf die Tochter ausgelöst worden. Es habe eine erhebliche Regression bestanden (vgl. Urk. 2/21 S. 23 des psychiatrischen Teilgutachtens).

Es ist anzumerken, dass eine Kündigung nicht per se mitprägende psychische Beschwerden indiziert , insbesondere wenn es sich um lokale Schmerzen im Wirkungsbereich somatischer Befunde handelt . Nichts zu Gunsten der Klägerin lässt sich auch aus

der diagnostischen Überlegung der Gutachterin ableiten, dass entgegen dem C.____-Gutachten neben der Depression auch eine Schmerzstörung zu diagnostizieren sei, mitunter weil schon Hinweise auf eine Schmerzgeneralisierung aktenkundig seien, als die Klägerin noch als psychisch unauffällig beschrieben worden sei; eine manifeste Depression sei erst im weiteren Verlauf aufgetreten (vgl. Urk. 2/21 S. 21 des psychiatrischen Teilgutachtens). So wurde die Klägerin nach der Versicherungszeit bei der Beklagten als psychisch unauffällig beschrieben (vgl. E. 8.3). 9.

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