

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT BV 2012/20 vom 20. August 2013**

Sg Versicherungsgericht, 2013-08-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_BV\\_2012\\_20](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_BV_2012_20)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT BV 2012/20 du 20 août 2013

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT BV 2012/20 del 20 agosto 2013

## **Regeste**

Art. 23 BVG. Die Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Zusprechung einer IV-Rente führte, ist zu einem Zeitpunkt eingetreten, als die Klägerin nicht bei der Beklagten vorsorgeversichert war (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 20. August 2013, BV 2012/20). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 9C\_703/2013.

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Streitig ist, ob die Beklagte der Klägerin Invalidenleistungen auszurichten hat. 1.1 Nach Art. 23 lit. a des Bundesgesetzes über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG; SR 831.40) in der seit dem 1. Januar 2005 gültigen Fassung haben im Obligatoriumsbereich diejenigen Personen Anspruch auf Invalidenleistungen, welche im Sinne 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 Sinne der IV zu mindestens 70 Prozent invalid ist (Art. 24 Abs. 1 lit. a BVG). 1.2 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dabei sind alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und es ist danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf bei einander widersprechenden Arztberichten das Verfahren nicht erledigt werden, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum auf die eine und nicht die andere medizinische These abgestellt wird. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder seine Herkunft noch die Bezeichnung als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 353 E. 3a; BGE 122 V 160f E. 1c, mit Hinweisen).

### **E. 2**

2.1 Aus der engen Verbindung zwischen dem Recht auf eine Rente der Invalidenversicherung und demjenigen auf eine Invalidenleistung nach BVG ergibt sich,

dass die Vorsorgeeinrichtungen im Bereich der gesetzlichen Mindestvorsorge (Art. 6 BVG) grundsätzlich an die Feststellungen der IV-Organen gebunden sind. Dies gilt insoweit, als dass die invalidenversicherungsrechtliche Betrachtungsweise aufgrund der Akten nicht als offensichtlich unhaltbar erscheint. In BGE 129 V 73 wurde eine Bindungswirkung der invalidenversicherungsrechtlichen Feststellungen für die Vorsorgeeinrichtung verneint, wenn diese nicht spätestens im Vorbescheidsverfahren (Art. 73 bis der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]), bzw. nach dessen (vorübergehender) Ersetzung durch das Einspracheverfahren in der Zeit von 1. Januar 2003 bis 30. Juni 2006, angelegentlich der Verfügungseröffnung in das invalidenversicherungsrechtliche Verfahren einbezogen wird. Eine Bindungswirkung an die Feststellungen der IV entfällt schliesslich ebenfalls, wenn die IV-Rente aufgrund einer verspäteten Anmeldung ausgerichtet wird, da diesfalls kein Anlass für die IV-Stelle bestand, den Beginn der Arbeitsunfähigkeit genau zu ermitteln (vgl. zum Ganzen die Urteile des Bundesgerichtes vom 10. September 2010, 9C\_693/2009, E. 5.1, mit Hinweisen, sowie vom 13. Januar 2009, 8C\_539/2008, E. 2.3; vgl. auch I. Vetter-Schreiber, BVG Kommentar, Zürich 2009, N3 zu Art. 24 BVG, mit Hinweisen).

2.2 Invalidenleistungen nach BVG werden von derjenigen Vorsorgeeinrichtung geschuldet, welcher die ansprechende Person bei Eintritt des versicherten Ereignisses angeschlossen war. Dieser Zeitpunkt fällt mit dem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit zusammen, deren Ursache zur Invalidität geführt hat. Die Versicherteneigenschaft muss nur bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit gegeben sein, dagegen nicht notwendigerweise auch im Zeitpunkt des Eintritts oder der Verschlimmerung der Invalidität. Für eine einmal – aus während der Versicherungsdauer aufgetretenen Arbeitsunfähigkeit – geschuldete Invalidenleistung bleibt die Vorsorgeeinrichtung leistungspflichtig, selbst wenn sich nach Beendigung des Vorsorgeverhältnisses der Invaliditätsgrad ändert. Entsprechend bildet der Wegfall der Versicherteneigenschaft keinen Erlösungsgrund (BGE 118 V 35 E. 5; BGE 123 V 262 E. 1a).

2.3 Gemäss dem Vorsorgereglement für die BVG-Basisvorsorge der Beklagten (act. G 1.3/10; nachfolgend: Reglement) ist eine versicherte Person invalid, wenn sie voraussichtlich bleibend oder für längere Zeit ganz oder teilweise erwerbsunfähig ist. Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist. Eine versicherte Person ist arbeitsunfähig, wenn sie durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit voll oder teilweise unfähig ist, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Ziff. 20 Abs. 1 des Reglements). Der Anspruch auf Invaliditätsleistungen setzt voraus, dass die versicherte Person im Sinne der Eidgenössischen Invalidenversicherung zu mindestens 40% invalid ist und bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, aufgrund des Vorsorgereglements versichert war (Ziff. 20 Abs. 2 des Reglements). Der Grad der Invalidität wird aufgrund eines Einkommensvergleichs ermittelt, wie er auch in Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vorgesehen ist (Ziff. 20 Abs. 4 des Reglements). Gemäss Ziff. 6 Abs. 1 des Reglements werden in die Personalvorsorge alle Arbeitnehmer aufgenommen, die dem im Vorsorgeplan genannten Versichertenkreis angehören. Die Aufnahme in die Personalvorsorge erfolgt im Zeitpunkt, in dem die Voraussetzungen gemäss Ziff. 6 Abs. 1 erfüllt sind, frühestens nach Vollendung des 17. Altersjahrs (Ziff. 6 Abs. 2 des Reglements).

Personen, die bei der Aufnahme in die Personalvorsorge teilweise invalid sind, werden nur für den Teil versichert, der dem Grad der Erwerbsfähigkeit entspricht (Ziff. 6 Abs. 3 des Reglements). 2.4 Vorliegend hat sich die Klägerin verspätet bei der IV angemeldet (act. G 1.2/3; vgl. auch act. G 1.2/68). Damit vermochte die IV-Verfügung vom 16. Januar 2012 (act. G 1.2/69) gegenüber der Beklagten keine Bindungswirkung zu entfalten (vgl. E. 2.1). Entsprechend sind der Eintritt der massgeblichen Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit sowie ein allfälliger Anspruch auf Invalidenleistungen gegenüber der Beklagten von dieser bzw. vom angerufenen Versicherungsgericht selbständig abzuklären und festzulegen. Dabei sind auch die Akten des IV-Verfahrens zu berücksichtigen. Hinsichtlich des von der IV vorgenommenen Einkommensvergleichs und des IV-Grades besteht dagegen kein Anlass für eine selbständige Festlegung in diesem Verfahren, zumal vorliegend keine Anhaltspunkte für eine offensichtliche Unrichtigkeit ersichtlich sind und eine solche darüber hinaus auch nicht geltend gemacht wird.

### **E. 3**

3.1 Konkret ist zu prüfen, in welchem Zeitpunkt erstmals eine Arbeitsunfähigkeit aufgetreten ist und ob die Klägerin in diesem Zeitpunkt bei der Beklagten vorsorgeversichert war. 3.2 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 (Urteil des Bundesgerichts vom 11. August 2008, 9C\_127/2008, E. 2.3, mit Hinweisen). Die Ermittlung der Arbeitsunfähigkeit geht von ärztlichen Bewertungen aus. Wenngleich diese für das Gericht nicht verbindlich sind, so sollen sie dennoch nicht ohne hinreichenden Grund umgestossen oder abgeändert werden. Der Beurteilungsspielraum, der dem Arzt oder der Ärztin zukommt, ist auch vom Gericht zu respektieren. Für die Festlegung des Beginns und des Grads der Arbeitsunfähigkeit ist somit grundsätzlich die nach ärztlicher Beurteilung medizinisch zumutbare Arbeitsfähigkeit massgebend. Der von einer versicherten Person effektiv erbrachten Arbeitsleistung kann jedoch soweit Bedeutung zukommen, als durch sie eine widersprechende ärztliche Beurteilung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit an Beweiskraft verlieren kann (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 25. Februar 2003, BV 2002/2, E. 3b). Während für den Eintritt der Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Art. 23 BVG die Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen im bisherigen Beruf massgeblich ist, beurteilt sich der zeitliche Zusammenhang zwischen der Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Art. 23 BVG und der später eingetretenen Invalidität nach der Arbeitsfähigkeit in einer der gesundheitlichen Beeinträchtigung angepassten zumutbaren Tätigkeit. Darunter fallen auch leistungsmässig und vom Anforderungsprofil her vergleichbare Tätigkeiten. Diese Tätigkeiten müssen jedoch bezogen auf die angestammte Tätigkeit die Erzielung eines rentenausschliessenden Einkommens erlauben (BGE 134 V 20 E. 5.3). 3.3 Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im psychiatrischen Gutachten vom 7. Dezember 2009 eine generalisierte Angststörung (ICD 10: F41.1), einen Zustand nach Binge Eating Disorder sowie einen Benzodiazepinabusus. Eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 20% oder mehr bestehe sicherlich seit 1990, der Grad der Arbeitsunfähigkeit sei seitdem konstant 100% (act. G 1.2/27). In einer internen Stellungnahme vom 20. Mai 2010 führte der regionale ärztliche Dienst (RAD) der IV aus, als Beginn der lang dauernden Erkrankung könne der Dezember 1991 angesehen werden, nachdem die Klägerin ihre letzte Tätigkeit bei der B.\_\_\_\_ wegen Panikattacken aufgegeben habe. Seitdem sei offensichtlich nur noch eine

Arbeitsfähigkeit im geschützten Rahmen möglich (act. G 1.2/28). Im Arztbericht vom 20. Oktober 2010 stellte Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, die Diagnosen generalisierte Angststörung (ICD 10: F41.1), ängstliche vermeidende Persönlichkeitsstörung (ICD 10:F60.6) sowie abhängige asthenische Persönlichkeitsstörung (ICD 10:F60.7). Die Klägerin sei bei ihm seit 1991 sporadisch und seit Januar 2010 intensiv in Behandlung. (act. G 1.2/40). Im Schreiben vom 6. Dezember 2010 gab Dr. F.\_\_\_\_ ergänzend an, in einer anderen Arztpraxis hätte die Klägerin unmöglich arbeiten können. Es sei ihr auch nicht möglich gewesen, in der Praxis ihres Vaters zu arbeiten, wenn dieser nicht anwesend gewesen sei (act- G 1.2/46). Im ärztlichen Bericht vom 1. Juli 2011 führte RAD-Ärztin Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, aus, es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit angestammt und adaptiert seit dem Verlust der letzten Arbeitsstelle in freier Wirtschaft, mindestens seit 1991 (act. G 1.2/49). 3.4 Mit Blick auf die übereinstimmenden medizinischen Berichte und insbesondere das psychiatrische Gutachten von Dr. E.\_\_\_\_ vom 7. Dezember 2009 (act. G 1.2/27) ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit belegt, dass bei der Klägerin aufgrund ihrer psychischen Beschwerden, wie insbesondere der generalisierten Angststörung, bereits seit längerer Zeit eine relevante und dauernde Arbeitsunfähigkeit bestand. Aus den Akten ergeben sich keine Anhaltspunkte, die Zweifel an der gutachterlichen Einschätzung von Dr. E.\_\_\_\_ vom 7. Dezember 2009 entstehen liessen. Das Gutachten erscheint medizinisch fundiert, ist in sich schlüssig und weist darüber hinaus keine formellen Mängel auf. Den gutachterlichen Ausführungen ist damit entgegen dem Vorbringen der Klägerin (act. G 1) zu folgen. Dass eine relevante Arbeitsunfähigkeit bereits seit ca. 1991 besteht, wird darüber hinaus von Dr. F.\_\_\_\_, bei welchem die Klägerin seit 1991 in Behandlung ist, bestätigt (act. G 1.2/40). Dass die Klägerin bereits seit 1991 arbeitsunfähig ist, ist schliesslich auch aufgrund der übrigen Aktenlage als überwiegend wahrscheinlich zu erachten. Nach ihrer Tätigkeit bei der B.\_\_\_\_ (von 1. Februar bis 31. Mai 1990 sowie vom 1. September 1990 bis 30. November 1991; vgl. IV-act. 7), war die Klägerin gemäss IK-Auszug bis 1999 nicht erwerbstätig (act. G 1.2/12). Gemäss der vorliegenden Aktenlage steht ausser Frage, dass die nachfolgende Tätigkeit in der Zahnarztpraxis des Vaters von 1999 bis zu deren Auflösung im Jahr 2009 nur aufgrund der ständigen Anwesenheit einer Bezugsperson möglich war; es sich mithin um eine Tätigkeit im geschützten Rahmen und nicht, wie von der Klägerin geltend gemacht, um eine solche in der freien Wirtschaft handelte. Dies gilt umso mehr, als eine anderweitige Erwerbstätigkeit aufgrund des psychischen Beschwerdebilds der Klägerin von den medizinischen Fachpersonen übereinstimmend als nicht möglich erachtet wird. 3.5 Zusammenfassend ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die rentenbegründende Arbeitsunfähigkeit im Jahre 1991 eintrat. Zu diesem Zeitpunkt war die Klägerin nicht bei der Beklagten vorsorgeversichert, weshalb ein Anspruch der Klägerin auf reglementarische Leistungen der Beklagten zu verneinen ist. Die Prüfung einer allfälligen Anzeigepflichtverletzung der Klägerin bzw. der Verzicht der Beklagten auf Geltendmachung einer solchen kann bei diesem Ergebnis unterbleiben.

#### **E. 4**

Damit stellt sich die Frage einer möglichen Leistungspflicht der Beigeladenen, bei welcher die Klägerin in den Jahren 1990/1991 vorsorgeversichert war. Die Beigeladene berief sich in ihrer Stellungnahme vom 10. April 2013 (act. G 12) auf die Verjährung des Rentenstammrechts, welche 2001 eingetreten sei. Bis zum Inkrafttreten der 1. BVG-Revision am 1. Januar 2005 sah Art. 41 Abs. 1 alt BVG die Verjährung des Rentenstammrechtes nach zehn Jahren vor. Mangels einer Übergangsbestimmung ist der

heute geltende Art. 41 Abs. 1 BVG auch auf alle diejenigen Ansprüche anwendbar, die zwar unter dem bis zum 31. Dezember 2004 geltenden Recht entstanden und einklagbar geworden, aber per 1. Januar 2005 noch nicht verjährt oder verwirkt waren (Urteil des Bundesgerichtes vom 11. Mai 2007, B 114/06, E. 3.2.2, mit Hinweisen; I. Vetter-Schreiber, a.a.O., N 3 zu Art. 41 BVG). Mit Blick auf diese Regelung und die Feststellungen im IV-Verfahren betreffend Verlauf der gesundheitlichen Entwicklung und der Arbeitsfähigkeit der Klägerin ist fraglich, ob ein allfälliger Leistungsanspruch gegenüber der Beigeladenen nicht bereits vor Inkrafttreten des heute geltenden Art. 41 Abs. 1 BVG verjährt. Diese Frage ist jedoch im vorliegenden Verfahren, in welchem einzig die Leistungspflicht der Beklagten Klagegegenstand bildet, nicht abschliessend zu beurteilen.

#### **E. 5**

Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Klage abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 73 Abs. 2 BVG). Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden: 1. Die Klage wird abgewiesen.  
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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