



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

vom 22. Juni 2023 (735 22 203 / 147)

---

**Berufliche Vorsorge**

**Prüfung der Zulässigkeit des Feststellungsbegehrens; Beurteilung des sachlichen und zeitlichen Zusammenhangs zwischen der während des Vorsorgeverhältnisses eingetretenen Arbeitsunfähigkeit und der zum Rentenanspruch führenden Invalidität; kein Unterbruch der zeitlichen Konnexität, da eine erfolgreiche Wiedereingliederung der versicherten Person in eine Verweistätigkeit mit einer Arbeitsfähigkeit von über 80 % objektiv unwahrscheinlich ist.**

\_\_\_\_\_  
Besetzung      Präsident Dieter Freiburghaus, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Kantonsrichterin Susanne Afheldt, Gerichtsschreiberin Gisela Wartenweiler

\_\_\_\_\_  
Parteien      **A.**\_\_\_\_\_, Kläger, vertreten durch Dieter Roth, Advokat, Zeughausplatz 34, Postfach 375, 4410 Liestal

gegen

**Pensionskasse B.**\_\_\_\_\_, Beklagte

\_\_\_\_\_  
Betreff      Forderung

A. Der 1970 geborene A.\_\_\_\_\_ arbeitete zuletzt beim Lizenznehmer des C.\_\_\_\_\_, D.\_\_\_\_\_, in X.\_\_\_\_\_ und als Zeitungsverträger bei der E.\_\_\_\_\_. Im Rahmen der Tätigkeit beim C.\_\_\_\_\_ war er über seinen Arbeitgeber für die Zeit vom 1. Oktober 2008 bis 14. Juli 2015 (exkl. Nachdeckungsfrist) bei der B.\_\_\_\_\_ (Pensionskasse) für die berufliche Vorsorge versichert (vgl. Kontoauszug der Pensionskasse vom 7. Oktober 2021). Am 19. Februar 2014 meldete er sich unter Hinweis auf eine Hüftgelenksprothese im Januar 2014 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Mit Verfügung vom 19. August 2019 sprach die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) A.\_\_\_\_\_ gestützt auf das Gutachten von Dr. med. F.\_\_\_\_\_, FMH Rheumatologie und FMH Innere Medizin, vom 12. März 2018 eine befristete, abgestufte Invalidenrente zu. Die dagegen am 19. September 2019 erhobene Beschwerde von A.\_\_\_\_\_, vertreten durch Advokat Dieter Roth, hiess das Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), mit Urteil vom 25. September 2020 (Verfahrens-Nr. 720 19 323 / 232) in dem Sinne gut, als es in Aufhebung der angefochtenen Verfügung die Angelegenheit zur erneuten Abklärung im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückwies. In der Begründung wurde festgehalten, dass das Gutachten von Dr. F.\_\_\_\_\_ grundsätzlich den praxisgem ssen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise entspreche, soweit dieses sich auf das Fachgebiet der Rheumatologie beziehe. Dr. F.\_\_\_\_\_ habe jedoch den neurologischen Befunden der behandelnden Fachärzte mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu wenig Rechnung getragen (vgl. zur detaillierten Begründung: Erwägungen 4.2, 6.1 und 6.2. des zitierten Urteils). Nach Einholung des bidisziplinären Gutachtens von Dr. F.\_\_\_\_\_ und Dr. med. G.\_\_\_\_\_, FMH Neurologie, vom 23./25. Februar 2021 erliess die IV-Stelle die Rentenverfügung vom 4. Oktober 2021. Nachdem der Versicherte, weiterhin vertreten durch Advokat Dieter Roth, gegen diese Verfügung Beschwerde beim Kantonsgericht erhoben hatte, ersetzte die IV-Stelle diese mit derjenigen vom 10. November 2021 und sprach ihm vom 1. August 2014 bis 31. August 2015, vom 1. April 2016 bis 31. Juli 2016 sowie vom 1. März 2017 bis 31. Dezember 2017 eine ganze Invalidenrente und ab 1. Januar 2018 eine unbefristete halbe Invalidenrente zu. In der Folge zog der Versicherte seine Beschwerde zurück, worauf das Kantonsgericht das Beschwerdeverfahren abschrieb (vgl. Beschluss vom 13. Mai 2022).

B. Aufgrund der rechtskräftigen Verfügung vom 10. November 2021 erfolgte ein Korrespondenzwechsel zwischen dem Rechtsvertreter des Versicherten und der Pensionskasse. Mit Schreiben vom 10. Februar 2022 teilte die Pensionskasse mit, dass A.\_\_\_\_\_ wegen eines H ftleidens und der daraus resultierenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit vom 4. Juni 2013 bis 31. Mai 2015 eine vom 1. August 2014 bis 31. August 2015 befristete Invalidenrente zustehe. Da er vom 1. Juni 2015 bis 30. November 2016 (recte: 1. Juni 2015 bis 28. Januar 2016, vgl. E-Mail vom 15. Februar 2022) wieder vollständig arbeitsfähig gewesen sei, sei der zeitliche Zusammenhang zwischen der ursprünglichen, bis Ende Mai 2015 bestandenen und der per 29. Januar 2016 wieder attestierten 100%igen Arbeitsunfähigkeit unterbrochen worden. Es bestehe daher keine weitergehende Leistungspflicht mehr. Infolge Verjährung verzichte sie auf die Rückforderung der im Jahr 2017 zu Unrecht ausbezahlten Leistungen (vgl. auch E-Mail vom 15. Februar 2022). Sie verlange jedoch die vom 1. Januar 2018 bis 31. März 2022 zu Unrecht geleisteten Rentenzahlungen in Höhe von Fr. 20'661.70 zurück.

C. Am 3. August 2022 liess A.\_\_\_\_\_ durch seinen Rechtsvertreter Klage gegen die Pensionskasse beim Kantonsgericht einreichen. Er beantragte, es sei die Beklagte zur Leistung der

gesetzlichen Rentenzahlungen aus beruflicher Vorsorge an ihn zu verpflichten. Konkret seien die bereinigten rückwirkenden Leistungen entsprechend den Rentenzusprachen in der rechtskräftigen Verfügung der IV-Stelle vom 10. November 2021 sowie die laufende Monatsrente von Fr. 337.35 bzw. die Quartalsrente in Höhe von Fr. 1'012.-- auszurichten. Weiter sei festzustellen, dass er keine Leistungen der Beklagten aus beruflicher Vorsorge zurückzubezahlen habe; unter o/e-Kostenfolge, wobei ihm die unentgeltliche Rechtspflege zu bewilligen sei. In der Begründung bestritt der Kläger im Wesentlichen, dass der zeitliche Konnex unterbrochen worden sei.

D. In ihrer Klageantwort und Widerklage vom 12. Oktober 2022 beantragte die Beklagte, es sei die Klage abzuweisen und es sei der Kläger widerklageweise zu verpflichten, die seit 1. Januar 2018 bis 31. März 2022 ausbezahlten Rentenleistungen in Höhe von Fr. 20'661.70 zuzüglich Verzugszins seit Erhebung der Widerklage an die Beklagte zurückzuerstatten; unter o/e-Kostenfolge zu Lasten des Klägers. Sie stellte sich weiterhin auf den Standpunkt, dass der für die Leistungspflicht erforderliche zeitliche Konnex aufgrund der vom 1. Juni 2015 bis 28. Januar 2016 attestierten vollständigen Arbeitsfähigkeit unterbrochen worden sei. Sie habe zu Unrecht Leistungen für die Zeit vom 1. März 2017 bis 31. März 2022 ausgerichtet, weil sie irrtümlicherweise von einem sachlichen Zusammenhang zwischen der Hüftproblematik und der neuen invalidisierenden neurologischen Beeinträchtigungen ausgegangen sei. Sie habe deshalb zu Recht mit Schreiben vom 10. Februar 2022 die zu Unrecht noch nicht verjährten ausgerichteten Leistungen ab 1. Januar 2018 zurückgefordert.

E. In der Replik und der Widerklageantwort vom 14. Dezember 2022 liess der Kläger durch seinen Rechtsvertreter seine Rechtsbegehren dahingehend erweitern, als er beantragte, die Widerklage sei abzuweisen. Ergänzend führte er aus, aufgrund der Aktenlage sei erstellt, dass seine gesundheitlichen Beeinträchtigungen miteinander verknüpft seien. Die Pensionskasse habe deshalb das Hüftproblem nicht isoliert betrachten dürfen. Weiter wies er darauf hin, dass die Beklagte aufgrund der IV-Rentenverfügung vom 19. August 2019 im September 2019 Leistungen ausgerichtet habe. Zudem seien nach Prüfung der IV-Akten weitere Leistungen ab 1. Januar 2018 erfolgt (vgl. Schreiben vom 23. November 2021). Mit diesen Leistungszusagen habe sie den sachlichen Konnex zwischen dem Hüftleiden und den neurologischen Beeinträchtigungen bejaht, weshalb sie darauf zu behaften sei. Im Fall einer vollständigen oder teilweisen Abweisung des Leistungsbegehrens sei eventualiter festzustellen, dass er die Leistungen der Pensionskasse in guten Treuen erhalten habe und eine Rückerstattungspflicht aufgrund seiner finanziellen Situation und der gesamten Umstände unzumutbar wäre.

F. Mit Duplik vom 9. Januar 2023 hielt die Beklagte sowohl in Bezug auf die Klage als auch in Bezug auf die Widerklage an ihren gestellten Rechtsbegehren fest.

G. Am 3. Februar 2023 zog das Kantonsgericht die IV-Akten bei.

H. Am 14. Februar 2023 wurde dem Kläger für das vorliegende Verfahren die unentgeltliche Verbeiständung bewilligt.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1.1 Gemäss Art. 73 Abs. 3 des Bundesgesetzes über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG) vom 25. Juni 1982 ist das Gericht des Kantons zuständig, in welchem der schweizerische Sitz oder Wohnsitz der Beklagten oder der Ort des Betriebes liegt, in welchem die versicherte Person angestellt wurde. Die Beklagte hat ihren Sitz in Y.\_\_\_\_, weshalb sie keinen Gerichtsstand im Kanton Basel-Landschaft begründen kann. In seinem Urteil vom 30. März 2009 (9C\_944/2008) anerkannte das Bundesgericht jedoch entgegen dem Wortlaut von Art. 73 Abs. 3 BVG einen alternativen Gerichtsstand am Wohnsitz des Versicherungsnehmers. Der Kläger hat Wohnsitz in Z.\_\_\_\_. Damit ist das Kantonsgericht örtlich zuständig. Nichts anderes ergibt sich aus der Schlussbestimmung Ziff. 20.2 des Reglements Uno 2022 der Pensionskasse, welche im Zusammenhang mit der örtlichen Zuständigkeit hier anwendbar ist. Da auch die weiteren Sachurteilsvoraussetzungen erfüllt sind, ist auf die Klage vom 3. August 2022 einzutreten. Die von der Beklagten erhobene Widerklage vom 12. Oktober 2022 steht mit der Klage in einem sachlichen Zusammenhang (Art. 14 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO] vom 19. Dezember 2008) und ist nach der gleichen Verfahrensart wie die Klage (Art. 224 Abs. 1 ZPO) zu beurteilen (vgl. zur Zulässigkeit der Widerklage im sozialversicherungsrechtlichen Verfahren: Urteil des Bundesgerichts vom 7. Juli 2016, 9C\_938/2015, 9C\_944/2015, E. 5.5). Damit sind die Voraussetzungen erfüllt, um auch auf die form- und fristgerechte Widerklage einzutreten.

1.2 Der Kläger beantragt für den Eventualfall, in welchem er mit seinen Leistungsbegehren nicht oder nur teilweise durchdringen würde, es sei festzustellen, dass er die Leistungen in guten Treuen erhalten habe und eine Rückerstattungspflicht unzumutbar wäre. Wird im Verfahren nach Art. 73 Abs. 1 BVG ein Feststellungsbegehren gestellt, kann diesbezüglich ein Rechtsschutzinteresse nur bejaht werden, wenn die klagende Partei ein schutzwürdiges (unmittelbares und aktuelles) Interesse rechtlicher oder tatsächlicher Natur an der verlangten Feststellung hat, dass bestimmte Rechte oder Pflichten bestehen oder nicht bestehen. Daran fehlt es namentlich dann, wenn das Rechtsschutzinteresse der klagenden Partei durch einen rechtsgestaltenden Entscheid gewahrt werden kann (BGE 128 V 41 E. 3a; vgl. auch BGE 135 III 378 E. 2.2). Vorliegend ist das aktuelle Rechtsschutzinteresse am Feststellungsbegehren zu verneinen, da die Gutgläubigkeit des Erhalts von allfälligen unrechtmässig erhaltenen Leistungen und die Unzumutbarkeit einer Rückzahlung mit einem Erlassgesuch gemäss Art. 35a Abs. 1 BVG geltend zu machen sind. Auf den Eventualantrag kann deshalb nicht eingetreten werden.

2.1 In materieller Hinsicht ist zu prüfen, ob der Kläger einen Rentenanspruch aus beruflicher Vorsorge über den 31. August 2015 (inkl. Nachdeckungsfrist gemäss Art. 10 Abs. 3 BVG) hat.

2.2 Am 1. Januar 2022 ist die vom Gesetzgeber am 19. Juni 2020 beschlossene Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 ("Weiterentwicklung der IV", WEIV) in Kraft getreten. Mit den IVG-Änderungen wurden auch Bestimmungen des BVG geändert (AS 2021 24 ff.). Nach dem in der beruflichen Vorsorge geläufigen Prinzip wird grundsätzlich auf die Gesetzesbestimmungen abgestellt, die bei Beginn des IV-Rentenanspruchs Gültigkeit haben (vgl. Bundesblatt [BBl] 2017 2686). Da vorliegend der IV-Rentenbeginn des Klägers auf den 1. August 2014 festgelegt wurde bzw. der Rentenanspruch ab 1. September 2015

strittig ist, finden die hier relevanten BVG-Bestimmungen in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung Anwendung. Sie werden im Folgenden jeweils in dieser Version wiedergegeben und angewendet.

2.3 Versicherte Personen haben nach Art. 23 lit. a BVG Anspruch auf Invalidenleistungen, die im Sinne der IV zu mindestens 40 % invalid sind und bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, versichert waren. Nach Art. 24 Abs. 1 BVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine volle Invalidenrente, wenn sie im Sinne der IV mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zur Hälfte und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid ist. Art. 26 Abs. 1 BVG bestimmt, dass für den Beginn des Anspruchs auf IV-Leistungen aus beruflicher Vorsorge sinngemäss die entsprechenden Bestimmungen des IVG gelten.

2.4 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 IV grundsätzlich identisch ist (BGE 123 V 269 E. 2a, 120 V 106 E. 3c, je mit Hinweisen). Nach Art. 6 BVG steht es den Vorsorgeeinrichtungen aber frei, nicht nur im Bereich der weitergehenden Vorsorge, sondern auch im obligatorischen Bereich den Invaliditätsbegriff in ihren Statuten oder ihren Reglementen zugunsten der versicherten Personen zu erweitern oder Invalidenrenten schon bei einem Invaliditätsgrad von weniger als 40 % auszurichten. Das hier in materieller Hinsicht anwendbare Reglement Uno, Berufliche Vorsorge nach L-GAV 2014 (Reglement), geht von keinem anderen Invaliditätsbegriff aus als das Recht der IV. Danach werden Invalidenrenten auch erst bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % ausgerichtet (vgl. Art. 13.1 und 13.2 des Reglements).

2.5 Nach der Rechtsprechung sind die Vorsorgeeinrichtungen im Bereich der gesetzlichen Mindestvorsorge an die Feststellungen der IV-Organen (Eintritt der invalidisierenden Arbeitsunfähigkeit, Eröffnung der Wartezeit, Festsetzung des Invaliditätsgrades) gebunden. Eine Bindungswirkung entfällt, wenn die Vorsorgeeinrichtung nicht ins iv-rechtliche Verfahren einbezogen wird. Stützt sich die Vorsorgeeinrichtung auf die Feststellungen der Organe der IV, gelangt die vom Gesetzgeber gewollte und in Art. 23 ff. BVG zum Ausdruck gebrachte Verbindlichkeitswirkung des IV-Entscheidens zur Anwendung und die versicherte Person muss sich diese entgegenhalten lassen; eine offensichtliche Unhaltbarkeit der Invaliditätsbemessung durch die IV-Stelle bleibt jedoch vorbehalten (BGE 138 V 409 E. 3.1 und 3.3; HÜRZELER MARC, BVG und FZG, Schneider/Geiser/Gächter [Hrsg.], Bern 2019, zu Art. 23 Rz. 14 f.). Da die Pensionskasse vom gleichen Invaliditätsbegriff ausgeht wie die IV, sie rechtzeitig ins invalidenversicherungsrechtliche Verfahren einbezogen und ihr die IV-Rentenverfügung eröffnet wurde, ist sie an die Feststellungen der IV-Organen gebunden. Eine Bindungswirkung entfällt nur, wenn die iv-rechtliche Beurteilung des Sachverhalts aufgrund einer gesamthaften Prüfung der Akten als offensichtlich unhaltbar erscheint (BGE 133 V 67 E. 4.3.2; Urteil des Bundesgerichts vom 31. August 2016, 9C\_246/2016, E. 5.2).

2.6 Invalidenleistungen der obligatorischen beruflichen Vorsorge werden von derjenigen Vorsorgeeinrichtung geschuldet, durch welche die ansprechende Person bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, versichert war. Dieser Grundsatz findet auch in der weitergehenden beruflichen Vorsorge Anwendung, wenn das Reglement oder die Statuten nichts anderes vorsehen (BGE 136 V 65 E. 3.2). Entscheidend ist somit einzig der Eintritt der relevanten Arbeitsunfähigkeit, unabhängig davon, in welchem Zeitpunkt und in welchem Masse daraus ein Anspruch auf Invalidenleistungen entsteht. Die Versicherteneigenschaft muss nur bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit gegeben sein, dagegen nicht notwendigerweise auch im Zeitpunkt des Eintritts oder der Verschlimmerung der Invalidität (Urteil des Bundesgerichts vom 8. September 2017, 9C\_139/2017, E. 2.1). Für den Eintritt der Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Art. 23 lit. a BVG ist die Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen im bisherigen Beruf zu verstehen; sie ist relevant, wenn sie mindestens 20 % beträgt und sich auf das Arbeitsverhältnis sinnfällig auswirkt oder auswirkte (Urteil des Bundesgerichts vom 28. Dezember 2012, 9C\_536/2012, E. 2.1.3 mit weiteren Hinweisen).

2.7 Der Anspruch auf Invalidenleistungen setzt im Weiteren einen engen sachlichen und zeitlichen Zusammenhang zwischen der während des Vorsorgeverhältnisses (inkl. Nachdeckungsfrist gemäss Art. 10 Abs. 3 BVG) eingetretenen Arbeitsunfähigkeit und der späteren Invalidität voraus. Der sachliche Konnex ist gegeben, wenn der Gesundheitsschaden, welcher zur Arbeitsunfähigkeit geführt hat, auch Ursache für den Eintritt der Invalidität oder der Erhöhung des Invaliditätsgrades ist (BGE 136 V 65 E. 3 mit Hinweis auf BGE 123 V 262 E. 3.1). Hingegen wird die nach Art. 23 BVG leistungspflichtige Vorsorgeeinrichtung befreit, wenn zwischen Arbeitsunfähigkeit und Invalidität ein enger sachlicher Zusammenhang fehlt, weil die Invalidität Folge eines anderen Gesundheitsschadens ist als desjenigen, der zur Arbeitsunfähigkeit geführt hat. Zu denken ist insbesondere an Fälle, wo das erste Leiden durch ein zweites, anderes überlagert oder abgelöst wird, wobei das letzte für die Invalidisierung den Ausschlag gibt (Urteil des Bundesgerichts vom 4. September 2008, 9C\_40/2008, E. 2.2 mit Hinweis auf die Literatur). Ein enger zeitlicher Zusammenhang liegt vor, wenn die versicherte Person nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit nicht während längerer Zeit, d.h. in der Regel während mindestens dreier Monate, wieder (annähernd) vollständig arbeitsfähig war (Urteil des Bundesgerichts vom 4. Juli 2013, 9C\_98/2013, E. 4.1).

2.8 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis). Das Gericht hat diese nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a).

3.1 Den IV-Akten ist zu entnehmen, dass der Kläger ca. 2008 eine Hüfttotalprothese links erhielt (vgl. Bericht des Spitals H.\_\_\_\_ vom 12. Juli 2013). Aufgrund der am 4. September 2013 ausgewiesenen aktivierten Coxarthrose rechts (vgl. SPECT-CT vom 4. September 2013; Bericht des Spitals H.\_\_\_\_ vom 26. November 2013) wurde am 10. Januar 2014 auch die rechte Hüfte mit einer Totalprothese versorgt (vgl. Operationsbericht vom 13. Januar 2014). Im April 2014 klagte der Versicherte vermehrt über Schmerzen in der linken Hüfte und der Lendenwirbelsäule (LWS) und im März 2015 auch über Schmerzen auf der rechten Hüftseite (vgl. Berichte des Spitals H.\_\_\_\_ vom 19. März 2015 und 1. April 2014). Die behandelnde Ärzteschaft des Spitals H.\_\_\_\_ sprach in ihrem Bericht vom 7. November 2014 von einem komplizierten Verlauf nach Hüfttotalprothese links mit persistierender, teilweise vom Rücken überlagerter Schmerzsymptomatik. Im Bericht des Spitals I.\_\_\_\_ vom 14. Februar 2015 wurde ein chronisches Schmerzsyndrom links, unklarer Ätiologie, eine beidseitige Hüftdysplasie und ein chronisches Lumbovertebralsyndrom, welches sekundär im Rahmen der Hüftdysplasie unterhalten werde, diagnostiziert. Zudem wurde darauf hingewiesen, dass der Kläger über Gefühlsstörungen und höhergradige motorische Paresen klage sowie ein asymmetrisches Gangbild mit Hinken links vorliege. Im Bericht vom 29. Juni 2015 wurden als Diagnosen ein chronisches Lumbovertebralsyndrom mit intermittierend radikulärem Reizsyndrom L4 und weiterhin ein chronisches Schmerzsyndrom Hüfte/Oberschenkel links genannt. Ähnliche Diagnosen wurden auch in den Berichten des Spitals H.\_\_\_\_ am 19. März 2015 und 20. Juli 2015 festgehalten. Ausserdem wurde über ein schleppendes Gangbild (vgl. Berichte vom 19. März 2015, 5. Mai 2015 und 20. Juli 2015) bzw. ein kleinschrittiges Gangbild (Bericht vom 24. März 2015) berichtet.

3.2 Am 8. September 2015, also einige Tage nach Beendigung des Vorsorgeverhältnisses per Ende August 2015 (inkl. Nachdeckungsfrist), wurde der Versicherte im Spital H.\_\_\_\_ untersucht. Dabei wurde der Verdacht auf ein gluteales Impingement geäussert (vgl. Bericht vom 9. September 2015). Im Auftrag der IV begutachtete Dr. med. J.\_\_\_\_, FMH Rheumatologie, den Kläger am 9. Oktober 2015. In seinem Gutachten vom 21. Oktober 2015 hielt er als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach Neugeborenenhüftluxation beidseits mit Status nach Hüfttotalprothese links und Status nach Hüfttotalprothese rechts sowie residueller Schmerzsymptomatik im Hüft- und proximalen Oberschenkelbereich links fest. Möglicherweise sei die persistierende Schmerzsymptomatik bei der linken Hüfte auf eine Offsetstörung (= eine anatomische Variante mit verminderter Taillierung am Übergang vom Hüftkopf zum Schenkelhals) oder ein Impingement zurückzuführen. Es bestehe eine Beinverkürzung links von 2 cm, welche unausgeglichen zu gewissen Fehlhaltungen und –belastungen führen könne und ein Verkürzungshinken verursache. Aufgrund der Beeinträchtigungen an der linken Hüfte könne der Versicherte keine mittelschweren bis schweren körperlichen Arbeiten mehr ausführen und keine längeren Strecken mehr gehen. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit im Gastronomiesektor und als Zeitungsverträger bestehe seit dem 12. Juni 2013 aufgrund der rein stehenden/gehenden Tätig-

keit eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit. Es sei dem Kläger jedoch zumutbar, eine alternative wechselbelastende (Sitzen, Gehen, Stehen) Tätigkeit ohne Heben und Tragen von mittelschweren bis schweren Lasten über 5 kg und ohne Verweilen in der gleichen Position von mehr als einer Stunde ab 1. Juni 2015 zu 100 % auszuüben. Falls eine Revisionsoperation an der linken Hüfte vorgenommen werde, so bestehe eine ca. 6-monatige Arbeitsunfähigkeit ab Zeitpunkt der Operation bis zur Beendigung der Rehabilitation.

3.3 Schliesslich wurde im Spital H.\_\_\_\_\_ wegen des Impingements und der Offsetstörung am 14. Januar 2016 ein Hüftkopfwechsel links durchgeführt (vgl. Operationsbericht vom 14. Januar 2016 und Austrittsbericht vom 19. Januar 2016).

3.4 Aufgrund der progredienten Gangstörung begutachtete Dr. med. K.\_\_\_\_\_, FMH Neurologie, den Kläger aus neurologischer Sicht. Dem Bericht des Hausarztes, Dr. med. L.\_\_\_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin, vom 5. Januar 2017 ist zu entnehmen, dass Dr. K.\_\_\_\_\_ den Kläger bereits im Dezember 2016 neurologisch untersucht und dabei festgestellt hatte, dass die Gangstörung auf eine Paraspastik zurückzuführen sei. Um die Ursache der Paraspastik herauszufinden, veranlasste Dr. K.\_\_\_\_\_ MRT-Untersuchungen des Neurocraniums und der Wirbelsäule. Die MRT der Wirbelsäule vom 13. Januar 2017 zeigte eine hochgradige Spinalkanalstenose HWK 5/6 mit Myelonkompression und myelopathischem Signal sowie eine höhergradige Stenose HWK 6/7. Aufgrund dieser Befunde kam Dr. K.\_\_\_\_\_ zum Schluss, dass eine zervikale Myelopathie (= eine durch die Verengung des Wirbelkanals verursachte Schädigung des Rückenmarks) vorliege, die für die seit Jahren bestehende Paraspastik verantwortlich sei (vgl. neurologische Kontrolle vom 30. Januar 2017). Als weitere Diagnosen nannte er chronische Kopfschmerzen am ehesten vom Spannungstyp, eine koronare 2-Gefässerkrankung, Hüftbeschwerden beidseits und chronische Lumbalgien mit lumboischialgiformen Schmerzen. Am 10. April 2017 hielt Dr. K.\_\_\_\_\_ fest, dass der Kläger seit vielen Jahren an einer schweren Gangstörung leide. Bislang seien der kleinschrittige Gang und die rasche muskuläre Ermüdung der Beine auf die Hüftdysplasien zurückgeführt worden. Erst seit den neurologischen Abklärungen stehe fest, dass die zervikale Myelopathie Ursache dieser Gangstörung sei. Zum Abklärungszeitpunkt hätten bereits erhebliche Schädigungen der Pyramidenbahn und der langen spinalen Bahnen bestanden, welche die Gehfähigkeit bzw. die Arbeitsfähigkeit des Klägers eingeschränkt hätten. Es beständen auch Sensibilitätsstörungen an den Händen, welche zu einer manuellen Ungeschicklichkeit führten. Es liege somit eine Tetraspastik vor, welche die Kraft sowie die Koordination in den Beinen vermindere und das Gleichgewicht beeinträchtige. Auch die Lumbalgien seien auf die Tetraspastik zurückzuführen. Der Versicherte sei aufgrund dieser Leiden insgesamt zu 70 – 80 % in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt.

3.5 Am 21. März 2017 nahm der Neurochirurg Dr. med. M.\_\_\_\_\_, Spital N.\_\_\_\_\_, beim Kläger an der Halswirbelsäule (HWS) eine ventrale Diskektomie, eine Foraminotomie und eine Implantation von zwei Bandscheibenprothesen vor (vgl. Bericht des Spitals N.\_\_\_\_\_ vom 24. März 2017). Mit Bezug auf die postoperativen bildgebenden Befunde der HWS vom 22. Juni 2017 hielt er gleichentags fest, dass die Gangstörung zwar deutlich regredient sei, aber immer noch erhebliche Zeichen der spinalen Ataxie vorlägen. Das Feingefühl in den Händen habe demgegenüber deutlich zugenommen. Aufgrund der gesundheitlichen Beeinträchtigungen könne der Kläger nur noch

leichte körperliche Tätigkeiten halbtags, d.h. 50 %, ausführen, sofern sie zu gleichen Teilen sitzend, stehend und gehend ausgeübt werden könnten.

3.6 In seinem ersten Gutachten vom 12. März 2018 hielt Dr. F.\_\_\_\_\_ als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (1) eine Residualsymptomatik einer zervikalen Myelopathie bei Status nach operativem Eingriff vom 21. März 2017 mit kleinschrittigem ataktischem Gangbild und verminderter Sensibilität der Hände, (2) einen Status nach kongenitaler Hüftluxation rechts mit nachfolgender Hüftdysplasie rechts bei Status nach Hüfttotalprothese rechts vom 10. Januar 2014, (3) einen Status nach kongenitaler Hüftluxation links mit nachfolgender Hüftdysplasie links bei Status nach Hüftoperation links 1973 und nach Hüfttotalprothese links ca. 2008, (4) einen Status nach Hüftkopfwechsel, Nachresektion dorsal am Schenkelhals und Entfernung eines dorsalen Pfannenrandosteophyts bei Impingement Hüfte links und vermindertem Offset am 14. Januar 2016 und (5) eine persistierende Schmerzsymptomatik fest. Das chronische Lumbovertebralsyndrom, die koronare 2-Gefässerkrankung, die arterielle Hypertonie und die chronischen Kopfschmerzen beeinflussten die Arbeitsfähigkeit nicht. In der Beurteilung führte Dr. F.\_\_\_\_\_ aus, dass beim Kläger ein zervikovertebrales Syndrom mit Zeichen einer Residualsymptomatik der Myelopathie vorliege, welche sich in einem eindrücklichen, klinisch klar reproduzierbaren, ataktischen Gangbild sowie einer verminderten Sensibilität und beeinträchtigter Feinmotorik im Bereich der Hände äussere. In Bezug auf das Lumbovertebralsyndrom und der linken Hüfte sei eine gewisse Diskrepanz zwischen den subjektiv empfundenen Schmerzen und den altersentsprechenden degenerativen Veränderungen festzustellen. Für die angestammte Tätigkeit in der Gastronomie in einem Schnellimbiss-Restaurant und als Zeitungsverträger bestehe aufgrund des ataktischen Gangbildes keine Arbeitsfähigkeit mehr. Aus dem gleichen Grund könne der Kläger auch in einer Verweistätigkeit nicht mehr als 10 Minuten gehen oder stehen. Zudem sei es ihm aufgrund der eingeschränkten Feinmotorik in den Händen und der operierten HWS nicht mehr möglich, feinmotorische Arbeiten und dauernd mittelschwere oder schwere Tätigkeiten in vornübergebeugter, repetitiv bückender, dauernd inklinierter oder reklinierter Stellung und Überkopfarbeiten auszuführen. Unter Berücksichtigung dieser Vorgaben sei der Kläger in der Lage, eine vorwiegend sitzende Arbeit, bei welcher er die Möglichkeit habe, aufzustehen und herumzugehen, im Umfang von 80 % bezogen auf ein Ganztagespensum ab Oktober 2017 auszuüben. Die Einschränkung von 20 % sei mit dem vermehrten Zeitbedarf aufgrund der beeinträchtigten Handmotorik zu begründen. Zum Verlauf der Arbeitsfähigkeiten führte er aus, dass der Kläger in einer angepassten Verweistätigkeit vom 4. Juni 2013 bis 12. Juli 2013 zu 50 %, vom 13. Juli 2013 bis 31. Mai 2015 zu 0 %, vom 1. Juni 2015 bis 28. Januar 2016 zu 100 %, vom 29. Januar 2016 bis April 2016 und von Mai 2016 bis November 2016 zu 100 % arbeitsfähig gewesen sei.

3.7.1 Weiter liegt das bidisziplinäre Gutachten der Dres. G.\_\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_\_ vom 23./25. Februar 2021 in den Akten, auf welches sich die IV-Stelle bei ihrer Rentenverfügung vom 10. November 2021 stützte. In ihrer interdisziplinären rheumatologisch-neurologischen Gesamtbeurteilung vom 25. Februar 2021 hielten die beiden Experten als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (1) eine zervikale Myelopathie HWK 5/6 bei Status nach HWS-Operation am 21. März 2017 mit hochgradiger zervikaler Spinalkanalstenose HWK 5/6 grösser als HWK 6/7 und residuell spastischer Gangataxie, leichter sensomotorischer Funktionsstörung der linken

oberen Extremität und leichter Beeinträchtigung der Tiefensensibilität der linken unteren Extremität sowie (2) ein multilokuläres Schmerzsyndrom (HWS, LWS, Hüfte links mehr als Hüfte rechts, mit Generalisierungstendenz) mit Status nach wirbelsäulenchirurgischem Eingriff HWS vom 21. März 2017, chronischer Schmerzsymptomatik im Bereich der linken Hüfte bzw. des linken Oberschenkels, nach kongenitaler Hüftluxation rechts mit nachfolgender Hüftdysplasie rechts, muskulärer Dysbalance reaktiv mit neurologischen und orthopädischen Faktoren, chronischer gemischter Cephalaea, chronischem Spannungskopfschmerz und Medikamentenübergebrauchskopfschmerz fest. Das chronische Lumbovertebralsyndrom bei Fehlform (Beinlängenverkürzung links mit konsekutivem Beckentiefstand und muskulärer Belastung der Lumbalgie), die koronare 2-Gefässerkrankung und der Status nach wahrscheinlich orthostatisch bedingten Synkopen im November 2019 beeinflussten die Arbeitsfähigkeit nicht.

3.7.2 In der neurologischen Beurteilung vom 23. Februar 2021 hielt Dr. G.\_\_\_\_ fest, dass die residuelle zervikale Myelopathie die Hauptdiagnose sei. Die präoperative Rückenmarkskompression infolge der Spinalkanalstenose sei so schwer gewesen, dass eine irreparable Schädigung des Rückenmarks zwischen dem 5. und 6. HWK verblieben sei. Diese Schädigung schlage sich klinisch nieder in Form der persistierenden Gangataxie und der Koordinationsstörung vor aller der unteren Extremitäten, diskreter auch der oberen Extremitäten. Das chronische Schmerzsyndrom sei komplex und multifaktoriell bedingt. Die residuellen Nackenschmerzen seien bei postoperativ veränderter Statik und verminderter Belastbarkeit der HWS als Residuum grundsätzlich plausibel. Im Bereich der LWS sei keine Kompromittierung neuraler Strukturen nachweisbar. Es müsse deshalb von einer muskulären Dysbalance ausgegangen werden. Diese sei sicherlich zumindest teilweise durch die residuelle Paraspastik mit Gangstörung verursacht. Aus neurologischer Sicht seien die chronischen Kopfschmerzen durch einen Spannungskopfschmerz und einen Medikamentenübergebrauch bedingt. Zwischen den verschiedenen Schmerzbereichen (Kopf-, Nacken-, Rücken und Hüftschmerzen) bestehe eine ungünstige Interferenz. Die residuelle zervikale Myelopathie mit Gangunsicherheit, konsekutiver muskulärer Dysbalance und leichter feinmotorischer Störung der linken oberen Extremität würde die Funktionsfähigkeit des Klägers einschränken. Aufgrund der zervikalen Myelopathie bestehe eine massgebliche Einschränkung für gehende und stehende Verrichtungen. Eine angepasste Tätigkeit sollte aber nicht ausschliesslich im Sitzen ausgeführt werden, da eine solche sich ungünstig auf die lumbalen Beschwerden auswirken würde. Zudem könne der Kläger keine Arbeiten mit vorgeneigter Kopfhaltung und repetitiver Überkopfstellung der Arme ausüben. Ferner erlaube die leichte feinmotorische Störung der linken oberen Extremität keine regelmässigen Belastungen mit feinmotorischer Beanspruchung. Aus neurologischer Sicht sei der Kläger in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig.

3.7.3 Auch Dr. F.\_\_\_\_ gelangte in seiner Beurteilung vom 25. Februar 2021 zur Auffassung, dass die zervikale Myelopathie bzw. das Zervikalvertebralsyndrom auf einer klaren organischen Grundlage beruhe und sich in Form von einem ataktisch veränderten Gangbild und einer verminderten Sensibilität der Hände äussere. Aus rheumatologischer Sicht könne er die beklagte Schmerzsymptomatik bei der LWS und den Hüften nicht vollständig mit den objektiven Befunden erklären. In Bezug auf die Kopfschmerzen schloss er eine zervikozephalische Komponente nicht aus. Die Residualsymptomatik des ataktischen Gangbildes beschrieb er nach wie vor als eindrücklich

und klinisch klar reproduzierbar. Dieses Gangbild schränke die Gehstrecke und die Stehdauer am gleichen Ort jeweils auf maximal 10 Minuten ein. Auf unebenem Gelände könne der Kläger nicht mehr gehen. Seit dem Eingriff an der HWS sei auch das Achsenskelett reduziert belastbar. Er könne daher nur noch leichte Arbeiten ausführen, wobei ihm in einer solchen Tätigkeit auch nicht mehr möglich sei, in Zwangsstellungen zu arbeiten. Aufgrund der eingeschränkten Feinmotorik sei er ausserdem nicht der Lage, feinmotorische Arbeiten mit den Händen auszuführen.

3.7.4 In ihrer Konsensbeurteilung kamen die Gutachter zum Schluss, dass der Kläger den angestammten Tätigkeiten als Mitarbeiter in einem Schnellimbiss-Restaurant und als Zeitungsverträger ab 1. Dezember 2016 nicht mehr nachgehen könne. Demgegenüber sei ihm die Ausführung einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit im Umfang von 50 % ab 1. Oktober 2017 zumutbar. Der retrospektive Verlauf in einer Verweistätigkeit sei schwierig zu beurteilen. Die Experten einigten sich darauf, dass für die Zeit davor die rheumatologische Beurteilung massgebend sei. Demgemäss habe für die Zeit vom 4. Juni 2013 bis 12. Juli 2013 eine 50%ige, vom 13. Juli 2013 bis 31. Mai 2015 keine, vom 1. Juni 2015 bis 28. Januar 2016 eine vollständige, vom 29. Januar 2016 bis April 2016 keine, von Mai 2016 bis November 2016 eine vollständige und vom 1. Dezember 2016 bis 30. September 2017 keine Arbeitsfähigkeit bestanden.

3.7.5 Dem Gutachten der Dres. G.\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_ ist grundsätzlich volle Beweiskraft beizumessen. Beide Gutachter haben ihre Teilgutachten sorgfältig erstellt. Sie beruhen auf persönlichen Untersuchungen und sind in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden. Die beiden Teilgutachten leuchten sodann in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der medizinischen Situation und der Arbeitsfähigkeit ein. Dies wird von den Parteien auch nicht bestritten.

4.1 Als Erstes ist zu prüfen, ob der Gesundheitsschaden des Klägers, welcher zur Arbeitsunfähigkeit bzw. zur Invalidität während der Dauer des Vorsorgeverhältnisses führte, auch Ursache der Anfang 2016 eingetretenen Arbeitsunfähigkeit bzw. Invalidität ist. Mithin stellt sich die Frage, ob der sachliche Konnex gegeben ist. Die Pensionskasse stellt sich auf den Standpunkt, dass beim Kläger während der Versicherungsdeckung bis Ende August 2015 nur ein Hüftleiden bestanden habe, für welches sie leistungspflichtig sei. Dieses Hüftleiden habe sich bis Ende Mai 2015 derart gebessert, dass ab 1. Juni 2015 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit attestiert worden sei. Da die kardiologischen und neurologischen Beeinträchtigungen an der HWS erst nach Beendigung des Vorsorgeverhältnisses aufgetreten seien, sei ein sachlicher Konnex zu verneinen.

4.2.1 Es ist unbestritten, dass das kardiologische Leiden und die in der Folge erlittenen wahrscheinlich orthostatisch bedingten Synkopen erst nach Beendigung des Vorsorgeverhältnisses Ende aufgetreten sind und in keinem sachlichen Zusammenhang mit der heute bestehenden Invalidität des Klägers stehen. Ein vertiefter Blick in die Akten zeigt jedoch, dass die übrigen später festgestellten gesundheitlichen Beeinträchtigungen und das während der Versicherungsdeckung diagnostizierte Hüftleiden – entgegen der Ansicht der Pensionskasse – nicht losgelöst voneinander betrachtet werden können. Aus den ärztlichen Berichten ergibt sich, dass zu Beginn die Schmerzen an der linken Hüfte und im lumbalen Bereich ausschliesslich auf eine Hüftdysplasie

zurückgeführt wurden. Ein Symptom des Hüftleidens war damals das auffällige Gangbild des Klägers. So ist der Aktenauflistung im Gutachten von Dr. J.\_\_\_\_ vom 21. Oktober 2015 zu entnehmen, dass Dr. med. O.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und FMH Handchirurgie, bereits am 12. Juli 2013 ein leichtes Verkürzungshinken auf der linken Seite feststellte. Sodann wurde in den Berichten des Spitals I.\_\_\_\_ vom 14. Februar 2015 und 29. Juni 2015 von einem asymmetrischen Gangbild mit Hinken links berichtet. Die behandelnde Ärzteschaft des Spitals H.\_\_\_\_ wies auf einen schleppenden bzw. einen hinkenden bzw. einen kleinschrittigen Gang hin (Berichte vom 19. und 24. März 2015, 20. Juli 2015 und 9. September 2015). Diese Beeinträchtigung wurde jedoch nur aus orthopädischer Sicht beurteilt. Erst als sich die Gehfähigkeit trotz medizinischer Massnahmen kontinuierlich verschlechtert hatte, wurde eine neurologische Abklärung veranlasst. Dabei erkannte der beigezogene Neurologe, Dr. K.\_\_\_\_, dass die seit Jahren bestehende Gangstörung hauptsächlich auf eine hochgradige zervikale Spinalkanalstenose zurückzuführen und somit neurologisch bedingt sei. Diagnostisch hielt er eine zervikale Myelopathie fest (vgl. neurologische Kontrolle vom 30. Januar 2017 und Bericht vom 10. April 2017). Nach Beendigung des Vorsorgeverhältnisses per August 2015 verbesserte sich das Gangbild des Klägers keineswegs, stellten doch Dr. J.\_\_\_\_ rund 3 Monate später immer noch ein Verkürzungshinken links (Gutachten vom 21. Oktober 2015, S. 9) sowie Dr. F.\_\_\_\_ im Jahr 2018 ein kurzschrittiges, leicht ataktisches (Gutachten vom 12. März 2018, S. 25) und im Jahr 2021 ein kleinschrittiges, puppenartiges, ataktisch unsicher wirkendes Gangbild (Gutachten vom 25. Februar 2021, S. 18) fest. Dr. G.\_\_\_\_ bestätigte in seinem Fachgutachten vom 23. Februar 2021 die Diagnose der zervikalen Myelopathie und hielt fest, dass sich dieses Leiden auch nach der HWS-Operation im März 2017 klinisch immer noch in einer persistierenden Gangataxie und Koordinationsstörung vor allem bei den unteren, diskreter auch bei den oberen Extremitäten zeige. Erklärend wies er darauf hin, dass eine hochgradige zervikale Spinalkanalstenose das Rückenmark des Klägers bleibend geschädigt habe. Die übereinstimmenden fachärztlichen Beurteilungen machen deutlich, dass nach heutigem Kenntnisstand die während der Versicherungsdauer und danach dokumentierte Gangstörung die gleiche gesundheitliche Ursache haben.

4.2.2 Gemäss den medizinischen Akten beeinflusste das auffällige Gangbild die Arbeitsfähigkeit des Klägers nicht erst seit der neurologischen Diagnosestellung im Dezember 2016/Januar 2017, sondern bereits seit 2013, ev. auch schon früher. So attestierte Dr. J.\_\_\_\_ in einem Gutachten vom 21. Oktober 2015, dass der Kläger sowohl in der angestammten als auch in einer leidensangepassten Tätigkeit für die Zeit vom 12. Juli 2013 bis 31. Mai 2015 in seiner Arbeitsfähigkeit wesentlich reduziert gewesen sei (vgl. Gutachten, S. 12, vgl. auch Bericht des Spitals H.\_\_\_\_ vom 24. März 2015). Die Arbeitsunfähigkeit sei mit der Gangstörung, welche die Gehstrecke des Klägers einschränke, und der persistierenden Schmerzsymptomatik zu begründen. Daraus geht hervor, dass sich die Gangstörung bereits während des Vorsorgeverhältnisses auf die Arbeitsfähigkeit des Klägers vom 12. Juli 2013 bis 31. Mai 2015 auswirkte. Die vollständige Arbeitsunfähigkeit führte denn auch zum Rentenanspruch gegenüber der IV (vgl. IV-Verfügung vom 4. Oktober 2021) und der Pensionskasse.

4.2.3 Für die Zeit ab 1. Juni 2015 ist Dr. J.\_\_\_\_ der Auffassung, dass der Kläger ab diesem Zeitpunkt in einer leidensangepassten Verweistätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei. Er begründete

seine Einschätzung mit dem Hinweis auf die von ihm festgestellte Diskrepanz zwischen den objektivierbaren orthopädischen Befunden und dem Ausmass der geschilderten ununterbrochenen Beschwerden. Immerhin sei es dem Kläger möglich gewesen, im Sommer 2015 im C.\_\_\_\_ für 2 Stunden und als Zeitungsverträger für 1,5 – 2 Stunden täglich zu arbeiten. Nun ist zu beachten, dass Dr. J.\_\_\_\_ zum Untersuchungszeitpunkt noch nichts über die neurologische Erkrankung des Klägers wusste. Erst mit der später durchgeführten neurologischen Abklärung wurde klar, dass für die Beschwerden des Klägers weniger die orthopädischen als die neurologischen Beeinträchtigungen verantwortlich sind. Die von Dr. J.\_\_\_\_ festgestellte Diskrepanz lässt sich zumindest teilweise aufgrund der Unkenntnis über die neurologischen Diagnosen erklären. Die Zumutbarkeitsbeurteilung von Dr. J.\_\_\_\_ kann deshalb nur in orthopädischer, nicht aber in neurologischer Hinsicht Geltung beanspruchen. Dieser Ansicht ist auch Dr. G.\_\_\_\_ (vgl. Gutachten vom 23. Februar 2021, S. 49 f.).

4.2.4 Zudem besteht der Eindruck, dass Dr. J.\_\_\_\_ bei der retrospektiven Bescheinigung der 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit ab 1. Juni 2015 den vom Kläger im Sommer 2015 ausgeübten Tätigkeiten und dem Bericht des Spitals I.\_\_\_\_ vom 29. Juni 2015 zu grosses Gewicht beigemessen hat. Diesem Bericht ist zu entnehmen, dass die am 21. April 2015 vorgenommene Infiltration L4 vorerst zu einer Besserung der lumbalen Schmerzproblematik und zu einer Reduktion der medikamentösen Analgesie geführt hatte. Aufgrund der damit verbundenen verbesserten physischen Belastbarkeit sah sich der Kläger in der Lage, per 2. Juni 2015 den Arbeitsversuch beim C.\_\_\_\_ für zwei Stunden täglich zu starten. Dieser Arbeitsversuch musste jedoch abgebrochen werden, was Dr. J.\_\_\_\_ bekannt war (vgl. Gutachten, S. 8). Er führte diesen Abbruch primär auf die durch die Nebenwirkungen der Medikamente verursachten Konzentrationsmängel und weniger auf die Hüftbeschwerden zurück. Er verzichtete in der Folge jedoch, einen Zusammenhang zwischen der Medikamenteneinnahme und den vom Kläger geschilderten Schmerzen in der LWS und den Hüften herzustellen, was insbesondere aufgrund der nachfolgenden ärztlichen Beurteilungen nicht nachvollzogen werden kann. So geht aus dem Bericht des Spitals H.\_\_\_\_ vom 20. Juli 2015 hervor, dass die Infiltration eine leichte Verbesserung der lumbalen Symptomatik, aber nicht hinsichtlich der Schmerzproblematik an den Hüften bzw. Oberschenkeln gebracht habe. In ihrem Bericht vom 25. Juni 2015 stellte die Ärzteschaft des Spitals I.\_\_\_\_ desgleichen eine verbesserte Schmerzsituation im lumbalen Rückenbereich fest. Allerdings beständen die Hüft- bzw. Oberschenkelbeschwerden weiterhin und stellten die Hauptbeschwerden des Klägers dar. Da die dortige Untersuchung am 24. Juni 2015 stattfand, enthält der Bericht auch Ausführungen zu den Beschwerden des Klägers nach der Arbeitsaufnahme im C.\_\_\_\_ per 2. Juni 2015. Es wurde berichtet, dass die Hüft- bzw. Oberschenkelbeschmerzen im Verlauf des Tages (NRS 4/10 morgens, NRS 6/10 abends) aufgrund der Alltagsbelastung zugenommen hätten. Im Bereich der LWS klage der Kläger über eine Morgensteifigkeit mit Schmerzen vor allem unter Belastung (NRS 3-4/10). Anlässlich der Konsultation vom 8. September 2015 im Spital H.\_\_\_\_ gab er weiterhin Hüftbeschwerden und Lumbalgien an. Der behandelnde Arzt hielt fest, dass der Arbeitsversuch schmerzbedingt habe abgebrochen werden müssen. Die Infiltration habe die lumbalen Schmerzen nur kurzfristig gelindert und die Hüftschmerzen persistierten trotz ausgebauter Analgesie bei einer Schmerzänderung von 5 bis 8 von insgesamt 10 (vgl. Bericht des Spitals H.\_\_\_\_ vom 9. September 2015). Aus diesen ärztlichen Feststellungen ist der Schluss zu ziehen, dass der Kläger durch die Arbeit beim C.\_\_\_\_ wieder derart heftige Schmerzen in den

Hüften bzw. den Oberschenkeln, eventuell auch in der LWS, hatte, dass er die Schmerzmedikation wieder erhöhen musste. Offenbar war die Dosierung so hoch, dass es zu Konzentrationsmängeln kam und er deshalb nicht mehr weiterbeschäftigt werden konnte. Damit steht fest, dass der Arbeitsversuch in erster Linie wegen zunehmender Schmerzen abgebrochen werden musste. Dieser Entwicklung trug Dr. J.\_\_\_\_ keine Rechnung, weshalb seine Einschätzung, wonach ab 1. Juni 2015 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit bestehe, nicht überzeugt. Aus den obigen Arztberichten ist vielmehr der Schluss zu ziehen, dass insbesondere die durch die Infiltration nicht verbesserten Hauptbeschwerden, d.h. die Hüft- bzw. Oberschenkelbeschwerden, den Kläger daran hinderten, den Arbeitsversuch erfolgreich durchzuführen. In Anbetracht der von Dr. J.\_\_\_\_ für die Zeit vom 1. Juli 2014 bis 31. Mai 2015 attestierten 50%igen Arbeitsunfähigkeit in einer Verweistätigkeit ist davon auszugehen, dass der Kläger über den 31. Mai 2015 hinaus mehr als 20 % in seiner Arbeits- und Leistungsfähigkeit eingeschränkt war. Daran ändert auch die Tatsache, dass es dem Kläger möglich gewesen ist, weiterhin 1,5 bis 2 Stunden pro Tag Zeitungen auszutragen, nichts.

4.2.5 Es besteht unter den Fachärzten Einigkeit, dass die feinmotorische Störung der Hände ein Symptom der zervikalen Myelopathie ist. Gemäss Dr. G.\_\_\_\_ hat das weitere Symptom dieser Erkrankung, die Gangstörung, auch Auswirkungen auf die LWS und das Becken. So wies der Gutachter darauf hin, dass die mit der zervikalen Myelopathie im Zusammenhang stehende Gangstörung – zumindest teilweise – Ursache für eine muskuläre Dysbalance sei. Diese Dysbalance sei wiederum massgeblich für die Schmerzen im LWS-Beckenbereich verantwortlich (vgl. Gutachten vom 23. Februar 2021, S. 41). Die Beeinträchtigungen des Beckens und der LWS können somit nicht losgelöst von der zervikalen Myelopathie betrachtet werden. Daran ändert die Auffassung von Dr. F.\_\_\_\_, wonach kein Zusammenhang zwischen der lumbalen und zervikalen Symptomatik bestehe, nichts, wird doch in der Konsensbeurteilung für die lumbale Symptomatik die neurologische Beurteilung als massgebend erachtet. Ebenso sind die HWS-Beschwerden auf die zervikale Myelopathie zurückzuführen. Gemäss Dr. G.\_\_\_\_ hatte sich die Statik der HWS infolge des wegen der zervikalen Spinalkanalstenose erforderlich gewordenen operativen Eingriffs im März 2017 derart verändert, dass nun eine verminderte Belastbarkeit vorliegt (vgl. Gutachten vom 23. Februar 2021, S. 41). In Bezug auf die geklagten Kopfschmerzen schliesst Dr. F.\_\_\_\_ eine zervikale Komponente nicht aus (vgl. Gutachten, S. 69). Sodann stellt Dr. G.\_\_\_\_ eine ungünstige Interferenz zwischen den Kopf/Nacken-, Rücken- und Hüftschmerzen fest. Diese Interferenz stehe im Krankheitsgeschehen des Klägers im Zentrum (vgl. Gutachten vom 23. Februar 2021, S. 41 f). Damit macht er deutlich, dass die Beeinträchtigungen an den Hüften, der LWS, der HWS und am Kopf in einem Zusammenhang stehen. Es ist deshalb davon auszugehen, dass die heutigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Klägers – bis auf das kardiologische Leiden samt den Synkopen – auf den gleichen Gesundheitsschaden zurückzuführen sind, welcher zu den von der Pensionskasse anerkannten Rentenleistungen bis 31. August 2015 führte. Bei dieser Sachlage kann – entgegen der Ansicht der Pensionskasse – deshalb nicht gesagt werden, der sachliche Zusammenhang entfiere, weil die Myelopathie und das chronische Schmerzsyndrom ein zweites, anderes Leiden darstellten, welches das Hüftleiden abgelöst habe und für die erneute Invalidisierung ab 2016 alleinausschlaggebend sei. Der für die Leistungspflicht der Pensionskasse erforderliche sachliche Konnex ist somit gegeben.

5.1 Weiter zu prüfen ist, ob der zeitliche Zusammenhang zwischen der während des Vorsorgeverhältnisses eingetretenen Arbeitsunfähigkeit und des per 1. April 2016 von der IV erneut zugesprochenen Rentenanspruchs unterbrochen worden ist.

5.2 Die Annahme eines engen zeitlichen Zusammenhangs setzt voraus, dass die versicherte Person nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, nicht während längerer Zeit wieder arbeitsfähig war, was sich nach der Arbeits(un)fähigkeit in einer der gesundheitlichen Beeinträchtigung angepassten zumutbaren Tätigkeit beurteilt (BGE 134 V 20 E. 5.3; Urteile des Bundesgerichts vom 23. Februar 2023, 9C\_500/2022, E. 3.2 und vom 2. Februar 2016, 9C\_278/2015, E. 2.3.2). Der enge zeitliche Zusammenhang ist so lange nicht unterbrochen, als dass mindestens eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit besteht (BGE 144 V 58 E. 4.4). Eine nachhaltige, den zeitlichen Konnex unterbrechende Erholung liegt hingegen grundsätzlich vor, wenn während mehr als drei Monaten eine Arbeitsfähigkeit von über 80 % in einer angepassten Erwerbstätigkeit gegeben ist (BGE 144 V E. 4.4 f.) und – kumulativ bezogen auf die angestammte Tätigkeit – ein rentenausschliessendes Einkommen erzielt werden kann (Urteil des Bundesgerichts vom 30. Januar 2019, 9C\_465/2018, E. 3.2; BGE 134 V 20 E. 5.3). Eine solche drei Monate oder länger andauernde (annähernd) vollständige Arbeitsfähigkeit ist ein gewichtiges Indiz für eine Unterbrechung des zeitlichen Zusammenhangs, sofern sich eine dauerhafte Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit als objektiv wahrscheinlich darstellt. Der zeitliche Zusammenhang kann daher auch bei einer länger als drei Monate dauernden Tätigkeit gewahrt sein, wenn eine dauerhafte berufliche Wiedereingliederung unwahrscheinlich war, etwa weil die Tätigkeit (allenfalls auch erst im Rückblick) als Eingliederungsversuch zu werten ist oder massgeblich auf sozialen Erwägungen des Arbeitgebers bzw. der Arbeitgeberin beruhte (BGE 134 V 20 E. 3.2.1; Urteile des Bundesgerichts vom 23. Februar 2023, 9C\_500/2022, E. 3.3 und Urteil des Bundesgerichts vom 25. Januar 2019, 9C\_333/2018, E. 4 mit Hinweis auf BGE 144 V 58 E. 4.5).

5.3 Gemäss Gutachten der Dres. G.\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_ vom 23./25. Februar 2021 bestand vom 1. Juni 2015 bis 28. Januar 2016 und damit während rund 8 Monaten eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit. Dabei fällt auf, dass der Kläger gemäss der gutachterlichen Konsensbeurteilung unmittelbar vor und nach der Periode der vollständigen Arbeitsfähigkeit, konkret vom 13. Juli 2013 bis 31. Mai 2015 und vom 29. Januar 2016 bis April 2016, vollständig arbeitsunfähig war. Bei dieser Ausgangslage stellt sich die Frage, ob eine Wiedereingliederung während der Zeit vom 1. Juni 2015 bis 28. Januar 2016 objektiv wahrscheinlich war und der Kläger dabei ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen konnte. Die gutachterlich attestierte 100%ige Arbeitsfähigkeit vom 1. Juni 2015 bis 28. Januar 2016 beruht auf der rheumatologischen Beurteilung von Dr. F.\_\_\_\_ (vgl. interdisziplinäre Gesamtbeurteilung vom 23./25. Februar 2021, S. 14). Dr. F.\_\_\_\_ nahm weder in seinem ersten Gutachten vom 12. März 2018 noch im zweiten vom 25. Februar 2021 eine eigene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit für die Zeitperiode vor, sondern verwies stattdessen auf den vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) der IV-Stelle in seiner Stellungnahme vom 18. September 2017 festgehaltenen Verlauf der Arbeitsfähigkeiten. Der RAD stützte sich bei seiner Beurteilung wiederum auf das orthopädische Gutachten von Dr. J.\_\_\_\_ vom 21. Oktober 2015, der dem Kläger ab 1. Juni 2015 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit attestierte. Wie bereits in Erwägung 4.2.3 dargelegt, kann

aber auf das Gutachten von Dr. J.\_\_\_\_ nicht abgestellt werden, werden doch in dessen Zumutbarkeitsbeurteilung die Auswirkungen der damals nicht festgestellten, aber retrospektiv aufgenommenen neurologischen Diagnosen auf die Arbeitsfähigkeit des Klägers nicht erfasst. Demzufolge kann auch die von Dr. F.\_\_\_\_ und vom RAD bescheinigte 100%ige Arbeitsfähigkeit für die Zeit vom 1. Juni 2015 bis 28. Januar 2016 nicht massgebend sein.

5.4 Der Krankheitsverlauf seit der Infiltration im April 2015 und der gescheiterte Arbeitsversuch zeigen, dass die schmerzlindernde Wirkung der medizinischen Massnahme nur von kurzer Dauer war. Dr. J.\_\_\_\_ sprach in diesem Zusammenhang von einer Schmerzreduktion von 2 bis 3 Monaten (vgl. Gutachten, S. 8). Aufgrund der kurz nach der Infiltration erstellten ärztlichen Berichte ist erstellt, dass sich die Schmerzproblematik an den Hüften bzw. den Oberschenkeln durch die medizinischen Massnahmen vorerst nicht veränderte. Im Verlauf müssen diese Schmerzen jedoch etwas zugenommen haben, gab der Kläger doch zum Begutachtungszeitpunkt bei Dr. J.\_\_\_\_ im Oktober 2015 Hüftschmerzen im Bereich von 7 bis 8 von insgesamt 10 (zuvor: 5 bis 8 von insgesamt 10; vgl. Bericht des Spitals H.\_\_\_\_ vom 9. September 2015) an. In Bezug auf die lumbalen Schmerzen notierte Dr. J.\_\_\_\_, dass diese etwas unregelmässig vor allem bei längerem Sitzen, beim Aufstehen nach dem Sitzen, bei bestimmten raschen Bewegungen und zeitweise beim Liegen aufträten (vgl. Gutachten, S. 8). Damit war auch im lumbalen Bereich zwar eine weniger deutliche, aber doch zunehmende Schmerzsymptomatik festzustellen. Diese Schmerzzunahme kann nicht allein als Folge der Belastungen im Rahmen des Arbeitsversuchs betrachtet werden, verbesserte sich die Schmerzsymptomatik doch auch nach Aufgabe der Tätigkeit beim C.\_\_\_\_ nicht. Vielmehr war eine Progredienz der Schmerzproblematik zu verzeichnen, was in Anbetracht der später gestellten neurologischen Diagnosen auch objektivierbar war. Bei dieser Sachlage erscheint eine erfolgreiche Wiedereingliederung des Klägers in eine Verweistätigkeit mit einer Arbeitsfähigkeit von über 80 % ab 1. Juni 2015 als objektiv unwahrscheinlich. Von einer dauerhaften Wiedereingliederung kann rückblickend umso weniger ausgegangen werden, wenn berücksichtigt wird, dass bereits im Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. J.\_\_\_\_ im Oktober 2015 aufgrund der Schmerzproblematik eine Revisionsoperation an der Hüfte als medizinisch indiziert betrachtet und letztlich im Januar 2016 auch durchgeführt wurde (vgl. Operationsbericht des Spitals H.\_\_\_\_ vom 14. Januar 2016). Ein Unterbruch des zeitlichen Konnexes zwischen der früher bestandenen, invalidisierenden Arbeitsunfähigkeit und der später erneut eingetretenen Invalidität ist damit zu verneinen.

6. Aus diesen Ausführungen ergibt sich, dass aufgrund des gegebenen sachlichen und ununterbrochenen zeitlichen Konnexes die Pensionskasse über den 31. August 2015 hinaus für die Invalidität des Klägers Leistungen zu erbringen hat. Sie ist demnach verpflichtet, dem Kläger unter Anrechnung der bereits geleisteten Zahlungen für die Zeitperioden vom 1. August 2014 bis 31. August 2015, vom 1. April 2016 bis 31. Juli 2016 und vom 1. März 2017 bis 31. Dezember 2017 eine ganze Invalidenrente und ab 1. Januar 2018 eine halbe Invalidenrente auszurichten. Bei diesem Ergebnis ist die Klage gutzuheissen und die Widerklage abzuweisen.

7.1 Gemäss Art. 73 Abs. 2 BVG ist das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in der Regel kostenlos. Es sind deshalb keine Verfahrenskosten zu erheben.

7.2 Der Kläger ist mit seinem Leistungsbegehren durchgedrungen und hat demgemäss Anspruch auf eine Parteientschädigung zulasten der Beklagten (vgl. § 21 VPO). Der Rechtsvertreter des Klägers hat in seiner Honorarnote vom 28. Februar 2023 für das vorliegende Klageverfahren einen anwaltlichen Zeitaufwand von 17 Stunden und 50 Minuten sowie einen solchen der Volontärin von 25 Minuten geltend gemacht, was in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen angemessen ist. Die Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen praxisgemäss für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- sowie von Fr. 140.-- für Volontärinnen und Volontäre zu entschädigen (vgl. § 3 Abs. 1 und Abs. 3 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003). Nicht zu beanstanden sind die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen von Fr. 137.70. Dem Kläger ist demnach eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 5'012.75 (17 Stunden und 50 Minuten à Fr. 250.-- und 25 Minuten à Fr. 140.-- plus Auslagen von Fr. 137.70 und 7,7 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beklagten zuzusprechen.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Soweit darauf eingetreten werden kann, wird die Klage gutgeheissen und die Beklagte verpflichtet, dem Kläger unter Anrechnung der bereits geleisteten Zahlungen für die Zeitperioden vom 1. August 2014 bis 31. August 2015, vom 1. April 2016 bis 31. Juli 2016 und vom 1. März 2017 bis 31. Dezember 2017 eine ganze Invalidenrente und ab 1. Januar 2018 eine halbe Invalidenrente auszurichten.
  2. Die Widerklage wird abgewiesen.
  3. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
  4. Die Beklagte hat dem Kläger eine Parteientschädigung in Höhe von Fr. 5'012.75 (inkl. Auslagen + 7,7 % Mehrwertsteuer auszurichten).