



Fall-Nr.:	BV 2012/19
Stelle:	Versicherungsgericht
Rubrik:	BV - berufliche Vorsorge
Publikationsdatum:	15.09.2015
Entscheiddatum:	15.09.2015

Entscheid Versicherungsgericht, 15.09.2015

Art. 23 lit. a BVG. Beitritt eines Paraplegikers zu einer Vorsorgeeinrichtung bei bestehender Restarbeitsfähigkeit von 50%. Jahre später volle Arbeitsunfähigkeit nach dem Auftreten mehrerer Krankheiten, die nicht direkte Folge der Paraplegie sind, von dieser jedoch zumindest begünstigt wurden. Eine solche Prädisposition reicht nicht aus, dem Versicherten mit der Begründung der Verschlechterung einer vor Versicherungsbeginn bereits bestehenden Invalidität und unter Berufung auf das Versicherungsprinzip im Rahmen der versicherten Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit von 50% Leistungen zu verweigern. (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 15. September 2015, BV 2012/19). Entscheid vom 15. September 2015 Besetzung Vizepräsidentin Miriam Lendfers, Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider, Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiberin Della Batliner Geschäftsnr. BV 2012/19 Parteien A. ____, Kläger, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Kurt Gemperli, advokatur am brühl, Scheffelstrasse 2, 9000 St. Gallen, gegen B. ____, Beklagte, Gegenstand Invalidenrente, Beitragsbefreiung Sachverhalt

A.

A.a A. __ (nachfolgend: Versicherter) erlitt am 16. Februar 1979 auf der Heimfahrt von der Rekrutenschule zur Absolvierung der KV-Lehrabschlussprüfungen einen Autounfall (vgl. MV-act. 15ff. und 26f. zum mutmasslichen Unfallhergang). Im erstbehandelnden Spital B. __ wurde eine Lähmung Niveau Th 4/5 und eine Ateminsuffizienz (Lungenkontusion mit Lungenödem) festgestellt (MV-act. 47, 54a). Nachdem eine Wunde am Kopf genäht worden war, wurde der Versicherte per Helikopter ins Kantonsspital Basel transportiert (MV-act. 23 f., 47, 68), wo ein Status nach Kompressionsfraktur Th 4/5, eine komplette Paraplegie sowie eine schwere



St.Galler Gerichte

Lungenkontusion diagnostiziert wurden (MV-act. 8 f.). Zwischen 6. März und 29. Juni 1979 hielt sich der Versicherte zur stationären Rehabilitation im Zentrum C.____ auf (IV-act. 14; MV-act. 10, 40, 47).

A.b Ab 21. Januar 1980 nahm der Versicherte die Arbeit bei seiner Arbeitgeberin D.____ im Umfang von drei Stunden täglich wieder auf und bildete sich im Hinblick auf das von ihm bereits vor dem Unfall geplante E.____-Diplom weiter (IV-act. 24, 25; MV-act. 62, 83, 88, 94). Die Militärversicherung erbrachte ab 1. Februar 1980 Invalidenrentenleistungen auf Basis eines Invaliditätsgrads von 65% (MV-act. 94, 101, 108, 113). Die Invalidenversicherung gewährte dem Versicherten eine halbe Rente ab 1. Februar 1980, gründend auf einem Invaliditätsgrad von 60% (IV-act. 26). Auf Ende Juni 1980 kündigte der Versicherte seine 40%-ige Anstellung, um seine Ausbildung zum E.____ weiterzuverfolgen (IV-act. 27, 29; MV-act. 113 ff.). Die Militärversicherung erhöhte die Rente per 1. Juli 1980 basierend auf einem Invaliditätsgrad von 100% (MV-act. 185, 195).

A.c Im Januar 1983 schloss der Versicherte die Ausbildung zum E.____ erfolgreich ab (MV-act. 201; IV-act. 54 f.). Am 1. Oktober 1983 trat er eine Anstellung zu 60% im F.____ an (MV-act. 215; IV-act. 60-5). Auf dieses Datum hin reduzierte die Militärversicherung den Invaliditätsgrad und damit die Invalidenrente auf 40% (MV-act. 232). Die Invalidenversicherung hob die Rente per Ende Juli 1984 bei einem Invaliditätsgrad von 40% auf (entsprechend der damals geltenden Regelung und mangels Vorliegens eines Härtefalls; IV-act. 78; MV-act. 264 f.).

A.d Zwecks Vorbereitung auf die AA.____ reduzierte der Versicherte sein Arbeitspensum beim F.____ ab 1. August 1986 auf 40%. Ab diesem Zeitpunkt richtete die Militärversicherung dem Versicherten eine Invalidenrente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 60% aus (MV-act. 300 ff.). Im November 1987 nahm der Versicherte ebenfalls mit einem Pensum von 40% eine neue Tätigkeit in einem AB.____ auf (MV-act. 326, 338, 347). Dieses Arbeitsverhältnis kündigte er aus gesundheitlichen Gründen auf den 31. Mai 1988 (MV-act. 339). Die Militärversicherung leistete von Juni 1988 bis Ende September 1989 eine Rentenaufzahlung auf 100% (MV-act. 340, 356, 382). Im Mai 1989 bestand der Versicherte die AA.____ (MV-act. 356).



St.Galler Gerichte

A.e Ab 1. Oktober 1989 arbeitete der Versicherte zu 50% bei der Stabstelle Rechtsdienst G.____ (MV-act. 386). Auf dieses Datum hin sprach die Militärversicherung ihm gründend auf einem Invaliditätsgrad von 55% eine Invalidenrente zu (MV-act. 397). Die Invalidenversicherung sprach ihm ab 1. Mai 1990 eine Rente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 50% zu (IV-act. 112, 113). Aus gesundheitlichen und organisatorischen Gründen kündigte der Versicherte den Arbeitsvertrag bei der G.____ mit Wirkung ab Ende Dezember 1999 (MV-act. 540, 552). Das Arbeitsverhältnis wurde schliesslich bereits am 30. Juni 1999 beendet (MV-act. 581; 583).

B.

B.a Seit September 1999 war der Versicherte in der (von ihm gegründeten) H.____ AG arbeitstätig (IV-act. 170, 173). Um den beruflichen Neuanfang zu unterstützen, leistete die Militärversicherung dem Versicherten ab 1. Januar 2000 für sechs Monate eine Rentenaufzahlung auf 100% in Form von Taggeldern (MV-act. 555, 565).

B.b Mit Anschlussvertrag vom 20. Juli 1999 hatte sich die H.____ AG rückwirkend ab 1. Juli 1999 der I.____ (heute: B.____, nachfolgend: Pensionskasse oder Beklagte) zwecks Durchführung der beruflichen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge angeschlossen (bekl.act. 1ff. in act. G 5.1). Aufgrund einer Produktänderung (kein Lohnmaximum) wurde am 24. Januar 2000 ein neuer Anschlussvertrag rückwirkend ab 1. Juli 1999 abgeschlossen (act. 5.1/6ff.).

B.c Am 17. Dezember 2001 erwähnte der Versicherte im Rahmen einer von der Invalidenversicherung von Amtes wegen eingeleiteten Rentenrevisionsprüfung eine Verschlechterung des Gesundheitszustands (IV-act. 158). Dr. med. K.____, FMH Allgemeine Medizin, bezeichnete den Gesundheitszustand des Versicherten im IV-Verlaufsbericht vom 15. Januar 2002 als stationär, erwähnte aber eine zunehmende HWS-Schulterproblematik mit Fazettenirritation und ein Cephalaea/Thorakal-Syndrom (IV-act. 160). Die IV-Stelle schloss das Revisionsverfahren am 15. März 2002 mit der Mitteilung ab, es bleibe unverändert bei der halben Invalidenrente (IV-act. 163).

B.d Am 31. Juli 2003 fand im L.____ eine Analfistel-Spaltung statt (MV-act. 686). Weitere Operationen und eine vollständige Arbeitsunfähigkeit folgten (vgl. MV-



St.Galler Gerichte

act. 721a, 689, 699). Am 26. September 2003 wurde ein Ileo-Coecal-PEG zur regelmässigen Colon-Spülung eingelegt (MV-act. 700). Gegenüber der Militärversicherung erwähnte der Versicherte im Rahmen einer Besprechung vom 9. Oktober 2003 eine massive gesundheitliche Verschlechterung, hielt aber fest, eine Rentenrevision stehe für ihn aktuell noch nicht zur Diskussion (MV-act. 705). Dr. K.____ attestierte dem Versicherten am 28. Oktober 2003 vom 30. Juli 2003 bis 31. Oktober 2003 eine volle Arbeitsunfähigkeit (MV-act. 707). Vom 1. November 2003 bis 30. April 2004 wurde dem Versicherten seitens des Kantonsspitals St. Gallen weiterhin eine volle Arbeitsunfähigkeit bescheinigt (MV-act. 728). Durch seine Unternehmung liess er der Militärversicherung am 2. Dezember jedoch melden, er habe ab 1. Dezember 2003 "auf Zusehen hin" seine Arbeit "im üblichen Rahmen" wieder aufgenommen (MV-act. 729).

B.e Im Rahmen eines weiteren von Amtes wegen eingeleiteten Revisionsverfahrens berichtete Dr. K.____ der Invalidenversicherung am 4. September 2006 über eine Verschlechterung des Gesundheitszustands (IV-act. 174). Anlässlich einer Besprechung mit der Militärversicherung erwähnte auch der Versicherte am 13. Dezember 2006 eine erneute Verschlechterung des Gesundheitszustands. Wiederum wünschte er jedoch keine Rentenrevision (MV-act. 814). Die Militärversicherung belies den Invaliditätsgrad auf 55% (Schreiben vom 29. Dezember 2006, MV-act. 815). Nach einer Rückfrage bei Dr. K.____ betreffend Arbeitspensum (vgl. IV-act. 176 f.) richtete die Invalidenversicherung die halbe Rente unverändert weiter aus (Mitteilung vom 27. Februar 2007, IV-act. 179).

B.f Im Juni 2010 machte der Versicherte gegenüber der Invalidenversicherung eine Verschlechterung des Gesundheitszustands geltend (IV-act. 182). Dr. K.____ bestätigte dies im Verlaufsbericht vom 3. Juli 2010. Seit zwei bis drei Jahren beständen mehr Infekte (Bronchitiden, grippale Infekte, Magen-Darm-Infekte, seltener Harnwegsinfekte). Wegen der HWS-Schulter-Arm-Problematik sei eine Dauertherapie (Physio) nötig. Weiter bestehe eine zunehmende Spastizität bei zusätzlichen gesundheitlichen Belastungen. Der Versicherte versuche das bisherige Arbeitspensum zu bewältigen (IV-act. 185). Nach weiteren Abklärungen zur finanziellen Situation der Unternehmung (vgl. IV-act. 189 bis 193) teilte die IV-Stelle dem Versicherten am 19. Januar 2011 die Weiterausrichtung der halben Rente mit (IV-act. 197).

C.



St.Galler Gerichte

C.a Am 21. Juni 2011 reichte der Versicherte ein Rentenrevisionsgesuch bei der Suva, Abteilung Militärversicherung, St. Gallen, ein und beantragte eine volle Rente unter Berücksichtigung der seit 2010 aufgetretenen massiven Verschlechterung der gesundheitlichen Verfassung und der daraus resultierenden ökonomischen Unverwertbarkeit der bisherigen Restarbeitsfähigkeit (IV-act. 199). Kopien gingen als Rentenrevisionsgesuch an die IV und als Rentengesuch an die Pensionskasse. Mit Bericht vom 27. Juni 2011 attestierte Dr. K.____ dem Versicherten eine Arbeitsunfähigkeit zu 80-90% seit 2008; gemäss seinem Bericht vom 28. Juni 2011 bestand ab 2008 eine Arbeitsfähigkeit von 20-30%, ab Juli 2010 eine solche von 10% (IV-act. 204).

C.b Am 15. März 2012 vereinbarte die Militärversicherung mit dem Versicherten ab 1. Juni 2011 die Ausrichtung einer Invalidenrente von monatlich Fr. 10'417.20 bei einem Invaliditätsgrad von 90% (auf Grundlage eines versicherten Jahresverdienstes von Fr. 146'206.--; Fremdakten Suva, Teil 1). Am 26. März 2012 verfügte die Militärversicherung entsprechend. Gestützt auf die Stellungnahme des Kreisarztes der Militärversicherung Dr. med. M.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, vom 30. März 2012 vereinbarten der Versicherte und die Militärversicherung zudem am 2. April 2012 eine Taggeldleistung von 25% vom 1. Januar 2009 bis 31. Mai 2011 in Ergänzung zur bisherigen Invalidenrente zu 50% (Fremdakten Suva, Teil 1). Die Invalidenversicherung hatte dem Versicherten am 28. März 2012 rückwirkend ab 1. Mai 2008 zusätzlich zur halben Invalidenrente eine entsprechende Kinderrente zugesprochen (IV-act. 222-3). Gemäss Stellungnahme des zuständigen Arztes des Regionalen Ärztlichen Dienstes der Invalidenversicherung (RAD) vom 15. Juni 2012 hatte sich der Gesundheitszustand des Versicherten unzweifelhaft seit Anfang 2011 verschlechtert (Spastik der Beine, Uroseptitiden trotz Ileo-coecal PEG; IV-act. 231). Am 29. Oktober 2012 verfügte die IV-Stelle eine ganze Invalidenrente samt Kinderrente ab 1. Juni 2011 (IV-act. 247).

D.

D.a Mit einer gegen seine Vorsorgestiftung gerichteten Klage vom 3. Dezember 2012 (act. G 1) liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. A. Linder, St. Gallen, beantragen, die Beklagte sei zu verpflichten, ihm ab Januar 2009, zuzüglich



der vertraglichen Wartefrist, eine Invalidenrente im Sinn einer Vollrente und dazu eine Kinderrente auf der Basis eines versicherten Pensums von 50% (bzw. des Wegfalls der Erwerbsfähigkeit in diesem Umfang) auszurichten, zuzüglich Zins auf den ausstehenden Leistungen seit Anhängigmachung der Klage. Zudem habe die Beklagte nach dem Ablauf von drei Monaten Wartefrist die Beitragsbefreiung vorzunehmen und die seither ab April 2009 ungeschuldet entrichteten Beiträge zuzüglich Zins zurückzuerstatten; unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Des Weiteren liess er den Beizug der Akten der Militärversicherung und der Invalidenversicherung beantragen. Zur Begründung liess er insbesondere anführen, eine Schmälerung des Versicherungsschutzes durch Vorbehalt oder Ausschluss in der versicherten Restarbeitsfähigkeit sei nie rechtswirksam vereinbart worden. Ein solcher hätte im Übrigen dem Arbeitgeber schriftlich mitgeteilt werden müssen. Darüber hinaus sei die fünfjährige Wirksamkeit nach der zwingenden Ordnung von Art. 331c des Bundesgesetzes betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Fünfter Teil: Obligationenrecht [OR; SR 220]) längst verstrichen gewesen, als der neue Versicherungsfall Anfang 2009 eingetreten sei. Auch das Vorsorgereglement bestätige diese Befristung ausdrücklich. Ab Anfang 2009 sei der dauerhafte Verlust der Restarbeitsfähigkeit eingetreten. Die Kausalität der Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit sei für den Eintritt des Versicherungsfalls Invalidität belanglos. Soweit die Restleistungsfähigkeit versichert worden sei, frage das Vorsorgereglement nicht nach den medizinischen Ursachen des neu eingetretenen Versicherungsfalls Invalidität. Die Einigung mit der Militärversicherung auf eine 90%-Invalidenrente sei für die Beklagte ohne Belang. Die anderen zugesprochenen Leistungen könnten nur im Zusammenhang mit der Koordination Bedeutung haben. Für die vor der Aufnahme in die Versicherung bereits vorliegende Arbeitsunfähigkeit werde die Beklagte nicht belastet. Hinsichtlich des Rentenbeginns liege hier eine erstmalige Neuberentung vor. Für den Rentenbeginn sei auf den Zeitpunkt der Schadenentstehung, das heisse den Eintritt des Versicherungsfalls der bleibenden Arbeitsunfähigkeit, abzustellen, also auf Anfang 2009. Sollte sich bei der Taggeldversicherung der Prozessverlauf verändern (Verfahren KV-Z 2013/4), sei als Rentenbeginn der Januar 2011 anzuerkennen.

D.b Mit Klageantwort vom 20. Februar 2013 (act. G 5) schloss die Beklagte auf Abweisung der Klage. Eventualiter sei sie zu verpflichten, dem Kläger ab 1. Juni 2011 eine obligatorische Invalidenrente sowie eine obligatorische Invaliden-Kinderrente



auszurichten. Zur Begründung brachte sie im Wesentlichen vor, für die bestehenden Ursachen, welche zur Paraplegie und Teilinvalidität im Umfang von 50% geführt hätten, bestehe keine Versicherungsdeckung, da der Kläger irrtümlicherweise als Teilzeitangestellter zu 50% in die Vorsorge aufgenommen worden sei. Mit neuem Anschlussvertrag hätten ergänzende Gesundheitsfragen beantwortet werden müssen. Gestützt auf diese sei der Vorsorgeschutz gemäss Einlageblatt zum Reglement derart festgelegt worden, dass bei Erhöhung des Invaliditätsgrads sowie im Todesfall aufgrund bestehender Ursachen kein Anspruch gegenüber dieser Vorsorgeeinrichtung bestehe. Die Beklagte habe zu keinem Zeitpunkt eine Versicherung der vorbestehenden Teilinvalidität und ihrer Ursachen zugesagt. Dass die Erhöhung des Invaliditätsgrads auf einen neuen Gesundheitsschaden zurückzuführen sei, werde bestritten und stehe im Widerspruch zur Tatsache, dass die Militärversicherung eine Revision durchgeführt und ab Juni 2011 die Ausrichtung einer Invalidenrente von 90% beschlossen habe. Die vorbestehende Invalidität sei nach Reglement bei der Beklagten nicht versicherbar. Die Militärversicherung sei davon ausgegangen, dass die Verschlechterung des Gesundheitszustands vollständig und adäquat-kausal auf die Paraplegie und ihre Folgen zurückzuführen sei. Da der Leistungsbeginn der Invalidenversicherung auch für die berufliche Vorsorge massgebend sei, müsse auf den 1. Juni 2011 abgestellt werden. Falls das Gericht vorliegend zum Schluss kommen sollte, dass ein Leistungsausschluss für die vorbestehende Invalidität – trotz der geltend gemachten Unzuständigkeit – nicht zulässig sei, werde darauf hingewiesen, dass die reglementarischen Leistungen bei Leistungspflicht der Unfall- oder Militärversicherung auf das gesetzliche Minimum begrenzt seien. Eine gutachterliche Abklärung der Ursachen der Erhöhung der Arbeitsunfähigkeit erübrige sich und werde abgelehnt.

D.c Mit Replik vom 25. April 2013 (act. G 9) liess der Kläger den Beizug der Akten aus der Prozedur KV-Z 2013/4 beantragen und im Übrigen an seinen bisherigen Anträgen fest halten. Zudem liess er unter anderem (vgl. kläg.act. 1ff. in act. G 9.1) ein Gutachten der Klinik N.____ vom 30. Januar 2013 (kläg.act. 15 in act. G 9.1) sowie einen Arztbericht des derzeit behandelnden Arztes Dr. med. O.____, Allgemeinmedizin FMH, vom 13. März 2012 (kläg.act. 18 in act. G 9.1) einreichen.

D.d Mit Duplik vom 17. Mai 2013 (act. G 11) beantragte die Beklagte unter anderem die Abweisung des Antrags auf Beizug der Akten aus dem Verfahren KV-Z 2013/4.



D.e Das Versicherungsgericht zog die Akten der Invaliden- und der Militärversicherung bei (act. G 12) und gewährte den Parteien dazu das rechtliche Gehör, das diese wahrnahmen (act. G 13, 28, 32). Weiter forderte das Gericht bei Dr. K.____ Kopien der Krankengeschichte des Versicherten für die Behandlung im Zeitraum der Jahre 2009 bis 2011 an (act. G 39). Dessen Praxisnachfolger Dr. O.____ reichte die Unterlagen am 21. November 2013 ein (act. G 42). Diese wurden am 29. November 2013 beiden Parteien zur Stellungnahme zugestellt (act. G 43). Während sich der Rechtsanwalt des Klägers dazu am 6. Januar 2014 kurz äusserte (act. G 45), verzichtete die Beklagte gleichentags auf eine Stellungnahme (act. G 44).

D.f Am 4. März 2014 wurden die Parteien darüber orientiert, dass das Verfahren wegen möglicher materieller Bezüge zum Ausgang des vom Kläger gegen eine Krankentaggeld-Versicherung mit Klage vom 26. Februar 2014 angehobenen Verfahrens (KV-Z 2014/2) einstweilen pendent gehalten werde (act. G 47). Nach Protest durch den Kläger (act. G 48) und Ablehnung eines verfahrensleitenden Vorschlags betreffend einen prozessualen Vergleich (act. G 49) durch die Beklagte (act. G 50) verzichtete der Kläger am 16. Mai 2014 einstweilen auf eine förmliche Verfügung über die Verfahrenssistierung (act. G 52). Am 26. Mai 2014 liess er ein weiteres medizinisches Aktenstück einreichen (kläg.act. 23 in act. G 55.1). Nachdem sich der Kläger am 17. November 2014 mit einer Sistierungsverlängerung (act. G 57) nicht einverstanden erklärt hatte (act. G 58), sistierte das Gericht das Verfahren mit Zwischenentscheid vom 17. Dezember 2014 bis zum rechtskräftigen Entscheid des Verfahrens KV-Z 2014/2 betreffend Ansprüche auf Leistungen aus Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung (act. G 62). Eine dagegen vom Kläger vor Bundesgericht erhobene Beschwerde (9C_84/2015) wurde aufgrund eines Entscheids des Bundesgerichts betreffend Ansprüche des Klägers auf Krankentaggeld vom 2. Februar 2015 (4A_471/2014) gegenstandslos und vom Bundesgericht am 17. März 2015 ohne Zusprache einer Parteientschädigung abgeschrieben (act. G 72). Das Verfahren BV 2012/19 wurde daraufhin fortgesetzt (act. G 66).

D.g Nach einem Anwaltswechsel (act. G 69) wurde dem neuen Rechtsvertreter des Klägers, Rechtsanwalt lic.iur. Kurt Gemperli, St. Gallen, auf Antrag Gelegenheit zur Stellungnahme erteilt (act. G 73), die dieser am 19. Juni 2015 wahrnahm (act. G 80) und zudem weitere Akten einreichte (kläg.act. 24-30 in act. G 80.1). Die Beklagte liess sich



dazu am 27. Juli 2015 vernehmen (act. G 84) und reichte ihrerseits weitere Akten ein (bekl.act. 19-27 in act. G 84.1). Daraufhin wurde der Schriftenwechsel am 5. August 2015 wiederum geschlossen (act. G 85).

Erwägungen

1.

Die sachliche Zuständigkeit des angerufenen Versicherungsgerichts ergibt sich aus Art. 73 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG; SR 831.40) in Verbindung mit Art. 65 Abs. 1 lit. e^{bis} des Gesetzes über die Verwaltungspflege (VRP; sGS 951.1), die örtliche Zuständigkeit folgt aus Art. 73 Abs. 3 BVG.

2.

2.1 Streitig ist, ob die Beklagte dem Kläger für die Zeit ab 1. Januar 2009 Invalidenleistungen (Invalidenrente und Invaliden-Kinderrente) zu erbringen hat.

2.2 Gemäss Art. 23 lit. a BVG haben (im obligatorischen Bereich) Anspruch auf Invalidenleistungen unter anderem Personen, die im Sinn der Invalidenversicherung zu mindestens 40 % invalid sind und bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, versichert waren. Auf Art. 23 lit. a BVG ist jedoch nur abzustellen, soweit ihm neben den reglementarischen Regelungen der Beklagten eine eigenständige Bedeutung zukommt (Entscheid des Bundesgerichts vom 28. Dezember 2012, 9C_536/2012, E. 2.1.3). Als umhüllende Kasse unterscheidet die Beklagte nicht zwischen obligatorischer und überobligatorischer Versicherung. Entsprechend sieht Ziff. 20.2 des Vorsorgereglements für die BVG-Basisvorsorge der J.____, P.____, R.____, S.____ und der T.____ gültig ab 2009 (nachfolgend: Vorsorgereglement, bekl.act. 17 in act. G 5.1) eine mit Art. 23 lit. a BVG identische Regelung vor.

2.3 Aus der engen Verbindung zwischen dem Recht auf eine Rente der Invalidenversicherung und demjenigen auf eine Invalidenleistung nach BVG ergibt sich, dass der Invaliditätsbegriff im obligatorischen Bereich der beruflichen Vorsorge und in der Invalidenversicherung grundsätzlich der gleiche ist. Aufgrund von Art. 6 BVG steht es



den Vorsorgeeinrichtungen frei, den Invaliditätsbegriff bereits in der obligatorischen Versicherung zugunsten des Versicherten zu erweitern. Die Vorsorgeeinrichtungen sind frei in der Wahl des Invaliditätsbegriffs; sie haben sich aber an eine einheitliche Begriffsanwendung zu halten. Gehen sie ausdrücklich oder unter Hinweis auf das Gesetz vom gleichen Invaliditätsbegriff aus wie die Invalidenversicherung, sind sie hinsichtlich des versicherten Ereignisses an die Invaliditätsbemessung der IV-Stellen (der Kantone und des Bundes) gebunden, es sei denn, dass diese sich als offensichtlich unhaltbar erweist (vgl. BGE 126 V 308; 115 V 208; 115 V 215; 118 V 35 E. 2b/aa; 120 V 106 E. 3c). Stellt die Vorsorgeeinrichtung auf die invalidenversicherungsrechtliche Betrachtungsweise ab, muss sich die versicherte Person diese grundsätzlich entgegenhalten lassen, soweit diese für die Festlegung des Anspruchs auf eine Invalidenrente entscheidend war (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 14. August 2000, B 50/99, E. 2b), und zwar ungeachtet dessen, ob der Vorsorgeversicherer im IV-Verfahren beteiligt war oder nicht (vgl. dazu Urteil des EVG vom 9. Februar 2004, B 39/03, E. 3.1).

2.4 Invalidenleistungen nach BVG werden von derjenigen Vorsorgeeinrichtung geschuldet, der die anspruchsberechtigte Person bei Eintritt des versicherten Ereignisses angeschlossen ist. Dieser Zeitpunkt fällt mit dem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit zusammen, deren Ursache zur Invalidität geführt hat. Die Versicherteneigenschaft muss nur bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit gegeben sein, dagegen nicht notwendigerweise auch im Zeitpunkt des Eintritts oder der Verschlimmerung der Invalidität. Für eine einmal aus – während der Versicherungsdauer aufgetretenen – Arbeitsunfähigkeit geschuldete Invalidenleistung bleibt die Vorsorgeeinrichtung somit leistungspflichtig, selbst wenn sich nach Beendigung des Vorsorgeverhältnisses der Invaliditätsgrad ändert. Entsprechend bildet auch der Wegfall der Versicherteneigenschaft keinen Erlösungsgrund (BGE 118 V 35 E. 5; BGE 123 V 262 E. 1a). Auf diese Weise wird dem Umstand Rechnung getragen, dass die versicherte Person meistens erst nach einer längeren Zeit der Arbeitsunfähigkeit invalid wird. Damit kommt der Schutz der zweiten Säule zum Tragen, wonach das Invaliditätsrisiko auch dann gedeckt sein muss, wenn es rechtlich gesehen erst nach einer langen Krankheit eintritt, während der die leistungsbegehrende Person unter Umständen dem Obligatorium nicht mehr unterstanden hat (BGE 118 V



35 E. 2a/bb; BGE 120 V 113 E. 2b). Damit die frühere Vorsorgeeinrichtung leistungspflichtig bleibt, ist allerdings nicht nur erforderlich, dass die Arbeitsunfähigkeit zu einer Zeit einsetzte, als die versicherte Person ihr angeschlossen war, sondern auch, dass zwischen dieser Arbeitsunfähigkeit und der Invalidität sowohl ein sachlicher als auch ein zeitlicher Zusammenhang besteht (BGE 120 V 112 E. 2b und c).

3.

3.1 Vorliegend ergibt sich aus den Akten und ist im Übrigen unbestritten, dass der Kläger wegen der seit 1979 bestehenden Paraplegie bei Versicherungsbeginn bei der Beklagten anhaltend zu 50% arbeitsunfähig war. Die auf diese Ursache zurückgehende Arbeitsunfähigkeit des Klägers war bei der Beklagten in diesem Ausmass zum Vor herein nicht versicherbar und sollte auch nicht versichert werden. Mit der bei Versicherungsbeginn im Juli 1999 gewählten – bzw. im Jahr 2000 rückwirkend angepassten – Vorsorgelösung strebte der Kläger an, die ihm verbliebene und seit dem Unfall ohne längere Unterbrüche ausgeschöpfte Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 50% zu versichern. Zu prüfen ist nachfolgend, ob beim Kläger während des seit 1. Juli 1999 bestehenden Vorsorgeverhältnisses mit der Beklagten eine Arbeitsunfähigkeit aufgetreten ist, die nicht lediglich auf eine Verschlimmerung der vorbestehenden, bei der Beklagten unstrittig nicht versicherten Invalidität zurückzuführen ist.

3.2 Zumindest bis ins Jahr 2008 war der Kläger im Ausmass der seit Juli 1999 versicherten Arbeitsfähigkeit von 50% auch tatsächlich ohne dauerhafte Einschränkungen arbeits- und leistungsfähig. Dies ergibt sich aus den medizinischen Akten, insbesondere aus der Krankengeschichte (vgl. act. G 42) und den Berichten des damals behandelnden Arztes Dr. K.____. In seinen Berichten vom 27. und 28. Juni 2011 bescheinigte Dr. K.____ eine Arbeitsunfähigkeit von 90% ab Juli 2010 bzw. von 70-80% ab 2008; dies allerdings nicht echtzeitlich, sondern rückwirkend (IV-act. 204). In seinem Bericht vom 2. März 2008 hatte er noch auf einen unveränderten Verlauf hingewiesen und notiert "IV-Grad 50%" (MV-act. 837). Für die Jahre 2008 und 2009 sind in der Krankengeschichte zwar einige Einträge vorhanden, diese dokumentieren allerdings überwiegend die Rezeptierung von Medikamenten und deuten allein noch nicht darauf hin, dass eine Reduktion der Arbeitsfähigkeit auf unter 50% stattgefunden hat. Verzeichnet wurden lediglich telefonische Konsultationen vom 13. März 2008, vom 21.



St.Galler Gerichte

und 23. Januar 2009, vom 20. Oktober 2009 sowie eine Kontrolluntersuchung (Hb, Krea, CRP) am 2. April 2008. Andere Arztberichte aus den Jahren 2008 und 2009 sind nicht aktenkundig, auch nicht in den Akten der Invalidenversicherung oder in jenen der Militärversicherung. Insbesondere im Jahr 2010 wies Dr. K.____ mehrmals auf einen erst drohenden Verlust der Restarbeitsfähigkeit hin, so etwa im Bericht vom 3. Juli 2010 (IV-act. 185), worin er über sich seit zwei bis drei Jahren intensivierende Probleme durch mehr Infekte, Dauertherapie (Physio) wegen Überforderung HWS-Schulter-Arm-Problematis und zunehmende Spastizität informierte, und im Bericht vom 7. Dezember 2010 (MV-act. 911), worin er eine Abnahme der Arbeitsfähigkeit prognostizierte. Im Arztbericht vom 10. Juni 2010 (MV-act. 895) hatte er beschrieben, dass die Arbeitsfähigkeit wie bisher erhalten sei bei Stundeneinschränkung durch Basistraining und Hygiene. Am 7. Dezember 2010 (MV-act. 911) hielt er fest, der Patient versuche eine ähnliche Arbeitszeit zu belegen, die sicher nicht mehr als 50% betrage, und dass die Arbeitsunterbrüche bei einer Arbeitszeit von vier Stunden täglich (manchmal auch nur eine Stunde) notwendiger und länger würden. Die Arbeitsfähigkeit werde eher abnehmen. Dr. M.____ bezeichnete es anlässlich der für die Militärversicherung durchgeführten kreisärztlichen Untersuchung vom 3. November 2011 als schwierig, den Beginn der Verschlechterung des Gesundheitszustands klar zu definieren, da diese schleichend verlaufen sei. Seit Anfang des Jahres 2011 sei eine deutliche Verschlechterung des Gesundheitszustands dokumentiert. Mit Stellungnahme vom 30. März 2012 äusserte er unter Berücksichtigung der oben erwähnten Arztberichte von Dr. K.____ die Ansicht, es falle unter den gegebenen Umständen schwer, retrospektiv von einer stärker eingeschränkten Arbeitsunfähigkeit ab 2009 auszugehen. Unter Berücksichtigung der Gesamtsituation erachtete er es jedoch als vertretbar, ab Anfang 2009 von einer Arbeitsunfähigkeit von 70% auszugehen, die im weiteren Verlauf auf 90% zugenommen habe (Fremdakten Suva, Teil 1). Aus den echtzeitlichen medizinischen Akten von Dr. K.____ geht ein solcher Verlauf nicht explizit hervor. Die IV-Stelle ging gestützt auf die Stellungnahme ihres RAD-Arzttes vom 15. Juni 2012 von einer unzweifelhaften Verschlechterung des Gesundheitszustands seit Anfang 2011 aus (IV-act. 231), was nachvollziehbar ist. Die retrospektive Beurteilung von Dr. M.____ ist zwar möglicherweise zutreffend, vermag den Nachweis einer bereits ab Anfang 2009 eingetretenen und durchgehend anhaltenden massgeblichen Reduktion der Restarbeitsfähigkeit aber nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden



Wahrscheinlichkeit zu erbringen. Unter Berücksichtigung der Aktenlage ist eine erhebliche Einschränkung der langjährig und konstant bestehenden Arbeitsfähigkeit auf unter 50% erst im Januar 2011 als effektiv eingetreten und auch dauerhaft ausgewiesen zu betrachten.

3.3 Diese Sachverhaltswürdigung steht auch mit Akten neueren Datums im Einklang. So wurde in einem Bericht des Muskelzentrums ALS Clinic des Kantonsspitals St. Gallen vom 3. April 2014 festgehalten, das im Vordergrund stehende chronische Schmerz-Syndrom sei "seit ca. drei bis vier Jahren" exazerbiert (kläg.act. 23 in act. G 55.1). In seinem im Juni 2015 aktualisierten "Grundlagenpapier" erwähnte der Kläger mehrere ab 2011 objektivierte Diagnosen (ESBL, fortgeschrittene Hüftgelenks-Arthrose, degenerative HWS-Veränderungen, weitgehende Einschränkungen im Schulterbereich, intensive Schmerzen in Gelenken, Muskulatur und Nerven, Inkontinenz von Blase und Darm). Ohne Datumsangabe erwähnt er eine Vergrösserung beider Schilddrüsenlappen mit Zysten (vgl. dazu den Bericht der Radiologie der Klinik N.____ vom 1. April 2015, kläg.act. 30 in act. G 80.1). Im Jahr 2014 sei die Diagnose Polymyalgie und im Jahr 2015 des beidseitigen Karpaltunnelsyndroms gestellt worden (kläg.act. 25 S. 2 in act. G 80.1).

4.

4.1 Die Beklagte stellt sich sinngemäss auf den Standpunkt, die mannigfaltigen während des Vorsorgeverhältnisses beklagten Leiden des Klägers seien alle auf den Unfall vom 16. Februar 1979 bzw. auf die daraus entstandene Gesundheitsschädigung (Paraplegie) zurückzuführen. Eine Versicherung der vorbestehenden Invaliditätsursache widerspreche unabhängig von der Anbringung oder Gültigkeit eines Vorbehalts bzw. Leistungsausschlusses dem Versicherungsprinzip nach Art. 23 lit. a BVG und falle nach dem Willen des Gesetzgebers in die Zuständigkeit einer früheren Vorsorgeeinrichtung. Dieser Grundsatz finde auch in der weitergehenden Vorsorge Anwendung, sofern nicht Reglemente oder Statuten etwas anderes vorsähen. Im vorliegenden Fall existiere reglementarisch keine abweichende Regelung. Das bedeute, dass eine bestehende Erwerbsunfähigkeit und ihre Ursachen nicht versichert werden könnten.



4.2 Fest steht, dass eine bereits vor dem Eintritt in das Vorsorgeverhältnis bestehende Invalidität nicht mehr nachträglich versichert werden kann, da sich diesbezüglich das Risiko bereits verwirklicht hat. Versichert wurde beim Kläger entsprechend die noch bestehende Leistungsfähigkeit bzw. Validität im Ausmass von 50% (vgl. E. 3.1). Seit Wiederaufnahme der Arbeit im Januar 1980 im Teilpensum führten gesundheitliche Einschränkungen den Akten zufolge bis zum Beginn des Vorsorgeverhältnisses bei der Beklagten und Jahre darüber hinaus nicht zu einer länger anhaltenden Einschränkung der verbliebenen Arbeits- und Leistungsfähigkeit von ca. 50%. Zwischenzeitliche Reduktionen des Arbeitspensums (und vorübergehende Rentenerhöhungen der Militärversicherung) wurden zwecks Ausbildungen zum E.____ (Juli 1980 bis September 1983; IV-act. 27, 29; MV-act. 113ff., 185) sowie zum AA.____ (Juni 1988 bis September 1989; MV-act. 339f., 356, 382) vorgenommen und lagen nicht in einer Verschlechterung der gesundheitlichen Situation begründet.

4.3 Unmittelbar durch den Unfall vom 16. Februar 1979 ausgelöst wurden eine Kompressionsfraktur Th 4/5, eine komplette Paraplegie sowie eine schwere Lungenkontusion (vgl. Sachverhalt A.a). In den Jahren vor Beginn des Vorsorgeverhältnisses mit der Beklagten im Juli 1999 kam es mehrfach zu Problemen mit den Harnwegen sowie der Entleerung von Blase und Darm (vgl. etwa MV-act. 473, 476, 514). Eine Skelettszintigraphie vom 9. August 1996 zeigte noch eine normale Darstellung der BWS und LWS, des Beckenrings, der Oberschenkel und der Kniegelenke (MV-act. 487). Im November 1997 wurde eine eher geringgradige S-förmige Skoliose festgestellt (MV-act. 514). Im März 1999 wurde eine Zehenoperation (Strahlenresektion III. Zehe links) durchgeführt (MV-act. 542, 544).

4.4 In den ersten Jahren des Vorsorgeverhältnisses mit der Beklagten sind keine sich auf die Leistungsfähigkeit des Klägers auswirkenden gesundheitlichen Probleme aktenkundig. Von Ende Juli 2003 bis Ende November 2003 trat dann insbesondere aufgrund einer Analfistel und Komplikationen nach deren Operation (MV-act. 686, 699, 700, 708) eine volle Arbeitsunfähigkeit auf (vgl. auch MV-act. 725, 729). Im September 2003 wurde zudem eine PEG-Sonde zur regelmässigen Colon-Spülung eingelegt (MV-act. 700). MV-Akten aus dem Jahr 2006 enthalten Hinweise auf eine Antibiotikaresistenz (MV-act. 814). Im Jahr 2011 wurde der Verdacht auf ESBL (Extended-Spectrum Beta-Laktamase) bestätigt (vgl. Bericht von Dr. K.____ an die MV



vom 25. Oktober 2011, Fremdakten Suva, Teil 1). Bereits davor waren mehrmals jährlich zunehmend durch Antibiotika-resistente Keime verursachte Uroseptitiden aufgetreten (Bericht von Dr. M.____ vom 7. November 2011, Fremdakten Suva, Teil 1).

4.5 Dr. O.____ erachtete im Bericht vom 13. März 2012 einen Teil der von ihm genannten, vielschichtigen Beschwerden als ursächlich mit dem Unfall und der daraus resultierenden Querschnittlähmung im Zusammenhang stehend, von einem grossen Teil der Komplikationen könne dies jedoch nicht zwingend behauptet werden, eine entsprechende Differenzierung sei mehr als komplex (kläg.act. 18 in act. G 9.1). Gemäss Dr. M.____ können die immer wieder auftretenden septischen Zustandsbilder, die dann eine intensive antibiotische Behandlung bedingen, nicht erklärt werden (Fremdakten Suva, Teil 1). Dr. med. U.____, Institut für Radiologie und Nuklearmedizin, Klinik N.____, brachte in ihrer Stellungnahme vom 30. Januar 2013 (kläg.act. 15 in act. G 9.1) zum Ausdruck, dass die Verschlechterung des Gesundheitszustands des Klägers in den vergangenen Jahren grossteils auf krankheitsbedingte Ursachen zurückzuführen sei und nicht einer progredienten Entwicklung der Paraplegiefolgen entspreche. Eine gegenseitige negative Beeinflussung der multiplen Morbiditäten verstehe sich von selbst (Potenzierung der radikulären Schmerzen, Kopfschmerzen, Gelenkschmerzen, Muskelschmerzen, Spastizität, etc.). Die Arthrosen (AC-Gelenksarthrosen, Coxarthrosen, mehrsegmentale degenerative HWS-Veränderungen mit Neurokompression), die Rotatorenmanschettenläsionen, die Struma multinodosa regressiva und die Besiedelung des Harntrakts mit ESBL-E.coli seien, auch in Anbetracht der Prävalenzen in der Normalbevölkerung, nicht adäquat-kausal dem Unfall vom 16. Februar 1978 (richtig: 1979) oder der Querschnittslähmung zuzurechnen. Allein die HWS-Problematik mit schwergradiger beidseitiger radikulärer Symptomatik münde in eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit.

4.6 Diese Beurteilungen von Dr. O.____ und Dr. U.____ bringen die komplexe Problematik auf den Punkt: Zwar ist durchaus plausibel, dass die meisten der erwähnten gesundheitlichen Beschwerden des Klägers im weitesten Sinn durch die Paraplegie begünstigt wurden. Eine eigentliche Verursachung durch die Paraplegie ist jedoch nicht erwiesen. Während die Paraplegie selbst auf das Unfallereignis vom 16. Februar 1979 zurückzuführen ist, gründen die Jahrzehnte später und schleichend aufgetretenen, bis zum Beginn des Vorsorgeverhältnisses die versicherte



Restarbeitsfähigkeit unbestrittenermassen nicht einschränkenden bzw. sich nicht auf die erwerbliche Leistungsfähigkeit auswirkenden Gesundheitsbeeinträchtigungen des Klägers überwiegend auf der Ursache Krankheit. Anders als in BGE 123 V 262, wo ein Anspruch auf Invalidenleistungen der neuen Pensionskasse verneint wurde, da ein sechs Jahre später aufgetretenes Tumor-Rezidiv als Verschlechterung der vorbestehenden Krankheit galt und eine Deckung durch die neue Pensionskasse dem Versicherungsprinzip widersprach, sind die Ursachen Unfall und Krankheit im vorliegenden Fall hinreichend voneinander abgrenzbar. Dass der Kläger aufgrund der Paraplegie eine gewisse Prädisposition für die Entstehung der unterdessen unbestrittenermassen zur vollständigen Aufhebung der Restarbeitsfähigkeit führenden Erkrankungen aufwies, kann für sich nicht relevant sein. So hat das Bundesgericht etwa im Entscheid 9C_127/2008 vom 11. August 2008, E. 3.3.3, erwogen, dass irrelevant sei, ob eine versicherte Person – im Sinn einer konstitutionellen Prädisposition – den Keim einer sich während eines Vorsorgeverhältnisses manifestierenden Arbeitsunfähigkeit bei Beginn dieses Vorsorgeverhältnisses bereits in sich getragen habe. Als relevant hatte das Bundesgericht betrachtet, dass die vorher gut kompensierten Defizite sich bei jener Versicherten erst im Verlauf des Vorsorgeverhältnisses leistungswirksam manifestiert hatten (vgl. auch den Entscheid 9C_679/2013 vom 16. April 2014 E. 6.2). Der Versicherungsgedanke fusst massgeblich darauf, dass die einzelnen, in einer Versichertengemeinschaft zusammengefassten Versicherten stark unterschiedliche Risikoprofile aufweisen. So wird eine bei Versicherungsbeginn arbeitsfähige Person, die bekanntermassen ein erheblich erhöhtes Risiko trägt, an einer Erbkrankheit zu erkranken, grundsätzlich genauso versichert wie eine Person, in deren Familie die Erbkrankheit nicht auftritt. Ebenso wird beispielsweise der bei Eintritt in die Versicherung gesunde passionierte Tennisspieler nicht mit Problemen mit der Versicherungsdeckung zu rechnen haben, obwohl er ein deutlich höheres Risiko trägt, an einer Epicondylitis humeri (sog. Tennisellbogen) zu erkranken als die nicht (oder nicht intensiv) tennisspielende Mehrheit der Versichertengemeinschaft. Würden im vorliegenden Fall sämtliche in irgendeiner Weise durch die Paraplegie begünstigten Gesundheitsbeeinträchtigungen bzw. deren Folgen auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten von der Versicherungsdeckung ausgenommen, so wäre es dem Versicherten faktisch weitgehend verwehrt gewesen, seine über Jahrzehnte aufrecht erhaltene Resterwerbsfähigkeit von 50% in der zweiten



Säule überhaupt noch zu versichern. Denn zumindest eine Begünstigung durch die Paraplegie wird bei vielen, wenn nicht den meisten Leiden nicht auszuschliessen sein, so etwa bei degenerativen Wirbelsäulenveränderungen und Arthrose (wobei es sich übrigens bekanntermassen um in der Bevölkerung insbesondere im fortgeschrittenen Alter durchaus häufig auftretende Krankheiten handelt). Eine solche faktische Unversicherbarkeit widerspricht an sich bereits den Grundanliegen des BVG-Versicherungsobligatoriums, dem der Kläger im Rahmen seiner langjährig aufrecht erhaltenen Resterwerbsfähigkeit fraglos unterstand.

4.7 Insgesamt ist im Fall des Klägers gestützt auf die dargestellten Überlegungen davon auszugehen, dass die Beklagte für die Folgen der ab Januar 2011 bewiesenen Aufhebung der Restarbeitsfähigkeit aufzukommen hat. Die krankheitsbedingten Gesundheitsbeeinträchtigungen des Klägers (insbesondere degenerativ bedingte Wirbelsäulenbeschwerden und Arthrosen, Antibiotikaresistenz, Besiedelung durch ESBL-E.coli im Harntrakt), die zu einer Verschlechterung seines Gesundheitszustands und Aufhebung seiner Restarbeitsfähigkeit von 50% geführt haben, sind während des Vorsorgeverhältnisses mit der Beklagten aufgetreten. Der enge sachliche wie auch der zeitliche Zusammenhang der erläuterten, die Arbeitsfähigkeit (ab Januar 2011) unter 50% senkenden Gesundheitsschäden mit der bleibenden Invalidität ist zu bejahen.

4.8 Die Beklagte hat eine Stellungnahme ihres beratenden Arztes Dr. med. V.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 10. Juli 2015 ins Recht gelegt (bekl.act. 20 in act. G 84.1). Darin bezeichnet dieser die Einschätzung von Dr. U.____ als äusserst tendenziös und wirft ihr fragwürdige Interpretationen zugunsten von "krankheitsbedingt" vor. Seine eigenen Schlussfolgerungen begründet er jedoch nicht. Sie vermögen an der oben vorgenommenen Würdigung jedenfalls keine Zweifel zu wecken. Insbesondere ist es für das Bejahen der Leistungspflicht der Beklagten wie dargelegt nicht notwendig, den die Restarbeitsfähigkeit des Klägers ab 2011 aufhebenden Krankheitsfolgen jeglichen Zusammenhang mit der bzw. jegliche Begünstigung durch die Paraplegie abzusprechen. Weiter zieht Dr. V.____ die im Jahr 2014 gestellte Diagnose Polymyalgia rheumatica in Frage, wiederum ohne dies zu begründen. Wie es sich damit verhält, ist vorliegend nicht relevant, zumal nach Lage der Akten die Restarbeitsfähigkeit des Klägers unbestrittenermassen bereits mehrere Jahre vor der Diagnostizierung der Polymyalgie aufgehoben war.



4.9 Die Aktenlage erweist sich für die obenstehende Würdigung als ausreichend. Entgegen dem Antrag des Klägers erscheint der Beizug der Akten des Verfahrens KV-Z 2013/4 unnötig. Dasselbe hat für die Akten des Verfahrens KV-Z 2014/2 zu gelten.

5.

5.1 Gemäss Ziff. 34.2 des Reglements werden unter anderem Invalidenrenten und Invaliden-Kinderrenten auf das gesetzliche Minimum begrenzt, wenn ein Unfallversicherer gemäss Unfallversicherungsgesetz (UVG) oder die Militärversicherung gemäss Militärversicherungsgesetz (MVG) leistungspflichtig ist. Ferner besteht auf diese Renten nur soweit Anspruch, als die Leistungen aus der beruflichen Vorsorge zusammen mit den anderen anrechenbaren Leistungen gemäss Ziff. 35.2 des Reglements 90% des mutmasslich entgangenen Verdienstes nicht übersteigen. Gemäss Ziff. 34.4 gelten bei Zusammentreffen von Unfall und Krankheit die Regelungen gemäss Ziffer 34.2 bis 34.3 nur für den Teil, der auf den Unfall zurückzuführen ist.

5.2 Im vorliegenden Fall erfolgte die Erhöhung des Invaliditätsgrads wie erläutert aufgrund von im Wesentlichen neuen, krankheitsbedingten Ursachen. Dass die Militärversicherung gestützt auf den Vergleich vom 15. März 2012 Leistungen erbringt, wie wenn die neuen Gesundheitsbeeinträchtigungen ausschliesslich auf das Unfallereignis vom 16. Februar 1979 zurückzuführen wären, dürfte auf Kulanz beruhen, vermag aber jedenfalls nichts an deren krankheitsbedingten Ursachen und den dem Kläger gemäss Wortlaut von Ziff. 34.4 des Reglements zustehenden überobligatorischen Leistungen zu ändern. Im Urteil B 101/02 vom 22. August 2003 bejahte das EVG Ansprüche auf überobligatorische Leistungen sogar bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustands der Versicherten ausschliesslich aufgrund eines vorbestehenden Gesundheitsschadens mit der Begründung, das Vorsorgereglement habe die Möglichkeit geboten, bei unbefriedigender Gesundheit eine Leistungseinschränkung anzubringen, die dem Mitglied schriftlich bekanntzugeben sei; die Vorsorgeeinrichtung habe der Versicherten jedoch die vorbehaltlose Aufnahme ausdrücklich zugesichert, was geeignet sei, zwischen den Parteien vorsorgerechtliche Wirkung zu entfalten (E. 4.4). Im vorliegenden Fall hat die Beklagte das mit der Arbeitgeberin des Klägers ursprünglich vereinbarte



Vorsorgeverhältnis nachträglich (und rückwirkend) auf "Z.____" angepasst, wodurch überobligatorische Leistungen nicht durch ein Lohnmaximum begrenzt wurden (vgl. bekl.act. 4ff. in act. G 5.1). Der Kläger (der seiner Anzeigepflicht mit wahrheitsgemässer Deklaration seines Gesundheitszustands nachgekommen ist) durfte darauf vertrauen, dass er für seine bei Versicherungsbeginn unbestrittenermassen bestehende Arbeitsfähigkeit von 50% auch im Überobligatorium versichert war. Daran würde sogar ein Leistungsausschluss nichts ändern, hätte doch ein solcher gemäss dem zwingenden Art. 331c OR für maximal fünf Jahre angebracht werden und damit seine Wirkung lediglich bis 1. Juni 2005 entfalten können. Dem Kläger stehen folglich auch Leistungen aus Überobligatorium zu.

6.

Betreffend Invaliditätsgrad ist festzuhalten, dass beim Beschwerdeführer nach Lage der Akten seit Anfang 2011 keine verwertbare Restarbeitsfähigkeit mehr besteht, dies weder in der angestammten noch in einer Verweistätigkeit (vgl. dazu ausführlich die Beurteilung von Dr. U.____ von der Klinik Hirslanden vom 30. Januar 2013 [kläg.act. 15 in act. G 9.1] sowie die oben in E. 3.2 zitierten Angaben von Dr. K.____ sowie die Aktenbeurteilungen des MV-Kreisarztes und des IV-RAD-Arztes). Da das Invalideneinkommen sich auf Fr. 0.- beläuft, resultiert ein Invaliditätsgrad von 100%. Die Beklagte hat dem Kläger folglich eine ganze Rente (berechnet auf dem Lohn aus der versicherten Tätigkeit im Ausmass von 50%) auszurichten (vgl. auch BGE 129 V 132; 136 V 390; B 101/02), dies gestützt auf die gesetzlichen (vgl. Art. 24 Abs. 1 BVG) wie reglementarischen Bestimmungen (vgl. Ziff. 20.4 des Reglements).

7.

7.1 Der Anspruch auf die Invalidenrente entsteht gemäss Ziff. 21.1 des Reglements nach Ablauf der Wartefrist gemäss Ziff. 20.3. Er besteht nicht, solange die versicherte Person Taggelder der IV bezieht. Ziff. 20.3 des Vorsorgereglements definiert als Wartefrist die effektive Dauer der Arbeitsunfähigkeit, die bis zur Entstehung des Leistungsanspruchs mindestens verstrichen sein muss. Sie ist im Vorsorgeplan festgelegt (Abs. 1). Beträgt die vereinbarte Wartefrist 24 Monate und sollten im Falle einer Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit die Krankentaggeldleistungen nicht für die



Dauer von 24 Monaten erbracht werden, so werden die Invaliden-Renten und Invaliden-Kinderrenten ab dem Tag gewährt, ab dem die Krankentaggeldleistung erlischt, frühestens aber ab dem Zeitpunkt des IV-Rentenanspruchs, so Ziff. 20.3 weiter in Abs. 3. Gemäss Planübersicht Z.____ (bekl.act. 7 in act. G 5.1) wurde vorliegend eine Wartefrist von 24 Monaten vereinbart (vgl. den persönlichen Ausweis des Klägers, kläg.act. 14 in act. G 9.1).

7.2 Der Kläger hat von der Krankentaggeld-Versicherung keine Leistungen erhalten. Gerichtlich wurde nicht der materielle Leistungsanspruch, sondern lediglich die Verjährung allfälliger Ansprüche als Vorfrage geprüft und vom Bundesgericht mit Entscheid vom 2. Februar 2015 (4A_471/2014) als eingetreten betrachtet. Damit ist dem Kläger die Durchsetzung allfälliger Ansprüche gegenüber der Krankentaggeld-Versicherung verwehrt. Ziff. 20.3 Abs. 3 des Reglements hat offenkundig zum Zweck, eine Überentschädigung der versicherten Person durch die Kumulation von Krankentaggeld-Leistungen und Leistungen aus beruflicher Vorsorge zu vermeiden. Zu einer solchen Überentschädigung kann es vorliegend nicht mehr kommen. Folglich ist der Beginn des Anspruchs des Klägers auf eine Invalidenrente getreu dem Wortlaut von Ziff. 20.3 Abs. 3 und in Einklang mit deren Sinn und Zweck auf den Zeitpunkt des IV-Rentenanspruchs festzusetzen. Folglich ist die Leistungspflicht der Beklagten ab dem Zeitpunkt der (aus der gesundheitlichen Verschlechterung resultierenden) Rentenerhöhung per 1. Juni 2011 (vgl. IV-act. 247) anzuerkennen. Nicht von Relevanz ist, dass der Kläger durch das Verjähren-Lassen seiner Forderungen gegenüber der Krankentaggeldversicherung aus eigenem (bzw. ihm anrechenbarem) Verschulden keine Krankentaggelder erhalten hat. Denn die reglementarischen Bestimmungen der Beklagten sehen keine dahingehende Schadenminderungspflicht der Versicherten vor, dass ihnen die wirkungsvolle rechtliche Durchsetzung ihrer Ansprüche auferlegt würde bzw. im Unterlassungsfall die hypothetisch erhältlich machbaren Leistungen angerechnet würden.

8.

Hinsichtlich der Beitragsbefreiung wurde im Vorsorgeplan Z.____ eine Wartefrist von drei Monaten vereinbart (bekl.act. 7 in act. G 5.1). Bei Eintritt der relevanten



Arbeitsunfähigkeit im Januar 2011 besteht der Anspruch auf Beitragsbefreiung ab 1. April 2011 (vgl. Ziff. 23 Abs. 1 des Reglements mit Verweis auf Ziff. 20.3).

9.

9.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Klage dahingehend gutzuheissen, dass die Beklagte zu verpflichten ist, dem Kläger ab 1. Juni 2011 die reglementarischen Rentenleistungen auf der Basis eines Invaliditätsgrads von 100% (berechnet auf dem Lohn aus der versicherten Tätigkeit im Ausmass von 50%) auszurichten. Die Angelegenheit ist zur Berechnung des Anspruchs an die Beklagte zu überweisen (vgl. dazu BGE 129 V 450 E. 3.4). Ab 1. April 2011 hat die Beklagte die Beitragsbefreiung vorzunehmen und die seither entrichteten Beiträge zurückzuerstatten.

9.2 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, 3. Aufl. 2013, S. 86 mit Hinweisen). Enthalten die Statuten bzw. das Reglement – wie im vorliegenden Fall – 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 E. 4), wonach ein Schuldner, der mit der Entrichtung von Renten im Verzug ist, erst vom Tag der Anhebung der Betreuung oder der gerichtlichen Klage an Verzugszinsen zu bezahlen hat. Im vorliegenden Fall hat der Kläger am 3. Dezember 2012 die Klage eingeleitet; somit schuldet ihm die Beklagte ab diesem Zeitpunkt Verzugszins zu 5% auf die ausstehenden Leistungen.

9.3 Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 73 Abs. 2 BVG). Hingegen hat der Kläger bei diesem Verfahrensausgang Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b Honorarordnung für Rechtsanwälte und



E.____ (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Der Kläger obsiegt weitgehend. Nicht zu berücksichtigen sind jedoch insbesondere Aufwände, die durch seinen Anwaltswechsel verursacht wurden; diesen hat nicht die Beklagte zu vertreten. Mit Blick auf die Komplexität der Streitsache und die umfangreichen Aktenlage erscheint eine pauschale Parteientschädigung von insgesamt Fr. 5'500.-- angemessen (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).

Entscheid

1.

Die Klage wird dahingehend gutgeheissen, dass die Beklagte verpflichtet wird, dem Kläger ab 1. Juni 2011 die reglementarische Invalidenrente und Invaliden-Kinderrente auf der Basis eines Invaliditätsgrads von 100% zuzüglich Zins zu 5% ab 3. Dezember 2012 auszurichten. Die Angelegenheit wird zur Berechnung des Anspruchs an die Beklagte überwiesen.

2.

Die Beklagte hat ab 1. April 2011 die Beitragsbefreiung vorzunehmen und die seither entrichteten Beiträge zuzüglich Zins zu 5% ab 3. Dezember 2012 zurückzuerstatten.

3.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

4.

Die Beklagte hat den Kläger mit Fr. 5'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.