

# **BL\_GERICHTE 735 19 123/157 vom 2. Juli 2020**

BL Gerichte, 2020-07-02, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl\\_gerichte\\_735\\_19\\_123\\_157](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_735_19_123_157)

FR: BL\_GERICHTE 735 19 123/157 du 2 juillet 2020

IT: BL\_GERICHTE 735 19 123/157 del 2 luglio 2020

## **Regeste**

Invalidenrente

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die Beklagte sei zu verpflichten, dem Kläger für den Zeitraum vom 1. Januar 2012 bis 6. November 2012 eine Viertelsrente gemäss Gesetz bzw. Vorsorgereglement, nebst 5% Zins ab Fälligkeit, auszurichten.

### **E. 2**

Die Beklagte sei zu verpflichten, dem Kläger für den Zeitraum vom 7. November 2012 bis 9. Dezember 2013 eine ganze Invalidenrente gemäss Gesetz bzw. Vorsorgereglement, nebst 5% Zins ab Fälligkeit, auszurichten.

### **E. 3**

Die Beklagte sei zu verpflichten, dem Kläger für den Zeitraum ab 10. Dezember 2013 bis 17. Juni 2015 eine ganze Invalidenrente nach Gesetz bzw. Vorsorgereglement, nebst 5% Zins ab Fälligkeit, auszurichten.

#### **E. 3.1**

In einem ersten Schritt ist zu prüfen, ob über den 31. Dezember 2011 hinaus eine Leistungspflicht der Beklagten besteht. 3.2.1 Nach Art. 23 lit. a BVG haben Personen Anspruch auf Invalidenleistungen, die im Sinne des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 zu mindestens 40% invalid sind und bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, welche zur Invalidität führte, versichert waren. In Bezug auf die Rentenhöhe statuiert Art. 24 Abs. 1 BVG, dass die versicherte Person Anspruch auf eine volle Invalidenrente hat, 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. Aus der engen Verbindung zwischen dem Recht auf eine Rente der Invalidenversicherung und demjenigen auf eine Invalidenleistung nach BVG ergibt sich, dass der Invaliditätsbegriff im obligatorischen Bereich der beruflichen Vorsorge und in der Invalidenversicherung grundsätzlich der gleiche ist. Aufgrund von Art. 6 BVG steht es den Vorsorgeeinrichtungen aber frei, den Invaliditätsbegriff nicht nur im Bereich der weitergehenden Vorsorge, sondern auch im obligatorischen Bereich in ihren Reglementen zugunsten der versicherten Personen zu erweitern oder Invalidenrenten schon bei einem Invaliditätsgrad von weniger als 40% auszurichten. Art. 5 Abs. 1 des Reglements der Beklagten für das Vorsorgewerk der B.\_\_\_\_ GmbH, gültig ab dem 1. Januar 2005 (Reglement), stellt zwar grundsätzlich auf den Invaliditätsbegriff der IV ab, sichert aber darüber hinaus auch Leistungen zu, wenn die

versicherte Person durch ärztlichen Befund objektiv nachweisbar ganz oder teilweise ihren Beruf oder eine andere ihrer sozialen Stellung, ihren Kenntnissen und Fähigkeiten angemessene Erwerbstätigkeit nicht mehr ausüben kann. Zudem besteht gemäss Art. 5 Abs. 2 des Reglements bereits ab einem IV-Grad von 25% ein Leistungsanspruch. 3.2.2 Die Invalidenleistungen der obligatorischen beruflichen Vorsorge werden von derjenigen Vorsorgeeinrichtung geschuldet, bei welcher die ansprechende Person bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität führte, versichert war (Urteil des Bundesgerichts vom 3. März 2017, 9C\_658/2016, E. 4 mit Hinweis auf BGE 138 V 409 E. 6.2). Dieser Grundsatz findet auch in der weitergehenden beruflichen Vorsorge Anwendung, wenn das Reglement oder die Statuten nichts Anderes vorsehen. Auf diese Weise wird dem Umstand Rechnung getragen, dass die versicherte Person meistens erst nach einer längeren Zeit der Arbeitsunfähigkeit invalid wird. Damit der durch die zweite Säule bezweckte Schutz zum Tragen kommt, muss das Invaliditätsrisiko auch dann gedeckt sein, wenn es rechtlich gesehen erst nach einer langen Krankheit eintritt, während welcher die Person unter Umständen aus dem Arbeitsverhältnis ausgeschieden ist und daher nicht mehr dem Obligatorium untersteht (BGE 123 V 262 E. 1b). 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). Entsprechend bildet auch der Wegfall der Versicherteneigenschaft kein Erlöschensgrund. 3.2.3 Für den Eintritt der Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Art. 23 lit. a BVG und damit für die Bestimmung der Leistungszuständigkeit ist eine erhebliche und dauerhafte Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich massgebend. Diese muss mindestens 20% betragen (BGE 134 V 20 E. 3.2.2). Es wird zwar in der Regel, nicht aber in jedem Fall zwingend eine echtzeitlich ärztlich attestierte Arbeitsunfähigkeit zum rechtsgenügenden Nachweis der relevanten Einbusse verlangt (Urteil des Bundesgerichts vom 11. Juni 2008, 9C\_96/2008, E. 2.2). Nachträgliche Annahmen und spekulative Überlegungen, wie etwa eine rückwirkend festgelegte medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit, reichen aber nicht aus (Urteile des Bundesgerichts vom 8. September 2017, 9C\_139/2017, E. 4.2.2.1 und vom 11. September 2008, 9C\_368/2008, E. 2 jeweils mit Hinweisen). Die gesundheitliche Beeinträchtigung muss sich auf das Arbeitsverhältnis sinnfällig auswirken oder ausgewirkt haben; die Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen muss mit anderen Worten arbeitsrechtlich in Erscheinung getreten sein, etwa durch einen Abfall der Leistungen mit entsprechender Feststellung oder gar Ermahnung des Arbeitgebers oder durch gehäufte aus dem Rahmen fallende gesundheitlich bedingte Arbeitsausfälle (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Juni 2012, 9C\_362/2012, E. 5.2.1 mit Hinweis). 3.2.4 Damit eine Vorsorgeeinrichtung, der eine Arbeitnehmerin oder ein Arbeitnehmer beim Eintritt der Arbeitsunfähigkeit angeschlossen war, für das erst nach Beendigung des Vorsorgeverhältnisses eingetretene Invaliditätsrisiko im obligatorischen Bereich aufzukommen hat, ist erforderlich, dass ein enger zeitlicher und sachlicher Zusammenhang zwischen der während des Vorsorgeverhältnisses eingetretenen Arbeitsunfähigkeit und der allenfalls erst später eingetretenen Invalidität besteht (BGE 136 V 65 E. 3.1 mit Hinweisen). Der sachliche Konnex ist gegeben, wenn der Gesundheitsschaden, der zur Arbeitsunfähigkeit führte, von der Art her im Wesentlichen derselbe wie derjenige ist, welcher der Erwerbsunfähigkeit zugrunde liegt (BGE 134 V 20

E. 3.2). Der zeitliche Konnex setzt voraus, dass die versicherte Person nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität führte, nicht während längerer Zeit wieder arbeitsfähig war. Bestand während mindestens drei Monaten eine Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit von über 80%, unterbricht diese den zeitlichen Konnex zwischen der ursprünglichen Arbeitsunfähigkeit und späterer Invalidität, sofern sich eine dauerhafte Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit als objektiv wahrscheinlich darstellt. Anders verhält es sich, wenn die fragliche, allenfalls mehr als dreimonatige Tätigkeit als Eingliederungsversuch zu werten ist oder massgeblich auf sozialen Erwägungen des Arbeitgebers beruhte und eine dauerhafte Wiedereingliederung unwahrscheinlich war (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Januar 2019, 9C\_333/2018, E. 4 mit Hinweis auf BGE 144 V 58 E. 4.5). Bei der Prüfung dieser Frage sind die gesamten Umstände des konkreten Einzelfalles zu berücksichtigen. Das Erfordernis des sachlichen und zeitlichen Konnexes als Kriterium der Leistungspflicht einer Vorsorgeeinrichtung spielt nicht nur dann eine Rolle, wenn eine versicherte Person aus einer Vorsorgeeinrichtung aus- und in eine neue eintritt, sondern gilt in jedem Fall, also auch dann, wenn eine versicherte Person während der Dauer der Versicherteneigenschaft arbeitsunfähig und später invalid wird (bzw. sich der Invaliditätsgrad erhöht), ohne zuvor nochmals in eine neue Vorsorgeeinrichtung eingetreten zu sein. Für den überobligatorischen Bereich sieht Art. 26 Abs. 1 des Reglements vor, dass die im Zeitpunkt der Auflösung des Vorsorgeverhältnisses versicherten Leistungen bei Tod und Invalidität bis zum Beginn eines neuen Vorsorgeverhältnisses, längstens jedoch während eines Monats, unverändert versichert bleiben (Nachdeckungsfrist). Gemäss Art. 26 Abs. 2 des Reglements hat eine versicherte Person Anspruch auf reglementarische Leistungen, wenn sie im Zeitpunkt der Auflösung des Vorsorgeverhältnisses oder innerhalb der einmonatigen Nachdeckungsfrist nicht voll arbeitsfähig ist und in der Folge innerhalb von 360 Tagen invalid im Sinne von Art. 5 des Reglements erklärt wird. Erhöht sich der Invaliditätsgrad aus gleicher Ursache innert weiterer 90 Tage, oder erhöht sich der Invaliditätsgrad einer bei Auflösung des Vorsorgeverhältnisses bzw. bei Ablauf der Nachdeckungsfrist invaliden Person aus gleicher Ursache innert 90 Tagen, so werden auch für die Erhöhung die Invaliditätsleistungen nach dem Reglement erbracht. Tritt die Invalidität oder die Erhöhung des Invaliditätsgrads nicht innerhalb der genannten Fristen ein, so richtet sich ein allfälliger Anspruch auf Invaliditätsleistungen oder höhere Invaliditätsleistungen ausschliesslich nach den Bestimmungen des BVG. 3.2.5 Schliesslich ist auf folgende verfahrensrechtliche Grundsätze hinzuweisen: Gemäss dem im Sozialversicherungsverfahren und auch im berufsvorsorgerechtlichen Prozess geltenden Untersuchungsgrundsatz hat das kantonale Versicherungsgericht grundsätzlich von Amtes wegen und ohne Bindung an die Parteibegehren für die richtige und vollständige Feststellung des Sachverhaltes zu sorgen (Art. 73 Abs. 2 BVG; BGE 125 V 193 E. 2). Es prüft die Beweise frei, umfassend und pflichtgemäss. Es hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches 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 (BGE 125 V 351 E. 3a). Der Untersuchungsgrundsatz umfasst sodann nicht unbesehen alles, was von einer Partei behauptet oder an Beweisvorkehren beantragt wird. Vielmehr bezieht er sich nur auf die hinsichtlich des streitigen Rechtsverhältnisses rechtserheblichen Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den eingeklagten Anspruch so oder

anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen hat das kantonale Versicherungsgericht zusätzliche Abklärungen vorzunehmen oder anzuordnen, wenn aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass dazu besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 5. März 2008, 9C\_339/2007, E. 5.1.2, mit weiteren Hinweisen). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst zudem die Beweislast im Sinne einer Beweisführungspflicht begriffsnotwendig aus. Die Parteien tragen in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten will. Diese Beweisregel kommt allerdings erst dann zur Anwendung, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die überwiegende Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wahrheit zu entsprechen (BGE 138 V 218 E. 6 mit Hinweisen). Ferner gilt, dass die Vorsorgeeinrichtungen im Bereich der gesetzlichen Mindestvorsorge (Art. 6 BVG) an die Feststellungen der IV-Organen gebunden sind, sofern sie in das invalidenversicherungsrechtliche Verfahren einbezogen wurden und ihnen die Rentenverfügung formgültig eröffnet wurde (vgl. Art. 73 ter der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV] vom 17. Januar 1961), die konkrete Fragestellung für die Beurteilung des Rentenanspruchs gegenüber der Invalidenversicherung entscheidend war und die invalidenversicherungsrechtliche Betrachtungsweise aufgrund einer gesamthaften Prüfung der Akten nicht als offensichtlich unhaltbar erscheint. Die Bindungswirkung findet ihre positivrechtliche Grundlage in den Art. 23, 24 Abs. 1 und 26 Abs. 1 BVG, welche an die Regelung des IVG anknüpfen oder diese übernehmen (BGE 143 V 434 E. 2.2).

3.3.1 Der Kläger legt zur Begründung seines Anspruchs im Wesentlichen dar, er habe ab Mitte 1989 bis zum 31. Dezember 2010 bei der B.\_\_\_\_ GmbH gearbeitet und sei dadurch bei der Beklagten vorsorgerechtlich versichert gewesen. Aufgrund eines lumboradikulären Reiz- und Ausfallsyndroms L5 rechts sei ihm ab dem 26. September 2008 jegliche Arbeitstätigkeit verunmöglicht gewesen, so dass er sich am 23. April 2009 bei der IV zum Leistungsbezug angemeldet habe. Dr. C.\_\_\_\_ habe ihm im ersten rheumatologischen Gutachten vom 7. Mai 2010 in der angestammten Tätigkeit als Tankrevisor eine volle Arbeitsunfähigkeit und in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 70% attestiert und zu einer neurochirurgischen Intervention geraten. Diese Operation sei am 19. Juli 2010 erfolgt, allerdings bezüglich der Schmerzproblematik ohne Erfolg. Die IV-Stelle habe in der Folge ein weiteres rheumatologisches Gutachten bei Dr. C.\_\_\_\_ eingeholt, der ab Gutachtensdatum (18. Januar 2012) eine Arbeitsfähigkeit von 100% in einer leidensangepassten Tätigkeit attestiert habe, so dass ihm mit IV-Verfügung vom 21. September 2012 für eine befristete Zeitdauer Invalidenrenten zugesprochen worden seien. Die Beklagte habe in der Folge keine Leistungen erbracht, sondern sein Guthaben als Freizügigkeitsleistung an die BLPK überwiesen. Weil sich der Gesundheitszustand verschlechtert habe, habe er sich im November 2015 erneut bei der IV zum Leistungsbezug angemeldet. Nach weiteren medizinischen Abklärungen habe ihm die IV ab dem 18. Juni 2015 (recte 2016) eine unbefristete Viertelsrente zugesprochen. Nach anfänglicher Weigerung habe die Beklagte ihre Leistungspflicht für die Zeit vom 26. September 2010 bis 31. März 2012 anerkannt. Einen Rentenanspruch ab dem 1. April 2012 habe sie mit der Begründung verneint, dass er bereits per 1. September 2011 aus der Sammelstiftung ausgetreten sei, die Erwerbsunfähigkeit gemäss den verbindlichen Feststellungen der IV aber erst per 10. Dezember 2012 eingetreten und damit der zeitliche Konnex ab dem 1. Januar 2012 unterbrochen worden sei. Diese Auffassung der Beklagten sei falsch. In

rechtlicher Hinsicht sei festzustellen, dass der reglementarische Invaliditätsbegriff vom gesetzlichen abweiche, so dass im überobligatorischen Bereich keine Bindungswirkung an die Verfügung der IV bestehe. Eine Bindungswirkung sei aber auch für den obligatorischen Bereich zu verneinen, da die IV-Verfügung vom 14. Februar 2018 keine Aussagen zum Beginn der für die berufliche Vorsorge relevanten Arbeitsunfähigkeit mache. Ebenso wenig bestehe eine Bindung an die Feststellungen der Verfügung vom 21. September 2012, welche betreffend den Zeitraum ab dem 1. April 2011 offensichtlich unvollständig und unrichtig sei, weil keine psychiatrische Abklärung gemacht worden sei. Folglich sei eine strikte Bindungswirkung im Bereich der obligatorischen Leistungen vom 1. Januar 2011 bis 1. Juni 2016 zu verneinen. Vielmehr sei aufgrund der medizinischen Unterlagen davon auszugehen, dass die anhaltende somatoforme Schmerzstörung seit spätestens 28. Februar 2011 bestehe und nach wie vor eine Arbeitsunfähigkeit von 30% verursache. Ferner habe nachweislich schon vor dem 29. März 2012 eine depressive Störung mit einer Arbeitsunfähigkeit von weiteren 30% bestanden. Damit liege seit spätestens 2010 eine Arbeitsunfähigkeit von 60% vor, eventualiter sei ein somatisch-psychiatrisches Gutachten zu dieser Frage einzuholen. Nachdem die Arbeitsunfähigkeit, welche zur Invalidität geführt habe, bereits während der Versicherungsdauer bei der Beklagten bestanden habe, sei die Beklagte auch für die spätere Erhöhung der Invalidität leistungspflichtig. Im Übrigen liege eine Rezidivdiskushernie vor, so dass bezüglich dem zeitlichen Konnex die Rechtsprechung für Schubkrankheiten zur Anwendung komme. Folglich sei die Beklagte auch zu Rentenleistungen zwischen dem 7. November 2012 und dem 18. Juni 2015 verpflichtet.

3.3.2 Die Beklagte führt aus, sie habe aufgrund einer internen Kontrolle festgestellt, dass dem Kläger irrtümlich eine zu niedrige Invalidenrente ausgerichtet worden sei. Folglich werde dem Kläger spätestens am 5. Juli 2019 der noch ausstehende Betrag von Fr. 4'473.55 zuzüglich 5% Zins seit Klageanhebung ausgerichtet. Sie habe ihre Leistungspflicht für die Beitragsbefreiung ab dem 26. Dezember 2008 bis 31. März 2012 und für die Invalidenrente ab dem 26. September 2010 bis 31. Dezember 2011 anerkannt und die entsprechenden Leistungen erbracht. In rechtlicher Hinsicht sei festzustellen, dass die Vorsorgeeinrichtungen grundsätzlich an die IV-Verfügung gebunden seien, wenn sie ins Verfahren einbezogen worden seien und die Verfügung nicht als offensichtlich unhaltbar erscheine. Mangels offensichtlicher Unhaltbarkeit der IV-Verfügungen vom 21. September 2012 und vom 14. Februar 2018 sei sie gehalten, sich für ihre Leistungspflicht daran zu orientieren. Im vorliegenden Fall sei sie gemäss Art. 15 des Reglements erst nach Erschöpfung der Krankentaggelder, also erst ab 26. September 2010, leistungspflichtig. Was den reglementarischen Invaliditätsbegriff angehe, so stamme dieser noch aus der vorobligatorischen Zeit. Im heutigen Kontext sei aber auf den Invaliditätsbegriff des IVG abzustellen. Der Kläger könne daher aus Art. 5 Abs. 1 des Reglements keine selbständige Beurteilung der Erwerbsunfähigkeit ableiten. Was die Nachhaftung für eine Erhöhung des IV-Grads gemäss Art. 26 Abs. 2 des Reglements angehe, so hätte innert 90 Tagen seit Auflösung des Vorsorgeverhältnisses eine Erhöhung des Invaliditätsgrads erfolgen müssen. Ab 1. Januar 2012 habe die Invalidität nur noch 13% betragen und es erscheine ausgeschlossen, dass sich die Invalidität bis zum 31. Januar 2012 wieder auf mindestens 25% erhöht habe. Folglich seien die Voraussetzungen für eine Nachhaftung nicht erfüllt. Schliesslich sei festzuhalten, dass der für eine mögliche weiterführende Leistungspflicht erforderliche zeitliche Konnex voraussetze, dass während des Vorsorgeverhältnisses eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20% in einer angepassten Tätigkeit bestanden habe, welche bis zum Eintritt der Invalidität nie länger als drei Monate unterbrochen worden sei.

Im vorliegenden Fall habe vom 1. Januar 2012 bis zum 10. Dezember 2012 eine Arbeitsfähigkeit von 100% in einer angepassten Tätigkeit bestanden, so dass der zeitliche Zusammenhang klar unterbrochen worden sei.

#### **E. 3.4**

Zwischen den Parteien ist umstritten, wie lange das Arbeitsverhältnis zwischen der B.\_\_\_\_ GmbH und dem Kläger dauerte. Mit Schreiben vom 30. November 2010 (Klageantwortbeilage 6) meldete die Arbeitgeberin der Beklagten die Auflösung des Arbeitsverhältnisses per 31. Oktober 2010. Im Arbeitszeugnis vom 27. Dezember 2010 (Klagebeilage 2) hält die Arbeitgeberin hingegen fest, dass der Kläger vom 1. Juni 1989 bis 31. Dezember 2010 bei ihr tätig gewesen sei. Es liegen damit zwei unterschiedliche Beendigungstermine vor. Wahrscheinlich ist, dass die Arbeitgeberin im Schreiben vom 30. November 2010 anstelle des letzten Tages des Arbeitsverhältnisses versehentlich das Kündigungsdatum einsetzte. Letztlich kann diese Frage vorliegend aber offenbleiben, weil der Zeitpunkt der Beendigung des Arbeitsverhältnisses bei der Prüfung des Anspruchs des Klägers ab dem 1. Januar 2012 keine Rolle spielt. Aus den IV-Akten ergibt sich, dass der Kläger am 31. Oktober 2010 und am 31. Dezember 2010, also sowohl im Auflösungszeitpunkt gemäss Kläger als auch im Auflösungszeitpunkt gemäss Beklagte, aufgrund der am 16. Juli 2010 erfolgten Rückenoperation arbeitsunfähig war (vgl. Stellungnahme des Regionalen ärztlichen Dienstes beider Basel [RAD] vom 19. April 2011, iv act. 44). Später wurde der Kläger von der IV-Stelle für diesen Zeitraum auch für invalid erklärt (vgl. Verfügung vom 21. September 2012, iv act. 78). Dies wird von der Beklagten nicht bestritten und sie erbrachte ab dem 26. September 2010 Rentenleistungen. 3.5.1 Gemäss IV-Stelle bestand ab dem 1. Januar 2012 wieder eine volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit und der Invaliditätsgrad betrug nur noch 13%. Zu prüfen ist, ob eine Bindung an die Sachverhaltsfeststellungen der IV-Stelle besteht. 3.5.2 Anlässlich seines zweiten Gutachtens diagnostizierte Dr. C.\_\_\_\_ nach erneuter persönlicher Untersuchung des Klägers mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches Lumbovertebralsyndrom mit lumbospondylogener Ausstrahlung rechts mit/bei Chondrose L4/5, Stand nach Fenestration LWK4/5 und Mikrodiskektomie am 19. Juli 2010, und eine persistierende residuelle Fuss- und Zehenheberschwäche rechts ohne klinische Relevanz. Er attestierte dem Kläger in seiner damals aktuellen Tätigkeit als Reiniger eine Arbeitsfähigkeit von 80% ab dem 1. März 2011. Die Einschränkung von 20% sei dem vermehrten Pausenbedarf aufgrund der teilweise unergonomischen Arbeiten geschuldet. Das Profil einer Verweistätigkeit umfasse körperlich leichte Tätigkeiten mit nicht Heben, Stossen oder Ziehen über 7,5 kg, keine Arbeiten dauernd in Zwangsstellungen, nicht nur sitzend, nicht nur stehend oder nur gehend. Für eine derartige Verweistätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100%. In Bezug auf die Entwicklung der Arbeitsfähigkeit seit der letzten Begutachtung vom 7. Mai 2010 stellte Dr. C.\_\_\_\_ fest, bis zum Einweisungsdatum in die Rehabilitation vom 12. Juli 2010 gelte die im ersten Gutachten formulierte Einschätzung. Ab Einweisung in die Rehabilitation bestehe aufgrund der Rückenoperation vom 19. Juli 2010 und des anschliessenden ambulanten Rehabilitationsprogramms eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für die bisherige wie auch für eine Verweistätigkeit bis Ende 2010. Ab 1. Januar 2011 sei rein theoretisch eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit und nach weiteren zwei Monaten eine 80%-ige Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit gegeben. Dr. C.\_\_\_\_ hielt sodann fest, dass der Versicherte, angesprochen auf seine psychische Situation, angegeben habe, dass es ihm psychisch nicht gut gehe und er grosse finanzielle Probleme habe. Er sei nie in psychiatrischer Behandlung gewesen und

nehme auch keine Psychopharmaka ein. Eine psychiatrische Begutachtung erachtete Dr. C.\_\_\_\_ nicht als notwendig. Nach Rücksprache mit Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, RAD, stuft das Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ als voll beweistauglich ein und stellte zur Beurteilung des Rentenanspruchs darauf ab. Dr. F.\_\_\_\_ führte zum Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_, Innere Medizin FMH, vom 8. März 2012 (iv act. 66), mit welchem der Hausarzt eine 30%-ige Arbeitsfähigkeit attestiert hatte, mit Stellungnahme vom 20. März 2012 (iv act. 67) aus, die Auffassung von Dr. G.\_\_\_\_ könne an der Beurteilung von Dr. C.\_\_\_\_ keine Zweifel wecken. Da Dr. C.\_\_\_\_ für den Eintritt der 100%-igen Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit keinen rückwirkenden Zeitpunkt festgesetzt hatte, ging die IV-Stelle in der Verfügung vom 21. September 2012 vom Gutachtenszeitpunkt aus. Entsprechend ermittelte sie ab dem 1. Januar 2012 einen Invaliditätsgrad von 13%. 3.5.3 Die Beklagte wurde von der IV-Stelle in das IV-Verfahren miteinbezogen. Die auf dem Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ basierende Verfügung vom 21. September 2012 wurde ihr eröffnet und die konkrete Fragestellung war für die Beurteilung des Rentenanspruchs entscheidend. Damit besteht grundsätzlich eine Bindungswirkung, es sei denn, die invalidenversicherungsrechtliche Betrachtungsweise erscheint aufgrund einer gesamthaften Prüfung der Akten als offensichtlich unhaltbar. Eine solche Situation ist vorliegend nicht gegeben, denn entgegen der Auffassung des Klägers genügt das Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ den bundesgerichtlichen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Beurteilung (vgl. dazu BGE 134 V 231 E. 5.1 und insbesondere BGE 125 V 351 E. 3b/bb). Der Kläger verweist im vorliegenden Verfahren auf ärztliche Berichte und Auffassungen, zu denen sich der RAD in seinen Stellungnahmen mehrfach äusserte und nachvollziehbar darlegte, weshalb darauf nicht abgestellt werden könne (insbesondere Stellungnahme von Dr. F.\_\_\_\_ vom 20. März 2012, iv act. 67). Auch die vom Kläger mit der Replik eingereichten Stellungnahmen der B.\_\_\_\_ GmbH und der Gemeinde Z.\_\_\_\_ vom 5. April 2019 bzw. vom 9. April 2019 (Replikbeilagen 1 und 2) führen nicht dazu, die Sachverhaltsfeststellungen der IV-Stelle nachträglich als offensichtlich unhaltbar einzustufen. Es handelt sich hier um Einschätzungen von medizinischen Laien, die retrospektiv erstellt wurden, was deren Aussagekraft stark relativiert. Damit ist auf die Sachverhaltsfeststellung der IV-Stelle abzustellen und es ist ab dem 1. Januar 2012 von einer 100%-igen Arbeitsfähigkeit des Klägers in einer Verweistätigkeit auszugehen. Da der Invaliditätsgrad nur noch 13% betrug, stellte die Beklagte ihre Rentenleistungen zur Recht per Ende Dezember 2011 ein. 3.6.1 Zu klären bleibt, ob echtzeitliche ärztliche Unterlagen vorliegen, mit denen eine Erhöhung des Invaliditätsgrads zwischen dem 1. Januar 2012 und dem 31. März 2012 nachweisbar ist. Dies ist sowohl im obligatorischen als auch im überobligatorischen Bereich (vgl. Erwägung 3.2.4 hiervor) vorausgesetzt, um eine Leistungspflicht der Beklagten über den 31. Dezember 2011 hinaus zu begründen. Gestützt auf die Abklärungen der IV-Stelle im Zuge der Neuanmeldung und dabei insbesondere gestützt auf das Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ und Dr. E.\_\_\_\_ ist erstellt, dass im November 2012 eine Rezidivhernie auftrat, die eine Reduktion der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Reiniger sowie in einer adaptierten Verweistätigkeit auf 30% zur Folge hatte (vgl. ergänzende Stellungnahme von Dr. D.\_\_\_\_ vom 5. Juni 2017, iv act. 132). Im Zeitraum zwischen Januar 2012 und November 2012 liegen als echtzeitliche ärztliche Unterlagen einzig das Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ vom 18. Januar 2012, basierend auf einer Untersuchung des Klägers vom 16. Januar 2012, und die hausärztliche Stellungnahme von Dr. G.\_\_\_\_ vom 19. November 2018 vor, welche die damaligen Einträge in die Krankengeschichte wiedergibt (Klagebeilage 9). 3.6.2 Die hausärztliche

Stellungnahme von Dr. G.\_\_\_\_ vom 19. November 2018 weist für den fraglichen Zeitabschnitt insgesamt vier Konsultationen aus. Die Konsultation vom 19. Januar 2012 dokumentiert eine Physiotherapiebehandlung, welche keine eigentliche Besserung bewirkt habe. In Bezug auf den Rücken wird eine unveränderte Situation beschrieben. Der Eintrag zur Konsultation vom 17. Februar 2012 hält fest, dass es eigentlich gleich gehe. Das gegenwärtige Arbeitspensum von 30% gehe gerade so. Ferner wird vermerkt, der Kläger habe noch immer Geldprobleme. Zur Konsultation vom 8. März 2012 findet sich der Eintrag, dass der Kläger eventuell 50% arbeiten könne, dass danach aber die Schmerzen erhöht seien. Ansonsten wird ein unveränderter Zustand (idem) festgehalten. Erneut werden die finanziellen Sorgen thematisiert. Es bestünden vor allem Probleme wegen Kindern und Ausbildung. Schliesslich der Eintrag zur Konsultation vom 29. März 2012: dokumentiert wird ein längeres Patientengespräch sowie ein Gespräch mit der Ehefrau des Klägers. Gegenstand war der psychische Zustand des Klägers. Es gehe ihm psychisch schlechter. Dem nächsten Eintrag vom 25. April 2012 ist zu entnehmen, dass sich die psychische Situation wieder beruhigt habe.

3.6.3 Es ist festzustellen, dass es in der Krankengeschichte von Dr. G.\_\_\_\_ keinen klaren Hinweis auf eine anhaltende Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit gibt, die nach der Begutachtung durch Dr. C.\_\_\_\_ eingetreten wäre, und damit auch keinen Hinweis auf eine Erhöhung des Invaliditätsgrads bis Ende März 2012. Somit sind überobligatorische Leistungen der Beklagten über den 31. Dezember 2011 hinaus ausgeschlossen, und es kann offenbleiben, ob der Invaliditätsbegriff gemäss Art. 5 des Reglements über den Invaliditätsbegriff des BVG bzw. des IVG hinausgeht ("Berufsinvalidität"), wie vom Kläger behauptet und von der Beklagten bestritten.

3.6.4 Für Ansprüche auf obligatorische Leistungen gemäss BVG müsste der Kläger nachweisen, dass er im fraglichen Zeitabschnitt zwischen dem 1. Januar 2012 bis zum Auftreten der Rezidivhernie am 10. Dezember 2012 andauernd, d.h. für nicht länger als drei Monate unterbrochen, eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20% aufwies. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist nicht die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit, sondern in einer Verweistätigkeit massgeblich (BGE 144 V 58 E. 4.4). Wie bereits dargelegt, liefert die echtzeitlich von Dr. G.\_\_\_\_ geführte Krankengeschichte keinen Hinweis dafür, dass sich der Gesundheitszustand zwischen dem 1. Januar 2012 und dem 30. März 2012 verschlechterte, so dass gestützt auf das Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ vom 18. Januar 2012 für diese drei Monate von einer 100%-igen Arbeitsfähigkeit auszugehen ist. Nicht gefolgt werden kann dem Einwand des Klägers, dass vorliegend die für Schubkrankheiten entwickelte Rechtsprechung in Bezug auf den zeitlichen Konnex angewendet werden müsse. So hielt das Bundesgericht im Urteil vom 25. Januar 2019, 9C\_333/2018, in Erwägung 6.2 explizit fest, dass die Rechtsprechung für Schubkrankheiten keine analoge Anwendung auf rezidivierende Rückenbeschwerden finde. Vielmehr sei dem Grundsatz Rechnung zu tragen, wonach die frühere Vorsorgeeinrichtung nicht für Rückfälle oder Spätfolgen einer Krankheit einzustehen habe. Damit ist der zeitliche Konnex unterbrochen, so dass die Beklagte für die Zeit nach dem 31. Dezember 2011 auch keine obligatorischen Leistungen mehr schuldet.

### **E. 3.7**

Damit ist festzuhalten, dass die Beklagte dem Kläger für die Zeit ab dem 1. Januar 2012 weder obligatorische noch überobligatorische Leistungen schuldet, weshalb die Klagebegehren gemäss Ziff. 1 bis 4 abgewiesen werden. 4. Zwischen den Parteien sind zudem die vorsorgerechtlichen Leistungen für die Zeit vor dem 1. Januar 2012 umstritten. Aus den Schreiben der Beklagten vom 2. November 2010 und vom 2. Oktober 2012

(Klageantwortbeilagen 25 und 26) geht hervor, dass die Beklagte eine Erwerbsunfähigkeit von 100% vom 26. Dezember 2008 bis 13. September 2009, von 50% vom 14. September 2009 bis 12. Juli 2010, von 100% vom 13. Juli 2010 bis 31. Dezember 2010, von 75% vom 1. April 2011 bis 31. Mai 2011 und von 31% vom 1. Juni 2011 bis 31. März 2012 anerkannte. Gestützt darauf gewährte sie dem Kläger vom 26. Dezember 2008 bis 31. März 2012 entsprechend dem jeweiligen Erwerbsunfähigkeitsgrad die Prämienbefreiung. Weiter wies die Beklagte in den Schreiben darauf hin, dass die vereinbarte Wartefrist für die Prämienbefreiung drei Monate und für die Invalidenrente 24 Monate betrage. 5.1.1 Zunächst ist zu prüfen, ob der Kläger in der Zeitspanne vom 26. September 2009 bis 25. September 2010 Anspruch auf Invalidenleistungen der Beklagten hat. Für diesen Zeitraum beansprucht der Kläger vom 26. September 2009 bis 31. Juni 2010 eine Dreiviertelsrente und vom 1. Juli 2010 bis 25. September 2010 eine ganze Invalidenrente gemäss gesetzlichem BVG-Obligatorium (Klagebegehren Ziff. 5). Die Beklagte hält diesem Vorbringen entgegen, es seien in dieser Zeitspanne Taggeldleistungen der Krankentaggeldversicherung zur Auszahlung gelangt, weshalb sie keine Leistungen zu erbringen habe. 5.1.2 Für den Beginn des Anspruchs auf Invalidenleistungen der beruflichen Vorsorge gelten sinngemäss die entsprechenden Bestimmungen des IVG (Art. 29 IVG; Art. 26 Abs. 1 BVG). Der Anspruch entsteht demnach grundsätzlich mit dem Beginn der Rente der Invalidenversicherung nach Art. 29 Abs. 1 IVG. Die Vorsorgeeinrichtung kann in ihren reglementarischen Bestimmungen vorsehen, dass der Anspruch aufgeschoben wird, solange die versicherte Person den vollen Lohn erhält (Art. 26 Abs. 2 BVG). Gestützt auf Art. 26 Abs. 2 und Art. 34a Abs. 1 BVG hat der Bundesrat in Art. 26 der Verordnung über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVV 2) vom 18. April 1984 (resp. in aArt. 27 BVV 2 in der bis Ende 2004 geltenden Fassung) folgende Regelung erlassen: Die Vorsorgeeinrichtung kann den Anspruch auf Invalidenleistung bis zur Erschöpfung des Taggeldanspruchs aufschieben, wenn (a) die versicherte Person anstelle des vollen Lohnes Taggelder der Krankenversicherung erhält, die mindestens 80% des entgangenen Lohnes betragen, und (b) die Taggeldversicherung vom Arbeitgeber mindestens zur Hälfte mitfinanziert wurde. 5.1.3 Art. 15 Abs. 1 des vorliegend anwendbaren Reglements sieht vor, dass eine im Sinne von Art. 5 des Reglements invalide Person Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Der Anspruch beginnt, sobald die Leistungen aus der bestehenden gesetzeskonformen Krankentaggeldversicherung ([a]Art. 27 BVV 2) erschöpft sind, für die Mindestleistungen gemäss BVG jedoch spätestens, für die überobligatorische Leistung frühestens nach Ablauf von einer Wartefrist von 24 Monaten. Diese Bestimmung ist somit Grundlage für einen Rentenaufschub gemäss den gesetzlichen Bedingungen; sie betrifft sowohl den obligatorischen als auch den überobligatorischen Bereich. 5.1.4 Der Kläger macht replicando in Ziff. 13 geltend, die Beklagte missachte, dass die gesetzlichen Bestimmungen, auf welche sie sich stütze (Art. 34a Abs. 1 BVG und Art. 24 BVV 2), erst am 1. Januar 2017 in Kraft getreten seien. Die Beklagte weist in der Duplik zu Recht darauf hin, dass die vorliegend massgebenden Bestimmungen von Art. 26 Abs. 2 BVG und Art. 26 BVV 2, bei denen es um die zeitliche Leistungscoordination geht, im Zuge der UVG-Revision keine inhaltliche Änderung erfuhren. Die Beklagte beruft sich auf eine Rechtslage, welche im Zeitpunkt des Aufschubs der Invalidenleistungen des Klägers für die Jahre 2009 und 2010 bereits bestand. Es handelt sich nicht um eine unzulässige Anwendung künftigen Rechts oder um einen Verstoss gegen das Legalitätsprinzip. Da vom Kläger weiter nicht behauptet wird, er habe Krankentaggelder erhalten, die weniger als 80% des entgangenen Lohnes abgedeckt hätten,

besteht kein Anlass, Art. 15 des Reglements die Anwendung zu versagen. Da zudem unbestrittenermassen feststeht, dass es sich um eine Kollektiv-Krankentaggeldversicherung zwischen der Arbeitgeberin und der Helsana und nicht um eine Versicherung handelt, die der Kläger selber abgeschlossen und ausschliesslich alleine finanziert hätte, ist auch lit. b von Art. 26 BVV 2 erfüllt. Indem die Beklagte (erst) ab dem 26. September 2010 und damit nach Ablauf der Wartefrist von 24 Monaten Rentenleistungen erbrachte, verhielt sich demnach absolut gesetzes- bzw. reglementskonform (vgl. Schreiben der Beklagten vom 24. Januar 2018, Klagebeilage 26 sowie Klageantwortbeilage 37).

5.2.1 Der Kläger trägt weiter vor, die Aufschubmöglichkeit der obligatorischen BVG-Rente entfalle, wenn der Krankentaggeldversicherer in seinen Versicherungsbedingungen eine Anrechnung der Leistungen der Invalidenversicherung vorsehe. Vorliegend habe die Helsana am 7. Mai 2009 gegenüber der IV-Stelle einen Verrechnungsantrag gestellt, was dazu führe, dass die Beklagte keinen BVG-Rentenaufschub bzw. keine Überentschädigungskürzung auf seine Kosten vornehmen dürfe.

5.2.2 Aus den Schreiben der Helsana vom 26. Oktober 2010, vom 8. August 2012 und vom 15. August 2012 zuhanden des Klägers geht hervor, dass ihm vom 26. September 2008 bis zum 25. September 2010 während insgesamt 730 Tagen Krankentaggelder ausbezahlt wurden. Gleichzeitig ist den Schreiben zu entnehmen, dass in dieser Zeitspanne aufgrund der nachträglich zugesprochenen Invalidenrente eine Überentschädigung zugunsten des Klägers in der Höhe von Fr. 24'045.55 bestand, die die Helsana mit der IV-Nachzahlung direkt verrechnete. Die Höhe der Überentschädigung wird vom Kläger nicht bestritten.

5.2.3 Art. 34a Abs. 1 BVG sieht vor, dass die Vorsorgeeinrichtung die Invalidenleistungen kürzen kann, soweit diese zusammen mit anderen Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung sowie weiteren anrechenbaren Einkünften 90% des mutmasslich entgangenen Verdienstes übersteigen. Auch diese Bestimmung wurde im Zuge der UVG-Revision per 1. Januar 2017 lediglich dahingehend abgeändert, dass die Überentschädigungsgrenze von 90%, die bis anhin auf Verordnungsstufe geregelt gewesen war, neu im Gesetz eingefügt wurde. Auch die Bestimmung von Art. 24 BVV 2 erfuhr lediglich eine neue Gliederung und Neuformulierung. Hinzu kommt, und darauf weist die Beklagte zu Recht hin, dass das Bundesgericht in BGE 142 V 466 (E. 3.4) ausdrücklich festhielt, dass die auf Art. 26 Abs. 2 BVG und Art. 26 BVV 2 basierende reglementarische Rentenaufschubmöglichkeit der Vorsorgeeinrichtung auch dann bestehe, wenn der Krankentaggeldversicherer, der Taggelder für Arbeitsunfähigkeit ausgerichtet habe, diese Leistungen im Umfang der nachträglich zugesprochenen Rente der Invalidenversicherung zurückfordere (vgl. Hans-Ulrich Stauffer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zur beruflichen Vorsorge, 4. Aufl., Zürich 2019, S. 108 f.).

5.3.1 Der Kläger macht weiter geltend, dass die von der Beklagten geleisteten überobligatorischen Rentenleistungen im Vergleich zur hypothetischen BVG-Mindestrente um mindestens Fr. 9'127.38 zu tief seien. Zur Begründung verweist er auf die als Anhang der Klage eingereichte tabellarische Schattenrechnung. Diese Schattenrechnung sei für die Gesamtrente vorzunehmen und der entsprechende Betrag sei von der Beklagten nachzuzahlen. Die Beklagte führt dazu aus, dass sich die Rentenberechnung des Klägers auf einen Vorsorgeausweis stütze, der vor Kenntnis der IV-Verfügung vom 21. September 2012 erstellt worden sei und daher die frühere Reduktion des passiven Teils der Vorsorge noch nicht berücksichtigt habe. Auf die Rentenberechnung des Klägers könne daher nicht abgestellt werden.

5.3.2 Im Rahmen der Prüfung dieses Rechtsbegehrens ist zunächst darauf hinzuweisen, dass der Untersuchungsgrundsatz (vgl. dazu Erwägung 3.2.5 hiervor) durch die

Mitwirkungspflichten der Parteien beschränkt wird (BGE 125 V 193 E. 195). Darüber hinaus entwickelte das Bundesgericht in Streitfällen, bei denen es um ausstehende Beiträge der beruflichen Vorsorge versicherter Arbeitgeber an die Vorsorgeeinrichtung ging, die Praxis, wonach die Forderung (von der klagenden Vorsorgeeinrichtung) soweit zu substantzieren sei, dass sie überprüft werden könne. Soweit die eingeklagte Forderung hinreichend substantziiert sei, würden nicht oder zu wenig substantziierte Bestreitungen unberücksichtigt bleiben. Demgegenüber dürfe das kantonale Versicherungsgericht eine Klage, soweit sie nicht hinreichend substantziiert und nachvollziehbar sei, trotz ungenügend substantzierter oder gänzlich fehlender Bestreitungen nicht gutheissen. In diesem Sinne liege die Substantzierungslast für Bestand und Umfang der streitigen Beitragsforderung bei der Vorsorgeeinrichtung, die Bestreitungslast für deren Unrichtigkeit oder Unbegründetheit hingegen beim Arbeitgeber. Der eingeklagte Forderungsbetrag sei zeitlich und masslich zu spezifizieren, was bedeute, dass gestützt auf eine Forderungsübersicht zu behaupten sei, wie er sich zusammensetze. Es sei nicht Sache des kantonalen Versicherungsgerichts, selber in den Akten nach denjenigen Positionen zu forschen, die für die Beitragshöhe von Belang seien, und zu eruieren, wie der Forderungsbetrag ermittelt werden könnte (Urteil des Bundesgerichts vom 25. August 2008, 9C\_314/2008, E. 3.2). In einem unlängst ergangenen Urteil hielt das Bundesgericht sodann explizit fest, dass sich die Mitwirkungspflichten der Parteien betreffend Inhalt und Tragweite im Klageverfahren nach Art. 73 Abs. 1 BVG nicht nach dem Streitgegenstand unterscheiden würden: ob es um Beiträge, Leistungen oder Schadenersatz gehe, die Behauptungs- und Bestreitungsspflicht bleibe sich grundsätzlich gleich (BGE 141 V 71 E. 5.2.2).

5.3.3 Die Beklagte richtete dem Kläger gemäss Abrechnung vom 31. Oktober 2018 Leistungen in der Höhe von insgesamt Fr. 8'270.80 aus (Klageantwortbeilage 31). Dieser Betrag umfasst die nachträglich zu erbringende Invalidenrente zugunsten des Klägers in der Höhe von Fr. 6'038.80 sowie die drei Invalidenkinderrenten in der Höhe von jeweils Fr. 744.--. Weiter richtete die Beklagte dem Kläger gemäss Schreiben vom 28. Juni 2019 aufgrund der korrigierten Überentschädigungsrechnung weitere Leistungen in der Höhe von Fr. 4'440.05 zuzüglich Zins zu 5% ab Anhebung der Klage vom 12. April 2019 aus (insgesamt Fr. 4'473.55; vgl. Klageantwortbeilage 37). Der Kläger führt in der Replik lediglich aus, dass der ihm geschuldete Betrag damit bei Weitem nicht abgedeckt sei. In Anwendung des soeben dargelegten Verfahrensgrundsatzes ist festzustellen, dass der Kläger im Rahmen seiner Mitwirkungspflicht gehalten ist, seine Begehren nachvollziehbar zu begründen. Der blosser Verweis auf eine tabellarische Darstellung einer Rechnung im Anhang vermag allenfalls dann zu genügen, wenn die Rechnung nachvollziehbar ist, was vorliegend jedoch nicht der Fall ist. Darüber hinaus nimmt der Kläger zum Einwand der Beklagten, die von ihm in der Rechnung verwendeten Zahlen seien schon deshalb falsch, weil sie auf einem veralteten Vorsorgeausweis basieren würden, in der Replik keine Stellung. Trotz Untersuchungsgrundsatz liegt die Beweislast für eine zu tiefe Rentenberechnung beim Kläger. Diesen Nachweis hat er mit seiner unerläuterten Tabelle nicht erbracht, so dass die Klage auch in diesem Punkt abgewiesen wird.

#### **E. 4**

Die Beklagte sei zu verpflichten, dem Kläger für den Zeitraum ab 18. Juni 2015 eine unbefristete Viertelsrente, nebst 5% Zins ab Fälligkeit, auszurichten.

#### **E. 5**

Es sei eine Schattenrechnung durchzuführen und bei der Feststellung, dass die bisher ausbezahlte Invalidenrente der beruflichen Vorsorge im Vergleich zum BVG-Minimum zu gering ist, sei die Beklagte zu verpflichten, dem Kläger für den Zeitraum vom 26. September 2009 bis 31. Juni 2010 eine Dreiviertelsinvalidenrente und für den Zeitraum vom 1. Juli 2010 bis 25. September 2010 eine volle Invalidenrente gemäss gesetzlichem BVG-Obligatorium auszurichten. Beide Renten seien zu 5% ab Fälligkeit zu verzinsen. Auch die restlichen zu wenig bezahlten Beträge seien nachzuzahlen.

#### **E. 5.4**

Somit ist festzuhalten, dass dem Kläger vom 26. September 2009 bis 25. September 2010 weder obligatorische noch überobligatorische Invalidenrentenleistungen der Beklagten zustehen. Das Klagebegehren Ziff. 5 wird ebenfalls abgewiesen.

#### **E. 6**

Es sei die Beitragsbefreiung gemäss Gesetz bzw. Vorsorgereglement zu gewähren und die zu viel bezahlten Beiträge, rückwirkend nebst 5% Zins ab Fälligkeit, seien auszurichten.

#### **E. 6.1**

Der Kläger beantragt zudem, es sei ihm die Beitragsbefreiung zu gewähren und die von ihm zu viel bezahlten Beiträge seien zurückzuerstatten. Die Beklagte hält zu diesem Begehren in der Duplik fest, der Kläger habe für die Zeitspanne vom 26. Dezember 2008 bis zum 31. März 2012 keine Beiträge zu erbringen. Diese seien sowohl ihm als auch seiner damaligen Arbeitgeberin erlassen worden. Das Alterskonto des Klägers sei seitens der Beklagten im Sinne von Art. 14 Abs. 1 und Abs. 2 BVV 2 basierend auf dem während des letzten Versicherungsjahres koordinierten Lohn weitergeführt und das Altersguthaben entsprechend verzinst worden. Die geschuldete Freizügigkeitsleistung von Fr. 102'637.05 sei per 30. August 2013 auf Anweisung des Klägers auf ein Konto der BLPK überwiesen worden. Diese Freizügigkeitsleistung entspreche dem weitergeführten Altersguthaben im Sinne von Art. 14 BVV 2. Es sei nicht ersichtlich, welche Beiträge dem Kläger darüber hinaus noch gutzuschreiben wären, wie dies von seiner Seite her gefordert werde.

#### **E. 6.2**

Gemäss Art. 21 Abs. 4 des Reglements tritt bei Invalidität einer versicherten Person im Sinne von Art. 5 des Reglements nach einer Wartefrist von drei Monaten, spätestens mit Beginn des Anspruchs auf die Invalidenrente, eine entsprechende Beitragsbefreiung ein. Mit der Beitragsbefreiung entfallen die ordentlichen Beiträge gemäss Art. 21 Abs. 1 des Reglements, welche die versicherte Person und der Arbeitgeber zu erbringen hätten.

#### **E. 6.3**

Der Kläger war ab dem 26. September 2008 im Sinne von Art. 5 Abs. 1 des Reglements invalid. Damit stand ihm nach Ablauf der dreimonatigen Wartefrist vom 26. Dezember 2008 bis zum 31. März 2012 eine Beitragsbefreiung zu. Den Schreiben der Beklagten vom 2. November 2010, vom 2. Oktober 2012 sowie vom 8. November 2012 an die B.\_\_\_\_ GmbH (Klagebeilage 46-49) kann entnommen werden, dass die Beklagte die Prämienbefreiung entsprechend den von den Ärzten damals attestierten Arbeitsunfähigkeitsgraden vorgenommen und die entsprechenden Beiträge dem Prämienkonto der B.\_\_\_\_ GmbH wieder gutgeschrieben hatte. Damit kam sie ihrer gesetzlichen und reglementarischen Verpflichtung nachweislich nach. Inwiefern diese Leistung nicht korrekt gewesen wäre, legt der Kläger nicht dar. Er konkretisiert bzw.

substantiiert seine diesbezügliche Forderung nicht. Für den Fall, dass die B.\_\_\_\_ GmbH die ihr zurückerstatteten Prämien zuvor vom Lohn des Klägers abgezogen hatte und sie ihm in der Folge nicht zurückerstattete, muss sich der Kläger direkt an seine ehemalige Arbeitgeberin wenden, denn gemäss Art. 66 Abs. 2 und 3 BVG schuldet der Arbeitgeber die Beiträge und zieht den Arbeitnehmeranteil vom Lohn ab. Ob und in welchem Umfang dem Kläger Prämien vom Lohn abgezogen und nicht zurückerstattet wurden, substantiiert der Kläger nicht näher und legt auch keinerlei Beweismittel, wie etwa Lohnabrechnungen, ins Recht. Die Klage wird damit auch in diesem Punkt abgewiesen.

## **E. 7**

Es sei dem Kläger die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren und der unterzeichnete Rechtsanwalt als unentgeltlicher Rechtsvertreter einzusetzen.

### **E. 7.1**

Schliesslich macht der Kläger geltend, dass die Beklagte für die erfolgten Rentenzahlungen einen Zins von 5% ab Fälligkeit der Leistung zu leisten habe.

### **E. 7.2**

Die Verzugszinspflicht für fällige Invalidenrenten richtet sich sowohl im Bereich der obligatorischen als auch der überobligatorischen Berufsvorsorge nach den Regeln des Bundesgesetzes betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Fünfter Teil: Obligationenrecht [OR]) vom 30. März 1911, sofern eine diesbezügliche reglementarische Regelung - wie hier - fehlt. Die Bestimmung von Art. 26 Abs. 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 ist im Berufsvorsorgerecht nicht anwendbar. Stattdessen ist die Bestimmung von Art. 105 Abs. 1 OR massgebend, die vorschreibt, dass Schuldner, die mit der Entrichtung von Renten im Verzug sind, erst vom Tag der Anhebung der Beteiligung oder der gerichtlichen Klage an Verzugszinsen zu bezahlen haben (Urteil des Bundesgerichts vom 9. Juli 2007, B 136/06, E. 6.2 mit Hinweis auf BGE 119 V 131 E. 4c).

### **E. 7.3**

Da der Kläger die Beklagte nicht auf die Rentenleistungen betrieb, kommt die Verzinsung ab Klageeinreichung zum Tragen. Auf die am 5. Juli 2019 - und damit nach Klageeinreichung - erfolgte Nachzahlung im Betrag von Fr. 4'473.55 leistete die Beklagte den Zins ab Zeitpunkt der Klageeinreichung per 12. April 2019, was vom Kläger nicht bestritten wird. Folglich schuldet die Beklagte unter dem Titel Zinsen keine weiteren Leistungen mehr und die Klage wird auch in diesem Punkt abgewiesen.

## **E. 8**

Aus dem Gesagten folgt zusammenfassend, dass von der Anerkennung der Forderung durch die Beklagte im Betrag von Fr. 4'473.55 nebst Zins zu 5% seit dem 12. April 2019 Kenntnis genommen und die Klage in diesem Umfang als teilweise erledigt abgeschrieben wird. Im verbleibenden Umfang wird die Klage abgewiesen. 9.1 Zu entscheiden bleibt über die Kosten des Verfahrens. Nach Art. 73 Abs. 2 BVG und § 20 Abs. 2 VPO hat das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in der Regel kostenlos zu sein. Es sind deshalb vorliegend keine Verfahrenskosten zu erheben. 9.2 Art. 73 Abs. 2 BVG bestimmt für das kantonale Gerichtsverfahren lediglich, dass dieses einfach, rasch und in der Regel kostenlos zu sein hat. Zum Anspruch auf eine Parteientschädigung äussert sich die Bestimmung nicht. Die Ordnung dieses Anspruchs ist deshalb im Bereich der beruflichen Vorsorge Sache des

kantonales Prozessrecht. Die massgebende kantonale Bestimmung von § 21 Abs. 4 Satz 1 VPO sieht vor, dass in Verfahren in Sozialversicherungssachen die obsiegende Beschwerde führende oder klagende versicherte Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten hat. Der Anspruch der versicherten Person auf eine Parteientschädigung setzt nach der genannten Bestimmung von § 21 Abs. 4 Satz 1 VPO ein Obsiegen voraus. Das Vorliegen dieser Voraussetzung ist jeweils in einer materiellen Betrachtungsweise zu beurteilen, wobei von den im Beschwerde- bzw. im Klageverfahren gestellten Anträgen auszugehen ist. Eine Beschwerde- bzw. Klagenanerkennung kommt prozessual einem Obsiegen gleich. 9.3 Die Beklagte anerkannte die Klage im Umfang von Fr. 4'473.55 zusätzlich Zins zu 5% seit Klageeinreichung. Im verbleibenden Umfang wird die Klage jedoch abgewiesen. Der anwaltlich vertretene Kläger ist damit nur zu einem äusserst geringen Teil mit seinen Anträgen durchgedrungen. Aus diesem Grund rechtfertigt sich kein Anspruch auf Ersatz der Parteikosten zu Lasten der Beklagten (§ 21 Abs. 4 Satz 1 VPO). Demgemäss wird beschlossen: ://: Von der Anerkennung der Forderung im Betrag von Fr. 4'473.55 nebst Zins zu 5% seit dem 12. April 2019 wird Kenntnis genommen und es wird die Klage in diesem Umfang als dadurch teilweise erledigt abgeschrieben, und erkannt : ://: 1. Im verbleibenden Umfang wird die Klage abgewiesen. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Eine Parteientschädigung wird nicht zugesprochen.

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