



Fall-Nr.:	BV 2009/9
Stelle:	Versicherungsgericht
Rubrik:	BV - berufliche Vorsorge
Publikationsdatum:	06.09.2019
Entscheiddatum:	05.01.2011

Entscheid Versicherungsgericht, 05.01.2011

Art. 23 BVG. Art. 41 Abs. 2 BVG: Abklärung der Frage, ob der Kläger aufgrund einer Verschlechterung seines Gesundheitszustandes, welche zur Ausrichtung einer Rente der Invalidenversicherung führte, auch höhere Leistungen gegenüber der beklagten Pensionskasse hat. Lohnmässige Modalitäten der Berechnung der Invalidenrente (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 5. Januar 2011, BV 2009/9). Präsident Martin Rutishauser, Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Marie Löhner; Gerichtsschreiber Walter Schmid
Entscheid vom 5. Januar 2011 in Sachen H.____, Kläger, vertreten durch Rechtsanwalt lic. oec. Hans Schmidt, Weinbergstrasse 29, 8006 Zürich, gegen ASGA Pensionskasse, Rosenbergstrasse 16, Postfach, 9001 St. Gallen, Beklagte, vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Marta Mozar, Seestrasse 6, Postfach 1544, 8027 Zürich, betreffend Invalidenrente
Sachverhalt:

A.

A.a H.____ (nachfolgend: Versicherter) war vom 1. September 1999 bis 30. Juni 2004 bei der A.____ als Hilfsisolierer beschäftigt und ab dem 1. Januar 2002 bei der ASGA Pensionskasse, St. Gallen (nachfolgend: Pensionskasse) vorsorgeversichert. Ab dem 24. Juni 2003 war der Versicherte insbesondere aufgrund eines chronischen lumbovertebralen Schmerzsyndroms in seiner bisherigen, körperlich anstrengenden Tätigkeit arbeitsunfähig (vgl. Bescheinigungen Dr. med. B.____, Allgemeine Medizin FMH; IV-act. 1-2/5, 12-2/36f, 12-14/36). Ausgehend von der Unzumutbarkeit der bisherigen Tätigkeit bzw. einer Arbeitsfähigkeit (ganztags) in einer angepassten Tätigkeit errechnete die IV-Stelle einen IV-Grad von 30 % und lehnte einen Rentenanspruch mit Verfügung vom 29. Oktober 2004 ab (vgl. act. G 7.1/8). Die Verfügung erwuchs in Rechtskraft. Die Pensionskasse richtete dem Versicherten



St.Galler Gerichte

gestützt hierauf ab 1. Juli 2004 eine Invalidenrente auf der Basis eines IV-Grads von 30 % aus (30 % von Fr. 10'613.--; act. G 7.1/3-5).

A.b Eine Verschlechterung des Gesundheitszustands führte in der Folge zur Ausrichtung einer Viertelsrente der Invalidenversicherung ab 1. Juni 2006 auf der Basis eines IV-Grads von 40 % und einer ganzen Rente ab 1. September 2006 bei einem IV-Grad von 100 % (Verfügungen vom 12. Juni 2008, act. G 7.1/11, IV-act. 65; vgl. auch IV-act. 58). Auf entsprechendes Begehren des Rechtsvertreters des Versicherten hin erklärte die Pensionskasse mit Schreiben vom 12. Mai 2009, sie halte an der bereits am 4. Juli 2008 geäusserten Ablehnung einer Leistungspflicht für die Invaliditätsgrad-Erhöhung auf 1. Juni bzw. 1. September 2006 (keine Übernahme der Erwerbsunfähigkeit aufgrund der seit Mai 2006 bestehenden psychischen Probleme; act. G 1.2) fest (act. G 7.1/12).

B.

B.a Mit Eingabe vom 10. August 2009 liess der Versicherte durch Rechtsanwalt lic. oec. Hans Schmidt, Zürich, Klage gegen die Pensionskasse erheben mit den Anträgen, diese sei zu verpflichten, ab dem 1. September 2006 eine ganze BVG-Rente auszurichten. Ausserdem sei die Rente anhand des im Jahr 2002 erzielten Einkommens von Fr. 77'253.--, festzusetzen. Die IV-Akten seien zum Verfahren beizuziehen. Zur Begründung führte der Rechtsvertreter unter anderem aus, im Jahr 2006 habe sich keine neue Erkrankung unabhängig vom Schmerzgeschehen gebildet, sondern es sei zu einer Verschlimmerung des bestehenden somatischen Leidens gekommen, das auf dem Röntgenbild sichtbar gewesen sei. Die jahrelang quälenden Schmerzen hätten zu einer Verschlechterung des im Juni 2003 ausgebrochenen Gesundheitsschadens geführt. Der erforderliche zeitliche und sachliche Konnex sei erfüllt. Die Berechnung der Invalidenrente richte sich nach den Regeln der Berechnung für die Altersrente. Basis für die Berechnung sei der koordinierte Lohn des dem Risikoeintritt vorangegangenen Kalenderjahrs, weshalb zur Berechnung sowohl der 30 %-Rente als auch der ganzen Rente auf das Einkommen des Jahres 2002 von Fr. 77'253.-- abzustellen sei. Mit der Klage werde daher auch eine Erhöhung der aktuell noch ausbezahlten 30%igen Rente beantragt. Die Beklagte habe fälschlicherweise das Jahreseinkommen 2003 herangezogen.



B.b In der Klageantwort vom 14. Oktober 2009 beantragte Rechtsanwältin lic. iur. Marta Mozar für die Beklagte Abweisung der Klage, unter Entschädigungsfolgen. Zur Begründung legte sie unter anderem dar, die Beklagte habe die Invalidenrente (30 %) gestützt auf den letzten Versicherungsausweis des Klägers vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit, also jenen per 1. Januar 2003, ermittelt. Für das Jahr 2003 habe der von der Arbeitgeberin gemeldete Lohn Fr. 60'800.--, ohne Spesen und Zulagen, betragen. Aufgrund dieses Lohns habe eine jährliche Invalidenrente bei Vollinvalidität von Fr. 10'613.-- bzw. von jährlich Fr. 3'183.60 beim gegebenen IV-Grad von 30 % resultiert. Seit Mai 2006 sei der Kläger aus psychischer Sicht zu 100 % arbeitsunfähig. Aus somatischer Sicht sei der Gesundheitszustand dagegen unverändert geblieben. Es sei nirgends eine während der Versicherungszeit bei der Beklagten eingetretene psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Bei der Anpassungsstörung handle es sich um ein eigenständiges psychiatrisches Leiden. Im Bereich des Überobligatoriums sei die Beklagte ohnehin nicht zu einer Erhöhung der Rentenleistungen verpflichtet (Art. 3 Abs. 2 der Zusatzbestimmungen für die überobligatorische Vorsorge; act. G 7.1/2). Im Bereich der BVG-minimalen Leistungen wäre sie nur dann verpflichtet, für den erhöhten IV-Grad aufzukommen, wenn der sachliche Zusammenhang zur ursprünglich eingetretenen Arbeitsunfähigkeit gegeben wäre. Es sei aber nicht erstellt, dass eine untrennbare Verbindung zwischen der durch das somatische Leiden bewirkten Arbeitsunfähigkeit und der die Erhöhung des IV-Grads bewirkenden Anpassungsstörung bestehe. Eine Leistungspflicht der Beklagten über den IV-Grad von 30 % hinaus komme auch im Bereich der BVG-minimalen Leistungen nicht in Betracht.

B.c Der Rechtsvertreter des Klägers verzichtete auf eine Replik (act. G 9). Das Versicherungsgericht zog die Akten der Invalidenversicherung bei den Sozialversicherungsanstalten des Kantons Aargau und des Kantons Zürich bei. Die Parteien verzichteten auf eine Stellungnahme dazu (act. G 12-18).

B.d Mit Schreiben vom 10. September 2010 (act. G 21) gelangte das Versicherungsgericht mit einer Anfrage betreffend die Höhe des Erwerbseinkommens 2003 an die ehemalige Arbeitgeberin des Klägers. Die Anfrage wurde mit Schreiben vom 20. Oktober 2010 (act. G 23) beantwortet. Die Rechtsvertreterin der Beklagten



äusserte sich am 2. November 2010 dazu (act. G 25). Der Rechtsvertreter des Klägers verzichtete auf eine Stellungnahme (act. G 26).

Erwägungen:

1.

1.1 Anspruch auf Invalidenleistungen gemäss Art. 23 des Bundesgesetzes über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG; SR 831.40) in der bis 31. Dezember 2004 in Kraft gewesenen Fassung haben Personen, die im Sinn der Invalidenversicherung zu mindestens 50 % invalid sind und bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, versichert waren. Laut dem am 1. Januar 2005 in Kraft getretenen Art. 23 lit. a BVG besteht bereits bei einer Invalidität von mindestens 40 % Anspruch auf Invaliditätsleistungen. Nach Art. 24 Abs. 1 BVG (in Kraft seit 1. Januar 2005) 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 gewährt (lit. d). Das Kassenreglement der Beklagten (gültig ab 1. Januar 2003; act. G 7.1/2) geht in Art. 25 Ziff. 2 von einem umfassenderen Invaliditätsbegriff aus als die Invalidenversicherung (vgl. dazu Hans-Ulrich Stauffer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum BVG, 2. Auflage, 2006, S. 50f.), indem eine Erwerbsunfähigkeit bejaht wird, wenn die versicherte Person durch ärztlichen Befund objektiv nachweisbar ganz oder teilweise ihren Beruf oder eine andere ihrer Lebensstellung, ihren Kenntnissen und Fähigkeiten angemessene Erwerbstätigkeit nicht mehr ausüben kann bzw. wenn sie im Sinn der IV invalid ist. Bei teilweiser Invalidität werden die für Vollinvalidität festgesetzten Leistungen in der Höhe gewährt, die dem Invaliditätsgrad entsprechen. Leistungen werden bereits ab einem IV-Grad von 25 % gewährt. Ein IV-Grad von $66 \frac{2}{3}$ % oder mehr begründet Anspruch auf die volle Leistung. Für den IV-Grad und die Leistungsausrichtung ist die Verfügung der IV massgeblich (Art. 25 Ziff. 3 des Kassenreglements).

1.2 Die Beklagte richtete dem Kläger in Anwendung der erwähnten Reglementsbestimmungen gestützt auf den von Seiten der IV in der Verfügung vom 29.



Oktober 2004 errechneten IV-Grad von 30 % (vgl. act. G 7.1/8) eine Teilrente von 30 % ab 1. Juli 2004 aus. Hierbei ging sie von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 24. Juni 2003 bis 30. Juni 2004 (bisherige Tätigkeit) und einer Erwerbsunfähigkeit von 30 % ab 1. Juli 2004 aus (act. G 7.1/3). Streitig ist, ob der Kläger auf Grund der Verschlechterung seines Gesundheitszustands ab Mai 2006, welche zur Ausrichtung einer Viertelsrente der Invalidenversicherung ab 1. Juni 2006 auf der Basis eines IV-Grads von 40% und zu einer ganzen Rente ab 1. September 2006 bei einem IV-Grad von 100 % führte (act. G 7.1/11), auch Anspruch auf höhere Leistungen gegenüber der Beklagten hat. Das nach Art. 23 BVG versicherte Ereignis knüpft an den Eintritt der relevanten Arbeitsunfähigkeit an, unabhängig davon, in welchem Zeitpunkt und in welchem Umfang daraus ein Anspruch auf Invalidenleistungen entsteht. Für eine einmal geschuldete Invalidenleistung aus Arbeitsunfähigkeit, die während der Versicherungsdauer aufgetreten ist, bleibt die Vorsorgeeinrichtung leistungspflichtig, selbst wenn sich nach Beendigung des Vorsorgeverhältnisses der Invaliditätsgrad ändert; dies unabhängig davon, wie viel Zeit zwischen dem ersten Rentenbezug und der Verschlimmerung der Invalidität verstrichen ist (vgl. SZS 1997, 549 Erw. 3b und 559 Erw. 3). Beruht die Erhöhung des Invaliditätsgrads auf derselben Ursache wie die ursprüngliche Invalidität, ist die ursprüngliche Vorsorgeeinrichtung zur Leistungserbringung zuständig, selbst wenn ein neues Vorsorgeverhältnis besteht (SZS 1995, 467 Erw. 3; BGE 123 V 262 Erw. 1a). Hat hingegen eine neue Ursache zur Erhöhung des Invaliditätsgrads geführt, ist nicht die frühere Vorsorgeeinrichtung leistungspflichtig, sondern die nachfolgende. Die Leistungspflicht aufgrund einer neuen Ursache kann bei bereits eingetretener Leistungspflicht einer Vorsorgeeinrichtung dazu führen, dass zwei Teilinvalidenrenten zwei Vorsorgeeinrichtungen ausgerichtet werden. Besteht im Zeitpunkt der zusätzlichen rentenrelevanten Arbeitsunfähigkeit aus neuem gesundheitlichem Grund kein Vorsorgeverhältnis mehr, erfolgen keine zusätzlichen Leistungen aus der zweiten Säule (H.-U. Stauffer, Berufliche Vorsorge, Basel 2005, Rz 758; Isabelle Vetter-Schreiber, Berufliche Vorsorge, Zürich 2005, S. 90). Unter Arbeitsunfähigkeit (im Sinn von Art. 23 BVG) 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.



Vetter-Schreiber, a.a.O., S. 89 mit Hinweisen auf die höchstrichterliche Rechtsprechung).

1.3 In BGE 134 V 20 Erw. 3.2 bestätigte das Bundesgericht, dass der sachliche Konnex zu bejahen sei, wenn der Gesundheitsschaden, der zur Arbeitsunfähigkeit geführt habe, von der Art her im Wesentlichen derselbe sei, der der Erwerbsunfähigkeit zugrunde liege. In der (früheren) einschlägigen Rechtsprechung war teilweise festgehalten worden, es sei nicht erforderlich, dass zwischen dem (psychischen und/ oder körperlichen) Gesundheitsschaden, welcher während eines bestimmten Arbeitsverhältnisses eine Arbeitsunfähigkeit bewirke und der späteren (invalidisierenden) Verschlimmerung des Leidens ein adäquater Kausalzusammenhang bestehe; eine Wechselwirkung im Sinn einer natürlichen Kausalität genüge (vgl. z.B. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 14. Juni 2004 i/S Personalvorsorge-Stiftung S./M. [B 111/02], Erw. 2.2.2 mit Hinweisen). Gemäss einem Hinweis in SZS 2005, 550, fand in der zuständigen Kammer des damaligen EVG eine Diskussion statt, ob die in SZS 2003, 361 verwendete Formulierung, wonach der sachliche Zusammenhang zwischen dem während des Vorsorgeverhältnisses eingetretenen Gesundheitsschaden (damals: Osteoporose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) und der nach Beendigung des Vorsorgeverhältnisses eingetretenen Invalidität (damals: psychische Erkrankung) zu verneinen sei, wenn "sich aus den Akten keinerlei Hinweise auf eine Wechselwirkung der beiden Erkrankungen ergeben", nicht mehr zu verwenden sei. In diesem Kontext wurde auch erwogen, den im erwähnten Urteil vom 14. Juni 2004 (B 111/02) Erw. 2.2.2 enthaltenen Begriff der "natürlichen Kausalität" zu vermeiden. Von einer eigentlichen (inhaltlichen) Praxisänderung kann dabei aber nicht ausgegangen werden. Vielmehr handelt es sich soweit ersichtlich um eine blosser Formulierungsanpassung ohne eigentliche inhaltliche Auswirkung. So hielt das Bundesgericht denn auch unter anderem im Urteil vom 29. Januar 2007 i/S K. [B 46/06] fest, der sachliche Zusammenhang könne auch gegeben sein, wenn die bei noch bestehender Versicherungsdeckung eingetretene Arbeitsunfähigkeit somatisch, die Anspruch auf eine Rente der IV begründende, allenfalls auch berufsvorsorgerechtliche Leistungen auslösende Invalidität jedoch psychisch bedingt sei. Notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung hierfür sei, dass das psychische Leiden sich schon während des Vorsorgeverhältnisses manifestiert und das



Krankheitsgeschehen erkennbar mitgeprägt habe. Hierbei verwies das Bundesgericht auf das Urteil des EVG vom 21. Januar 2005 i.S B. (B 32/03; vgl. erwähntes Urteil B 46/06 Erw. 3.3). In einem weiteren Urteil erkannte das Bundesgericht sodann, dass ein psychisches Leiden mit Krankheitswert und Auswirkungen auf das Leistungsvermögen während des streitigen Vorsorgeverhältnisses erkennbar in Erscheinung getreten sein müsse (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 26. Februar 2008 i/S J. [9C_772/2007] Erw. 4.2). Der entsprechende Beweis ist durch echtzeitliche Belege (Arztzeugnisse) zu leisten (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 5. Januar 2009 [9C_967/2008] Erw. 3 und 5.2) und darf nicht durch nachträgliche Annahmen und spekulative Überlegungen ersetzt werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 11. Juni 2008 [9C_96/2008] Erw. 2.2). Von dieser Rechtsprechung ist nachstehend auszugehen.

1.4 Der Nachweis des Eintritts einer berufsvorsorgerechtlich relevanten Arbeitsunfähigkeit hat nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu erfolgen (SZS 2003, 438). Hinsichtlich des Beweiswerts von Arztberichten 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 begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten. Was Parteigutachten anbelangt, rechtfertigt der Umstand allein, dass eine ärztliche Stellungnahme von einer Partei eingeholt und in das Verfahren eingebracht wird, nicht Zweifel an ihrem Beweiswert (BGE 125 V 351 Erw. 3b).

2.

2.1 Der Kläger war bei Beginn der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache vorerst zum Invaliditätsgrad von 30 % ab Juli 2004 führte, der beklagten Pensionskasse angeschlossen. Der Beklagten wurden die Verfügungen vom 12. Juni 2008 (IV-Grade von 40 % ab Juni 2006 und von 100 % ab September 2006) zugestellt (act. G 1.1/16). Da jedoch im Vorsorgereglement der Beklagten ein im Vergleich zur IV umfassenderer Invaliditätsbegriff Anwendung findet (vgl. vorstehende Erw. 1.1), fällt eine eigentliche



Bindungswirkung der invalidenversicherungsrechtlichen Feststellungen für die Vorsorgeeinrichtung (BGE 129 V 73) ausser Betracht. Der Eintritt der Erhöhung der Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit und der gegenüber der Beklagten allenfalls bestehende Anspruch auf höhere Invalidenleistungen ist daher von der Beklagten bzw. vom angerufenen Versicherungsgericht selbständig abzuklären und festzulegen. Dabei sind auch die im IV-Verfahren produzierten Akten mit zu berücksichtigen. Hinsichtlich des von der IV vorgenommenen Einkommensvergleichs bzw. der erwähnten IV-Grade besteht dennoch kein Anlass für eine selbständige Festlegung in diesem Verfahren, nachdem keinerlei Anhaltspunkte für eine offensichtliche Unrichtigkeit geltend gemacht werden, noch aus den Akten hervorgehen. Da der Kläger die Arbeitsfähigkeit jedenfalls bis zum Eintritt der gesundheitlichen Verschlimmerung nicht wieder erlangte, mithin die zeitliche Konnexität ohne weiteres zu bejahen ist, bestünde Anspruch auf eine höhere Invalidenrente, wenn zwischen der bei Eintritt des Versicherungsfalls bestehenden Arbeitsunfähigkeit und der Erhöhung des Invaliditätsgrads auch ein sachlicher Zusammenhang zu bejahen ist.

2.2 In der Anmeldung zum IV-Leistungsbezug vom Juli 2004 verwies der Kläger ausschliesslich auf somatische (rückenbedingte) gesundheitliche Einschränkungen (IV-act. 2-6/8). Die Ärzte des Kantonsspitals Winterthur diagnostizierten hierauf am 3. August 2004 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein lumbospondylogenes Syndrom und eine Bursitis prä- und infrapatellaris (IV-act. 7-5/6). Nach Lage der Akten (IV-act. 18-2/4) basierte der von der IV in der Verfügung vom 29. Oktober 2004 ermittelte IV-Grad von 30 % auf den die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Hauptdiagnosen eines lumbospondylogenen Syndroms und einer Bursitis prä- und infrapatellaris (IV-act. 19-1/2), wobei die IV-Berufsberaterin weitere Diagnosen (beginnendes somatoformes Schmerzsyndrom, Diabetes mellitus Typ 2 und Adipositas; IV-act. 18-2/4) anführte. Im Bericht der RehaClinic Zurzach vom 19. Juni 2006 wurden im Nachgang zu einem stationären Aufenthalt des Klägers vom 12. Mai bis 8. Juni 2006 als Diagnosen neben dem chronischen panvertebralen Schmerzsyndrom und dem Diabetes mellitus Typ 2 ausschliesslich ein chronisch generalisiertes Schmerzsyndrom, eine Adipositas, eine Hyperlipidämie und ein Nikotinabusus festgehalten. Die Klinikärzte kamen unter anderem zum Schluss, dass die Beschwerden des Patienten bei vorhandenem mechanischem Korrelat zum Teil auch funktionell überlagert sein dürften. Während des Aufenthalts sei eine 100 %ige



Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Eine leichte wechselbelastende Tätigkeit sei medizinisch-theoretisch vertretbar (IV-act. 50-9/15ff).

2.3 Seit 19. September 2006 stand der Kläger in Behandlung beim Psychiatrie-Zentrum F.____. Im Bericht dieser Institution vom 8. Dezember 2006 wurde eine Anpassungsstörung, seit ca. Sommer 2006 bestehend, diagnostiziert und eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit als Isolierer bescheinigt. Der Gesundheitszustand sei stationär oder sich verschlechternd. Anhaltspunkte für eine depressive Symptomatik bestünden nicht. Es sei eine Chronifizierung der Anpassungsstörung zu befürchten, falls sich der Kläger weiterhin von Behörden und Versicherungen nicht ernstgenommen fühle. Bei sich seit 2004 verschlechternder körperlicher Situation werde zu einer Neubeurteilung aus somatischer Sicht geraten. Der Kläger hatte den Ärzten des Psychiatrie-Zentrums berichtet, er leide seit zehn Jahren an Rheuma im unteren Rückenbereich; seit vier Jahren habe er stärkere Schmerzen. Vor drei Jahren habe er seine Arbeit als Bauarbeiter aufgegeben, weil er nicht mehr in der Lage gewesen sei, zu arbeiten. Bis Februar 2006 sei er beim RAV gemeldet gewesen, ohne jedoch vermittelbar zu sein. Seitdem werde er vom Sozialamt betreut (act. G 7.1/7; IV-act. 25). Am 12. März 2007 hielt der Regionale Ärztliche Dienst der IV (RAD) fest, die Anpassungsstörung sei eine vorübergehende Diagnose. Es gebe auch keine objektiven Befunde, die diese Diagnose erklären würden. Da es auch keine weiteren rheumatologischen Befunde gebe, sei gegenüber 2004 keine Veränderung zu verzeichnen. Es sei weiterhin von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Hilfsisolierer und von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auszugehen (IV-Dokument 3.4 S. 9; IV-act. 37-3/3). Im Bericht des Psychiatrie-Zentrums F.____ vom 27. März 2007 erfolgte eine Ergänzung der psychiatrischen Diagnose (Anpassungsstörung mit verlängerter depressiver Reaktion, seit ca. Sommer 2006) mit dem Hinweis, die körperlichen Schmerzen seien für den Kläger so ausgeprägt, dass sie sein Denken inhaltlich grösstenteils bestimmen und die Affektlage dauerhaft negativ beherrschen würden. Er sei daher nicht in der Lage, sich auf eine Tätigkeit zu konzentrieren (IV-act. 40-1/2). Im Einwand vom 29. März 2007 zum Vorbescheid der IV hielt der Rechtsvertreter des Klägers unter anderem fest, der Gesundheitszustand habe sich verschlechtert. Der Kläger leide an einem panvertebralen Schmerzsyndrom und an einem Diabetes mellitus Typ 2. Seit Sommer 2006 liege eine psychiatrische Anpassungsstörung vor (act. G 7.1/9; IV-act. 41-2/2).



Der Rheumatologe Dr. med. C.____, Uniklinik Balgrist, führte im Bericht vom 9. Mai 2007 unter anderem aus, der Kläger sei zur Einholung einer rheumatologischen Zweitmeinung im Februar und März 2006 zweimal untersucht worden. Hinsichtlich Arbeitsfähigkeit sei keine Einschätzung abgegeben worden. Aufgrund der chronischen Schmerzerkrankung werde eine Reintegration in eine körperlich belastende Tätigkeit kaum möglich sein. Aufgrund der Anfang 2006 erhobenen Befunde lasse sich retrospektiv für eine wechselbelastende leichte Tätigkeit aus rheumatologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen (act. G 7.1/10; IV-act. 49-7/14ff). Im Bericht der RehaClinic Zurzach vom 4. Juli 2007 wurden die am 19. Juni 2006 bescheinigten Diagnosen bestätigt, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit jedoch lediglich das chronische panvertebrale Schmerzsyndrom und das chronisch generalisierte Schmerzsyndrom angeführt. Im zuletzt ausgeübten Beruf bestehe seit 2003 eine volle Arbeitsunfähigkeit. Im Übrigen wurde auf den Austrittsbericht vom 19. Juni 2006 verwiesen (IV-Dokument 3.2, S. 43f; IV-act. 50-7/15). Am 30. August 2007 kamen die Ärzte des Psychiatrie-Zentrums F.____ zum Schluss, aufgrund der Agitiertheit des Patienten sei die Arbeitsfähigkeit auch für körperlich adaptierte Tätigkeiten stark eingeschränkt. Es bestehe eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom. Seit dem 12. Juni 2006 bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit. Da das psychische Leiden des Klägers eng mit dem Fortschreiten der körperlichen Symptomatik verbunden sei, sei prognostisch keine Besserung der psychischen Symptomatik zu erwarten (act. G 7.1/6; IV-act. 51). In der Stellungnahme des RAD vom 28. September 2007 wurde festgehalten, der Befund des Psychiatrie-Zentrums F.____ im Bericht vom 30. August 2007 werde nachvollziehbar dargestellt; es könne zunächst darauf abgestellt werden. Allerdings sei nicht nachvollziehbar, warum eine Therapie nicht möglich sein solle. Eine adäquate medikamentöse und psychotherapeutische antidepressive Therapie sollte zumindest die Anhebung der Arbeitsfähigkeit auf 50 % innerhalb von einem Jahr bewirken können (act. G 7.1/8).

2.4 Am 14. Juli 2009 bestätigte Dr. med. D.____ die in den früheren Berichten aufgeführten Diagnosen und Arbeitsunfähigkeiten. Die Frage, welche Arbeiten dem Kläger in behinderungsangepasster Tätigkeit noch zumutbar seien, könne sie nicht beurteilen (IV-Dokument 10). Dr. med. E.____ der den Kläger von August bis Dezember 2008 behandelt hatte, berichtete am 28. September 2009, seit ca. 2004 bestehe eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome. Nach vier Sitzungen sei



gemeinsam entschieden worden, dass der Patient von einer psychotherapeutischen Therapie nicht profitieren könnte. Er habe sich geweigert, eine medikamentöse antidepressive Therapie zu versuchen. Weiter habe er den Sinn von Gesprächen für sich nicht eingesehen (IV-Dokument 14). Der RAD erachtete im Bericht vom 9. Februar 2010 eine umfassende medizinische Abklärung als angezeigt (IV-Dokument 16).

3.

3.1 Das Vorsorgeverhältnis dauert bis zum Ende des korrekt aufgelösten Arbeitsverhältnisses, nicht jedoch darüber hinaus, auch wenn der Anspruch auf Krankentaggeld in jenem Zeitpunkt noch nicht erschöpft ist (vgl. Mitteilungen über die berufliche Vorsorge Nr. 84, Rz 485 und IV-act. 1-4/5). Mit Blick auf die dargelegten medizinischen Akten ist festzuhalten, dass eigentliche psychiatrische Diagnosen (Anpassungsstörung; mittelschwere depressive Episode) erstmals in den Berichten des Psychiatrie-Zentrums F.____ vom 8. Dezember 2006 und vom 30. August 2007 (act. G 7.1/6, 7.1/7; IV-act. 51), also lange nach dem bis Ende Juni 2004 dauernden Vorsorgeverhältnis bei der Beklagten bzw. der einmonatigen Nachdeckungsfrist (Art. 10 Abs. 3 BVG), erwähnt und als seit ca. Sommer 2006 bestehend bescheinigt wurden. Auch der Kläger selbst liess diesen Zeitpunkt im IV-Verfahren als Beginn der psychischen Einschränkungen bestätigen (act. G 7.1/9 S. 2; IV-act. 41-2/2). Dass der Allgemeinpraktiker Dr. B.____ im Bericht vom 25. September 2004 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zusätzlich ein "beginnendes somatoformes Schmerzsyndrom" festhielt, auf die schlechte Ausbildung und Motivation des Klägers hinwies und von den psychischen Funktionen her von einer eingeschränkten Anpassungsfähigkeit und Belastbarkeit (Charakter "eher aufbrausend") ausging (IV-act. 12-2/36ff), lässt noch keinen Eintritt einer psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit bis Ende Juli 2004 (Ablauf der Nachdeckungsfrist; Art. 10 Abs. 3 BVG) ableiten. Frühere, ab 2003 erstellte Berichte enthielten ausschliesslich somatische Gesichtspunkte (vgl. IV-act. 12-14/36, 12-23/36ff [Arbeitsassessment Universitätsspital Zürich] und 12-34/36ff). Der anlässlich einer Hospitalisation im Jahr 1995 einmal erwähnte Verdacht auf Depression (IV-act. 12-7/36) betrifft einen Zeitraum lange vor Beginn des Vorsorgeverhältnisses bei der Beklagten und vermag daher ebenfalls nichts zur Klärung der hier streitigen Frage beizutragen, ganz abgesehen davon, dass der Kläger später während Jahren wieder vollumfänglich arbeitsfähig war. Auch aus dem Bericht der RehaClinic Zurzach vom 4.



Juli 2007 mit Bescheinigung eines panvertebralen Schmerzsyndroms mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lässt sich - mangels echtzeitlicher ärztlicher Bestätigungen - eine mindestens 20%ige psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit seit Ende Juli 2004 nicht herleiten. Ein Verschlechterung des rheumatologischen Leidens erfolgte nach Lage der Akten nicht (IV-act. 50-7/15f). So hielt Dr. C.____ im Bericht vom 9. Mai 2007 fest, für eine wechselbelastende leichte Tätigkeit lasse sich aus rheumatologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen (act. G 7.1/10). Somit stellt sich die Frage, ob zwischen dem somatischen Gesundheitsschaden, der während des Vorsorgeverhältnisses mit der Beklagten eine relevante Arbeitsunfähigkeit bewirkte, und dem zur Erhöhung des Invaliditätsgrads führenden psychischen Leiden ein enger sachlicher Konnex besteht (vgl. das bereits erwähnte EVG-Urteil B 32/03 Erw. 3.1 und 5.2).

3.2 Wie die bisherige (eidgenössische und st. gallische) Praxis zeigt, wird der Begriff der erkennbaren Mitprägung des Krankheitsgeschehens durch ein hinzutretendes (psychisches) Leiden (vgl. Erw. 1.3) in den konkreten Anwendungsfällen verschieden "streng" gehandhabt. Für die Bejahung einer erkennbaren Mitprägung im erwähnten Sinn sollte dabei nicht jede in einem Arztbericht vermerkte Äusserung von psychischen Problemen durch die versicherte Person als genügend angesehen werden. Es sollten diesbezüglich aber auch nicht Anforderungen hinsichtlich des Bestehens von psychiatrischen Diagnosen, Arbeitsunfähigkeiten und Behandlungsmassnahmen gestellt werden, die innerhalb der Nachdeckungsfrist auch bei typischen Krankheitsverläufen kaum je vorliegen. Vielmehr ist einzig (aber immerhin) zu verlangen, dass sich die Mitprägung des Krankheitsgeschehens durch ein zusätzliches psychisches Leiden erkennbar aus einem ärztlichen Bericht ergibt, welcher sich auf eine noch vor Ablauf der Nachdeckungsfrist erfolgte Abklärung/Behandlung zu stützen vermag (Entscheid des st. gallischen Versicherungsgerichts vom 10. März 2010 i/S M.B. [BV 2009/1]).

3.3 Die Ärzte des Psychiatrie-Zentrums F.____ stellten im Bericht vom 30. August 2007 insofern einen sachlichen Bezug zwischen den psychischen und sozialen Gegebenheiten und dem körperlichen Krankheitsgeschehen her, als sie ausführten, dem Patienten gehe es nach eigenen Angaben seit Aufgabe der Arbeit als Bauarbeiter vor drei Jahren aufgrund der körperlichen Schmerzen zunehmend psychisch



schlechter. Aufgrund der erfolglosen ambulanten und stationären somatischen Therapieversuche sei er innerlich unzufrieden und gereizt. Das degenerative Fortschreiten seiner körperlichen Leiden beschäftige ihn fortwährend. Das psychische Leiden sei eng mit dem Fortschreiten der Symptomatik verbunden (act. G 7.1/6). Der Kläger liess in diesem Zusammenhang ausführen, angesichts der vom Psychiatrie-Zentrum F.____ gestellten Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom (act. G 7.1/6) könne kein Zweifel bestehen, dass das psychische Leiden in engstem Zusammenhang zu den degenerativen Veränderungen an seiner Wirbelsäule stehe. Die jahrelang quälenden Schmerzen hätten zu einer Verschlechterung des im Juni 2003 ausgebrochenen Gesundheitsschadens geführt (act. G 1 S. 5f). Dazu ist festzuhalten, dass über das Bestehen eines - durchaus möglichen - Zusammenhangs im erwähnten Sinn hinaus wie dargelegt die Manifestierung bzw. erkennbare Mitprägung des Krankheitsgeschehens durch ein psychisches Leiden während der Versicherungsdeckung verlangt ist. Die Erkennbarkeit psychischer Probleme ergab sich beim Kläger grundsätzlich erst anlässlich der seit 19. September 2006 durchgeführten psychiatrischen Behandlung im Psychiatrie-Zentrum F.____, indem dort wie erwähnt eine Anpassungsstörung, seit Sommer 2006 bestehend, bescheinigt worden war (act. G 7.1/7; IV-act. 25). Auch wenn der Allgemeinpraktiker Dr. B.____ zwei Jahre zuvor am 25. September 2004 ein "beginnendes somatoformes Schmerzsyndrom" vermerkte, so kann nicht als belegt gelten, dass sich ein psychisches Leiden bei noch bestehender Versicherungsdeckung (bis Ende Juli 2004) manifestierte und das Krankheitsgeschehen erkennbar mitprägte (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 3. Dezember 2008 i/S D. [9C_597/2008] Erw. 2.2, und die in Erw. 1.3 dargelegte Rechtsprechung). Ein solcher Nachweis kann insbesondere nicht mit dem in diesem Bericht erfolgten Hinweis auf die schlechte Motivation des Klägers, seine eingeschränkte Anpassungsfähigkeit und Belastbarkeit und Charaktereigenschaften ("eher aufbrausend") gelingen (IV-act. 12-2/36ff). Sodann handelt es sich bei einem Syndrom laut Roche Lexikon Medizin (S. 1540) um ein sich stets mit etwa den gleichen Krankheitszeichen, d.h. einer Symptomatik mit weitgehend identischem "Symptommuster" manifestierendes Krankheitsbild mit unbekannter, vieldeutiger, durch vielfältige Ursachen bedingter oder nur teilweise bekannter Ätiogenese. Eine eindeutige bzw. überwiegend wahrscheinliche Ursachenzuordnung wird dadurch verunmöglicht. Ebenfalls gegen eine erkennbare Mitprägung des



Krankheitsgeschehens während der Versicherungsdeckung spricht der bereits erwähnte Umstand, dass auch der Kläger selbst den Beginn der psychisch bedingten Einschränkungen zeitlich im Sommer 2006 ansetzte (IV-act. 41-2/2) und die im Zeitraum ab 2003 erstellten ärztlichen Berichte lediglich somatische Gesundheitsprobleme diskutierten (vgl. IV-act. 12-14/36, 12-23/36ff [Arbeitsassessment Universitätsspital Zürich] und 12-34/36ff). Sodann ist zwischen einer (nachträglich manifest gewordenen) Schmerzstörung als eigenständigem Leiden und den (ursprünglichen) somatischen Beschwerden klar zu unterscheiden (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 4. September 2008 i/S M. [9C_330/2008] Erw. 4.2 und 4.3). Unter den dargelegten Umständen kann nicht als belegt gelten, dass die Verschlimmerung des Gesundheitszustands im Jahr 2006 mit jenem Gesundheitsschaden sachlich zusammenhängt, der ab Juni 2003 (während bestehender Versicherungsdeckung) zu einer Arbeitsunfähigkeit und in der Folge zu einem Teilrentenanspruch führte. Die Beklagte hat somit eine Erhöhung der Invalidenrente ab Juni bzw. September 2006 zu Recht abgelehnt.

4.

4.1 Der Kläger lässt geltend machen, die Bemessung der Teilrente (Invaliditätsgrad von 30 %) sei aufgrund von unzutreffenden Verdienstannahmen betreffend das Jahr 2003 erfolgt (act. G 1). - Nach Art. 25 Ziff. 5 des Kassenreglements 2003 wird die Höhe der jährlichen Invalidenrente nach dem gleichen Umwandlungssatz wie die Altersrente (vgl. dazu Art. 17 und Anhang Ziff. 4 des Kassenreglements 2003) berechnet. Das dabei zugrunde zu legende Altersguthaben besteht aus dem Altersguthaben, das die versicherte Person bis zum Beginn des Anspruches auf die Invalidenrente erworben hat, und der Summe der Altersgutschriften für die bis zum Rücktrittsalter fehlenden Jahre, ohne Zinsen. Der Berechnung der Beiträge und der Rentenleistungen bzw. des Alterskapitals liegt der massgebende Lohn zugrunde. Dabei handelt es sich um den mutmasslichen AHV-Jahreslohn der versicherten Person einschliesslich allfälliger Gratifikationen. Nicht berücksichtigt werden Familien- und Kinderzulagen, Spesenentschädigungen und Lohnbestandteile, die nur gelegentlich oder vorübergehend anfallen (Art. 15 Ziff. 1 des Kassenreglements 2003). Der massgebende Jahreslohn wird bei Eintritt in die Kasse oder bei Anpassung auf den 1. Januar im Voraus festgelegt. Lohnänderungen während des Jahres werden ab dem Zeitpunkt der



Meldung per 1. des folgenden Monats berücksichtigt (Art. 15 Ziff. 2 des Kassenreglements 2003). Gehört eine versicherte Person nicht während des ganzen Kalenderjahrs der Kasse an, so wird der massgebende Lohn auf ein Jahr hochgerechnet. Sinkt der AHV-Jahreslohn vorübergehend unter anderem wegen Krankheit, behält der bisherige Lohn mindestens solange Gültigkeit, als die Lohnzahlungs- oder Lohnersatzleistungspflicht besteht (Art. 15 Ziff. 3 des Kassenreglements 2003). Grundlage für die Festsetzung der Beiträge und Leistungen bildet der koordinierte Lohn. Für die Berechnung des koordinierten Lohns gelten die vom Bundesrat festgesetzten Ansätze gemäss Anhang Ziff. 2 (Art. 15 Ziff. 4 des Kassenreglements 2003). Für 2003 betrug der Koordinationsabzug Fr. 25'320.-- (vgl. Art. 8 Abs. 1 BVG in Verbindung mit Art. 5 BVV 2 [SR 831.441.1]).

4.2 Zu prüfen ist, welcher Jahreslohn 2003 der Alterskapitalberechnung (im Sinn von Art. 25 Ziff. 5 des Kassenreglements 2003) zugrunde zu legen ist. Die ehemalige Arbeitgeberin hatte diesen der Beklagten am 19. Februar 2003 mit Fr. 60'800.-- gemeldet (act. G 7.1/5). Die Beklagte errechnete hierauf ein (hypothetisches) BVG-Alterskapital (unverzinst) im Alter 65 von Fr. 147'398.-- (vgl. act. G 7.1/4) und legte unter Anwendung des Umwandlungssatzes von 7.2 % (vgl. Anhang 4 des Kassenreglements 2003) den jährlichen Rentenbetrag bei Vollinvalidität auf Fr. 10'613.-- fest; bei dem hier zur Diskussion stehenden IV-Grad von 30 % resultierte ein Betrag von Fr. 3'183.90. Die Beklagte teilte dem Kläger mit Schreiben vom 29. Juli 2005 dementsprechend die jährliche Invalidenrente gemäss BVG (100 %-Basis) mit und gab ihm bekannt, dass sie für 2003 von einem koordinierten Lohn von Fr. 35'480.-- (Fr. 60'800.-- abzüglich Fr. 25'320.-- Koordinationsabzug) ausgegangen sei (act. G 7.1/3).

4.3 Gemäss Auszug aus dem individuellen Konto (IK) erzielte der Kläger in den Jahren 2000, 2001 und 2002 bei der ehemaligen Arbeitgeberin Einkommen von Fr. 60'471.-- (2000), Fr. 74'149.-- (2001) und Fr. 77'253.-- (2002). Auf Anfrage des Gerichts teilte die ehemalige Arbeitgeberin am 20. Oktober 2010 mit, der an die Beklagte gemeldete voraussichtliche Jahreslohn 2003 von Fr. 60'800.-- habe auf der Annahme von durchschnittlich 180 Stunden pro Monat à Fr. 26.-- bzw. Fr. 4'680.-- pro Monat x 13 beruht. Der Kläger habe immer sehr viele Überstunden gearbeitet (im Jahr 2002 habe er z.B. bei 2'195.40 Soll-Stunden 2'767.36 Stunden gearbeitet); diese seien ihm auch



ausbezahlt worden. Aus diesem Grund hätten sich unterschiedliche Jahreslöhne ergeben. Aus ihrer Sicht sei der gemeldete voraussichtliche Jahreslohn 2003 richtig. Sie habe ja nicht einen Jahreslohn mit eventuell geleisteten Überstunden melden können (act. G 23).

Um den Grundsatz, wonach Zulagen für die Überstunden, Nacht- und Sonntagsarbeit zum AHV-pflichtigen Einkommen gehören (und Grundlage für die Berechnung des versicherten Verdienstes bilden), einzuschränken, bedarf es einer konkret formulierten Reglementsbestimmung, in welcher die nicht in die Berechnung einzubeziehenden Lohnbestandteile aufgeführt werden (SVR-BVG 2002 Nr. 12, 41). Eine solche Regelung lässt sich dem Kassenreglement 2003 der Beklagten (Art. 15 Ziff. 1) nicht entnehmen, weshalb Überstunden grundsätzlich berücksichtigt werden müssen, soweit diese geleistet wurden bzw. mit überwiegender Wahrscheinlichkeit geleistet worden wären (vgl. hierzu auch Art. 15 Ziff. 3 Satz 2 des Kassenreglements 2003). Dem IK ist für 2003 ein bei der A. ___ erzielttes Erwerbseinkommen des Klägers von Fr. 49'773.-- (IV-Akt. 6-2/2) zu entnehmen. Der Kläger war seit dem 24. Juni 2003 gemäss Bescheinigungen von Dr. B. ___ arbeitsunfähig (IV-act. 1-2/5, 12-2/36f, 12-14/36), wofür Krankentaggelder aufgrund einer vollen Arbeitsunfähigkeit bis 30. April 2004 und ab 1. Mai 2004 auf der Basis von 50 % zur Ausrichtung kamen (IV-act. 1-4/5). Krankentaggelder sind nicht beitragspflichtig (Art. 6 Abs. 2 lit. b AHVV [SR 831.101]), weshalb die dem Kläger ausgerichteten Taggelder auch nicht Bestandteil des erwähnten IK-Eintrags für 2003 bildeten. Im Jahr 2003 war der Kläger gemäss Bescheinigung von Dr. B. ___ vom 13. Oktober bis 15. Dezember zu 50 % arbeitsfähig; in der übrigen Zeit bestand seit 24. Juni 2003 eine volle Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 1-2/5). Aus dem zuhanden der IV ausgefüllten Fragebogen für den Arbeitgeber ergibt sich, dass der Kläger im ersten Halbjahr 2003 bei einem Stundenlohn von Fr. 27.-- ein Erwerbseinkommen von gut 35'000.-- Franken (einschliesslich Anteil 13. Monatslohn) erzielte (IV-act. 11-2/8).

4.4 Bei den geschilderten Verhältnissen kann mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als erstellt gelten, dass der Kläger, der bei der ehemaligen Arbeitgeberin im Stundenlohn angestellt war (IV-act. 31 Ziff. 16), im Jahr 2003 bis zum Eintritt der Arbeitsunfähigkeit in erheblichem Umfang Überstunden geleistet hatte und dies - in welchem Umfang auch immer - als Gesunder auch weiterhin getan hätte. Die



ehemalige Arbeitgeberin hielt denn auch fest, dass der Kläger immer sehr viele Überstunden geleistet habe und diese ihm auch ausbezahlt worden seien (act. G 23). Damit ist allerdings die Frage, welches Einkommen für 2003 ohne Krankheit erzielt worden wäre (vgl. den erwähnten Art. 15 Ziff. 3 Satz 2 des Kassenreglements 2003), noch nicht beantwortet. Das erwähnte Erwerbseinkommen für die ersten sechs Monate des Jahres 2003 lässt sich in diesem Zusammenhang nicht einfach verdoppeln. Im Sinn einer annäherungsweise Festlegung erscheint es sachgerecht, für 2003 den Mittelwert der je einzeln auf die Nominallohnverhältnisse von 2003 (Indexwert 2'076) aufgerechneten IK-Einkommen der Jahre 2000 (Indexwert 1'963), 2001 (Indexwert 2'011) und 2002 (Indexwert 2'047) heranzuziehen. Hieraus resultiert ein Betrag von Fr. 72'948.-- (vor Berücksichtigung des Koordinationsabzugs von Fr. 25'320.--).

4.5 Der Kläger lässt eine Erhöhung der 30 %-Rente mit der Begründung beantragen, dass dieser ein höheres Einkommen zugrunde zu legen sei, ohne sich allerdings zum Zeitpunkt des Beginns dieser Erhöhung zu äussern (act. G 1 S. 8). Der im formellen Antrag genannte Rentenbeginn (1. September 2006) bezieht sich soweit ersichtlich auf den (hier verneinten) Anspruch auf eine ganze Rente (act. G 1 S. 2). Die Beklagte richtete dem Kläger die 30 %-Rente seit 1. Juli 2004 aus (act. G 7.1/3-5). Es rechtfertigt sich unter diesen Umständen, die Neuberechnung der 30 %-Rente unter Berücksichtigung eines koordinierten Jahreslohns 2003 von Fr. 47'628.-- (Fr. 72'948.-- abzüglich Fr. 25'320.--) ab Juli 2004 vorzusehen.

5.

Die Beklagte reichte mit Eingabe vom 2. November 2010 eine Verfügung der Invalidenversicherung vom 20. Oktober 2010 ein, mit welcher die dem Kläger mit Wirkung ab 1. September 2006 zugesprochene ganze Rente revisionsweise wegen Verbesserung des Gesundheitszustandes (Invaliditätsgrad von 0 %) aufgehoben wurde (act. G 25). Die Beklagte beabsichtigt vor diesem Hintergrund ihrerseits, die dem Kläger gewährte 30 %-Rente auf Ende November 2010 aufzuheben. Diese Frage bildet indessen nicht Gegenstand des vorliegenden Klageverfahrens, zumal der Kläger hierzu auch keine Stellung genommen hat. Dementsprechend ist in diesem Verfahren nicht darauf einzugehen.

6.



6.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Klage in dem Sinn teilweise gutzuheissen, dass die Beklagte verpflichtet wird, die 30 %-Rente des Klägers rückwirkend ab Juli 2004 unter Berücksichtigung eines koordinierten Jahreslohns 2003 von Fr. 47'628.-- neu zu berechnen.

6.2 Im Bereich der beruflichen Vorsorge anerkennt die Rechtsprechung die Pflicht zur Entrichtung von Verzugszinsen bei einer verspäteten Überweisung von Freizügigkeitsleistungen sowie bei verspäteter Auszahlung eines Alterskapitals oder bei Invalidenrenten (Hans-Ulrich Stauffer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zur beruflichen Vorsorge, 1996, S. 27). Enthalten die Statuten keine Bestimmung über die Höhe des Verzugszinses, beträgt dieser 5% (Art. 104 Abs. 1 OR). Der Beginn der Zinspflicht richtet sich nach Art. 105 Abs. 1 OR (BGE 119 V 133 Erw. 4 = Pra 83 (1994) Nr. 67); wonach ein Schuldner, der mit der Entrichtung von Renten im Verzug ist, erst vom Tag der Anhebung der Betreibung oder der gerichtlichen Klage an Verzugszinsen zu bezahlen hat. Im vorliegenden Fall hat der Kläger am 10. August 2009 Klage erhoben; somit schuldet ihm die Beklagte ab diesem Zeitpunkt Verzugszins zu 5% auf den ausstehenden Leistungen. Gerichtskosten sind gemäss Art. 73 Abs. 2 BVG keine zu erheben. Der Kläger hat bei diesem Verfahrensausgang (bei zwei voneinander grundsätzlich unabhängigen Prozessthemen unterliegt er in einem vollumfänglich, wohingegen er im anderen obsiegt) Anspruch auf Parteientschädigung. Ausgehend von einer Pauschalentschädigung bei vollem Obsiegen von Fr. 4'000.-- erscheint es vorliegend angemessen, dem Kläger eine Entschädigung von Fr. 2'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. Die Klage wird in dem Sinn teilweise gutgeheissen, dass die Beklagte verpflichtet wird, die 30 %-Rente des Klägers rückwirkend ab Juli 2004 unter Berücksichtigung eines koordinierten Jahreslohns 2003 von Fr. 47'628.-- neu zu berechnen und ihm den



hieraus resultierenden Differenzbetrag zuzüglich Zins zu 5 % ab 10. August 2009 ausbezahlen. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

3. Die Beklagte hat den Kläger mit Fr. 2'000.-- zu entschädigen.