

SG_VERSICHERUNGSGERICHT BV 2007/7 vom 31. Mai 2010

Sg Versicherungsgericht, 2010-05-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_BV_2007_7

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT BV 2007/7 du 31 mai 2010

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT BV 2007/7 del 31 maggio 2010

Regeste

Art. 23 und 24 BVG: Höhe der Invalidenleistungen aus beruflicher Vorsorge. Beweiswert eines vom Gericht eingeholten Gutachtens (Entscheidung des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 31. Mai 2010, BV 2007/7).

Erwägungen

E. 1

Am 1. Januar 2005 trat die 1. BVG-Revision, welche auch eine Änderung der Leistungsvoraussetzungen bei Invalidität (Art. 23 BVG) und der Leistungshöhe (Art. 24 BVG) mit sich brachte, in Kraft. Nach Art. 23 lit. a BVG (neue Fassung) haben (im Obligatoriumsbereich) Anspruch auf Invalidenleistungen Personen, die im Sinn der IV zu mindestens 40 Prozent invalid sind und bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, versichert waren. Anspruch auf eine volle Invalidenrente hat die versicherte Person, wenn sie im Sinn der IV zu mindestens 70 Prozent invalid ist (Art. 24 Abs. 1 lit. a BVG). - In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (BGE 127 V 467; vorliegend: Anspruch auf eine ganze IV-Rente ab 1. Januar 2003). Ferner stellt das Versicherungsgericht bei der Fall-Beurteilung grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Entscheids eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 121 V 366; RKUV 2001 S. 101). Das vorliegende Klageverfahren, welchem kein vorinstanzlicher Entscheid zugrunde liegt, betrifft Leistungsansprüche ab November 2003. Mit Blick auf diese Gegebenheiten ist konkret das in den jeweiligen Leistungsperioden gültig gewesene Recht der obligatorischen beruflichen Vorsorge anzuwenden, soweit ihm neben den reglementarischen Regelungen der Beklagten eine eigenständige Bedeutung zukommt.

E. 2

2.1 Streitig ist, ob die Klägerin für die Zeit ab November 2003 Anspruch auf eine volle reglementarische Invalidenrente der Beklagten hat. Nach Art. 23 BVG haben Anspruch auf Invalidenleistungen Personen, die im Sinn der Invalidenversicherung zu mindestens 50 Prozent invalid sind und die bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, versichert waren. 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 frei, den Invaliditätsbegriff bereits in der obligatorischen Versicherung zugunsten des Versicherten zu erweitern oder Invalidenrenten

schon bei einem Invaliditätsgrad von weniger als 50% auszurichten. Die Vorsorgeeinrichtungen sind frei in der Wahl des Invaliditätsbegriffs; sie haben sich aber an eine einheitliche Begriffsanwendung zu halten. Gehen sie ausdrücklich oder unter Hinweis auf das Gesetz vom gleichen Invaliditätsbegriff aus wie die Invalidenversicherung, sind sie hinsichtlich des versicherten Ereignisses an die Invaliditätsbemessung der IV-Stellen gebunden, es sei denn, dass diese sich als offensichtlich unhaltbar erweist (vgl. BGE 126 V 308; BGE 115 V 208 und 215; BGE 118 V 35 Erw. 2b/aa; BGE 120 V 106 Erw. 3c). In BGE 129 V 73 wurde eine Bindungswirkung der invalidenversicherungsrechtlichen Feststellungen für die Vorsorgeeinrichtung verneint, wenn sie nicht spätestens im Vorbescheids-verfahren (Art. 73 bis IVV), bzw. nach dessen (vorübergehender) Ersetzung durch das Einspracheverfahren in der Zeit von 1. Januar 2003 bis 31. Dezember 2006, angelegentlich der Verfügungseröffnung in das invalidenversicherungsrechtliche Verfahren einbezogen wird.

2.2 Gemäss Art. 13 Ziff. 1 des Vorsorgereglements der GastroSuisse (gültig gewesen vom 1. Januar 1999 bis 31. Dezember 2004; act. G 1.1/12) sowie der GastroSocial (seit 1. Januar 2005 in Kraft; act. G 1.1/13) liegt Invalidität vor, wenn die versicherte Person im Sinn der Eidgenössischen Invalidenversicherung zu mindestens 50% invalid ist. Die Vorsorgeeinrichtung geht somit unter Hinweis auf das Gesetz vom gleichen Invaliditätsbegriff wie die Invalidenversicherung aus. Gemäss Art. 13 Ziff. 2 des Vorsorgereglements der GastroSuisse und der GastroSocial hat die versicherte Person Anspruch auf eine volle Invalidenrente, wenn sie im Sinn der IV mindestens zu zwei Dritteln, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zur Hälfte invalid ist.

2.3 Vorliegend wurden die IV-Verfügungen vom 2. Juni und 25. August 2004 der Beklagten, welche die Invaliditätsbemessung der IV nicht (mehr) gegen sich geltend lässt, nicht zugestellt. Sodann nimmt die IV-Stelle bei Witwenrenten praxisgemäss keine präzise Bemessung des IV-Grades vor (vgl. Urteil des EVG vom 9. Juni 2006 [I 808/05] Erw. 4.1 mit Hinweisen). Bei dieser Sachlage ist die Verbindlichkeit der Festsetzung des Invaliditätsgrads durch die IV-Stelle (grundsätzlich, masslich und zeitlich) zu verneinen (vgl. zur Bindungswirkung im Übrigen Urteile des EVG vom 14. August 2000 [B 50/99] Erw. 26 und vom 9. Februar 2004 [B 39/03] Erw. 3.1). Das Ausmass und der Eintritt der massgeblichen Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit und der gegenüber der Beklagten allenfalls bestehende Anspruch auf Invalidenleistungen sind daher - von der Beklagten bzw. vom angerufenen Versicherungsgericht - selbständig abzuklären und festzulegen. Dabei sind auch die im IV-Verfahren produzierten Akten mit zu berücksichtigen, führt doch die fehlende Bindung an die IV-Verfügung nicht dazu, dass auch die dafür verwendeten Akten ohne Bedeutung für den Entscheid der Vorsorgeeinrichtung wären. Unter Arbeitsunfähigkeit ist die gesundheitlich bedingte Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen im bisherigen Beruf zu verstehen. Die Arbeitsunfähigkeit muss erheblich, offensichtlich und dauerhaft sein. Die Erheblichkeit wird in der Regel dann bejaht, wenn die Einschränkung mindestens 20% beträgt (vgl. Bundesamt für Sozialversicherung, Mitteilungen über die berufliche Vorsorge, Nr. 44 Rz 258 mit Hinweis auf EVG-Urteil vom 7. Oktober 1998 [B 48/97]).

E. 3

3.1 Vom 14. März bis 6. Mai 2006 hielt sich die Klägerin stationär in St. Pirminsberg, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Suchtbehandlung auf. Im Austrittsbericht der Klinik vom 22. Mai 2006 wurden die Diagnosen einer Anpassungsstörung und längerer depressiven Reaktion (ICD-10: F 43.21) sowie von Anpassungsproblemen bei Veränderungen der Lebensumstände (ICD-10: Z 60.0) erhoben. In der Beurteilung wurden eine diffuse Schmerzproblematik und ein depressives Zustandsbild vor dem Hintergrund

einer Verlust- und Überlastungserfahrung bei frühem und überraschendem Tod des Ehemanns im Migrationskontext festgehalten. Bei Klinikaustritt bestand eine volle Arbeitsunfähigkeit (act. G 1.1/10). Am 21. September 2006 bestätigte Dr. G.____ die von ihm erhobenen Diagnosen eines lumbospondylogenen Schmerzsyndroms und einer Depression (act. G 1.1/8). Der Psychiater und Psychotherapeut Dr. I.____ kam im Aktengutachten vom 25. September 2006 zum Schluss, invaliditätsfremde (psychosoziale) Faktoren würden in verschiedenen Arztberichten erwähnt; worin sie bestehen würden, sei unklar. Sie könnten psychotherapeutisch behandelt werden und dürften bei der Bestimmung der Restarbeitsfähigkeit keine wesentliche Rolle spielen, da die Klägerin trotz dieser damals noch in vermehrtem Mass bestehenden schwierigen Lebensumstände (Tod des Ehemannes, Todesfälle anderer der Klägerin nahe stehender Personen, alleinerziehende Mutter) bis 2002 ihre Aufgaben (Haushalt, Kindererziehung und Arbeit) habe wahrnehmen können. Er (Dr. I.____) gehe davon aus, dass keine psychosozialen Faktoren mit Beeinträchtigung der Restarbeitsfähigkeit vorliegen würden. Unklar sei, ob die Klägerin bei Annahme einer somatoformen Schmerzstörung unter einer psychiatrischen Komorbidität leide (act. G 1.1/7). Im Arztbericht vom 12. Februar 2007 diagnostizierte Dr. M.____, bei welchem die Klägerin seit dem 17. Juli 2003 in Behandlung gestanden hatte, eine mittel- bis schwergradige depressive Störung mit somatischen Symptomen (F 32.11, F 32.2) und eine Panikstörung (F 41.0). Es handle sich um ein psychisches Leiden mit Krankheitswert. Der Zustand habe sich chronifiziert und einen invalidisierenden Verlauf genommen. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe seit 17. Juli 2003 eine volle Arbeitsunfähigkeit. Die Prognose bleibe offen, sei aber eher ungünstig. Wegen dieser Komorbidität und der lang dauernden Beschwerden sowie den schweren traumatisierenden Ereignissen in ihrem Leben sei die Klägerin ganz erschöpft. Aus diesem Grund sei auch weiterhin mit keiner Arbeitsfähigkeit zu rechnen (act. G 1.1/9; IV-act. 51). Im Bericht vom 25. Juni 2007 setzte sich Dr. I.____ unter anderem mit der Beurteilung von Dr. M.____ auseinander. Diese stehe im Widerspruch zum Austrittsbericht der Klinik St. Pirminsberg, von wo die Patientin in deutlich gebessertem Zustand entlassen worden sei. Auch deute der von Dr. M.____ wiedergegebene Psychostatus nicht auf eine schwere Depression hin. Dr. I.____ erhob die Diagnose einer mittelschweren depressiven Störung. Inwieweit psychosoziale Faktoren eine Rolle spielen würden, könne aus dem Dossier nicht geklärt werden. Mit grosser Wahrscheinlichkeit könne aufgrund der mittelschweren Depression von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden (act. G 11.1/16).

3.2 Dr. M.____ beantwortete im Schreiben vom 3. September 2008 die vom Gericht gestellten Fragen. Er führte aus, dass bereits anlässlich der ersten Behandlung am 17. Juli 2003 die Diagnosen einer mittel- bis schwergradigen depressiven Störung mit somatischen Symptomen sowie eine Panikstörung hätten gestellt werden können. Die zeitlichen Abstände der Behandlungen seien zu Beginn kürzer gewesen. Der Zustand habe sich jedoch als instabil erwiesen. Die Symptome hätten in ihrer Intensität variiert, so dass die Klägerin manchmal an den Rand einer psychischen Dekompensation gekommen sei. Im Jahr 2006 sei es sogar zu einer Hospitalisation in der Psychiatrischen Klinik St. Pirminsberg gekommen. Die Beschwerden würden zum Teil im Zusammenhang mit dem Unfalltod des Ehemanns im Jahr 1992 stehen. Die Patientin habe danach eine depressive Phase gezeigt und habe nachher das psychische Gleichgewicht finden und sich einigermaßen seelisch stabilisieren können. Sie habe sich ihren Kindern gewidmet und trotz der Schwierigkeiten bis Ende 2002 gearbeitet, als sie erneut psychisch stark dekomponiert habe. Neben dem Tod des Ehemannes als (Teil-)Ursache der psychischen Beschwerden bestehe bei der Klägerin eine Vulnerabilität, die auf erbliche

Faktoren zurück zu führen sei (eine Schwester leide an chronischer Schizophrenie). Die Vulnerabilität sei für die Entstehung der Depression und Panikstörung verantwortlich. Der Zustand habe sich bis jetzt als instabil erwiesen. In den Behandlungen sei sie wenig belastbar gewesen und habe schon bei kleinen Ursachen mit einer Verschlechterung ihres Zustands reagiert. Die Klägerin sei im Moment immer noch 100% arbeitsunfähig. Die Prognose bleibe offen. Einerseits bestehe eine Chance zu einer teilweisen Besserung; andererseits handle es sich um eine Komorbidität (depressive Störung, Anpassungsstörung, Panikstörung), die sich schon zum Teil chronifiziert habe, was die Prognose in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit ungünstig mache (act. G 28).

E. 4

4.1 Der von der IV-Stelle für die Zeit ab November 2003 ermittelte IV-Grad von 55 % (IV-act. 17 und 18) basierte auf einer Arbeitsfähigkeit von 50 %, welche zuvor von Dr. F.____, Klinik Valens (Bericht vom 26. Juni 2003) und Dr. G.____ (Bericht vom 21. November 2003) gestützt auf somatische (chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom) und psychiatrische Diagnosen (Somatisierungstendenz, reaktiver depressiver Erschöpfungszustand bei psychosozialer Belastungssituation) bescheinigt worden war (IV-act. 10-5/15f, 10-1/15ff). Bereits im Februar 2003 hatte Dr. E.____ sowohl somatische als auch psychiatrische Diagnosen (Anpassungs- und Verarbeitungsstörung, Somatisierung) gestellt (IV-act. 10-12/15ff). Die vorerwähnten und die später von der Klinik St. Pirminsberg (Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion; act. G 1.1/10), Dr. M.____ (mittel- bis schwergradige depressive Störung, Panikstörung; IV-act. 51) und Dr. I.____ (mittelschwere depressive Störung; act. G 11.1/16) gestellten psychiatrischen Diagnosen und die ärztlicherseits bescheinigten Arbeitsfähigkeiten liessen sich nicht ohne weiteres miteinander in Einklang bringen. Das Versicherungsgericht ordnete deshalb eine interdisziplinäre (orthopädisch-psychiatrische) Begutachtung mit einer Gesamtbeurteilung der Arbeitsfähigkeit an.

4.2 Im polydisziplinären Gutachten vom 2. Februar 2010 stellten die MEDAS-Ärzte die Diagnosen eines cerviko-lumbalen Schmerzsyndroms ohne radikuläre Symptomatik bei seit dem Jahr 2003 kernspintomographisch nachgewiesener leichter Bandscheibenprotrusion L5/S1, einer neurasthenischen Entwicklung, einer leichten depressiven Störung mit somatischem Syndrom, einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, eines Verdachts auf akzentuierte histrionische Persönlichkeitszüge, auf anamnestisch gelegentliche Schmerzen am rechten Knie nach Kniegelenksprellung etwa im Jahre 2000 (zur Zeit beschwerdefrei und klinisch und radiologisch unauffällig) und einer anamnestisch Hp-assoziierten makroskopisch leichtgradigen Antrumgastritis, aktuell beschwerdefrei. Unter Berücksichtigung der Foerster-Kriterien, die auch bei der Neurasthenie zur Anwendung kommen würden, bestehe bei der Klägerin seit April 2003 eine Arbeitsunfähigkeit von 20 %, und zwar wegen der Komorbidität mit chronischen Rückenschmerzen mit unbefriedigenden Behandlungsergebnissen. Aus orthopädisch-somatischer Sicht würden sich den medizinischen Akten keine widersprüchlichen Diagnosen entnehmen lassen. Aus psychiatrischer Sicht seien weder aus der Anamnese noch den Akten genügend Begründungen zur Diagnosestellung einer mittelschweren oder gar schweren depressiven Störung zu entnehmen. Die Angaben der Klägerin seien laut psychiatrischem Consiliargutachter widersprüchlich und nicht konsistent. Das könne zu einer Irreführung bei der Diagnosestellung verleiten. Auch die Diagnose einer Anpassungsstörung sieben Jahre (richtig: 15 Jahre) nach dem tragischen Tod des Ehemannes lasse sich nicht begründen. Denn eine solche sei spätestens 24 Monate nach dem Ereignis abgeschlossen. Die Diagnose einer leichten depressiven Störung treffe

laut Consiliargutachter eher zu, da die Klägerin eine verzögerte Trauerreaktion durchgemacht habe und psychosozialen Belastungen ausgesetzt gewesen sei. Doch auch unter diesen Umständen habe sie bis 2003 ohne weiteres für ihre Familie aufkommen und auswärts arbeiten können. Der frühe Tod des Ehemannes und die weiteren psychosozialen Belastungen hätten allmählich zu einer neurasthenischen Entwicklung geführt. Die Klägerin verfüge über gute kognitive Ressourcen und über eine gut funktionierende emotionale Reagibilität. Ihr könne die Willensanstrengung zur Überwindung ihrer Leiden zugemutet werden, nicht zuletzt, weil sie mit fachlicher Hilfe rechnen könne. Aus orthopädisch-somatischer Sicht seien leichte rückenadaptierte Tätigkeiten ohne regelmässiges Heben über 5 kg mit der Möglichkeit von Positionswechseln zumutbar. Aus orthopädisch-somatischer und psychiatrischer Sicht sei gesamthaft eine 100 %ige Präsenz mit einem Rendement von 80 % (wegen der Notwendigkeit vermehrter Pausen) zumutbar. Es lägen psychosoziale und psycho-kulturelle Belastungsfaktoren vor, die im üblichen Ausmass im Rahmen einer Immigrationsproblematik anzutreffen seien. Laut psychiatrischem Gutachten müsse berücksichtigt werden, dass bei der Klägerin eine Verdeutlichungstendenz bestehe. Diese führe im Zusammenhang wahrscheinlich mit akzentuierten histrionischen Persönlichkeitszügen zu einer übertriebenen Darstellung ihrer Gefühle, zur Dramatisierung der eigenen Person und womöglich zu einem sekundären Krankheitsgewinn (act. G 49 S. 21-26).

4.3 Die Klägerin lässt hinsichtlich des psychiatrischen Teilgutachtens beanstanden, dass dieses auf einer einzigen Besprechung mit ihr und auf den damals verfügbaren Akten beruhe. Es fehle vollständig an einer Fremdanamnese, indem keine Gespräche mit Angehörigen geführt worden seien. Es sei kein einziger Test durchgeführt worden. Es sei schleierhaft und auch nicht deklariert, wie der Gutachter zu seinen Ergebnissen gefunden habe. Es fehle an einer Dokumentation über die Aufklärung, an der Benennung der Untersuchungsmethode und es fehle an der Darstellung der Erkenntnisse, die mit den jeweiligen Methoden gewonnen würden. Das Gutachten scheine eine Momentaufnahme zu sein, aus der falsche Schlussfolgerungen gezogen worden seien. Die eigentliche Untersuchung und Befundaufnahme habe deutlich weniger als eine Stunde gedauert, zumal sich der Gutachter noch mit Aktenstudium befasst habe. Tatsächlich sei es schlechterdings unmöglich, in dieser Zeit eine sorgfältige Untersuchung durchzuführen (act. G 56 S. 2f). Der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand ist von der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie abhängig. Nach der Rechtsprechung lässt sich ein genereller Zeitrahmen für eine Untersuchung nicht allgemeingültig definieren. Wichtigste Grundlage gutachtlicher Schlussfolgerungen sei - gegebenenfalls neben standardisierten Tests - die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung. Ein Explorationsgespräch von 20 Minuten reiche offensichtlich nicht aus, wenn diese unerlässlichen Kernkomponenten einer umfassenden psychiatrischen Begutachtung zu erheben seien. Die direkte ärztliche Auseinandersetzung mit dem Exploranden rücke erst dann in den Hintergrund, wenn es im Wesentlichen nur um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts gehe und sich neue Untersuchungen erübrigten (Urteil des Bundesgerichts vom 14. November 2007 i/S L. [I 1094/06] Erw. 3.1.1). Konkret lässt sich allein aus der von der Klägerin behaupteten Dauer der Begutachtung von rund einer Stunde für sich allein keine Mangelhaftigkeit des Gutachtens ableiten, auch wenn ihr vor der Begutachtung eine Dauer von zwei Stunden in Aussicht gestellt worden war. Sodann ist festzuhalten, dass weitere fremdanamnestiche Angaben dort nicht unbedingt erforderlich sind, wo sich - wie vorliegend - bereits Berichte eines behandelnden

Psychiaters bei den Akten befinden und sich auch weitere Ärzte über Jahre zum Psychostatus und zum Verlauf geäußert haben. Gerade zur Vermeidung von blossen "Momentaufnahmen" ist der Gutachter auf Aussagen in den Akten zum langjährigen Verlauf angewiesen. Sodann liegt es im Ermessen des Gutachters, ob und welche psychologische Testverfahren er durchführen will, zumal deren Aussagekraft begrenzt ist (vgl. SJZ 2002 Nr. 10, 262). Die psychiatrische Exploration kann von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (vgl. die Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie für die Begutachtung psychischer Störungen, in: SAeZ 2004 S. 1050f). Daher und unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag (BGE 124 I 175 Erw. 4; Urteil P. vom 13. Juni 2001 [I 506/00]) kann es nicht angehen, eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte nachher zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an solchen vorgängig geäußerten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich hingegen, wenn die behandelnden Ärzte objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, welche im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt geblieben und die geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Urteil des EVG vom 13. März 2006 [I 676/05], Erw. 2.4).

4.4 Die Klägerin lässt das psychiatrische Gutachten dahingehend inhaltlich beanstanden, dass der Psychiater Dr. med. N. ___ davon ausgegangen sei, dass die Klägerin in einer Partnerschaft lebe, was aber nicht der Fall sei. Sie habe vor vielen Jahren eine ganz kurze Beziehung von wenigen Monaten gehabt. Seither habe sie nie mehr in einer Partnerschaft gelebt (act. G 56 S. 3). Im psychiatrischen Consiliargutachten vom 28. Januar 2010 hielt Dr. N. ___ unter der Rubrik "Wesentliches aus der Biographie" unter anderem fest, die Klägerin gebe auf gezielte Nachfrage an, vor über 10 Jahren eine komplizierte Beziehung gehabt zu haben; seitdem sei sie keine partnerschaftliche Beziehung mehr eingegangen, habe sich ganz den Kindern gewidmet (act. G 48 S. 6). Dr. M. ___ stütze sich zwar für die Diagnosestellung einer schweren Depression auf die Angaben der Klägerin, doch würden die bei ihm geltend gemachten Beschwerden nicht mit denjenigen übereinstimmen, die von der Klägerin gegenüber anderen Untersuchern und im Rahmen der direkten Befragung angegeben würden. Auch die Angaben über die partnerschaftliche Beziehung in den letzten Jahren (nach dem Tod ihres Mannes) seien widersprüchlich und diese werde anlässlich der Exploration gänzlich negiert. Über die Inkonsistenz der Beschwerdeschilderung würden sich nur Hypothesen aufstellen lassen. Entweder seien sie auf akzentuierte histrionische Persönlichkeitszüge zurückzuführen (Dramatisierung der eigenen Person, übertriebener Ausdruck von Gefühlen) oder würden auf einen sekundären Krankheitsgewinn zielen (act. G 48 S. 9). Aus diesen Darlegungen ist ersichtlich, dass es Dr. N. ___ vorderhand um die - hier unbestritten gebliebene - Widersprüchlichkeit der Beschwerdeangaben und die daraus resultierende mögliche Irreführung bei der Diagnosestellung ging. Die - allenfalls irrtümliche (vgl. aber act. G 1.1/10 unten und S. 2 Mitte) - Annahme von widersprüchlichen Angaben bezüglich Partnerschaften wirkte sich nicht auf die Diagnosestellung (Verneinung einer mittelschweren oder schweren Depression, Bejahung von psychosozialen Belastungen) aus und vermöchte überwiegend wahrscheinlich am Begutachtungsergebnis, insbesondere an der Feststellung der Überwindbarkeit der somatoformen Schmerzstörung, nichts zu ändern. So hatte auch Dr.

M. ___ - was an sich auf der Hand liegt - der Tatsache des Bestehens oder Nichtbestehens einer Partnerschaft hinsichtlich der Auswirkung auf den Gesundheitszustand keine zum vornherein feststehende Bedeutung beimessen können, indem er festhielt, eine Partnerschaft sei eine Chance für die Bewältigung der psychischen Probleme. Sie bringe jedoch gleichzeitig durch innere ungelöste Konflikte, die die Patientin zeige, auch die Gefahr einer neuerlichen psychischen Dekompensation (vgl. act. G 28). Bei diesem Sachverhalt besteht insgesamt kein Grund, das MEDAS-Gutachten in Zweifel zu ziehen. Ein Anlass für weitere Abklärungen oder ergänzende Nachfragen beim psychiatrischen Gutachter ist nicht gegeben.

4.5 Die Beklagte hatte der Klägerin im Schreiben vom 2. Oktober 2006 eine 50 %-Invalidenrente ab 1. September 2005 von Fr. 704.-- pro Quartal und eine Kinderrente von Fr. 176.-- pro Quartal zugesprochen, wobei sie darauf hinwies, dass die Rente mit dem Wegfall der Invalidenkinderrente für die Tochter C. ___ - und gleichzeitigem Wegfall der Übererentschädigung - beginne (act. G 1.1/4; vgl. act. G 11 S. 4). Hinsichtlich des Rentenbeginns bzw. des Beginns der Erwerbsunfähigkeit (November 2003) stimmen die Parteien grundsätzlich überein. Die Klägerin lässt die Übererentschädigungsrechnung der Beklagten - mit der Folge des effektiven Leistungsbeginns ab September 2005 - nicht konkret beanstanden, so dass auch kein Anlass besteht, diese im vorliegenden Verfahren zu überprüfen. Nachdem sie zuvor zur Stützung ihrer Sichtweise jeweils auf die Invaliditätsbemessung der IV verwiesen hatte, stellte sich die Beklagte nach Kenntnisnahme des MEDAS-Gutachtens auf den Standpunkt, dass die Beurteilung der IV-Stelle (IV-Grad 55 %) offensichtlich falsch sei. Dabei habe die Klägerin durch ihr Verhalten die Ärzte in ihrer Diagnosestellung irreführt oder dies zumindest in Kauf genommen (MEDAS-Gutachten S. 25). Die seit September 2005 ausgerichteten Rentenleistungen seien daher zu Unrecht bezogen worden. Einen Rückforderungsanspruch macht die Beklagte allerdings nicht geltend. Vielmehr beantragt sie unverändert die Abweisung der Klage (act. G 51). Die Rückforderungsvoraussetzungen (Art. 35a BVG) mit der Frage der zweifellosen Unrichtigkeit der ursprünglichen Leistungsausrichtung sind daher im vorliegenden Verfahren nicht abzuklären. Zu prüfen war einzig die Frage, ob die Klägerin volle reglementarische Rentenleistungen (statt der ihr zugestanden halben Leistung) beanspruchen kann. Angesichts der geschilderten Verhältnisse ist diese Frage zu verneinen. Im Übrigen ist festzuhalten, dass sich die Frage der offensichtlichen Unrichtigkeit des IV-Entscheids hier nicht stellt, da zum vornherein keine Bindung an diesen Entscheid gegeben ist (vgl. Erw. 2.3). Immerhin ist anzumerken, dass für die Beurteilung der Frage, ob sich die Invaliditätsbemessung der Invalidenversicherung als offensichtlich unhaltbar erweist und aus diesem Grund für die Vorsorgeeinrichtung nicht verbindlich ist, auf die Aktenlage, wie sie sich den Organen der Invalidenversicherung bei Verfügungserlass präsentierte, abgestellt werden muss. Nachträglich erhobene oder geltend gemachte Tatsachen oder Beweismittel, welche die IV nicht von Amtes wegen hätte erheben müssen, sind nur beachtlich, sofern sie von der IV-Stelle im Rahmen einer prozessualen Revision berücksichtigt werden müssten (vgl. BGE 126 V 308). Aufgrund der vom Gericht veranlassten MEDAS-Begutachtung ergaben sich keine "neuen" Tatsachen oder Beweismittel. Das Gutachten stellt lediglich eine neue (interdisziplinäre) Würdigung von im Wesentlichen bereits im Zeitpunkt des IV-Entscheids bekannten Tatsachen für eine weit in die Vergangenheit reichende Zeitperiode - die Gutachter bescheinigten die von ihnen geschätzte Arbeitsfähigkeit ab April 2003 - dar. Das MEDAS-Gutachten mit einer im Vergleich zu den medizinischen Grundlagen der IV-Verfügung höheren Arbeitsfähigkeitsschätzung vermöchte somit - wenn eine Bindung gegeben wäre - kaum

eine offensichtliche Unrichtigkeit des IV-Entscheids zu bewirken.

E. 5

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Klage abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 73 Abs. 2 BVG). Die Beklagte beantragt die Ausrichtung einer Entschädigung. Als Vorsorgeeinrichtung hat sie praxisgemäss keinen diesbezüglichen Anspruch, soweit - wie vorliegend - die Prozessführung der Gegenpartei nicht als mutwillig oder leichtsinnig zu bezeichnen ist (BGE 112 V 356, SZS 1995, 114; BGE 126 V 143, 128 V 323). Der Antrag auf Ausrichtung einer Parteientschädigung ist deshalb abzuweisen. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG entschieden: 1. Die Klage wird abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. 3. Es wird keine Parteientschädigung ausgerichtet.

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