

# SG\_VERSICHERUNGSGERICHT BV 2018/5 vom 7. Mai 2020

Sg Versicherungsgericht, 2020-05-07, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publikationen\\_BV\\_2018\\_5](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publikationen_BV_2018_5)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT BV 2018/5 du 7 mai 2020

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT BV 2018/5 del 7 maggio 2020

## Regeste

Art. 23 BVG. Frage des Zeitpunkts des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit, welche später zur Zusprache einer IV-Rente führte. Die massgebliche Arbeitsunfähigkeit ist während des Vorsorgeverhältnisses mit der Beklagten eingetreten und der zeitliche sowie sachliche Zusammenhang wurden bis zum Eintritt der Invalidität nicht unterbrochen, weshalb die Beklagte leistungspflichtig ist. Gutheissung der Klage (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 7. Mai 2020, BV 2018/5).

## Volltext

Entscheid vom 7. Mai 2020 Besetzung Versicherungsrichterin Miriam Lendfers (Vorsitz), Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider und Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiberin Katja Meili Geschäftsnr. BV 2018/5 Parteien A.\_\_\_\_, Klägerin, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Kreso Glavas, Haus zur alten Dorfbank, Dorfstrasse 33, 9313 Muolen, gegen PK B.\_\_\_\_, Beklagte, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Andreas Gnädinger, Hubatka Müller Vetter, Seestrasse 6, Postfach, 8027 Zürich, Gegenstand Vorsorgeleistungen Sachverhalt A.\_\_\_\_ war vom 5. Mai 2008 bis 31. März 2009 als Maschinenbedienerin bei der C.\_\_\_\_ AG tätig (act. G7.6 ff.) und dadurch ab 1. August 2008 berufsvorsorgerechtlich bei deren Personalvorsorgestiftung (inzwischen liquidiert, Nachfolgerin PK B.\_\_\_\_) versichert (act. G7.7, 7.9, 7.16). Von Januar 2009 bis April 2010 bezog sie Taggelder der Arbeitslosenversicherung und war dadurch bei der Stiftung D.\_\_\_\_ versichert (vgl. act. G7.13). Die Swica Versicherungen AG (nachfolgend: Swica) als Kollektivkrankentaggeldversicherung der C.\_\_\_\_ AG leistete vom 3. August bis 28. September 2009 sowie vom 22. April bis 31. August 2010 Krankentaggelder für eine Arbeitsunfähigkeit von 100% (vgl. act. G7.19, Sachverhalt A.a des Entscheids des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 27. Februar 2018, BV 2017/4). Im Auftrag der Swica war die Versicherte am 9. Juni 2010 durch Dr. med. E.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Klinik F.\_\_\_\_, abgeklärt worden. In seinem Gutachten vom 15. Juni 2010 hatte dieser als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte bis mittelgradige depressive Episode mit somatischen Symptomen einhergehend mit ausgeprägter psychophysischer Erschöpfung (ICD-10: F32.01/11, Z73.0) genannt. Die Versicherte sei derzeit für jegliche Tätigkeiten zu 100% arbeitsunfähig, bei korrekter Behandlung sei jedoch ab 1. September 2010 von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit auszugehen. Er führte aus, die Versicherte leide seit 2003 unter massiven psychischen Belastungen im Zusammenhang mit der Erkrankung ihrer Tochter. Die eigene Krebsdiagnose im Oktober 2008 habe vordergründig die Ängste und Sorgen um die Tochter verstärkt. Die zunehmenden psychischen Probleme hätten im Dezember 2008 zur ersten psychiatrischen Behandlung geführt. Vor einem Jahr habe sie zu Dr. med. G.\_\_\_\_, Psychiatrie/Psychotherapie, gewechselt (act. G7.15). Dr. G.\_\_\_\_ wies die Versicherte mit Schreiben vom 6. September 2010 der Klinik H.\_\_\_\_ zur stationären Rehabilitation zu. Sie

fürhte als Diagnosen unter anderem eine Anpassungsstörung, eine längere depressive Reaktion (ICD-10: F43.1) und ein invasiv duktales Mammakarzinom rechts auf. Die Versicherte sei seit Dezember 2008 arbeitsunfähig. Aus rein psychiatrischer Sicht erachte sie die Versicherte als zu 50% arbeitsunfähig (act. G27.2 in BV 2017/4). Die Versicherte verzichtete in der Folge auf die stationäre Behandlung (vgl. Sachverhalt A.c des Entscheids des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 27. Februar 2018, BV 2017/4) und Dr. G.\_\_\_\_ attestierte ihr bis zum 14. Oktober 2010 eine Arbeitsunfähigkeit von 100% (vgl. act. G14.1.2). Vom 15. November 2010 bis 3. Februar 2011 war die Versicherte bei der I.\_\_\_\_ GmbH & Co KG als Maschinenbedienerin tätig und dadurch bei der J.\_\_\_\_ berufsvorsorgerechtlich versichert (vgl. act. G7.13). Mit Zeugnis vom 21. Februar 2011 und Bericht vom 24. März 2011 berichtete Dr. G.\_\_\_\_ über eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), sowie einen Status nach invasivem duktalem Mammakarzinom (Erstdiagnose September 2008) rechts. Die aktuelle depressive Episode bestehe seit Januar 2011 im Rahmen der Überforderung an der neuen Arbeitsstelle. Dr. G.\_\_\_\_ erachtete die Versicherte seit 17. Januar 2011 als zu 100% arbeitsunfähig (act. G1.4 in BV 2017/4, vgl. act. G27.13 in BV 2017/4). Mit Bericht vom 27. März 2014 schilderte Dr. G.\_\_\_\_ den Verlauf der psychischen Erkrankung gegenüber der IV-Stelle des Kantons St. Gallen und hielt unter anderem fest, die Versicherte habe, nachdem sie sich von einer depressiven Episode, die von April bis September 2010 gedauert habe (Arbeitsunfähigkeit 100%), langsam erholt gehabt habe, eine äusserst anstrengende Stelle bei der I.\_\_\_\_ angenommen. Sie habe sich, nachdem ihr Dr. E.\_\_\_\_ eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert habe, erneut in die Arbeit gestürzt. Leider habe sie diese schwere Arbeit wegen einer erneuten depressiven Episode nicht ausüben können. Die Kränkung durch die Kündigung habe sie in eine tiefe Depression geworfen. Sie sei vom 17. Januar bis 22. August 2011 zu 100%, danach zu 50% arbeitsunfähig gewesen. Seit 7. Februar 2014 bestehe wieder eine Arbeitsunfähigkeit von 100% (IV-act. 64). Die behandelnden Ärzte des Brustzentrums des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) berichteten am 17. September 2014, es bestehe aktuell kein Hinweis für ein Rezidiv des invasiv duktales Mammakarzinoms oder ein kontralaterales Zweitkarzinom, die additive endokrine Therapie werde gestoppt (IV-act. 80-14 f.). Am 6. Mai 2015 beurteilten sie, aus onkologischer Sicht bestehe keine Arbeitsunfähigkeit. Sie hätten seit der Diagnose nie Stellung genommen zur Arbeitsfähigkeit bzw. hätten keine Arbeitsunfähigkeit nach Abschluss der Erstbehandlung attestiert. Die körperliche Belastbarkeit sei für schwere und mittelschwere Tätigkeiten eingeschränkt (IV-act. 84). Im Auftrag der IV-Stelle des Kantons St. Gallen wurde die Versicherte durch Dr. med. K.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, abgeklärt. In ihrem Gutachten vom 13. Oktober 2015 hielt diese als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit rezidivierende depressive Episoden, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11), fest. In der angestammten sowie einer adaptierten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 bis 60%. Bei Behandlungsbeginn bei Dr. G.\_\_\_\_ im Jahr 2009 habe eine leichte depressive Symptomatik im Sinne einer Anpassungsstörung bestanden. Dementsprechend sei nachvollziehbar, dass keine psychopharmakologische Behandlung durchgeführt und keine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei. Eine gesicherte psychiatrische Arbeitsunfähigkeit bestehe seit 24. Januar 2011 (act. G7.18). Die IV-Stelle sprach der Versicherten am 12. Juli 2016 mit Wirkung ab 1. Juli 2012 eine halbe Invalidenrente sowie eine Kinderrente zu (act. G7.3, vgl. act. G7.2, 7.4). Nachdem die Versicherte entsprechende Anträge auf Invalidenleistungen der beruflichen Vorsorge gestellt hatte, verneinten die J.\_\_\_\_, die PK

B.\_\_\_\_ und die D.\_\_\_\_ ihre Leistungspflicht mit Schreiben vom 11. August 2016, 12. September 2016 bzw. 7. Februar 2017 (act. G1.2, G1.12 und G1.14 in BV 2017/4). Mit Entscheid vom 27. Februar 2018 (BV 2017/4) wies das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen die von der Versicherten gegen die J.\_\_\_\_ erhobene Klage ab. In den Erwägungen hielt es fest, die massgebliche Arbeitsunfähigkeit sei erstmals während des Vorsorgeverhältnisses mit der beigeladenen PK B.\_\_\_\_ eingetreten und der zeitliche Zusammenhang sei bis zum Eintritt der Invalidität nicht unterbrochen worden (act. G1.2). Die Versicherte ersuchte die PK B.\_\_\_\_ mit Schreiben vom 14. März 2018, ihr mitzuteilen, ob sie den Gerichtsentscheid im Ergebnis akzeptiere, wonach sie für die Ausrichtung der Pensionskassenleistungen zuständig sei (act. G1.3). Die B.\_\_\_\_ PK führte am 16. März 2018 aus, sie werde nicht gegen das Urteil vom 27. Februar 2018 vorgehen. Sie erachte sich jedoch weiterhin nicht als leistungspflichtig (act. G1.4). Auf erneute Nachfrage der Versicherten (act. G1.5) teilte ihr die PK B.\_\_\_\_ am 26. März 2018 mit, sie akzeptiere ihre Leistungspflicht nicht (act. G1.6). Am 20. April 2018 reichte die Versicherte (nachfolgend: Klägerin) die vorliegende Klage gegen die PK B.\_\_\_\_ (nachfolgend: Beklagte) ein. Sie beantragte darin, die Beklagte sei zu verpflichten, ihr die PK-Renten samt Prämienbefreiung im Umfang von 50% nach Ablauf der Krankentaggeldleistungen durch die Krankentaggeldversicherung L.\_\_\_\_, spätestens ab Februar 2013 samt 5% Zins ab 1. April 2018, zu bezahlen. Die Beklagte sei zu verpflichten, ihren Versicherungsausweis per Februar 2013 auszuhändigen, aus dem die damals versicherten PK-Leistungen ersichtlich seien; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G1). Die Beklagte beantragte am 14. August 2018 die vollumfängliche Abweisung der Klage; unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Sie brachte vor, während der Versicherungszeit bei ihr sei keine psychische Gesundheitsschädigung von Relevanz eingetreten. Seit Januar 2009 sei die Klägerin nicht mehr bei ihr versichert gewesen. Der sachliche und zeitliche Konnex seien zudem zu verneinen. Sie legte einen Versicherungsausweis per Austritt am 1. Januar 2009 bei, ein solcher für Februar 2013 sei nicht ausstellbar (act. G7). In ihrer Replik vom 5. November 2018 hielt die Klägerin grundsätzlich an ihren Rechtsbegehren fest. Sie brachte vor, sie sei seit 2. April 2009, also noch in der Nachversicherungszeit der Beklagten, aus psychischen Gründen arbeitsunfähig gewesen. Das Vorsorgeverhältnis bei der Beklagten habe frühestens am 30. April 2009 aufgehört (act. G14). Sie reichte diverse medizinische Akten ein, unter anderem Arbeitsunfähigkeitsatteste von Dr. G.\_\_\_\_ und einen Bericht der behandelnden Ärzte des Brustzentrums des KSSG vom 11. Oktober 2018 (act. G14.1.2, G14.1.4). Mit Duplik vom 31. Januar 2019 hielt die Beklagte an ihrem Antrag fest (act. G20). Die Verfahrensleitung zog die IV-Akten der Klägerin und die Akten des Verfahrens BV 2017/4 bei und gewährten den Parteien das Einsichtsrecht (Schreiben vom 23. März 2020, act. G 23), welches diese nicht wahrnahmen. Erwägungen Gemäss Art. 73 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG; SR 831.40) bezeichnet jeder Kanton ein Gericht, das als letzte kantonale Instanz über Streitigkeiten u.a. zwischen Vorsorgeeinrichtungen und Anspruchsberechtigten entscheidet. Im Kanton St. Gallen ist nach Art. 65 Abs. 1 lit. e bis des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege (VRP; sGS 951.1) das Versicherungsgericht zuständig für Streitigkeiten nach Art. 73 BVG. Gerichtsstand ist nach Art. 73 Abs. 3 BVG der Sitz oder Wohnsitz des Beklagten oder der Ort des Betriebes, bei dem der Versicherte angestellt wurde. Vorliegend ist die örtliche Zuständigkeit des angerufenen Versicherungsgerichts zu bejahen, weil die Beklagte ihren Sitz im Kanton St. Gallen hat. Da auch sämtliche übrigen prozessualen Voraussetzungen erfüllt sind, ist auf die Klage einzutreten. Zwischen den

Parteien umstritten und vorliegend zu prüfen ist der Anspruch der Klägerin auf eine Invalidenrente gegenüber der Beklagten. Nach Art. 23 lit. a BVG hat (im Obligatoriumsbereich) Anspruch auf Invalidenleistungen der beruflichen Vorsorge, wer im Sinne der Invalidenversicherung (IV) zu mindestens 40 % invalid ist und bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, versichert war. Nach Art. 24 Abs. 1 BVG setzt der Anspruch auf eine volle Invalidenrente eine mindestens 70%-ige Invalidität im Sinn der IV voraus (lit. a). Eine Dreiviertelsrente kommt zur Ausrichtung bei mindestens 60%-iger Invalidität (lit. b). Eine halbe Rente wird bei mindestens hälftiger Invalidität (lit. c) und eine Viertelsrente bei mindestens 40%-iger Invalidität ausgerichtet (lit. d). Der Invaliditätsgrad richtet sich laut Art. 4.1.1 des Reglements der Beklagten (gültig ab 1. Januar 2008) nach der invaliditätsbedingten Einkommenseinbusse. Die Beklagte stützt sich dabei auf die Entscheide der Eidgenössischen Invalidenversicherung und des Unfallversicherers über Vorliegen und Grad der Invalidität. Im überobligatorischen Bereich kann die Beklagte von diesem Entscheid abweichen, sofern der Entscheid durch den Vertrauensarzt der Beklagten mit einem Gutachten gestützt wird (act. G7.21). Die Invalidenleistungen nach BVG werden von derjenigen Vorsorgeeinrichtung geschuldet, bei der die ansprechende Person bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, versichert war. Der Anspruch setzt einen engen zeitlichen und sachlichen Zusammenhang zwischen der Arbeitsunfähigkeit, die während des Vorsorgeverhältnisses (einschliesslich Nachdeckungsfrist nach Art. 10 Abs. 3 BVG) bestanden hat, und der allenfalls erst später eingetretenen Invalidität voraus ( BGE 134 V 20 E. 3.2). Der sachliche Konnex ist gegeben, wenn der Gesundheitsschaden, der zur Arbeitsunfähigkeit geführt hat, im Wesentlichen derselbe ist, wie er der Erwerbsunfähigkeit zugrunde liegt ( BGE 138 V 409 E. 6.2). Er kann auch gegeben sein, wenn die bei noch bestehender Versicherungsdeckung eingetretene Arbeitsunfähigkeit somatisch, die Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung begründende, allenfalls auch berufsvorsorgerechtliche Leistungen auslösende Invalidität jedoch psychisch bedingt ist. Notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung hierfür ist, dass das psychische Leiden sich schon während des Vorsorgeverhältnisses manifestierte und das Krankheitsgeschehen erkennbar mitprägte (vgl. etwa Urteile des Bundesgerichts vom 12. November 2015, 9C\_115/2015, E. 2.2; vom 11. August 2015, 9C\_58/2015, E. 2.2; vom 26. März 2013, 9C\_484/2012, E. 4.4, je mit Hinweisen). Die zeitliche Konnexität setzt voraus, dass zwischen der früheren Arbeitsunfähigkeit und der späteren Invalidität bzw. deren Verschlimmerung keine längere Periode der Arbeitsfähigkeit liegt. Dabei sind die gesamten Umstände des Einzelfalls zu würdigen, namentlich die Art des Gesundheitsschadens, dessen prognostische ärztliche Beurteilung und die Beweggründe, welche die versicherte Person zur Wiederaufnahme der Arbeit veranlassten (BGE 123 V 264 f. E. 1c, 120 V 117 ff. E. 2c/aa f. mit Hinweisen). Zu den für die Beurteilung des zeitlichen Konnexes relevanten Umständen zählen auch die in der Arbeitswelt nach aussen in Erscheinung tretenden Verhältnisse, wie etwa die Tatsache, dass ein Versicherter über längere Zeit hinweg als voll vermittlungsfähiger Stellensuchender Taggelder der Arbeitslosenversicherung bezieht (Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; ab 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 26. Mai 2003, B 100/02, E. 4.1, und vom 18. Oktober 2006 B 18/06, E. 4.2.1 in fine mit Hinweisen). Für Zeiträume ohne formal ausgewiesene Arbeitsunfähigkeit darf eine solche nur angenommen werden, wenn besondere Umstände vorliegen. Hierbei ist auch die Eigenart des gesundheitlichen Geschehens massgebend (Urteil des Bundesgerichts vom 9. November 2016, 9C\_142/2016,

E. 7.1). Der zeitliche Zusammenhang kann auch bei einer länger als drei Monate dauernden Tätigkeit gewahrt sein, wenn eine dauerhafte berufliche Wiedereingliederung unwahrscheinlich war, etwa weil die Tätigkeit (allenfalls auch erst im Rückblick) als Eingliederungsversuch zu werten ist (BGE 134 V 20, E. 3.2.1; Urteil des Bundesgerichts vom 9. November 2016, 9C\_142/2016, E. 3.2). Die Klägerin war seit 1. August 2008 bei der Beklagten versichert (act. G7.7). Umstritten und vorerst zu klären ist, bis wann diese Versicherungsunterstellung dauerte. Die Beklagte macht geltend, der Versicherungsschutz sei Ende Dezember 2008 ausgelaufen, während die Klägerin davon ausgeht, bis Ende April 2009 versichert gewesen zu sein (act. G7, G14). Die C. \_\_\_ AG hatte mit der Klägerin einen befristeten "Stundenlohn Arbeitsvertrag" abgeschlossen und diesen mehrfach verlängert (act. G7.6 ff.). Mit Schreiben vom 6. Februar 2009 kündigte die Arbeitgeberin das Arbeitsverhältnis per 31. März 2009 (act. G7.9). Die Risikovorsorge bleibt während eines Monats nach Auflösung des Arbeitsverhältnisses bestehen, falls der Versicherte nicht vorher ein neues Arbeits- bzw. Vorsorgeverhältnis antritt (Art. 2.4.1 des Vorsorgereglements der Beklagten, gültig ab 1. Januar 2008; act. G7.21, Art. 10 Abs. 3 BVG). Bei einer Kündigung per 31. März 2009 entspricht dies grundsätzlich einer Versicherungsdeckung bis 30. April 2009. Die C. \_\_\_ AG führte in ihrem Schreiben vom 21. Januar 2009 aus, durch die Verlängerung des Arbeitsvertrages sei das "Stundenlohn-Arbeitsverhältnis" rechtlich in eine Festanstellung umgewandelt worden. Die Klägerin habe damit Anspruch auf eine Lohnfortzahlung bei Verhinderung an der Arbeitsleistung infolge Krankheit. Für die krankheitsbedingte Abwesenheit in den Monaten Mai bis und mit Oktober 2008 ergebe sich ein Anspruch von Fr. 2'091.--, welcher der Klägerin anfangs Februar 2009 nachgezahlt werde (act. G7.12). Wie die Beklagte zu Recht geltend macht (act. G7) und sich aus dem IK-Auszug ergibt, erhielt die Klägerin neben dieser Zahlung im Jahr 2009 kein Einkommen der C. \_\_\_ AG (act. G7.13). Dies ändert jedoch nichts daran, dass die Klägerin bis Ende April 2009 dort angestellt war. Auch der Kündigungsgrund - eine interne Umstrukturierung im Januar 2009 (vgl. act. G7.10) - liess das Versicherungsverhältnis entgegen der Ansicht der Beklagten (act. G7) nicht früher enden. Dies, zumal es bei der Beendigung des Vorsorgeverhältnisses durch Auflösung des Arbeitsverhältnisses nicht auf die effektive Arbeitsniederlegung, sondern ausschliesslich auf die rechtliche Beendigung ankommt. Unerheblich ist, ob der tatsächliche Dienstaustritt schon früher erfolgt ist (Jürg Brechbühl/Maya Geckeler Hunziker, in: Jacques-André Schneider/Thomas Geiser/Thomas Gächter, Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, BVG und FZG, 2. Aufl. 2019, Art. 10 N 17). Gemäss Art. 2.4.1 des Vorsorgereglements der Beklagten (act. G7.21) erfolgt der Austritt aus der Pensionskasse grundsätzlich mit der Beendigung des Arbeitsverhältnisses, sofern kein Vorsorgefall eingetreten ist, oder wenn der Mindestlohn gemäss BVG voraussichtlich dauernd unterschritten wird (vgl. auch Art. 10 Abs. 2 lit. c BVG). Dieser Mindestlohn betrug im relevanten Zeitraum der Anstellung bei der Arbeitgeberin Fr. 18'990.-- pro Jahr (vgl. Art. 7 Abs. 1 BVG in der Fassung vom 1. August 2008). Der Lohn entspricht dem massgebenden Lohn nach dem Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG; SR 831.10). Der Bundesrat kann Abweichungen zulassen (Art. 7 Abs. 2 BVG). Laut Art. 3 Abs. 1 lit. b der Verordnung über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVV2; SR 831.441.1) kann die Vorsorgeeinrichtung in ihrem Reglement vom massgebenden Lohn der AHV abweichen, indem sie den koordinierten Jahreslohn zum Voraus aufgrund des letzten bekannten Jahreslohnes bestimmt; sie muss dabei die für das laufende Jahr bereits vereinbarten

Änderungen berücksichtigen. Die Beklagte machte von dieser Möglichkeit Gebrauch und hielt in Art. 3.1.1 lit. b ihres Vorsorgereglements fest, bei schwankendem Einkommen entspreche der massgebende Jahreslohn für die Leistungen bei Invalidität und Tod dem letzten Jahreslohn bzw. dem branchenüblichen durchschnittlichen Jahreslohn, falls keine Erfahrungswerte bekannt seien. Ist der Versicherte weniger als ein Jahr lang beim Arbeitgeber beschäftigt, gilt laut Art. 3.1.1 lit. c des Reglements der Beklagten als Jahreslohn der Lohn, den er bei ganzjähriger Beschäftigung erzielen würde (act. G7.21). Vorliegend lag der Jahreslohn 2008 über dem Mindestlohn gemäss Art. 7 Abs. 1 BVG (vgl. IK-Auszug, aufgerechnet auf das ganze Jahr; act. G7.13). Es erfolgte somit kein Versicherungsaustritt vor Ende der Kündigungsfrist. Nach dem Gesagten war die Klägerin vom 1. August 2008 bis 30. April 2009 der Beklagten unterstellt. Wie sich nachfolgend ergibt, wäre selbst bei einem Versicherungsende per 31. Dezember 2008, bzw. einer Nachdeckungsfrist bis 31. Januar 2009, von einer Leistungspflicht der Beklagten auszugehen. Weiter umstritten ist der Zeitpunkt des Eintritts der invalidisierenden Arbeitsunfähigkeit und mithin die Frage, ob und gegebenenfalls bei welcher Vorsorgeeinrichtung die Klägerin zu diesem Zeitpunkt im Rahmen der beruflichen Vorsorge versichert gewesen ist. Die Beklagte war im Beschwerdeverfahren BV 2017/4 des Versicherungsgerichts St. Gallen mit identischer Klägerin Beigeladene. Der rechtskräftige Entscheid vom 27. Februar 2018 (vgl. act. G1.2) entfaltet gegenüber der Beigeladenen insofern Bindungswirkung, als sie diesen im vorliegenden Verfahren gegen sich gelten zu lassen hat (vgl. Entscheid des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 28. Februar 2013, BV.2012.00056, E. 1.1.2, abrufbar unter [www.sozialversicherungsgericht.zh.ch](http://www.sozialversicherungsgericht.zh.ch), Rechtsprechung). Dies gilt jedoch ausschliesslich für den dispositivmässig festgehaltenen Entscheid, nicht die Erwägungen, soweit sie zur Auslegung des Dispositivs nicht notwendig sind bzw. keinen Dispositivcharakter haben (vgl. Katja Meili, Die rechtlichen Wirkungen der Beiladung, in: Ueli Kieser/Miriam Lendfers [Hrsg.], Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2019, S. 225 f.). Die Feststellungen im Entscheid BV 2017/4 sind somit für die Beigeladene nicht bindend, soweit sie über die Verneinung der Leistungspflicht der damaligen Beklagten (die J.\_\_\_\_) hinausgehen. Da sich der Sachverhalt und die rechtliche Situation seit dem damaligen Entscheid des Versicherungsgerichts jedoch nicht erheblich verändert haben, kann dennoch im Wesentlichen auf diesen verwiesen werden. Wie im genannten Entscheid ausgeführt (E. 5.1), hatte die Klägerin anamnestic erstmals im Jahr 2003 infolge der Erkrankung ihrer Tochter an einer depressiven Episode bzw. einer Anpassungsstörung gelitten, hatte sich aber nicht in psychiatrische Behandlung begeben und war darauf wieder arbeitstätig (act. G7.13, G7.15). Im September 2008, während die Klägerin bei der Beklagten vorsorgeversichert war, wurde bei ihr ein invasiv duktales Mammakarzinom rechts festgestellt. Nach diversen somatischen Behandlungen von November 2008 bis September 2009 erfolgte eine adjuvante endokrine Therapie mit Tamoxifen (bis September 2014; IV-act. 80-14 f.). Trotz kaum aktenkundiger echtzeitlicher Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit für 2008/2009 ist gesamthaft betrachtet davon auszugehen, dass die Klägerin aufgrund der Therapien spätestens ab November 2008 (als eine Sentinel Lymphodektomie rechts durchgeführt worden war) aus somatischer Sicht für ihre angestammte Tätigkeit zu mindestens 20% (Erheblichkeitsgrenze; vgl. Bundesamt für Sozialversicherung, Mitteilungen über die berufliche Vorsorge, Nr. 44, Rz 258 mit Hinweis auf das Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 7. Oktober 1998, B 48/97) arbeitsunfähig war (vgl. dazu ausführlich den Entscheid des Versicherungsgerichts

BV 2017/4, E. 5.1). Ab Dezember 2008, mithin nur wenige Monate nach der Diagnose des Mammakarzinoms und während der Versicherung bei der Beklagten, wurde die Klägerin von Dr. med. M.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, psychotherapeutisch betreut. Im April 2009 wechselte sie aus sprachlichen Gründen zu Dr. G.\_\_\_\_ (act. G7.15, S. 3). Dr. G.\_\_\_\_ führte von Anfang an eine antidepressive Medikation ein (IV-act. 64-2). Gemäss Dr. G.\_\_\_\_ hatten die behandelnden Onkologen immer über die depressive Antriebs- und Stimmungslage berichtet und der Klägerin nahegelegt, sich mit dem Sozialdienst des KSSG in Verbindung zu setzen (IV-act. 64-2). Sowohl Dr. K.\_\_\_\_ als auch Dr. G.\_\_\_\_ und Dr. E.\_\_\_\_ brachten die psychische Erkrankung sodann in einen Zusammenhang mit der Diagnose und der Behandlung des Mammakarzinoms, im Sinne einer damals aufgetretenen Exazerbation der psychischen Beschwerden (IV-act. 64, act. G7.15, G7.18, vgl. auch den Bericht des Brustzentrums des KSSG vom 11. Oktober 2018; act. G14.1.4). Zudem ergibt sich auch aus dem von Dr. G.\_\_\_\_ erstellten Auszug aus der Krankengeschichte, dass die Krebserkrankung nebst den Sorgen um die behinderte Tochter als Ursache für die psychischen Beschwerden im Vordergrund stand (act. G7.17). Entgegen den Ausführungen der Beklagten (act. G7) ist damit davon auszugehen, dass das psychische Leiden sich schon während des Vorsorgeverhältnisses mit der Beklagten manifestierte und das Krankheitsgeschehen erkennbar mitprägte, auch wenn in einer ersten Phase lediglich eine somatisch bedingte Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde. Obwohl bis zum März 2009 keine echtzeitlichen Berichte über eine psychiatrische Beeinträchtigung aktenkundig sind, ergibt sich aus den genannten medizinischen Akten, dass die Klägerin seit Dezember 2008 in psychiatrischer (und seit September 2008 in somatischer) Behandlung war und ihre psychische Beeinträchtigung ein wesentlicher Anteil am gesamten Gesundheitsschaden hatte. Mit Schreiben vom 6. September 2010 hielt Dr. G.\_\_\_\_ zudem fest, die Klägerin sei seit Dezember 2008 arbeitsunfähig. Aus rein psychiatrischer Sicht erachte sie sie als zu 50% arbeitsunfähig (act. G27.2 in BV 2017/4). Die Tatsache, dass die Klägerin erst ab 3. August 2009 Krankentaggelder erhielt (vgl. act. G7.19), spricht zudem nicht gegen eine zuvor bereits bestehende (Teil-)Arbeitsunfähigkeit (vgl. die diesbezügliche Argumentation der Beklagten; act. G7, Ziff. 21.3). Umstritten ist weiter der sachliche Zusammenhang. Dr. K.\_\_\_\_ führte in ihrem Gutachten vom 13. Oktober 2015 aus, es sei mit hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass 2009 eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion im Rahmen einer psychosozialen Belastungssituation (ICD-10: F43.21) aufgetreten sei, welche nicht habe kompensiert werden können. Unter der Berücksichtigung der Angaben der Klägerin, dass sie bereits seit dem Jahr 2003 unter hoher psychischer Belastung gelitten habe, wäre eine Anpassungsstörung auch einige Jahre früher einzuordnen. Im Zusammenhang mit der Krebserkrankung und deren innerpsychischer Fehlverarbeitung schienen die psychosozialen Kompensationsstrategien nicht mehr ausreichend gewesen zu sein, so dass eine allmähliche Symptomverstärkung und -ausweitung eingesetzt habe, welche schliesslich zu der Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode habe führen müssen. Dies, da die feststellbare Symptomatik im Ausprägungsgrad und im zeitlichen Verlauf schliesslich über eine Anpassungsstörung hinausgegangen sei und eine andere nosologische Kategorie mit eigenständiger Krankheitswertigkeit (depressive Störung) erfüllt habe. Erst seit Anfang 2011 sei die Symptomatik so ausgeprägt und entspreche einer depressiven Störung gemäss ICD-10: F33.11 (act. G7.18, S. 11 f.). Bei Anpassungsstörungen handelt es sich um Zustände von subjektiver Bedrängnis und emotionaler Beeinträchtigung, die im Allgemeinen soziale Funktionen und Leistungen behindern und während des Anpassungsprozesses nach einer

entscheidenden Lebensveränderung oder nach belastenden Lebensereignissen auftreten. Die Anzeichen sind unterschiedlich und umfassen depressive Stimmung, Angst, Sorge oder eine Mischung von diesen. Hervorstechendes Merkmal kann eine kurze oder längere depressive Reaktion oder eine Störung anderer Gefühle und des Sozialverhaltens sein. Beim vorherrschenden Erscheinungsbild "längere depressive Reaktion" (ICD-10: F43.21) liegt ein leichter depressiver Zustand als Reaktion auf eine länger anhaltende Belastungssituation vor, der zwei Jahre aber nicht überschreitet (Horst Dilling/Harald J. Freyberger [Hrsg.], Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen, 5. Aufl. 2010, S. 175 ff.). Vor diesem Hintergrund ist nachvollziehbar, dass bei der Klägerin vorerst (seit Ende 2008 bzw. Anfang 2009) eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion vorlag. Dies unter dem Aspekt der erkrankten Tochter und der eigenen Krebserkrankung der Klägerin. Nach einer allmählichen Verschlechterung des psychischen Zustandsbilds ging die Anpassungsstörung im Jahr 2010 in rezidivierende depressive Störungen über. Dr. E.\_\_\_\_ hielt in seinem Gutachten vom 15. Juni 2010 eine leichte bis mittelgradige depressive Episode mit somatischen Symptomen fest (act. G7.15). Am 21. Februar 2011 berichtete Dr. G.\_\_\_\_ sodann erstmals über eine rezidivierende depressive Störung (act. G1.4 in BV 2017/4). In ihrem Gutachten vom 13. Oktober 2015 hielt Dr. K.\_\_\_\_ als Diagnosen rezidivierende depressive Episoden, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11), fest (act. G7.18). Gestützt darauf sprach die IV-Stelle der Klägerin am 12. Juli 2016 mit Wirkung ab 1. Juli 2012 eine halbe Invalidenrente zu (vgl. act. G7.3 f., G7.18). Der sachliche Zusammenhang ist damit zu bejahen. Weiter zu prüfen ist der zeitliche Zusammenhang. Wie bereits im Entscheid vom 27. Februar 2018 (BV 2017/4, E. 6.1) ausgeführt, lässt sich aufgrund der vorliegenden Akten nicht abschliessend beurteilen, wie lange die Klägerin aus somatischen Gründen arbeitsunfähig war. Die gegenüber Dr. K.\_\_\_\_ angegebene einjährige Arbeitsunfähigkeit bis September 2009 (act. G7.18, S. 5) ist jedoch anhand der vorhandenen Akten und mit Blick auf die von 3. August bis 28. September 2009 ausbezahlten Taggelder nachvollziehbar (IV-act. 84, act. G7.19; vgl. dazu ausführlich den genannten Entscheid). Von Januar 2009 bis April 2010 bezog die Klägerin eine Arbeitslosenentschädigung (vgl. act. G7.13). Der Anspruch auf Arbeitslosentaggelder setzt zwar eine Vermittlungs- und damit eine Arbeitsfähigkeit voraus. Dennoch hat ein solcher Bezug nicht die gleiche Bedeutung wie eine tatsächliche Arbeitstätigkeit. Die Klägerin war während des Bezugs von Arbeitslosentaggeldern auch nicht im Zwischenverdienst tätig oder besuchte Eingliederungsprogramme. Zudem war sie weiterhin bei Dr. G.\_\_\_\_ in Behandlung (act. G7.17). Es kann damit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer Arbeitsfähigkeit von mehr als 80% ausgegangen werden. Jedenfalls bis Ende September 2009 war sie trotz Bezug von Arbeitslosentaggeldern nachweislich mindestens teilweise arbeitsunfähig und bezog im August und September 2009 Krankentaggelder (act. G7.19). Auf eine trotz fehlender echtzeitlicher ärztlicher Atteste weiterhin andauernde (teilweise) Arbeitsunfähigkeit von Oktober 2009 bis April 2010 deutet auch die Aussage von Dr. G.\_\_\_\_ gegenüber Dr. K.\_\_\_\_ hin, wonach die Phasen der Remission der depressiven Erkrankung jeweils nur kurzdauernd gewesen seien (vgl. act. G7.18, S. 11). Am 6. September 2010 führte Dr. G.\_\_\_\_ gar aus, die Klägerin sei seit Dezember 2008 arbeitsunfähig (vgl. Sachverhalt A.c des Entscheids des Versicherungsgerichts vom 27. Februar 2018, BV 2017/4). Die Klägerin selbst gab bei ihrer IV-Anmeldung vom 11. Januar 2012 an, seit September 2008 bis auf weiteres arbeitsunfähig zu sein (IV-act. 11). Dr. E.\_\_\_\_ attestierte der Klägerin zwar erst ab 22. April 2010 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, hatte aber nicht Kenntnis aller Vorakten und hielt

selbst fest, er könne den Zustand der Klägerin und ihre Arbeitsfähigkeit in der Vergangenheit nicht objektiv beurteilen (act. G7.15, S. 5). Im Zeitraum vom 22. April 2010 bis 31. August 2010 war die Klägerin sodann unbestritten sowie aktenmässig ausgewiesen zu 100% arbeitsunfähig und erhielt Krankentaggelder der Swica (vgl. Sachverhalt A.a des Entscheids des Versicherungsgerichts vom 27. Februar 2018, BV 2017/4, act. G14.1.2). Dr. E.\_\_\_\_ beurteilte in seinem Gutachten vom 15. Juni 2010, unter den von ihm empfohlenen therapeutischen Massnahmen sei mit der Wiederherstellung der vollen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit ab 1. September 2010 zu rechnen (act. G7.15, S. 5). Da die Klägerin in der Folge trotz Zuweisung durch Dr. G.\_\_\_\_ keine stationäre Therapie durchführte (act. G1.4 in BV 2017/4), kann nicht davon ausgegangen werden, die durch Dr. E.\_\_\_\_ prognostizierte 100%ige Arbeitsfähigkeit per 1. September 2010 sei eingetreten. Dr. G.\_\_\_\_ attestierte der Klägerin bis zum 14. Oktober 2010 weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100% (G27.2 in BV 2017/4, act. G14.1.2, vgl. E. 6.1 im Entscheid BV 2017/4). Dr. K.\_\_\_\_ ging zwar erst ab Januar 2011 von einer gesicherten Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht aus, merkte aber an, das damals ausgeübte 100% Pensum bei der I.\_\_\_\_ wäre der Klägerin rein theoretisch nicht mehr zumutbar gewesen (act. G7.18, S. 17). Zudem hatte sie sich entsprechend dem Auftrag der IV-Stelle auf die Beurteilung des Zeitraumes nach der IV-Anmeldung konzentriert und hatte keine umfassende Aktenkenntnis (insbesondere betreffend Arbeitsunfähigkeit im Jahr 2010; vgl. act. G7.18, S. 2 f.). Dies ist insbesondere deshalb relevant, weil Dr. K.\_\_\_\_ sich aufgrund nur spärlicher und ungenauer Information der Klägerin stark auf die Aktenlage hat stützen müssen (vgl. IV-act. 95). Bei den drei je nur ein- bis zweimonatigen erwerblichen Tätigkeiten der Klägerin zwischen Mai und Dezember 2010 ist sodann von Arbeitsversuchen auszugehen (vgl. act. G7.13). Dasselbe gilt für die Tätigkeit bei der I.\_\_\_\_ vom 15. November 2010 bis 3. Februar 2011, wobei der letzte Arbeitstag bereits am 21. Januar 2011 war (act. G1.3, G1.5, G5 in BV 2017/4). Die Klägerin war befristet angestellt worden (act. G1.3 in BV 2017/4). Nachdem sie mangels Erbringens der geforderten Leistungen in eine andere Abteilung versetzt worden war und auch dort die gestellten Anforderungen nicht hatte erfüllen können, wurde ihr noch innerhalb der Probezeit gekündigt (act. G1.5 in BV 2017/4). Dr. G.\_\_\_\_ berichtete am 14. März 2011, die Klägerin habe sich nach der depressiven Episode vom April bis September 2010 kaum erholt gehabt und eine über das Zumutbare anstrengende Arbeit angenommen, was erneut zur psychischen und physischen Erschöpfung geführt habe. Die Kündigung der Arbeitsstelle habe sie gekränkt und noch mehr deprimiert (act. G1.4). Am 27. März 2014 hielt Dr. G.\_\_\_\_ fest, die Klägerin habe nach der depressiven Episode im Jahr 2010 eine äusserst anstrengende Stelle bei der I.\_\_\_\_ angenommen. Sie habe die von ihr empfohlene psychosomatische Rehabilitation nicht annehmen wollen und habe sich, nachdem ihr Dr. E.\_\_\_\_ eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert habe, erneut in die Arbeit gestürzt. Leider habe sie diese schwere körperliche Arbeit trotz Einnahme von Antidepressiva und ressourcenorientierten Gesprächen wegen einer erneuten depressiven Episode nicht ausüben können. Die Kündigung der I.\_\_\_\_ habe sie wieder in eine tiefe Depression geworfen (IV-act. 64). Auch Dr. K.\_\_\_\_ bezeichnete die Tätigkeit bei der I.\_\_\_\_ als Arbeitsversuch (act. G7.18, S. 3). Diese war somit nicht geeignet, den zeitlichen Konnex zwischen der im September 2008 eingetretenen Arbeitsunfähigkeit und der späteren Invalidität zu unterbrechen. Ab 17. Januar 2011 war die Klägerin sodann unbestritten durchgehend (teil)arbeitsunfähig (act. G1.4 in BV 2017/4, G7.18, IV-act. 64, 71, 77) und erhielt ab 1. Juli 2012 eine halbe Rente der Invalidenversicherung (act. G7.3). Der zeitliche und sachliche Zusammenhang wurden damit zwischen der während des

Versicherungsverhältnisses mit der Beklagten eingetretenen Arbeitsunfähigkeit und dem Eintritt der Invalidität nicht unterbrochen. Die Leistungspflicht der Beklagten ist zu bejahen. Weitere medizinische Abklärungen erübrigen sich. Gemäss Art. 4.1.1 f. des Reglements der Beklagten entspricht der Grad der Invalidität dem von der IV festgestellten Invaliditätsgrad (act. G7.21). Die Berechnung des Invaliditätsgrads durch die IV-Stelle wurde von den Parteien nicht in Frage gestellt und ist nach Lage der Akten nicht zu beanstanden. Der Anspruch entsteht laut Art. 4.1.2 lit. c Satz 1 des genannten Reglements mit dem Rentenbeginn der IV, frühestens jedoch nach Beendigung der Lohnfortzahlung oder Erschöpfung allfälliger Taggeldansprüche aus der Lohnausfallversicherung. Die Rechtsprechung hat festgehalten, dass die Wartezeit von sechs Monaten des Art. 29 Abs. 1 IVG auch in der (obligatorischen) beruflichen Vorsorge zu beachten sei und der Anspruch nicht bereits mit einem allfälligen früheren Ablauf der Wartezeit nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG beginne (BGE 140 V 470 E. 3.2 f.; vgl. auch die vom Bundesamt für Sozialversicherungen herausgegebenen Mitteilungen über die Berufliche Vorsorge Nr. 107 vom 12. August 2008). Die IV-Stelle sprach der Klägerin nach Ablauf der Wartezeit von sechs Monaten ab 1. Juli 2012 bei einem Invaliditätsgrad von 50% eine halbe Invalidenrente zu (act. G7.3). Folglich hat die Klägerin gegenüber der Beklagten grundsätzlich ab 1. Juli 2012 einen Anspruch auf eine Invalidenrente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 50%. Aus den Akten ergibt sich jedoch nicht eindeutig, ob die Klägerin in diesem Zeitpunkt noch Krankentaggelder erhielt und deshalb keinen Anspruch auf eine Rente hatte (gemäss Antrag der Klägerin Krankentaggeldzahlungen bis Januar 2013; vgl. act. G1). Die Beklagte wird dies prüfen und den Rentenbeginn (Ende des Taggeldanspruchs oder 1. Juli 2012) festlegen müssen. Gemäss Art. 5.1.2 lit. b des Reglements der Beklagten tritt für einen teilweise invaliden Versicherten eine teilweise Beitragsbefreiung ein. Der Grad der Beitragsbefreiung entspricht dabei der Invalidenrentenberechtigung (in Bruchteilen der Vollrente). Bezüger von Invalidenrenten haben ab Beendigung der Beitragspflicht Anspruch auf eine beitragsfreie Weiterführung der Risiko- und Altersvorsorge im bisherigen Umfang. Bei Teilinvalidität wird der Versicherte dem Beschäftigungsgrad entsprechend als Aktiver und dem Invaliditätsgrad entsprechend als Invaliden betrachtet (Art. 4.1.2 lit. d und e des genannten Reglements; act. G7.21). Entsprechend dem Invaliditätsgrad von 50% hat die Klägerin Anspruch auf Beitragsbefreiung. Den Beginn und die Höhe wird die Beklagte noch zu ermitteln haben. Der Verzugszinssatz beträgt 5% (Art. 104 Abs. 1 des Bundesgesetzes betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches [OR; SR 220]) und die Leistungspflicht besteht gestützt auf Art. 105 Abs. 1 OR ab dem Datum der Klageerhebung vom 20. April 2018 (act. G1). Praxisgemäss sind die kantonalen Berufsvorsorgegerichte nicht gehalten, die Rentenberechnung detailliert vorzunehmen, sondern es reicht aus, wenn sie nur dem Grundsatz nach über den Leistungsanspruch entscheiden und die Sache zur Ermittlung des Rentenbetrags an die zuständige Vorsorgeeinrichtung überweisen. Dies hat das Bundesgericht insbesondere mit Hinweis auf die Gebote der Einfachheit und Raschheit des Verfahrens nach Art. 73 Abs. 2 BVG begründet, wobei es auch die Nähe zum Sozialversicherungsprozess betont hat (BGE 129 V 450 E. 3.4). Die Sache ist damit zur Festsetzung der Rentenbeträge, des Rentenbeginns und des Beginns und der Höhe der Prämienbefreiung an die Beklagte zu überweisen. Nach dem Gesagten ist die Klage insofern gutzuheissen, als die Klägerin gegenüber der Beklagten Anspruch auf eine Invalidenrente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 50%, zuzüglich Zins von 5% seit 20. April 2018, hat. Die Sache ist zur Rentenberechnung, zur Festlegung des

Anspruchsbeginns und des Beginns und der Höhe der Prämienbefreiung an die Beklagte zu überweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 73 Abs. 2 BVG). Dem Verfahrensausgang entsprechend sind der obsiegenden Klägerin in Anwendung von Art. 98 Abs. 1 und Art. 98 bis des st. gallischen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege (VRP; sGS 951.1) die Parteikosten von der unterliegenden Beklagten zu erstatten. Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen spricht in BVG-Prozessen gestützt auf Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung (HonO; sGS 963.75 in der vorliegend anwendbaren, seit 1. Januar 2019 gültigen Fassung, siehe Art. 30 bis HonO) bei vollem Obsiegen regelmässig eine pauschale Entschädigung zwischen Fr. 1'500.-- und Fr. 15'000.-- zu. In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betraute Versicherungen haben keinen Anspruch auf Parteientschädigung (vgl. BGE 118 V 169 f. E. 7). Der entsprechende Antrag der Beklagten (vgl. act. G7, G20) ist abzuweisen. Da die Gerichtsschreiberin verhindert ist, wird der Entscheid für diese stellvertretend von einem mitwirkenden Richter unterzeichnet (Art. 39 ter Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Klage wird insofern gutgeheissen, als die Klägerin gegenüber der Beklagten Anspruch auf eine Invalidenrente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 50%, zuzüglich Zins von 5% seit 20. April 2018, hat. Die Sache wird zur Rentenberechnung und Festlegung des Anspruchsbeginns an die Beklagte überwiesen. Der Klägerin wird im Sinn der Erwägungen die Prämienbefreiung gewährt. Die Sache wird zur Ermittlung des Beginns und der Höhe der Prämienbefreiung an die Beklagte überwiesen. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. Die Beklagte wird verpflichtet, der Klägerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. Der Antrag der Beklagten auf eine Parteientschädigung wird abgewiesen.

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