

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2021.00025

vom 8. Mai 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-05-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_BV.2021.00025

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2021.00025 du 8 mai 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2021.00025 del 8 maggio 2022

Erwägungen

E. 1.1

Nach Art.

E. 1.2

Nach Art. 24 Abs. 1 BVG hat der Versicherte Anspruch auf eine volle Invalidenrente, wenn er im Sinne der Invalidenversicherung mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn er mindestens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn er mindestens zur Hälfte und auf eine Viertelsrente, wenn er mindestens zu 40 % invalid ist. Gemäss Abs. 1 von Art. 26 BVG gelten für den Beginn des Anspruchs auf Invalidenleistungen sinngemäss die entsprechenden Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (Art. 29 des Bundesgesetz es

über die Invalidenversicherung, IVG). Die Invalidenleistungen nach BVG werden von derjenigen Vorsorgeeinrichtung geschuldet, welcher die den Anspruch erhebende Person bei Eintritt des versicherten Ereignisses angeschlossen war. Im Bereich der obligatorischen beruflichen Vorsorge fällt dieser Zeitpunkt nicht mit dem Eintritt der Invalidität nach IVG, sondern mit dem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit zusammen, deren Ursache zur Invalidität geführt hat (vgl. Art. 23 BVG). Auf diese Weise wird dem Umstand Rechnung getragen, dass die versicherte Person meistens erst nach einer längeren Zeit der Arbeitsunfähigkeit (nach einer Wartezeit von einem Jahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit . b IVG in Verbindung mit Art. 26 BVG) invalid wird. Damit nämlich 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 unterstanden hat (BGE 123 V 262 E. 1b, 121 V 97 E. 2a, 120 V 112 E. 2b, je mit Hinweisen). 1. 3

Anspruch auf Invalidenleistungen haben gemäss Art. 23 BVG Personen, die im Sinne der Invalidenversicherung zu mindestens 40 % invalid sind und bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, versichert waren. Nach Art. 23 BVG versichertes Ereignis ist 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. Diese wörtliche Auslegung steht in Einklang mit Sinn und Zweck der Bestimmung, nämlich denjenigen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern Versicherungsschutz angedeihen zu lassen, welche nach einer längeren Krankheit aus dem Arbeitsverhältnis ausscheiden und erst später invalid werden. Für eine

einmal aus während der Versicherungsdauer aufgetretene Arbeitsunfähigkeit geschuldete Invalidenleistung bleibt die Vorsorgeeinrichtung somit leistungspflichtig, selbst wenn sich nach Beendigung des Vorsorgeverhältnisses der Invaliditätsgrad ändert. Entsprechend bildet denn auch der Wegfall der Versicherteneigenschaft kein Erlösungsgrund (Art. 26 Abs. 3 BVG e contrario ; BGE 123 V 262 E. 1a, 118 V 35 E. 5). 1. 4

Art. 23 BVG kommt auch die Funktion zu, die Haftung mehrerer Vorsorgeeinrichtungen gegeneinander abzugrenzen, wenn eine in ihrer Arbeitsfähigkeit bereits beeinträchtigte versicherte Person ihre Arbeitsstelle (und damit auch die Vorsorgeeinrichtung) wechselt und ihr später eine Rente der Invalidenversicherung zugesprochen wird. Der Anspruch auf Invalidenleistungen nach Art. 23 BVG entsteht in diesem Fall nicht gegenüber der neuen Vorsorgeeinrichtung, sondern gegenüber derjenigen, welcher die Person im Zeitpunkt des Eintritts der invalidisierenden Arbeitsunfähigkeit angehörte. Damit eine Vorsorgeeinrichtung, der eine Arbeitnehmerin oder ein Arbeitnehmer beim Eintritt der Arbeitsunfähigkeit angeschlossen war, für das erst nach Beendigung des Vorsorgeverhältnisses eingetretene Invaliditätsrisiko aufzukommen hat, ist indes erforderlich, dass zwischen Arbeitsunfähigkeit und Invalidität ein enger sachlicher und zeitlicher Zusammenhang besteht (BGE 130 V 270 E. 4.1). In sachlicher Hinsicht liegt ein solcher Zusammenhang vor, wenn der der Invalidität zu Grunde liegende Gesundheitsschaden im Wesentlichen derselbe ist, der zur Arbeitsunfähigkeit geführt hat. Sodann setzt die Annahme eines engen zeitlichen Zusammenhangs voraus, dass die versicherte Person nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit nicht während längerer Zeit wieder arbeitsfähig wurde. Die frühere Vorsorgeeinrichtung hat nicht für Rückfälle oder Spätfolgen einer Krankheit einzustehen, die erst Jahre nach Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit eintreten. Demnach darf nicht bereits eine Unterbrechung des zeitlichen Zusammenhangs angenommen werden, wenn die Person bloss für kurze Zeit wieder an die Arbeit zurückgekehrt ist. Ebenso wenig darf die Frage des zeitlichen Zusammenhangs zwischen Arbeitsunfähigkeit und Invalidität in schematischer (analoger) Anwendung der Regeln von Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) beurteilt werden, wonach eine anspruchsbefördernde Verbesserung der Erwerbsfähigkeit in jedem Fall zu berücksichtigen ist, wenn sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich andauern wird. Zu berücksichtigen sind vielmehr die gesamten Umstände des konkreten Einzelfalles, namentlich die Art des Gesundheitsschadens, dessen prognostische ärztliche Beurteilung und die Beweggründe, die die versicherte Person zur Wiederaufnahme der Arbeit veranlasst haben (BGE 123 V 262 E. 1c, 120 V 112 E. 2c/aa und 2c/bb mit Hinweisen). 1. 5

Das Erfordernis des sachlichen und zeitlichen Konnexes als Kriterium für die Leistungspflicht einer Vorsorgeeinrichtung spielt nicht nur dann eine Rolle, wenn ein Versicherter aus einer Vorsorgeeinrichtung aus- und in eine neue eintritt, sondern gilt in jedem Fall, also auch dann, wenn ein Versicherter während der Dauer der Versicherteneigenschaft arbeitsunfähig und später invalid wird (beziehungsweise sich der Invaliditätsgrad erhöht), ohne zuvor nochmals in eine neue Vorsorgeeinrichtung eingetreten zu sein. Der sachliche Konnex ist dann gegeben, wenn der Gesundheitsschaden, der zur Arbeitsunfähigkeit geführt hat, auch Ursache für den Eintritt der Invalidität oder der Erhöhung des Invaliditätsgrades ist. Dieses Erfordernis geht aus Art. 23 BVG hervor. Der zeitliche Konnex ist zu bejahen, wenn die Arbeitsunfähigkeit des Versicherten nicht durch eine Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit unterbrochen wird (Urteil des Eidgenössischen

Versicherungsgerichts B 64/99 vom 6. Juni 2001, E. 5a).

1. 6

Die Vorsorgeeinrichtungen sind im Bereich der gesetzlichen Mindestvorsorge (Art. 6 BVG) an die Feststellungen der Organe der Invalidenversicherung gebunden, soweit die invalidenversicherungsrechtliche Betrachtungsweise aufgrund einer gesamthaften Prüfung der Akten nicht als offensichtlich unhaltbar erscheint. Die Bindungswirkung entfällt, wenn die Vorsorgeeinrichtung nicht (spätestens) ins Vorbescheidverfahren (Art. 73ter IVV) einbezogen und ihr die Rentenverfügung formgültig eröffnet wurde (Urteil des Bundesgerichts 9C_81/2010 vom 16. Juni 2010 E. 3.1, mit Hinweisen). 2. 2.1

Der Kläger beantragte in seiner Klage (Urk. 1), die Beklagte sei zu verpflichten, ihm ab April 2014 Leistungen aus dem Vertrag Nr. A.____ gemäss Verfügung der Invalidenversicherung vom 2. November 2017 zu erbringen.

Im Rahmen der Replik (Urk. 12) machte der Kläger insbesondere geltend, dass die volle Invalidität am 16. Januar 2012 eingetreten und der nach dem fraglichen Ereignis erfolgte Austritt mit Transfer der Leistungen an die Rendita ungültig sei (S. 2 oben) . Es handle sich um einen Transfer mit Zweckentfremdung, welcher ungültig sei, so dass die Freizügigkeitsleistung an die Beklagte zurück transferiert werden müsse (S. 5 oben). Im Zeitpunkt des Vorsorgeverhältnisses bei der Beklagten mit Vertrag A.____

sei eine volle Invalidität durch das Hüftleiden aufgetreten . Der Zusammenhang zum ersten Vorsorgevertrag mit der Beklagten sei gegeben, es handle sich um dieselbe Hüfte. Das Hüftleiden habe sich mit dem Autofahren im zweiten BVG-Verhältnis mit der Beklagten verschlechtert (S. 9). Er habe eine sehr gute Anstellung im Aussendienst gehabt. Beim täglichen Autofahren seien die Schmerzen indessen immer stärker geworden, bis er zu 100 % arbeitsunfähig geworden sei (S. 3 Mitte). Der Kläger hielt zudem fest, dass die Leistungen der Profond auf der Burnout Erkrankung (ab August 2008) beruhten und mit der Verfügung der Invalidenversicherung vom 2. November 2017 und mit der neuen Leistungspflicht per April 2014 nichts zu tun hätten (S. 2 Mitte).

Mit zusätzlicher Stellungnahme vom 29. September 2021 (Urk. 17) hielt der Kläger fest, dass die Freizügigkeitsleistung der Profond an die Beklagte für die zukünftige Rente gedacht gewesen sei. So schreibe die Profond im Brief vom 26. August 2016, dass er von der Beklagten ebenfalls noch eine Altersrente erhalten sollte (S. 2 oben). Die Verschlechterung habe während des Arbeitsverhältnisses mit der Z.____ AG stattgefunden (S. 3 Mitte) . 2.2

Demgegenüber hielt die Beklagte in der Klageantwort (Urk. 6) fest, dass der Kläger per 30. September 2012 aus dem Vorsorgeverhältnis im Anschlussvertrag B.____ der Z.____ AG ausgetreten sei . Mangels eines neuen Arbeitsverhältnisses sei seine Freizügigkeitsleistung an die Rendita Vorsorgeeinrichtung überwiesen worden . Deshalb könne aus dem Vorsorgeverhältnis

B.____ keine Altersleistung geltend gemacht werden (S. 4 unten). Vielmehr habe der Kläger gegenüber der Rendita einen Anspruch auf Auszahlung des Guthabens (S. 6 oben). 2.3

Strittig und zu prüfen ist demnach , ob der Kläger gegenüber der Beklagten Anspruch auf Leistungen der beruflichen Vorsorge aus dem Anschlussvertrag B.____ hat. 3. 3.1

In Bezug auf den Sachverhalt ergibt sich zusammenfassend , dass im

Zeitraum 2000 bis 2012 über die beiden Arbeitgeber

Y.____ AG und Z.____ AG drei verschiedene

Vorsorgeverhältnisse bestanden, zwei davon mit der Beklagten, jedoch aus verschiedenen Anschlussverträgen.

Die Y.____ AG war bis Ende 2007 der Beklagten mit Vertrag C.____ angeschlossen. Ab Januar 2008 war die Y.____ AG bei der Profond Vorsorgeeinrichtung

berufsvorsorgeversichert. Per Ende Februar 2009 endete das Arbeitsverhältnis des Klägers mit der Y.____ AG und ab April 2011 (bis Ende März 2012) arbeitete der Kläger für die Z.____ AG.

Letztere war mit Vertrag B.____

bei der Beklagten versichert.

Betreffend gesundheitliche Beeinträchtigungen sind beim Kläger insbesondere ein Hüftleiden sowie psychische Probleme bekannt. 3.2

Ab April 2000 richtete die Beklagte dem Kläger aus Vertrag C.____

eine 50%ige Invalidenrente

aufgrund eines Hüftleidens (Coxarthrose) aus.

Ab Mai 2008 führte ein Burnout respektive eine Erschöpfungsdepression zu einer Arbeitsunfähigkeit des Klägers. Die Profond Vorsorgeeinrichtung

richtete dem Kläger auf der Basis seiner Anstellung von 50 % von August 2008 bis April 2010 eine

ganze Invalidenrente

sowie ab 1. Mai 2010 eine halbe Rente aus.

Nach einer Verschlechterung des Hüftleidens erhöhte die Beklagte die Invaliditätsleistungen aus Vertrag C.____ per April 2014 auf 75 %. 3.3

Nach dem Gesagten ergibt sich, dass dem Kläger ab April 2014 Invaliditätsleistungen aus beruflicher Vorsorge von insgesamt 100 % ausgerichtet wurden (75 % seitens der Beklagten aus Vertrag C.____ aufgrund des Hüftleidens sowie 25 % [50 % von 50 %] seitens der Profond

aufgrund von psychischen Beschwerden).

Aus dem Vertrag B.____ richtet die Beklagte dem Kläger keine Leistungen aus. 3.4

Der Sachverhalt erscheint aufgrund der vorliegenden Akten klar. Der seitens der Beklagten beantragte Beizug der Akten der Invalidenversicherung wie auch der Profond Vorsorgeeinrichtung (vgl. Urk. 6 S. 6) ist somit nicht erforderlich. 4. 4.1

Der Kläger machte in der Replik geltend, dass im Zeitpunkt des Vorsorgeverhältnisses bei der Beklagten mit Vertrag A.____ eine volle Invalidität durch das Hüftleiden aufgetreten sei. Der Zusammenhang zum ersten Vorsorgevertrag mit der Beklagten sei gegeben, es handle sich um dieselbe Hüfte. Das Hüftleiden habe sich mit dem Autofahren im zweiten BVG-Verhältnis mit der Beklagten verschlechtert (vgl. vorstehend E. 2.1). 4.2

Dazu ist festzuhalten, dass

die Vorsorgeeinrichtung

für eine einmal während der Versicherungsdauer aufgetretene Arbeitsunfähigkeit geschuldete Invalidenleistung leistungspflichtig

bleibt, selbst wenn sich nach Beendigung des Vorsorgeverhältnisses der Invaliditätsgrad ändert (vgl. vorstehend E. 1.3).

Während des ersten Vorsorgeverhältnisses mit der Beklagten (Vertrag C.____) trat beim Kläger ein Hüftleiden (Coxarthrose) auf. In der Folge richtete die Beklagte dem Kläger aus diesem Vorsorgeverhältnis ab April 2000 eine 50%ige Invalidenrente aus.

Beim Burnout, welches ab Mai 2008 zu einer Arbeitsunfähigkeit des Klägers führte, handelte es sich um eine neue Krankheitsursache. Die psychischen Beeinträchtigungen traten im Zeitpunkt der Versicherung bei der Profond

Vorsorgeeinrichtung auf. Da der sachliche Zusammenhang zum ersten Invaliditätsfall fehlte, war die Profond für daraus folgende Invaliditätsleistungen zuständig.

Ab 2011 verschlechterte sich das Hüftleiden des Klägers. Sowohl der sachliche als auch der zeitliche Konnex

zum ersten Invaliditätsfall sind gegeben.

Der Gesundheitsschaden, der zur Arbeitsunfähigkeit und anschliessend zur Invalidität geführt hat (Hüftleiden), ist auch Ursache für die Erhöhung des Invaliditätsgrades.

Zudem wurde die Arbeitsunfähigkeit des Klägers nicht durch eine Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit unterbrochen (vgl. vorstehend E. 1.4 und E. 1.5). Wie der Kläger selbst geltend machte, handelt es sich um eine Verschlechterung desselben Hüftleidens. Somit blieb die Beklagte für das Hüftleiden nach wie vor aus dem ersten Anschlussvertrag C.____ zuständig, obwohl die Verschlechterung erst nach Beendigung dieses Vorsorgeverhältnisses eintrat.

Der Kläger hielt wiederholt fest, dass die gesundheitliche Verschlechterung am 16. Januar 2012 eingetreten sei (vgl.

Urk.

E. 1.3

Ab April 2011 arbeitete der Versicherte in einem Pensum von 50 % für die Z.____ AG, welche mit Vertrag B.____ bei der AXA Stiftung Berufliche Vorsorge versichert war (vgl. Beilage 3 zu Urk. 2/2). Per Ende März 2012 wurde das Arbeitsverhältnis aufgelöst (vgl. Austrittsmeldung, Urk. 7/7). Die AXA Stiftung Berufliche Vorsorge nahm den Austritt des Versicherten per 20. September 2012 vor und überwies die Austrittsleistung aus diesem Vorsorgeverhältnis an die Rendita Freizügigkeitsstiftung (vgl. Austrittsabrechnung, Urk. 7/8).

Aufgrund einer Verschlechterung des Hüftleidens erhöhte die Invalidenversicherung die bisherige Dreiviertelsrente per April 2014 auf eine ganze Rente (Verfügung vom 2. November 2017, Urk. 7/4). Entsprechend erhöhte die AXA Stiftung Berufliche Vorsorge ihre Invalidenrente aus Vertrag C.____

per April 2014 ebenfalls (auf 75 %; vgl. Leistungsabrechnung vom 26. April 2018, Urk. 7/5).

Im September 2016 erreichte der Versicherte das ordentliche Rentenalter.

2.

Mit Eingabe vom 13. April 2021 (Urk. 1) erhob der Versicherte Klage gegen die AXA Stiftung Berufliche Vorsorge und beantragte, diese sei zu verpflichten gemäss Verfügung der Invalidenversicherung vom 2. November 2017 Leistungen ab April 2014 aus dem Vertrag Nr. A.____ zu erbringen.

Die AXA Stiftung Berufliche Vorsorge schloss in ihrer Klageantwort vom 17. Juni 2021 (Urk.

E. 6

) auf Abweisung der Klage.

Mit Replik vom 26. Juli 2021 (Urk. 12) hielt der Kläger an seinem Antrag fest. Auch die Beklagte hielt mit Duplik vom 10. September 2021 (Urk. 15) an ihrem Antrag fest. Mit Eingabe vom 29. September 2021 nahm der Kläger erneut Stellung (Urk. 17).

. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 10

des Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG) beginnt die obligatorische Versicherung mit dem Antritt des Arbeitsverhältnisses, für Bezüger von Taggeldern der Arbeitslosenversicherung mit dem Tag, für den erstmals eine Arbeitslosenentschädigung ausgerichtet wird (Abs. 1). Die Versicherungspflicht endet, wenn das ordentliche Rentenalter erreicht, das Arbeitsverhältnis aufgelöst oder der Mindestlohn unterschritten wird oder der Anspruch auf Taggelder der Arbeitslosenversicherung wegen des Ablaufs der Rahmenfrist endet: vorbehalten bleibt Art. 8 Abs. 3 BVG (Abs. 2). Für die Risiken Tod und Invalidität bleibt der Arbeitnehmer während eines Monats nach Auflösung des Vorsorgeverhältnisses bei der bisherigen Vorsorgeeinrichtung versichert; wird vorher ein neues Vorsorgeverhältnis begründet, so ist die neue Vorsorgeeinrichtung zuständig (Abs. 3).

E. 12

S. 2 oben,

Urk.

E. 17

- Bundesamt für Sozialversicherungen 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetz über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen,

soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GräubNeuenschwander-Erni

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