



**Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht**

**vom 31. Oktober 2014 (735 13 279 / 263)**

---

**Berufliche Vorsorge**

**Frage der Bindungswirkung an den IV-Entscheid; Prüfung der Frage, ob eine Invalidität aus psychischen Gründen vorliegt; Vorliegen eines engen sachlichen Zusammenhangs zwischen der bereits während des Vorsorgeverhältnisses attestierten Arbeitsunfähigkeit und dem zur Invalidität führenden Gesundheitsschaden bejaht**

**Besetzung** Präsident Andreas Brunner, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Kantonsrichter Markus Mattle, Gerichtsschreiberin Barbara Vöggtli

**Parteien** **A.**\_\_\_\_, Klägerin, vertreten durch Kathrin Bichsel, Advokatin, Blumenrain 3, 4001 Basel

gegen

**Personalvorsorgestiftung der B.**\_\_\_\_ **AG**, Beklagte

**Betreff** Invalidenrente

A. A.\_\_\_\_ arbeitete vom 1. September 2001 bis zur Auflösung des Arbeitsverhältnisses am 31. März 2005 bei der B.\_\_\_\_ AG in einem 100 % Pensum. Am 19. Dezember 2001 erlitt sie einen Arbeitsunfall, bei dem sie sich den rechten Zeigefinger unter einem Palett einquetschte. Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA) erbrachte daraufhin bis 30. November 2003 Versicherungsleistungen. Sie stellte ihre Leistungen mangels eines unfallbedingten organischen Befundes ein. Allenfalls vorhandene psychische Beschwerden erachtete sie als

nicht adäquat kausal zum Unfallereignis (Einspracheentscheid vom 1. Februar 2005). Am 3. September 2003 meldete sich A.\_\_\_\_\_ zum Bezug von Leistungen der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) an und beantragte die Ausrichtung einer IV-Rente. Mit Verfügung vom 19. Dezember 2011 sprach die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) der Versicherten rückwirkend ab 1. August 2006 eine halbe IV-Rente gestützt auf einen IV-Grad von 52 % zu. Mit Eingabe vom 1. Februar 2012 erhob A.\_\_\_\_\_, vertreten durch Kathrin Bichsel, Advokatin, beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), Beschwerde gegen diese Verfügung. Mit Urteil vom 10. Mai 2012 hiess das Kantonsgericht die Beschwerde gut und änderte die angefochtene Verfügung insoweit ab, als festgestellt wurde, dass die Versicherte ab dem 1. Oktober 2003 Anspruch auf eine halbe Invalidenrente habe. Mit Verfügung vom 19. März 2013 sprach die IV-Stelle der Versicherten dem Urteil entsprechend rückwirkend ab 1. Oktober 2003 eine halbe IV-Rente und drei Kinderrenten zu. Die Versicherte gelangte mit Schreiben vom 6. Dezember 2012 und vom 5. Juli 2013 an die Personalvorsorgestiftung der B.\_\_\_\_\_ AG und beantragte die Ausrichtung einer IV-Rente. Mit Schreiben vom 25. Juli 2013 weigerte sich diese, der Versicherten eine IV-Rente auszurichten.

B. In der Folge erhob A.\_\_\_\_\_, erneut vertreten durch Advokatin Kathrin Bichsel, am 27. September 2013 beim Kantonsgericht Klage gegen die Personalvorsorgestiftung der B.\_\_\_\_\_ AG und beantragte, es sei die Beklagte zu verpflichten, die gesetzlichen und reglementarischen Invalidenleistungen aus beruflicher Vorsorge zuzusprechen und es sei ihr unter Berücksichtigung der Wartefrist rückwirkend ab 1. Oktober 2003 entsprechend einem IV-Grad von 52 % eine Rente von monatlich Fr. 626.15 sowie die dazugehörenden Kinderrenten von je Fr. 125.05 auszurichten zuzüglich 5 % Zins seit Klageeinreichung, wobei eine Mehrforderung ausdrücklich vorbehalten werde. Zudem sei die Klägerin gemäss Reglement der Beklagten von der Beitragspflicht für die Sparbeiträge an das Altersguthaben zu befreien; alles unter o/e-Kostenfolge. In verfahrensrechtlicher Hinsicht beantragte die Klägerin die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung mit Advokatin Kathrin Bichsel als unentgeltlicher Rechtsvertreterin.

C. In der Klageantwort vom 12. Dezember 2013 beantragte die Beklagte unter o/e-Kostenfolge die Abweisung der Klage.

D. Da die Beklagte in der Klageantwort ein Ausstandsbegehren gegen Herrn Andreas Brunner, Präsident des Kantonsgerichts, Abteilung Sozialversicherungsrecht, Herrn Jgnaz Jermann, Kantonsrichter, Herrn Dieter Freiburghaus, Kantonsrichter, und Frau Barbara Vögtli, Gerichtsschreiberin, gestellt hatte, wurde das Ausstandsbegehren dem Kantonsgericht zur Beurteilung überwiesen. Dieses wurde mit Beschluss vom 27. März 2014 abgewiesen.

Auf die Vorbringen der Parteien sowie die zu würdigenden Akten wird – soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Für die vorliegende Streitigkeit über Ansprüche einer versicherten Person gegenüber einer Vorsorgeeinrichtung ist nach Art. 73 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die berufliche Vorsorge (BVG) vom 25. Juni 1982 und § 54 der Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 das Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht, zur Beurteilung sachlich zuständig. Art. 73 Abs. 3 BVG regelt die örtliche Zuständigkeit für die Entscheidung von Streitigkeiten berufsvorsorgerechtlicher Natur. Gerichtsstand ist demnach der schweizerische Sitz oder Wohnsitz der beklagten Partei oder der Ort des Betriebes, bei dem die versicherte Person angestellt wurde. Die Klägerin war zuletzt bei der Firma B.\_\_\_\_ AG in X.\_\_\_\_ tätig, welche sich für die berufliche Vorsorge der Personalvorsorgestiftung der B.\_\_\_\_ AG mit Sitz in Y.\_\_\_\_ angeschlossen hatte. Damit ist das Kantonsgericht für die Beurteilung der erhobenen Klage auch örtlich zuständig.

2. Streitig ist, ob die Beklagte verpflichtet ist, der Klägerin die gesetzlichen und reglementarischen Invalidenleistungen aus beruflicher Vorsorge ab 1. Oktober 2003 auszurichten.

3.1 Nach Art. 23 BVG, in Kraft gestanden bis 31. Dezember 2004, haben Personen Anspruch auf Invalidenleistungen, die im Sinne der Invalidenversicherung zu mindestens 50 % invalid sind und bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, versichert waren. Laut dem am 1. Januar 2005 in Kraft getretenen Art. 23 lit. a BVG besteht bereits bei einer Invalidität von mindestens 40 % Anspruch auf Invalidenleistungen.

3.2 Die obligatorische Versicherung beginnt mit dem Antritt des Arbeitsverhältnisses (Art. 10 Abs. 1 BVG). Die Versicherungspflicht endet, wenn der Anspruch auf eine Altersleistung entsteht, das Arbeitsverhältnis aufgelöst oder der Mindestlohn unterschritten wird (Abs. 2). Für das Risiko der Invalidität bleiben die Arbeitnehmer während eines Monats nach Auflösung des Vorsorgeverhältnisses bei der bisherigen Vorsorgeeinrichtung versichert, ausser wenn während dieser Zeit ein neues Vorsorgeverhältnis begründet wird (Abs. 3, Nachdeckungsfrist).

3.3 Vorliegend wurde der Arbeitsvertrag mit der B.\_\_\_\_ AG per 31. März 2005 aufgelöst. Die Klägerin trat danach in kein neues Arbeitsverhältnis resp. Vorsorgeverhältnis mehr ein. Sie ist deshalb bis 30. April 2005 bei der Beklagten versichert.

4.1 Gemäss Art. 26 Abs. 1 BVG gelten für den Beginn des Anspruchs auf Invalidenleistungen sinngemäss die entsprechenden Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959. Der Eintritt des Versicherungsfalles fällt in der Regel mit der Eröffnung der einjährigen Wartezeit nach Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG in der hier anwendbaren, bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Fassung zusammen. Aus der engen Verbindung zwischen dem Recht auf eine Rente der IV 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 271 E. 2a, 120 V 108 E. 3c, je mit Hinweisen). Das vorliegend anwendbare Vorsorgereglement der Beklagten geht von keinem anderen Invaliditätsbegriff aus als das Recht der IV (vgl. Art. 20 des Vorsorgereglements der Beklagten, gültig ab 1. Januar 2001 [Vorsorgereglement]).

4.2 Praxisgemäss sind die Vorsorgeeinrichtungen im Bereich der gesetzlichen Mindestvorsorge (Art. 6 BVG) an die Feststellungen der IV-Organe (Eintritt der invalidisierenden Arbeitsunfähigkeit, Eröffnung der Wartezeit, Festsetzung des Invaliditätsgrades) gebunden, soweit die Vorsorgeeinrichtung spätestens bei der Verfügungseröffnung ins IV-Verfahren einbezogen wurde (BGE 130 V 274 E. 3.1; Urteil des Bundesgerichts vom 13. August 2007, B 88/06, E. 4.2), die konkrete Fragestellung für die Beurteilung des Rentenanspruchs gegenüber der Invalidenversicherung entscheidend war und sich die invalidenversicherungsrechtliche Betrachtungsweise aufgrund einer gesamthaften Prüfung der Akten nicht als offensichtlich unhaltbar erweist (BGE 133 V 67 E. 4.3.2, 126 V 310 f. E. 1). Unterbleibt ein solches Einbeziehen der Vorsorgeeinrichtung, ist die IV-rechtliche Festsetzung des Invaliditätsgrades (grundsätzlich, masslich und zeitlich) berufsversorgerechtlich nicht verbindlich (BGE 130 V 273 E. 3.1, Urteil des Bundesgerichts vom 21. Februar 2012, 9C\_327/2011, E. 4.1). Wenn eine versicherte Person Beschwerde gegen eine Verfügung führt, die sowohl ihr als auch der präsumtiv leistungspflichtigen Vorsorgeeinrichtung eröffnet wurde, ist die Beiladung der Vorsorgeeinrichtung im kantonalen Prozess Voraussetzung dafür, dass der erstinstanzliche Gerichtsentscheid die vorgenannte Bindungswirkung entfalten kann (Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juni 2006, I 89/06, E. 3.2.3).

4.3 Vorliegend hat das Kantonsgericht die im IV-Verfügungsverfahren als Partei aufgetretene Beklagte nicht zum IV-Beschwerdeverfahren beigegeben. Damit wurde versäumt, der bundesrechtlich vorgesehenen Bindungswirkung zum Durchbruch zu verhelfen, wie die Beklagte zu Recht feststellt. Das Urteil des Kantonsgerichts vom 10. Mai 2012 entfaltet daher gegenüber der Beklagten keinerlei Bindungswirkung. Es ist nachfolgend aufgrund der vorhandenen medizinischen Akten frei zu prüfen, ob und allenfalls ab wann eine invalidisierende Arbeitsunfähigkeit eingetreten ist.

5.1 BVG-Invalidenleistungen werden von derjenigen Vorsorgeeinrichtung geschuldet, welcher die versicherte Person bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, angeschlossen war (Art. 23 lit. a BVG). Versichertes Ereignis ist einzig der Eintritt der relevanten Arbeitsunfähigkeit, unabhängig davon, in welchem Zeitpunkt und in welchem Masse daraus ein Anspruch auf Invalidenleistungen entsteht (BGE 136 V 65 E. 3.1). Die Versicherteneigenschaft muss nur bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit gegeben sein, dagegen nicht notwendigerweise auch im Zeitpunkt des Eintritts oder der Verschlimmerung der Invalidität (Art. 26 Abs. 3 BVG e contrario; BGE 123 V 263 E. 1a, 118 V 45 E. 5).

5.2 Eine registrierte Vorsorgeeinrichtung ist zur Erbringung der gesetzlichen Invaliditätsleistungen allerdings nur dann verpflichtet, wenn die Beeinträchtigung der versicherten Person sinnfällig, d.h. erheblich und dauerhaft war. Erheblich ist die Arbeitsunfähigkeit, wenn sie mindestens 20 % beträgt und arbeitsrechtlich in Erscheinung getreten ist, etwa durch einen Abfall der Leistungen mit entsprechender Feststellung durch den Arbeitgeber oder durch gehäufte, aus dem Rahmen fallende gesundheitlich bedingte Arbeitsausfälle (BGE 136 V 65 E. 3.1; vgl. auch Urteile des Bundesgerichts vom 7. Mai 2012, 9C\_876/2011, E. 4.2.2 und vom 21. Februar 2012, 9C\_327/2011, E. 5.2).

6.1 Die Klägerin stützt sich auf das Urteil des Kantonsgerichts vom 10. Mai 2012 (720 12 34 / 121). Gestützt darauf geht sie davon aus, dass sie nach Lage der Akten unbestrittenermassen zu mehr als 50 % invalid sei, was ihr nach Art. 28 Abs. 1 IVG (in der bis 31. Dezember 2003 gültig gewesenen Fassung) Anrecht auf eine halbe Rente der Invalidenversicherung gebe und gemäss Art. 24 Abs. 1 BVG in Verbindung mit Art. 28 Abs. 1 IVG Anspruch auf eine halbe BVG-Invalidenrente begründe. Das Kantonsgericht habe in Erwägung 6.4 des Urteils bezüglich der Beurteilung der Wartefrist auf die echtzeitlich attestierten Arbeitsunfähigkeiten durch Dr. med. C.\_\_\_\_, Spezialarzt für Innere Medizin FMH, abgestützt und festgehalten, dass sie ab dem 4. Oktober 2002 während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich zu mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sei.

6.2 Die Beklagte stellt sich auf den Standpunkt, dass keine Leistungen geschuldet seien, da kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliege. Eine somatoforme Schmerzstörung ohne andere ausgewiesene, erhebliche psychische Komorbidität oder weitere Umstände, welche die Schmerzbewältigung behindern würden, sei nicht geeignet, eine anhaltende und damit invalidisierende Arbeitsunfähigkeit zu begründen. Vorliegend sei lediglich eine leichte bis mittelgradige depressive Symptomatik ausgewiesen. Diese genüge gemäss höchstrichterlicher Praxis nicht, um von einer von der somatoformen Schmerzstörung verselbständigten psychischen Komorbidität auszugehen. Zudem sei nicht erstellt, dass die Arbeitsunfähigkeit, welche der allfälligen Invalidität zu Grunde liege, in der Zeit eingetreten sei, als die Klägerin zufolge ihres Arbeitsverhältnisses mit der B.\_\_\_\_ AG bei der Beklagten vorsorgeversichert gewesen sei.

7.1 In einem ersten Schritt ist gestützt auf die Vorbringen der Beklagten zu prüfen, ob überhaupt ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden vorliegt.

7.2 Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (Urteil des Bundesgerichts vom 13. Dezember 2013, 8C\_33/2013, E. 4.2, BGE 102 V 165, 127 V 294 E. 4c).

7.3.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person ist die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung und im Streitfall das Gericht – auf Unterlagen angewiesen, die vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Aufgabe der Ärztin bzw. des Arztes ist es in diesem Zusammenhang, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 115 V 134 E. 2, 114 V 314 E. 3c, 105 V 158 E. 1). Darüber hinaus bilden die ärztlichen Stellungnahmen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Zumutbarkeit, also der Frage, welche anderen Erwerbstätigkeiten als die zuletzt ausgeübte Berufsarbeit von der versicherten Person auf dem allgemeinen, ausgeglichenen und nach ihren persönlichen Verhältnissen in Frage kommenden Arbeitsmarkt zumutbarerweise noch verrichtet werden können (vgl. ULRICH

MEYER-BLASER, Zur Prozentgenauigkeit in der Invaliditätsschätzung, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 20 f. mit Hinweisen).

7.3.2 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen sind und danach zu entscheiden ist, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf bei einander widersprechenden medizinischen Berichten der Prozess nicht erledigen werden, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abgestellt wird. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c; AHI-Praxis 2001 S. 113 E. 3a). Dennoch erachtet es die Rechtsprechung des Bundesgerichts mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 352 E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit zahlreichen Hinweisen).

8.1 Dr. med. D.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, erstellte im Rahmen einer bi-disziplinären Begutachtung zuhanden des Taggeldversicherers am 5. Dezember 2004 ein psychiatrisches Gutachten. Darin kommt er zum Schluss, dass keine psychiatrischen Diagnosen gegeben seien. Die Versicherte täusche absichtlich und zielgerichtet Unvermögen vor mit der Begründung, an unerträglichen Schmerzen sowie Konzentrationsstörungen zu leiden. Die appellativ-demonstrativen und teilweise grotesk anmutenden Verhaltensweisen liessen klar auf einen Wunsch nach Versicherungsleistungen schliessen. Es bestehe eine infantiloid anmutende Regressionstendenz in den völligen Invalidenstatus. Zudem bestehe der Verdacht auf einen gravierenden Medikamentenabusus. Ohne Zweifel dürfte eine hochgradig dysfunktionale familiäre Situation vorliegen. Die Handlungsunfähigkeit der Versicherten dürfte aus psychoanalytischer Sicht erklärbar sein. Die Arbeitsunfähigkeit des Ehemannes sei hier ein zentraler Faktor.

8.3 Im Arztbericht für Erwachsene vom 11. November 2005 diagnostiziert Dr. med. E.\_\_\_\_, Oberarzt der psychiatrischen Klinik F.\_\_\_\_, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) seit 2004 und eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) seit 2005.

8.4 Nachdem die IV-Stelle das Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ in Bezug auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit als nicht aussagekräftig erachtet hatte, beauftragte sie Dr. med. G.\_\_\_\_, Spe-

zialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, mit der psychiatrischen Begutachtung der Klägerin. Dr. Weber diagnostiziert in seinem Gutachten vom 1. Mai 2006 nach zweimaliger Untersuchung der Versicherten mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) mit histrionischer Ausgestaltung und Selbstlimitierung bei deutlich infantiler und narzisstisch gekränkter histrionischer Persönlichkeitsstörung (F60.4) mit dissoziativen Anteilen und zunehmender Reizbarkeit. Es könne eine Verminderung der Belastbarkeit, des Durchhaltevermögens und der Stressbelastungsfähigkeit aufgrund der Nervosität und der chronifiziert erlebten Schmerzen ausgemacht werden. Die psychische Stabilität sei nicht mehr konstant genug, um sich auf einen Arbeitsplatz einzulassen. Die Explorandin sei in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Eine Arbeitsunfähigkeit mit einem Ausmass von ca. 20 % könne ab Sommer 2005 angenommen werden, als sich die Explorandin wegen zunehmenden Verstimmungszuständen und unspezifischen Ängsten in psychiatrische Behandlung begeben habe. Aus psychiatrischer Sicht sei die Explorandin aufgrund der schwersten Verhaltensauffälligkeit keinem Arbeitgeber mehr zumutbar. Sie könne nur noch im geschützten Rahmen stundenweise eingesetzt werden. Die Prognose sei sehr schlecht, da die Explorandin eine völlige Fixierung auf ihre Handschmerzen aufweise und eine schwerste psychische Fehlentwicklung eingegangen sei, die sich unterdessen zu chronifizieren scheine und therapeutisch nicht angegangen werden könne. In einer ergänzenden Stellungnahme vom 23. September 2006 hält Dr. G. \_\_\_\_ fest, dass bei der Explorandin – neben der somatoformen Schmerzstörung – von einer zusätzlichen schweren psychischen Fehlentwicklung mit histrionischer Persönlichkeitsstörung und Tendenz zu dissoziativen Anteilen ausgegangen werden müsse. Selbst wenn man all diesen Komorbiditäten keine invalidisierende Arbeitsunfähigkeit attestieren würde, wäre die Explorandin keinem Arbeitgeber mehr zumutbar. Von einer relevanten Arbeitsfähigkeit sei aufgrund der Verhaltensstörung mit regressiven Anteilen nicht mehr auszugehen. Diese Verhaltensauffälligkeit werde die Explorandin kaum mehr korrigieren können. Die Verhaltensstörung mit Fixierung im Denken, narzisstischer Kränkung und mangelnder Flexibilität etabliere sich nicht nur in der Exploration, sondern gehe schon lange zurück und bestehe auch im Privatbereich. Es bestehe natürlich eine Mischung zwischen nicht mehr Wollen wegen Enttäuschung, Kränkung und chronischen Schmerzen und nicht mehr Können. Im Quervergleich mit vielen anderen ähnlichen Fehlentwicklungen sei dieser Fall bereits chronifiziert, fixiert und nicht mehr korrigierbar.

8.5 Mit Bericht vom 20. März 2007 diagnostiziert pract. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler ärztlicher Dienst beider Basel (RAD), nach persönlicher Untersuchung mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Episode auf dem Boden einer ängstlich-unsicheren Persönlichkeit (ICD-10 F32.1) sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.5). Aufgrund der depressiven Symptomatik mit eingegter Kognition, Anhedonie, Antriebslosigkeit, sozialem Rückzug mit deutlich eingeschränktem Tagesablauf gehe er von einer aktuell und für ca. ein ¾ Jahr rückwirkenden 50 %-igen Arbeitsunfähigkeit aus. Als IV-fremder Grund müsse wahrscheinlich ein anteilig kulturell bedingter sekundärer Krankheitsgewinn mit Kompensation durch das Familiensystem gerechnet werden. Trotzdem liege aber die beschriebene mittelgradige depressive Symptomatik vor. Hinweise für eine Aggravation oder Simulation hätten nicht festgestellt werden können. Die anhaltende somatoforme Schmerzstörung könne für sich und additiv zur depressiven Symptomatik keine

Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit begründen. Gleiches gelte für die Persönlichkeit der versicherten Person.

8.6 Dr. E.\_\_\_\_, psychiatrische Klinik F.\_\_\_\_, diagnostiziert im Arztbericht für Erwachsene vom 18. Juni 2007 eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) seit 2004 und eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) seit 2005. Durch die Schmerzsymptomatik fühle sich die Patientin stark eingeengt. Dadurch habe sich eine depressive Verstimmung entwickelt. Die Patientin beschreibe Schlafstörungen und Perspektivlosigkeit. Aufgrund des aktuellen Zustandsbilds werde keine Möglichkeit für eine Arbeitsreintegration gesehen. Aktuell seien keine Tätigkeiten zumutbar. Die Erhöhung der antidepressiven Behandlung habe keine Besserung des Zustandes gebracht, weshalb eine stationäre Behandlung in die Wege geleitet worden sei.

8.7 Die Klägerin hielt sich vom 17. Juli 2007 bis 7. September 2007 stationär in der psychiatrischen Klinik I.\_\_\_\_ auf. Dr. med. J.\_\_\_\_, Oberarzt, und lic. phil. K.\_\_\_\_, Psychologe FSP, diagnostizieren im Arztbericht vom 19. September 2007 mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) seit 2001, rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (F33.30), DD: Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (F2). Es bestehe eine starke psychogene Schmerzproblematik, die sich ausgehend von der rechten Hand auf alle Extremitäten und den Kopf ausgeweitet habe. Aufgrund dieser Problematik könne die Patientin keine körperlichen Tätigkeiten mehr ausführen. Zudem bestehe eine zunehmend depressive Entwicklung mit stark reduzierter Belastungsfähigkeit. Eine Erwerbstätigkeit sei momentan nicht zumutbar.

8.8 Nachdem die IV-Stelle den medizinischen Sachverhalt erneut als ungenügend abgeklärt erachtet hatte, wurde Dr. med. L.\_\_\_\_, Fachärztin FMH Psychiatrie und Psychotherapie, mit der Erstellung eines psychiatrischen Gutachtens beauftragt. Dr. L.\_\_\_\_ hält in ihrer Beurteilung vom 27. November 2008 fest, dass keine psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen würden. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit liege eine Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10 F68.0) vor. Ein Status nach rezidivierenden depressiven Episoden (ICD-10 F33.4, gegenwärtig remittiert) könne nicht ausgeschlossen werden. Aufgrund der Aktenlage und der Präsentation der Explorandin könne insgesamt keine psychische Symptomatik von Krankheitswert und keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt werden.

8.9 Dr. med. M.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, hält in seinem Arztbericht vom 4. November 2009 fest, dass seit 2005 eine anhaltende affektive Störung (ICD-10 F34.8) vorliege, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Es bestehe seit Dezember 2007 bis auf weiteres eine 60 %-ige Arbeitsunfähigkeit. Die psychiatrischen Einschränkungen bestünden infolge der affektiven Störung. Die Patientin sei niedergeschlagen, antriebslos, wenig belastbar, lust- und freudlos, perspektivlos. Zwischendurch sei sie auch unvermittelt gereizt und aggressiv, impulsiv. Dadurch sei sie wenig belastbar, ermüde schnell und ziehe sich sozial zurück. Die Beziehungsfähigkeit zu Mitmenschen sei aufgrund der depressiven Symptome und des plötzlichen impulsiven, aggressiven Verhaltens eingeschränkt.



8.10 In der Folge veranlasste die IV-Stelle eine Verlaufsbeurteilung durch den RAD. Pract. med. H.\_\_\_\_ untersuchte die Klägerin am 30. September 2009. In seinem Bericht vom 5. Mai 2010 diagnostiziert er mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung aktuell mittelgradige Ausprägung bei akzentuierter Persönlichkeit ängstlich-histrionischer Ausprägung (ICD-10 F33.1/Z73.1), im Längsschnitt rezidivierende depressive Störung leicht bis mittelgradiger Ausprägung (ICD-10 F33.0), sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Die Arbeitsfähigkeit sei schwierig zu beurteilen. Anlässlich der Untersuchung im Jahr 2007 sei er aufgrund der mittelgradigen depressiven Störung und der somatoformen Schmerzstörung von einer 50 %-igen Einschränkung ausgegangen. Nach Aktenlage und nach der zweimaligen Untersuchung sei im Längsschnitt aber eher von einer leicht bis mittelgradig depressiven Symptomatik auszugehen. Da komorbid auch eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vorliege, deren Symptomatik mit der depressiven Symptomatik in Bezug auf eine Fähigkeitsstörung hochgradig interagiere, sei aber nach wie vor von einer 50 %-igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen.

8.11 Dr. M.\_\_\_\_ hält in seinem Arztbericht vom 7. Dezember 2010 mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende affektive Störung (ICD-10 F34.8) seit 2005 fest. Der Gesundheitszustand habe sich nicht verbessert.

9.1 Die IV-Stelle hat im IV-Verfahren zur Beurteilung der Frage, ob ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben ist, auf die Beurteilung von pract. med. H.\_\_\_\_ abgestellt und ist zur Auffassung gelangt, dass die Klägerin an einem psychischen Gesundheitsschaden leidet, der die Arbeitsfähigkeit dauernd um 50 % einschränkt.

9.2 RAD-Untersuchungsberichte haben einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten, wenn sie den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügen (Urteil des Bundesgerichts vom 30. September 2008, 9C\_76/2008, E. 3.4). Pract. med. H.\_\_\_\_ ist psychiatrischer Facharzt. Er hat die Klägerin jeweils persönlich untersucht. Seine Berichte vom 20. März 2007 und vom 5. Mai 2010 sind für die streitigen Belange umfassend, sind in Kenntnis aller medizinischen Akten erstellt worden und berücksichtigen die geklagten Beschwerden. Pract. med. H.\_\_\_\_ setzt sich ausführlich mit den Beurteilungen seiner Fachkollegen und -kolleginnen auseinander. In seinem Bericht vom 20. März 2007 legt er – insbesondere auf Seite 6 – dar, worin sich seine Beurteilung von derjenigen von Dr. D.\_\_\_\_ und Dr. G.\_\_\_\_ unterscheidet und weshalb nicht auf deren Beurteilungen abgestellt werden kann. In seinem Bericht vom 5. Mai 2010 geht er auf die Differenzen zur Beurteilung von Dr. L.\_\_\_\_ (insb. Seite 13) ein und zeigt auf, worin die Mängel der Beurteilung durch Dr. L.\_\_\_\_ liegen. Soweit er zu einer anderen diagnostischen Einschätzung oder einer anderen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gelangt, führt er die Gründe dafür aus. Seine Berichte leuchten deshalb in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der medizinischen Situation ein und sind in den Schlussfolgerungen überzeugend. Konkrete Indizien, die gegen die Zuverlässigkeit der Berichte sprechen würden, liegen nicht vor und werden von der Beklagten nicht geltend gemacht. Der Umstand, dass andere psychiatrische Fachärzte eine andere Einschätzung des Gesundheitszustands der Klägerin abgegeben haben, vermag für sich alleine noch keine begründeten Zweifel an der Beurteilung von pract. med. H.\_\_\_\_ zu wecken.

Soweit das Kantonsgericht in seinem Urteil vom 10. Mai 2012 nicht auf die Berichte von pract. med. H.\_\_\_\_ abstellte, besteht darin kein Widerspruch zum soeben Ausgeführten. Damals musste lediglich der Beginn des Rentenanspruchs überprüft werden und das Kantonsgericht erachtete die Berichte von pract. med. H.\_\_\_\_ in diesem Punkt als nicht ausschlaggebend (vgl. Urteil vom 10. Mai 2012, E. 5.4).

9.3 Somit ist gestützt auf die Beurteilungen von pract. med. H.\_\_\_\_ vom 20. März 2007 und vom 5. Mai 2010 davon auszugehen, dass eine rezidivierende depressive Störung, im Längsschnitt eine rezidivierende depressive Störung leicht bis mittelgradiger Ausprägung, sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vorliegen, welche die Arbeitsfähigkeit dauernd um 50 % einschränken.

10.1 Die Beklagte stellt sich auf den Standpunkt, dass eine leichte bis mittelgradige depressive Symptomatik dem Kriterium der Erheblichkeit nicht genüge, um von einer von der somatoformen Schmerzstörung verselbständigten psychischen Komorbidität auszugehen.

10.2 Die Annahme, dass eine mittelschwere depressive Störung eine invalidisierende Wirkung hat, erfordert gemäss höchstrichterlicher Praxis, dass es sich nicht bloss um eine Begleiterscheinung einer Schmerzkrankheit, sondern um ein selbständiges, vom psychogenen Schmerzsyndrom losgelöstes depressives Leiden handelt und dass eine konsequente Depressionstherapie befolgt wird, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 3. April 2014, 8C\_774/2014, E. 4.2 mit weiteren Hinweisen).

10.3 Pract. med. H.\_\_\_\_ legt in seinem Bericht vom 5. Mai 2010 auf Seite 12 den psychopathologischen Befund (Antriebsstörung, berichtete Konzentrations- und Gedächtnisstörung, depressiver Affekt, der auch in der Untersuchung authentisch und nachvollziehbar gewesen sei, berichtete und beobachtete Freudlosigkeit, eingeschränktes soziales Leben, Suizidgedanken, Schuldgedanken mit Gedankenkreisen und berichtete Schlafstörung) dar und gelangt zum Schluss, dass alle drei depressiven Kernsymptome und genügend akzessorische Symptome vorliegen würden, um eine mittelgradige depressive Störung zu diagnostizieren. Gestützt auf seine Beurteilung ist daher davon auszugehen, dass es sich bei der depressiven Symptomatik nicht nur um eine Begleiterscheinung einer Schmerzkrankheit handelt, sondern um ein selbständiges Leiden. Zudem ergibt sich aus den Akten, dass die Klägerin eine konsequente Depressionstherapie befolgt, was auch von pract. med. H.\_\_\_\_ im Bericht vom 5. Mai 2010 festgestellt wird. Seit Dezember 2007 befindet sie sich bei Dr. M.\_\_\_\_ in psychiatrischer Behandlung, wobei zu Beginn zweimal pro Monat eine Gesprächstherapie stattfand, später dann alle drei bis vier Wochen eine Sitzung abgehalten wurde. Vom 17. Juli 2007 bis 17. September 2007 fand ein stationärer Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik I.\_\_\_\_ statt. Hinzu kommt, dass seit langer Zeit eine medikamentöse Behandlung durchgeführt wird. Somit kann die Frage, ob die psychische Störung als derart erheblich einzustufen ist, dass bereits allein gestützt darauf (ausnahmsweise) von einer willensmässig nicht mehr erbringbaren Leistung in einer dem körperlichen Leiden adaptierten Tätigkeit auszugehen ist, gestützt auf die medizinischen Akten bejaht werden.

11.1 Zu prüfen ist weiter der Einwand der Beklagten, dass eine somatoforme Schmerzstörung ohne andere ausgewiesene, erhebliche Komorbidität oder weitere Umstände, welche die Schmerzbewältigung behindern würden, nicht geeignet sei, eine invalidisierende Arbeitsunfähigkeit zu begründen.

11.2 Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352). Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind – ausnahmsweise – die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (Urteil des Bundesgerichts vom 13. Dezember 2013, 8C\_33/2013, E. 4.2.1 mit Hinweis).

11.3 Pract. med. H.\_\_\_\_ diagnostiziert, wie die meisten anderen Ärzte auch, eine somatoforme Schmerzstörung (S. 12 des Berichts vom 5. Mai 2010). In Bezug auf Dr. D.\_\_\_\_ und Dr. L.\_\_\_\_, die zu keiner psychiatrischen Diagnose gelangt sind, legt er dar, dass eine Simulation über Jahre hinweg unwahrscheinlich sei. Insgesamt müsse die Krankheitsentwicklung über die Jahre als Ausdruck einer entlastenden Konfliktbewältigung angesehen werden. Die versicherte Person habe als Mutter, als Berufstätige und schliesslich als Kranke in ihrem Leben in der Schweiz mehrere stark belastende Ereignisse hinter sich (ungeklärter Aufenthaltstatus, Verlust der persönlichen Integrität, Verlust der sozialen Rolle, Verlust des „gesunden“ Ehemannes), die in der Summe sicher ausreichen würden, um einen Konflikt, der zu einer somatoformen Schmerzstörung führe, zu begründen.

In Bezug auf die Auswirkungen der somatoformen Schmerzstörung auf die Arbeitsfähigkeit der Klägerin führt er in seinem Bericht vom 5. Mai 2010 auf S. 13 aus, dass es schwierig sei, die Arbeitsfähigkeit zu beurteilen. Anlässlich des Berichts vom 20. März 2007 sei er aufgrund der mittelgradigen depressiven Störung und der somatoformen Schmerzstörung von einer 50 %-

igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgegangen. Nach der Aktenlage und nach der zweiten Untersuchung gehe er davon aus, dass eine leicht bis mittelgradig depressive Symptomatik gegeben sei. Da komorbid auch eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vorliege, deren Symptomatik mit der depressiven Symptomatik in Bezug auf eine Fähigkeitsstörung hochgradig interagiere, sei nach wie vor von einer 50 %-igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Auch wenn der depressive Anteil an der Arbeitsunfähigkeit aus heutiger Sicht theoretisch geringer taxiert werden müsse, sei die depressive Problematik mit der Schmerzproblematik derart verwoben, dass die Festlegung einer geringeren Arbeitsunfähigkeit nicht stichhaltig wäre. Die Förster-Kriterien seien überwiegend erfüllt, sodass der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung durchaus ein Anteil an der Gesamt-Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht zugestanden werden könne. Dr. M.\_\_\_\_ gehe zwar von einer 60 %-igen Arbeitsunfähigkeit aus, die er mit den depressiven Symptomen begründe. Aus der depressiven Symptomatik alleine sei aber eine 60 %-ige Einschränkung als zu hoch anzusehen. Auch in Kombination mit der Symptomatik der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sei keine höhere als die 50 %-ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gerechtfertigt, da die Symptome, die die Fähigkeitsstörung repräsentieren und damit die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen würden, in beiden Störungen vorhanden und hochgradig überlappend (sozialer Rückzug, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörung), aber nicht vollständig kongruent (Antriebsstörung, Freudlosigkeit, Schuldgedanken) seien. Somit ergebe sich eine Teiladdition der Fähigkeitsstörungen, die mit dem Resultat und der Gesamtgrösse einer 50 %-igen Arbeitsunfähigkeit am realistischsten sei.

11.4 Pract. med. H.\_\_\_\_ hält auf Seite 13/14 seines Berichts vom 5. Mai 2010 fest, dass die Förster-Kriterien (Überwindbarkeitskriterien) überwiegend erfüllt seien (zur Überprüfung der Erheblichkeitskriterien durch den RAD vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 10. Juli 2014, 9C\_75/2014, E. 4.3). Obwohl er das Vorliegen der Kriterien nicht im Einzelnen prüft, ist seiner Auffassung beizupflichten. Zum einen liegt, wie in Erwägung 10 hiervor dargelegt, eine eigenständige psychische Komorbidität von genügender Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer vor. Zudem geht aus dem Tagesablauf, wie er von der Klägerin gegenüber pract. med. H.\_\_\_\_ beschrieben wurde (Bericht vom 5. Mai 2010, Seite 9), klar hervor, dass – ausser zur eigenen Familie – nur noch zu den Ärzten Kontakt besteht. Die Klägerin gibt an, keine Freunde mehr zu haben. Selbst der Umgang mit ihren Enkelkindern, die im gleichen Haus leben, bereitet ihr Mühe. Sie geht widerwillig mit der Tochter spazieren. Einkäufe in Begleitung ihres Ehemannes bereiten ihr ebenfalls Mühe, sie fühle sich von ihm dazu gezwungen. Es ist deshalb von einem erheblichen sozialen Rückzug auszugehen. Zudem liegt ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung vor. Den Akten ist zu entnehmen, dass die Klägerin konsequent eine ambulante Behandlung durchführt und sich dort kooperativ verhält. Dr. M.\_\_\_\_ hält in seinem Bericht vom 4. November 2009 fest, dass er seit Dezember 2007 eine Psychotherapie und eine medikamentöse Therapie durchführe bei 1 bis 2 Sitzungen pro Monat. In seinem Bericht vom 7. Dezember 2010 führt er aus, dass die Klägerin seit November 2009 alle drei bis vier Wochen in die Behandlung komme. Die Medikamentenabgabe kontrolliere der Ehemann. Dessen Medikamentenbuchhaltung stimme mit der seinen überein, so dass von einer guten Compliance ausgegangen werden könne. Die Medikamente würden zu einer gewissen Entspannung führen, aber zu keiner Remission der Krankheit. In Bezug auf die Prognose hält Dr. M.\_\_\_\_

fest, dass die affektive Störung seit vielen Jahren bestehe. Sie sei jetzt chronisch geworden, weshalb die Prognose ungünstig sei.

11.5 Die von pract. med. H.\_\_\_\_ anerkannte (Teil-) Arbeitsunfähigkeit hält somit auch im Lichte der für eine Unüberwindlichkeit der Schmerzsymptomatik massgebenden rechtlichen Kriterien stand. Die Erheblichkeitskriterien liegen gehäuft vor, weshalb der somatoformen Schmerzstörung eine rentenbegründende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zuerkannt werden kann. Zudem hat er bei seiner Einschätzung keine invaliditätsfremde Gesichtspunkte (insbesondere psychosoziale und/oder soziokulturelle Belastungsfaktoren) mitberücksichtigt, welche aus sozialversicherungsrechtlicher Optik regelmässig unbeachtlich sind (Urteil des Bundesgerichts vom 13. Dezember 2013, 8C\_33/2013, E. 4.2.3 mit Hinweis auf BGE 130 V 352 E. 2.2.5). Der Einwand der Klägerin, dass keine erhebliche psychische Komorbidität vorliege und die Auswirkungen der somatoformen Schmerzstörung auf die Arbeitsfähigkeit überwindbar seien, trifft damit nicht zu. Ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden liegt auch in Bezug auf die somatoforme Schmerzstörung vor.

12.1 Streitig und zu prüfen bleibt die Frage nach dem engen sachlichen Zusammenhang zwischen der Arbeitsunfähigkeit und der eingetretenen Invalidität. Das Vorliegen eines engen zeitlichen Zusammenhanges wird von der Beklagten nicht bestritten. Die Beklagte stellt sich aber auf den Standpunkt, dass anhand der Akten nicht ausgewiesen sei, dass eine psychische erhebliche Komorbidität bereits während der Versicherungsdauer aufgetreten sei. Bis ins Jahr 2005 hätten ausschliesslich die Fingerquetschung und das hierdurch ausgelöste Schulter-Arm-Syndrom im Zentrum der medizinischen Behandlung gestanden. Daran könnten auch die drei im Jahr 2004 wahrgenommenen Gesprächstermine in der psychiatrischen Klinik F.\_\_\_\_ nichts ändern. Eine fachärztliche psychiatrische Betreuung sei erst ab dem 31. August 2005 belegt. Keiner der in diesem Fall beigezogenen psychiatrischen Experten habe eine anhaltende, psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit schon vor dem Jahr 2005 bestätigt. Es sei nicht überzeugend, wenn das Kantonsgericht aufgrund der komplexen Aktenlage und mangels einer eindeutigen Antwort bei schleichender gesundheitlicher Fehlentwicklung auf die Arbeitsunfähigkeitseinschätzungen des Hausarztes abgestellt habe. Im Ergebnis könne eine somatisch bedingte Arbeitsunfähigkeit bis Oktober 2003 anerkannt werden. Eine überlappende und daran anschliessende psychische Fehlentwicklung könne ebenfalls anerkannt werden. Die die somatoforme Schmerzstörung begleitende depressive Symptomatik sei aber erst ab dem 31. August 2005 fachärztlich ausgewiesen. Sofern überhaupt von einer Invalidität auszugehen wäre, wäre diese frühestens im Jahr 2006 eingetretenen, womit der enge sachliche Zusammenhang im Sinne von Art. 23 BVG verneint werden müsste.

12.2 Die Leistungspflicht der Vorsorgeeinrichtung in Konstellationen, bei denen kein Arbeitsverhältnis mehr gegeben ist, setzt voraus, dass ein enger sachlicher und zeitlicher Zusammenhang zwischen der während der Dauer des Vorsorgeverhältnisses (einschliesslich der Nachdeckungsfrist nach Art. 10 Abs. 3 BVG) entstandenen Arbeitsunfähigkeit und der allenfalls erst später eingetretenen Invalidität besteht (BGE 130 V 270 E. 4.1). Der sachliche Konnex ist gegeben, wenn der Gesundheitsschaden, der zur Arbeitsunfähigkeit geführt hat, im Wesentlichen der gleiche ist wie derjenige, auf welchem die Erwerbsunfähigkeit beruht (BGE 134 V 20

E. 3.2). Der sachliche Zusammenhang 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 psychisch 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. Urteile des Bundesgerichts vom 18. März 2009, 9C\_1035/2008, E. 3.3, vom 22. September 2006, B 37/06, E. 3.3 und vom 29. Januar 2007, B 46/06, E. 3.3). Der Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Dieser Nachweis darf nicht durch nachträgliche erwerbliche oder medizinische Annahmen und spekulative Überlegungen ersetzt werden. Vielmehr bedarf es dazu regelmässig zusätzlich einer (überzeugenden) medizinischen Einschätzung, die ordentlicherweise echtzeitlicher Natur ist (SVR 2010 IV Nr. 17, 8C\_195/2009, E. 5).

12.3 Zu prüfen ist, ob das psychische Leiden mit Auswirkungen auf das Leistungsvermögen bereits während der Versicherungsdauer erkennbar in Erscheinung getreten ist.

12.4.1 Dr. med. N.\_\_\_\_, SUVA-Kreisarzt, weist anlässlich seiner Untersuchung vom 29. November 2002 darauf hin, dass eine somatoforme Entwicklung nicht ausgeschlossen werden könne. Seit dem 14. November 2002 sei die Versicherte gänzlich ruhig gestellt. Hauptdiagnose sei jetzt eine erhebliche depressive Verarbeitung und wahrscheinliche Somatisierung. Der Verlauf sei zwar langwierig, die Fingerbeschwerden jedoch kaum derart zermürend, als dass man die aktuelle Dekompensation ohne Weiteres dem Unfall zuschreiben könnte. Vom (körperlichen) Befund her sei die Versicherte tauglich für eine leichte, vorwiegend kontrollierende Tätigkeit in der Industrie mit nur gelegentlichem manuellem unbelastendem Eingreifen. Dadurch wäre der Tagesablauf etwas besser strukturiert. Eine allfällige Psychotherapie laufe über die Krankenkasse. In seinem Bericht vom 21. Oktober 2003 kommt Dr. N.\_\_\_\_ erneut zum Schluss, dass die somatische Medizin ausgedient habe. Bis auf die Restschwellung sei die Zeigefingerkontusion auskuriert. Das Ausweitungssyndrom gehe nicht weiter zu Lasten der Unfallversicherung, ebenso wenig eine allfällige Psychiatisierung. Anlässlich einer weiteren kreisärztlichen Untersuchung hält er mit Bericht vom 6. April 2004 fest, dass die Versicherte dringend psychiatrisch behandlungsbedürftig sei. Die Bereitschaft dazu falle jedoch noch ziemlich ambivalent aus. Er bleibe dabei, dass der Fall aus der Sicht der SUVA eingestellt bleiben müsse. Die aktuelle Arbeitsunfähigkeit gehe zu Lasten der Krankenkasse.

12.4.2 Neben den Einschätzungen von Dr. N.\_\_\_\_ finden sich weitere echtzeitliche ärztliche Berichte, die von einer schleichenden Zunahme der psychischen Beschwerden ab Oktober 2002 und ersten Behandlungsmassnahmen berichten. So hält Dr. med. O.\_\_\_\_, Leitende Ärztin Handchirurgie des Spitals P.\_\_\_\_, in ihrem Bericht vom 27. März 2003 fest, dass sich der Teufelskreis der Schmerzen, Muskelverspannung und wieder noch mehr Schmerzen, psychischen Problemen etc. durch die bisherige Behandlung nicht habe verbessern lassen. In ihrem Bericht vom 1. September 2004 führt sie in der Anamnese aus, die Patientin habe berichtet, dass sie beim Psychiater gewesen sei, sie sei aber nicht psychisch krank. Anlässlich der Sprechstunde vom 10. November 2004 habe ihr die Patientin berichtet, dass sie nicht mehr zu einem Psychia-

ter gehen möchte, das helfe ihr nicht. Dr. med. Q.\_\_\_\_, Leitende Ärztin, und Dr. med. R.\_\_\_\_, Assistenzarzt, Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation des Spitals S.\_\_\_\_, halten im Bericht vom 25. März 2004 nach zweimaliger Konsultation der Klägerin in der Diagnoseliste fest, dass neben dem "Schmerzsyndrom Zeigefinger- und radialseitiger Unterarm rechts" der Verdacht auf somatoforme Schmerzverarbeitungsstörung bei depressiver Verstimmung und vegetativer Begleitsymptomatik bestehe. Die Patientin gebe an, dass die Schmerzen von einer depressiven Verstimmung, starker Nervosität und innerer Unruhe, Schlafstörungen, Schweissausbrüchen, Herzklopfen sowie von Magenbrennen begleitet würden. Es bestehe seitens des Spitals S.\_\_\_\_ das Angebot einer ambulanten psychologischen Betreuung zur Unterstützung der Schmerzverarbeitung. Die Patientin lehne eine solche Behandlung jedoch ab. Dr. med. T.\_\_\_\_, Oberärztin der Orthopädischen Klinik des Spitals P.\_\_\_\_, hält in ihrem Bericht vom 28. Februar 2005 fest, dass die Patientin berichtet habe, dass sie bei einem Psychiater vorstellig geworden sei. Dieser habe ihr aber mitgeteilt, dass sie nicht psychisch krank sei und weitere Behandlungen nicht notwendig seien. Gleichzeitig berichte die Patientin aber über eine depressive Entwicklung seit 2001, ausgehend von der Schmerzsymptomatik. Dr. T.\_\_\_\_ hält weiter fest, dass dringend eine regelmässige und längerdauernde psychotherapeutische Behandlung durchgeführt werden sollte, um der Patientin Hilfestellung zur Schmerzverarbeitung zu leisten und Entspannungstechniken etc. zu vermitteln. Es bestehe weiterhin eine 50 %-ige Arbeitsfähigkeit in der jetzigen Tätigkeit.

12.4.3 Schliesslich geht auch aus den Berichten und Stellungnahmen von Dr. C.\_\_\_\_ hervor, dass der psychische Gesundheitsschaden sich schon früh manifestiert und auf die Funktionsfähigkeit der Klägerin ausgewirkt hat. Dr. C.\_\_\_\_ hat die Klägerin seit März 2002 als Hausarzt betreut und regelmässig zum Verlauf der gesundheitlichen Beschwerden Stellung genommen. Anlässlich seiner ärztlichen Zwischenberichte vom 5. April 2003, 2. Juli 2003, 12. August 2003 und 3. Oktober 2003 bestätigt er in Übereinstimmung mit Dr. N.\_\_\_\_ und den weiteren behandelnden Ärzten, dass neben dem körperlichen Befund eine Somatisierungstendenz bestehe und die psychische Schmerzverarbeitung gestört sei. Es handle sich um eine Ausbreitungs- und Somatisierungstendenz bei ängstlich-depressiver Grundstimmung. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit hält er fest, dass ab 4. März 2003 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %, seit 12. Mai 2003 eine 50 %-ige Arbeitsunfähigkeit mit einzelnen Tagen von 100 %-iger Arbeitsunfähigkeit, ab 11. August 2003 eine 50 % Arbeitsunfähigkeit und ab dem 10. September 2003 eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Ebenfalls geht aus seinen Berichten hervor, dass er der Klägerin Surmontil verschrieben hat. Im ärztlichen Zwischenbericht vom 1. Juli 2004 diagnostiziert Dr. C.\_\_\_\_ ein Quetschtrauma rechter Zeigefinger, ein Schulter-Armsyndrom rechts und eine Somatisierung und Chronifizierung. Es handle sich um eine pathologische psychische Verarbeitung/Somatisierung. In den Angaben zur medikamentösen Behandlung listet er unter anderem Cipralex auf. Die Patientin sei für eine Schmerzgruppe der psychiatrischen Klinik F.\_\_\_\_ angemeldet. Ab März 2004 bestehe eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit. Mit Bericht vom 21. Oktober 2005 führt er aus, dass das chronische Schmerzerleben zu einer depressiven Entwicklung und ungünstigen Verarbeitung geführt habe. Die Patientin beklage sich über Nervosität, Schlaflosigkeit, Lustlosigkeit, fehlende Kraft sowie vegetative Symptome wie Schwitzen, Zittern etc. Er habe die Patientin aus diesem Grund während zwei Jahren mit einem Antidepressivum behandelt und als Notfallmedikation Lexotanil abgegeben. Im April/Mai 2004 habe er sie in die psy-

chirurgische Klinik F.\_\_\_\_ zu einer psychiatrischen Behandlung und Abklärung geschickt. Dort habe man sie in eine Schmerzgruppe integrieren wollen, was sie aber abgelehnt habe. Aus der Auflistung von Dr. C.\_\_\_\_ vom 17. September 2011 geht schliesslich hervor, dass die Schmerzproblematik von April 2005 bis August 2005 im Vordergrund gestanden sei. Ein depressiver Hintergrund habe aber schon längere Zeit bestanden, weshalb er der Patientin ab Juni 2004 Cipralext verordnet habe. Dazu habe sie noch Lexotanil nach Bedarf eingenommen.

12.4.4 Die Einschätzung von Dr. C.\_\_\_\_, dass die Klägerin seit längerer Zeit psychisch krank ist, wird nicht zuletzt auch durch den Bericht der psychiatrischen Klinik I.\_\_\_\_ vom 19. September 2007 (vgl. auch Bericht vom 11. September 2007) bestätigt. Es handelt sich dabei zwar nicht um ein echtzeitliches Dokument, darin wird aber nach einem mehrwöchigen stationären Aufenthalt mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.5) sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (F33.30), DD: Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (F2) seit 2001 diagnostiziert.

12.5 Gestützt auf diese echtzeitlichen Unterlagen ist mit der erforderlichen überwiegenden Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass bereits zum Zeitpunkt des Vorsorgeverhältnisses erste Anzeichen einer psychischen Fehlentwicklung in Form depressiver Verstimmungen und dem ersten Verdacht auf eine somatoforme Schmerzverarbeitungsstörung aufgetreten sind, die sich in der Folge verstärkt haben und letztlich zur IV-Rente geführt haben. Der psychische Befund ist klar dokumentiert, wurde diagnostiziert und während des Vorsorgeverhältnisses auch behandelt.

13.1 Zu prüfen bleibt, ob sich die psychischen Leiden bis Ende April 2005 im Sinne einer relevanten Arbeitsunfähigkeit bemerkbar gemacht haben.

13.2 Das Kantonsgericht hat bereits im Urteil vom 10. Mai 2012 in Erwägung 5.4 dargelegt, weshalb in Bezug auf den Beginn der invalidisierenden Arbeitsunfähigkeit nicht auf die Beurteilungen von Dr. G.\_\_\_\_ und pract. med. H.\_\_\_\_ abgestellt werden kann. Die Einschätzung von Dr. G.\_\_\_\_, dass ab Sommer 2005 eine 20 %-ige Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit angenommen werden könne, beruht offensichtlich auf einem Irrtum. Denn die Behandlung in der psychiatrischen Klinik F.\_\_\_\_ hat nicht erst am 31. August 2005 begonnen, sondern bereits am 26. Mai 2004. Es gibt keinen Grund, diese beiden Behandlungsphasen unterschiedlich zu gewichten, denn sowohl im Jahr 2004 als auch im Jahr 2005 wurde der Klägerin der Besuch einer Schmerzgruppe empfohlen. Hinzu kommt, dass sowohl Dr. G.\_\_\_\_ als auch pract. med. H.\_\_\_\_ in ihren Beurteilungen zur Auffassung gelangt sind, dass die Klägerin seit langer Zeit psychisch krank sei. Aus diesem Grund ist nicht schlüssig nachvollziehbar, weshalb sie den Beginn der Arbeitsunfähigkeit erst per 31. August 2005 festgelegt haben. Pract. med. H.\_\_\_\_ hält sodann auch mit Stellungnahme vom 11. August 2011 am Beginn der Arbeitsunfähigkeit im August 2005 fest und verweist auf das Verlaufsprotokoll über die Behandlung in der psychiatrischen Klinik F.\_\_\_\_ ab August 2005. Darin sei festgehalten worden, dass zu Beginn der Behandlung das Rentenbegehren im Vordergrund gestanden und die Mitwirkung bei den Therapien durch mangelnde Motivation geprägt gewesen sei. Die Verlaufsprotokolleinträge würden kein Bild ei-



ner schwer depressiven Patientin zeichnen. Aus diesem Grund könne der Leidensdruck aufgrund der psychischen Einschränkung nicht gross gewesen sein und eine vorher bestehende Arbeitsunfähigkeit sei daraus nicht abzuleiten. In Anbetracht seiner eigenen Beurteilung anlässlich der Verlaufsuntersuchung vom 5. Mai 2010, worin er selbst festhält, dass sich der Verlauf der Krankheit bei der Klägerin durch eine fluktuierende depressive Symptomatik auszeichne und eine psychiatrische Behandlung dringend vor 2004 bereits hätte erfolgen müssen, vermögen diese Ausführungen nicht zu überzeugen.

13.3 In Anbetracht dieser Umstände erscheint als sachgerecht, auf die echtzeitlichen ärztlichen Einschätzungen von Dr. C.\_\_\_\_\_ abzustellen (vgl. auch seine Liste vom 17. September 2011). Die Beklagte legt nicht substantiiert dar, weshalb diese Sachverhaltsermittlung nicht korrekt wäre. Insbesondere bringt die Beklagte nichts vor, was den Beweiswert der im Urteil zitierten ärztlichen Unterlagen in Frage stellen würde. Die höchstrichterliche Rechtsprechung sieht nicht vor, dass zur Ermittlung des engen sachlichen Zusammenhangs ausschliesslich auf fachärztliche psychiatrische Einschätzungen abgestellt werden müsste (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 18. März 2009, 9C\_1035/2008, 3.2). Das psychische Leiden hat sich bereits im Zeitpunkt des Vorsorgerechtsverhältnisses mit der Beklagten manifestiert und das Krankheitsgeschehen (sowohl die somatoforme Schmerzstörung als auch ein depressives Geschehen) erkennbar mitgeprägt. Die somatischen Beschwerden haben ab Oktober 2003 die Arbeitsfähigkeit der Klägerin nicht mehr weiter beeinflusst. Soweit die vorgenannten Ärzte eine Arbeitsunfähigkeit ab diesem Datum bescheinigt haben, ist dies mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf die psychische Problematik zurückzuführen. Es handelt sich vorliegend nicht um einen Fall, bei dem erst Jahre später eine psychische Symptomatik in den Vordergrund getreten wäre (Urteil des Bundesgerichts vom 3. Mai 2006, B 73/05). Die psychische Dekompensation ist bereits während des Vorsorgeverhältnisses eingetreten und hat sich auf die Arbeitsfähigkeit ausgewirkt.

14. Alles in allem führt das Gesagte zum Schluss, dass die anspruchsbegründende sachliche Konnexität zwischen der bis April 2005 attestierten Arbeitsunfähigkeit und dem zur Invalidität führenden Gesundheitsschaden gegeben ist. Im Lichte der materiellen Sach- und Rechtslage ist die Beklagte leistungspflichtig. Soweit im IV-Verfahren ein Invaliditätsgrad von 52 % ermittelt wurde, wird dies von der Beklagten nicht bestritten, weshalb darauf verwiesen wird. Somit steht der Klägerin gestützt auf Art. 24 Abs. 1 lit. c BVG eine halbe Rente zu. Anhang C des Vorsorgereglements sieht vor, dass bei Invalidität die jährliche Vollinvalidenrente 60 % des versicherten Lohnes beträgt. Gemäss Ausweis über die Vorsorgeleistungen der Klägerin per 1. September 2001 beträgt die ganze Invalidenrente Fr. 15'003.-- pro Jahr. Dies bedeutet, dass die halbe Invalidenrente Fr. 7'501.50 beträgt, was pro Monat einen Betrag von Fr. 625.10 ergibt. In Bezug auf den Rentenbeginn verweist Art. 26 Abs. 1 BVG auf das IVG. Es gilt aber Art. 20 Abs. 4 des Vorsorgereglements zu beachten, der vorsieht, dass der Anspruch frühestens mit dem Wegfall des Lohnanspruchs bzw. nach Erlöschen eines Lohnersatzanspruches beginnt. Somit hat die Klägerin – vorbehältlich des Lohnanspruches und/oder der Ausrichtung des Lohnersatzes, der den Beginn der Rentenauszahlung hinausschieben würde – Anspruch auf eine Invalidenrente ab 1. Oktober 2003.

15. Art. 14 Abs. 1 der Verordnung über die berufliche Alters, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVV 2) vom 18. April 1984 sieht vor, dass die Vorsorgeeinrichtung das Alterskonto einer invaliden Person, der sie eine Rente ausrichtet, für den Fall eines Wiedereintritts in das Erwerbsleben bis zum Rentenalter weiterzuführen hat. Art. 22 des Vorsorgereglements sieht vor, dass bei Invalidität mit dem Anspruch auf eine Invalidenrente die Befreiung von den Beiträgen eintritt. Die Befreiung wird gewährt, solange die Invalidität besteht, längstens jedoch bis zum Rücktrittsalter. Die Beklagte ist daher verpflichtet, wie von der Klägerin beantragt, diese ab Rentenbeginn von der Beitragspflicht für die Sparbeiträge an das Altersguthaben zu befreien.

16. Art. 21 des Vorsorgereglements der Beklagten, gültig ab 1. Januar 2001, sieht vor, dass eine versicherte Person, der eine Invalidenrente zusteht, für jedes Kind, das im Falle seines Todes eine Waisenrente beanspruchen könnte, Anspruch auf eine Invalidenkinderrente hat. Die Bestimmungen über die Waisenrente gelten analog. Absatz 2 verweist für die Höhe der jährlichen Invaliden-Kinderrente auf Anhang C des Reglements. Dort wird festgehalten, dass die jährliche Invaliden-Kinderrente 20 % der Invalidenrente beträgt. Wie in Erwägung 14 hiavor dargelegt, besteht Anspruch auf eine halbe IV-Rente in der Höhe von Fr. 625.10 pro Monat. Damit beträgt die Invalidenkinderrente Fr. 125.05 pro Kind und Monat, wie von der Klägerin substantiiert darlegt (vgl. auch Ausweis über die Vorsorgeleistungen der Klägerin per 1. September 2001).

17.1 Gemäss Art. 73 Abs. 2 BVG ist das Verfahren vor den kantonalen Versicherungsgerichten in der Regel kostenlos. Es sind deshalb keine Verfahrenskosten zu erheben.

17.2 Die Klägerin ist mit ihrem Leistungsbegehren durchgedrungen und hat demgemäss Anspruch auf eine Parteientschädigung zulasten der Beklagten (vgl. § 21 des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung vom 16. Dezember 1993). Die Rechtsvertreterin der Klägerin hat in ihrer Honorarnote vom 26. September 2014 für das vorliegende Klageverfahren einen Zeitaufwand von 15.75 Stunden ausgewiesen, was umfangmässig angesichts der sich stellenden Sach- und Rechtsfragen nicht zu beanstanden ist. Dasselbe gilt für die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen. Die Beklagte hat dem Kläger demnach bei einem Stundenansatz von Fr. 250.-- eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 4'910.60 (inkl. Auslagen und 8 % MwSt.) zu bezahlen.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Klage wird gutgeheissen und die Beklagte verpflichtet, der Klägerin – vorbehältlich der Ausrichtung eines Lohnanspruchs und/oder eines Lohnersatzanspruches – rückwirkend ab 1. Oktober 2003 entsprechend einem Invaliditätsgrad von 52 % eine Rente von monatlich Fr. 625.15 sowie die dazugehörenden Kinderrenten von je Fr. 125.05 auszurichten zuzüglich Verzugszins von 5 % seit 27. September 2013.
  2. Die Beklagte wird verpflichtet, die Klägerin ab Rentenbeginn von der Beitragspflicht für die Sparbeiträge an das Altersguthaben zu befreien.
  3. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
  4. Die Beklagte hat der Klägerin eine Parteienschädigung in der Höhe von Fr. 4'910.60 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>