



Fall-Nr.: BV 2007/18
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: BV - berufliche Vorsorge
Publikationsdatum: 11.03.2020
Entscheiddatum: 25.02.2009

Entscheid Versicherungsgericht, 25.02.2009

Art. 23 BVG: Teilinvalidität auf Grund von Rückenbeschwerden.

Verschlechterung des Gesundheitszustandes und Erhöhung der IV-Rente auf eine ganze Rente, weil neu psychische Beschwerden die zumutbare Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen. Prüfung der Frage, ob ein enger sachlicher Zusammenhang zwischen den psychischen Beschwerden und den Rückenbeschwerden vorliegt (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 25. Februar 2009, BV 2007/18).

Präsident Martin Rutishauser, Versicherungsrichter Joachim Huber und
Versicherungsrichterin Lisbeth Mattle Frei; Gerichtsschreiber Walter Schmid

Entscheid vom 25. Februar 2009

in Sachen

U.____,

Klägerin,

vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Simone Schmucki, Marktgasse 3,
9004 St. Gallen,

gegen

S.____,

Beklagte,



St.Galler Gerichte

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Peter Rösler, Aeplistrasse 7, Postfach,
9008 St. Gallen,

betreffend

Invalidenrente

Sachverhalt:

A.

A.a U.____ war von 4. Februar 1986 bis zur Kündigung auf Ende September 1989 bei der A.____ bzw. nach deren Fusionierung mit der B.____ bei der C.____, (vgl. IV-act. 4), als Nachstickerin tätig und dadurch bei der Gemeinschaftsstiftung D.____ bzw. bei deren Nachfolgerin, der S.____ (nachfolgend Vorsorgestiftung) berufsvorsorgeversichert. Seit dem 1. September 1989 bezog die Versicherte von der Invalidenversicherung eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 50%, weil sie an einem chronischen lumbospondylogenen Syndrom, an einer Adipositas per magna und an einem leichten zervikoskopulären und zervikozephalen Syndrom litt (act. G 1.1/1, 1.1/2). Die Vorsorgestiftung richtete ihr ab dem 9. September 1990 eine 100%ige Invalidenrente aus, welche ab dem 1. Juli 1991 gemäss dem von der Invalidenversicherung errechneten Invaliditätsgrad von 50% auf eine halbe Rente reduziert wurde (act. G 1.1/3, 1.1/4). Wegen Verschlechterung des Gesundheitszustandes unter anderem aus psychischen Gründen (act. G 1.1/5) richtete die Invalidenversicherung bei einem Invaliditätsgrad von 80% ab dem 1. April 2001 eine ganze Rente aus (act. G 1.1/6). Mit Schreiben vom 22. Januar 2003 lehnte die Vorsorgestiftung die Anpassung der Rente ab, weil die Erhöhung der Invalidität auf eine neue Ursache zurückzuführen sei. Die bisherige Rente werde weiterhin gewährt (act. G 1.1/8).

A.b Auf das Schreiben des Rechtsanwalts der Versicherten, Dr. iur. Peter Schmucki, St. Gallen, vom 6. Dezember 2005, worin dieser nach Prüfung der IV-Akten einen direkten Zusammenhang zwischen den psychischen Beschwerden und der Arbeitsunfähigkeit auf Grund der Rückenprobleme sah (act. G 1.1/9), bestätigte die Vorsorgestiftung ihre Auffassung und stimmte einen Verjährungsverzicht bis 15. Dezember 2007 zu (act. G 1.1/10, 1.1/11). Rechtsanwältin lic. iur. Simone Schmucki,



St.Galler Gerichte

St. Gallen, stellte mit Schreiben vom 15. Juni 2006 der Vorsorgestiftung ein Gutachten der Hausärztin Dr. med. E.____ vom 5. Juni 2006 zu und ersuchte um Ausrichtung einer ganzen Rente (act. G 1.1/13). In diesem Gutachten bestätigte Dr. E.____ das Vorliegen eines Kausalzusammenhangs zwischen den kaum erträglichen Schmerzen und der nun vorliegenden Depression (act. G 1.1/12). Auch das anschliessend durch Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Akupunktur TCM, im Auftrag der Versicherten erstellte Gutachten vom 24. November 2006 bejahte einen Kausalzusammenhang zwischen den geklagten Schmerzen und der Depression (act. G 1.1/17). Die Vorsorgestiftung hielt mit Schreiben vom 22. Dezember 2006 weiterhin an ihrem ablehnenden Standpunkt fest (act. G 1.1/19).

B.

B.a Mit Klage vom 15. Oktober 2007 beantragte die Rechtsvertreterin der Versicherten, die Vorsorgestiftung sei zu verpflichten, der Klägerin den Betrag von Fr. 9'215.90 nebst Zins zu 5% ab jeweiligem Verfall der Rentenleistungen (bzw. ab mittlerem Verfall) zu bezahlen. Die 50%ige BVG-Invalidenrente der Klägerin sei ab 1. Oktober 1998 bis auf weiteres auf eine 100%ige Invalidenrente zu erhöhen. Eventualiter habe die Erhöhung auf den 1. März 2000 zu erfolgen; unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beklagten. Zur Begründung legte die Rechtsvertreterin unter anderem dar, dass mit den Gutachten von Dr. E.____ und Dr. F.____ der Beweis erbracht worden sei, dass ein Kausalzusammenhang zwischen der Depression und den während des Versicherungsschutzes aufgetretenen Beschwerden (Rückenschmerzen mit Ausstrahlung ins linke Bein, über Jahre hinweg chronifiziert, Kopfschmerzen) bestehe. Die Beklagte habe deshalb ihre Leistung ab der Diagnose der Depression im Oktober 1998 von einer halben Rente auf eine ganze Rente zu erhöhen. Eventualiter werde als Zeitpunkt der Rentenerhöhung der in der IV-Verfügung resp. in der Mitteilung an die Ausgleichskasse festgehaltene Zeitpunkt der Erhöhung des Invaliditätsgrads auf 80% ab 1. März 2000 beantragt. Zur Berechnung des Rentenzahlungsanspruchs werde auf die beiliegende Excel-Tabelle verwiesen (act. G 1.1/19 und 24). Bezüglich des Eintritts der Verjährung sei anzumerken, dass die Beklagte am 14. Dezember 2005 auf die Erhebung der Einrede der Verjährung bis 15. Dezember 2007 verzichtet habe. Es werde daher nur die ab 14. Dezember 2000



bestehende Forderung geltend gemacht; die zuvor ab Oktober 1998 bzw. März 2000 entstandene Forderung bleibe vorbehalten.

B.b In ihrer Klageantwort vom 21. Januar 2008 beantragte die Beklagte, vertreten durch Rechtsanwalt Peter Rösler, St. Gallen, Abweisung der Klage. Zur Begründung legte der Rechtsvertreter unter anderem dar, seit dem Eintritt der Teilinvalidität im September 1989 seien bei der Versicherten nicht weniger als neun weitere Beschwerden aufgetreten wie Zuckerkrankheit, hoher Blutdruck, Knieschmerzen, Vergesslichkeit, Hörbeschwerden, Depressionen, Magenschmerzen, Armschmerzen und Kopfschmerzen. Weil die Kopfschmerzen erstmals im Sommer 1990 aufgetreten seien, also nach Beendigung des Vorsorgeverhältnisses, fehle es an einem sachlichen Zusammenhang mit dem zur Teilinvalidität führenden Krankheitsverlauf. Die These von Dr. F.____, dass die Depression Folge der chronischen Schmerzen der Klägerin sei, lasse sich mit dem im MEDAS-Gutachten vom 24. März 2002 diagnostizierten saisonalen Auftreten der Depression nicht vereinbaren. Dauerschmerzen seien nicht saisonal. Schliesslich sei im MEDAS-Gutachten vom 25. Oktober 1990 ein psychisches Leiden verneint worden. Damit liege auch kein das Krankheitsgeschehen mitprägendes psychisches Leiden vor. Die Verschlechterung der gesundheitlichen Situation der Klägerin beruhe auf neuen intern-medizinischen und vor allem auf (neuen) psychiatrischen Diagnosen. Eine Verschlimmerung des Beschwerdebildes, welches 1988 die Arbeitsunfähigkeit begründet habe, liege damit nicht vor. Für die neuen invalidisierenden Beschwerden bestehe daher keine Leistungspflicht der Beklagten. Der sachliche Zusammenhang werde in der neueren Rechtsprechung nicht mehr als "Wechselwirkung im Sinn einer natürlichen Kausalität" verstanden - der Begriff der Kausalität werde in den neueren Urteilen auch nicht mehr verwendet. Der sachliche Zusammenhang lasse sich daher nicht mehr mit der Frage der Klägerin beantworten, ob "allfällige neu hinzutretende Beschwerden auf die früheren Beschwerden zurückgeführt werden können". Der Gesundheitsschaden, der zur Arbeitsunfähigkeit geführt habe, müsse von der Art her im Wesentlichen derselbe sein, der der Erwerbsunfähigkeit zugrunde liege. Konkret fehle es damit am sachlichem Zusammenhang zum ursprünglichen Gesundheitsschaden. Weil der Invaliditätsgrad auf den 1. April 2001 angehoben worden sei, sei auch dieses Datum für beide Parteien verbindlich. Schliesslich berufe sich die Beklagte auf die Verjährung für alle Forderungen, welche bei der Abgabe der Verzichtserklärung bereits verjährt gewesen



seien. Verzugszinsen seien erst vom Zeitpunkt der gerichtlichen Klage an zu bezahlen, weshalb die weitergehende Forderung unberechtigt sei.

B.c In der Replik vom 10. März 2008 und der Duplik vom 27. Mai 2008 hielten die Parteien an ihren Auffassungen fest. Auf ihre Darlegungen wird, soweit entscheidrelevant, in den Erwägungen eingegangen.

B.d Das Versicherungsgericht zog die Akten der Invalidenversicherung betreffend die Klägerin bei (act. G 21). Die Parteien verzichteten auf eine weitere Stellungnahme (act. G 22-24).

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 getretene Art. 23 lit. a BVG besteht bereits bei einer Invalidität von mindestens 40% Anspruch auf Invaliditätsleistungen. Das Vorsorgereglement der Gemeinschaftsstiftung BVG der VITA Versicherungs-Gesellschaft, der Vorgängerin der Beklagten, in der ab 1. Januar 1989 gültigen Fassung, geht von einem umfassenderen Invaliditätsbegriff aus als die Invalidenversicherung (vgl. dazu Hans-Ulrich Stauffer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum BVG, 2. Auflage, 2006, S. 50f.). Gemäss Ziffer 2.7 des Vorsorgereglements wird der versicherten Person eine andere Beschäftigung nur zugemutet, wenn sie ihrer Lebensstellung, ihren Kenntnissen und Fähigkeiten angemessen ist. Ferner liegt Invalidität vor, wenn ein Entscheid der eidgenössischen Invalidenversicherung vorliegt. Eine Teilinvalidität von weniger als 25% begründet keinen Anspruch auf Leistungen. Im Wesentlichen denselben Invaliditätsbegriff verwendet das am 1. Januar 1993 in Kraft getretene Reglement betreffend Personalvorsorge zugunsten der Mitarbeiter der C.____ (vgl. Ziffer 2.7 des Reglements).



1.2 Die Beklagte richtete der Klägerin in Anwendung der erwähnten Vorsorgereglemente gestützt auf die von Seiten der IV mit Wirkung ab 1. September 1989 zugesprochene halbe Rente auf der Basis eines IV-Grades von 50% eine Rente aus. Streitig ist, ob die Klägerin auf Grund der Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes, welche zur Ausrichtung einer ganzen Rente der Invalidenversicherung ab 1. April 2001 auf der Basis eines IV-Grads von 80% führte, 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. Wenn sich der Invaliditätsgrad so wesentlich ändert, dass der Anspruch auf eine Rente modifiziert wird, muss die Rente in der Folge erhöht oder herabgesetzt werden; dies unabhängig davon, wieviel 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 hierfür zur Leistungserbringung zuständig, selbst wenn ein neues Vorsorgeverhältnis besteht (SZS 1995, 467 Erw. 3; BGE 123 V 262 Erw. 1a). Liegt hingegen eine neue Ursache vor, die zur Erhöhung des Invaliditätsgrads führt, 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 zweier 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, nicht erforderlich sei, 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). Der Rechtsvertreter der Beklagten geht diesbezüglich von einer Praxisänderung des Bundesgerichts aus. Er begründet dies damit, dass das Bundesgericht in aktuelleren Urteilen den sachlichen Zusammenhang lediglich mit dem Satz umschreibe, dass dieser vorliege, wenn der der Invalidität zu Grunde liegende Gesundheitsschaden im Wesentlichen derselbe sei, der zur Arbeitsunfähigkeit geführt habe (Urteil des EVG vom 21. Januar 2005 i.S B. [B 32/03]). Damit gehe das Bundesgericht nicht mehr von einer Wechselwirkung im Sinn einer natürlichen Kausalität aus (act. G 9 S. 9).

Gemäss einem Hinweis in SZS 2005, 550, fand in der zuständigen Kammer des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts eine Diskussion statt, ob die in SZS 2003, 361 verwendete Formulierung, wonach der sachliche Zusammenhang zwischen dem während des Vorsorgeverhältnisses eingetretenen Gesundheitsschaden (in casu: Rückenleiden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) und der nach Beendigung des Vorsorgeverhältnisses eingetretenen Invalidität (in casu: 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 oben 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 indessen 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 jenen Entscheid des EVG (B 32/03), welchen der Rechtsvertreter der Beklagten als Begründung für das Vorliegen einer Praxisänderung anführte (vgl. erwähntes Urteil B 46/06 Erw. 3.3). In einem neueren 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). Von dieser Rechtsprechung ist nachstehend auszugehen.

1.4 Der Nachweis des Eintritts einer berufsvorsorgerechtlich relevanten Arbeitsunfähigkeit hat nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu erfolgen (SZS 2003, 438). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen 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 Die Klägerin war bei Beginn der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache vorerst zur Invalidität von 50% führte, der Beklagten bzw. deren Vorgängerin angeschlossen. Der Beklagten wurden sowohl die Beschlussmitteilung vom 24. Juni 2002 als auch die Verfügung vom 9. Juli 2002 betreffend Erhöhung der Rente ab April 2001 zugestellt (act. G 1.1/6f). Da jedoch in den massgebenden Vorsorgereglementen ein im Vergleich zur IV umfassenderer IV-Begriff Anwendung findet, 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 an sich selbständig abzuklären und festzulegen. Dabei sind auch die im IV-Verfahren produzierten Akten mit zu berücksichtigen. Hinsichtlich des von der IV vorgenommenen Einkommensvergleichs bzw. des resultierenden IV-Grads (von 80 % ab April 2001) besteht dennoch kein Anlass für eine selbständige Festlegung in diesem Verfahren, nachdem Anhaltspunkte für eine offensichtliche Unrichtigkeit derselben weder geltend gemacht werden noch aus den Akten ersichtlich sind. Da die Klägerin die Arbeitsfähigkeit 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 Nach Lage der medizinischen Akten basierte der Anspruch auf eine halbe Invalidenrente mit Wirkung ab September 1989 auf folgenden, die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Beschwerden: Chronisches lumbospondylogenes Syndrom bei Residuen nach Diskushernienoperation L5/S1 links (Chondrose und leichte Retrolisthesis L5/S1 sowie Vernarbung im Rezessus lateralis links L5/S1); Adipositas per magna und leichtes zervikoskopuläres und zervikozephalisches Syndrom bei Skoliose und Chondrose C5/6. Die Ärzte schätzten die Arbeitsfähigkeit für eine leichte, wechselnd belastende Tätigkeit ohne monotone Körperstellung auf 50% und im Haushalt auf 70% ein (MEDAS-Gutachten vom 25. Oktober 1990 [act. G 1.1/1 S. 11f]). Anlässlich der Untersuchung durch die MEDAS vom 24.-27. September 1990 hatte die Klägerin von dauernden, nachts eher stärkeren Schmerzen lumbal im Rücken mit Ausstrahlung in die linke Gesässhälfte und das linke Bein bis in die Knieregion



berichtet. Auch mit Schlaftabletten könne sie nur schlecht schlafen und müsse nachts wiederholt aufstehen. Tagsüber müsse sie die Position oft wechseln. Seit zwei Monaten leide sie an zeitweise auftretenden, 2-3 Tage andauernden, vom Nacken in die linke Kopfhälfte ausstrahlenden Schmerzen, die bei starker Intensität mit Erbrechen verbunden seien. Dann erlebe sie wieder einige Tage ohne solche Beschwerden. Mit ihren jetzigen Beschwerden fühle sie sich ausserstande, mehr zu tun, als sie bisher mache; eine ausserhäusliche Tätigkeit sei undenkbar (act. G 1.1/1 S. 5). Der MEDAS-Konsiliararzt Dr. med. et lic. iur. H.____, Psychiatrie FMH, konnte im Zeitpunkt der Untersuchung kein psychisches Leiden mit Krankheitswert feststellen. Die Klägerin schien ihm nicht depressiv zu sein. Die auffällig fehlende Bereitschaft, einen wirklichen Einblick in ihre Lebensverhältnisse zu geben, betrachtete der Experte weniger als neurotischen Widerstand, sondern als Ausdruck einer anezogenen Haltung, die in der islamischen Kultur eine Frau gegenüber einem nicht zur Familie gehörenden Mann einzunehmen hat. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit deshalb nicht eingeschränkt. Gesamthaft wurden die Befunde dahingehend beurteilt, dass die Klägerin an einem Lumbovertebralsyndrom mit pseudoradikulärer Schmerzausstrahlung ins linke Bein leide. Ursächlich dürften nach einer viermonatigen Beschwerdefreiheit Residuen nach lumbosakraler Diskushernienoperation sein wie Chondrose, Retrolisthesis und Vernarbung im Bereich des Recessus lateralis links. Frische neurologische Läsionen konnten nicht nachgewiesen werden. Hingegen wirke sich das Übergewicht von 30 kg negativ auf das Rückenleiden aus. Ein eigentliches psychisches Leiden liege nicht vor. Die Klägerin wirke resigniert, passiv und vermindert belastbar. Ihr übermässiges Schonverhalten komme ihrem Rückenleiden nicht entgegen. Als Nebendiagnose wurde eine leichte vegetative Dystonie unter peroraler Antikonzeption gestellt (act. G 1.1/1 S. 10, 11). In einem Bericht des Kantonsspitals St. Gallen über eine Untersuchung vom 10. Juli 1991 wurde festgehalten, die Patientin schildere ihre Beschwerden sehr leidend, psychopathologisch bestehe jedoch kein Hinweis auf eine endogene Depression (IV-act. 28). Der Hausarzt Dr. med. I.____ berichtete am 30. Januar 1995 von weiterhin starken wiederkehrenden Rückenschmerzen und erachtete die Prognose betreffend Lumbalschmerzen als ungünstig. Als Diagnose führte er ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom bei Residuen nach Diskushernienoperation L5/S1 links sowie eine posttraumatische Stufenbildung im distalen Humerus, intraartikulär nach Fraktur des Condylus humeri



radial links, auf. Schliesslich verordnete er der Klägerin Deanxit wegen Depression, ohne allerdings eine entsprechende Diagnose aufzuführen (act. G 1.1/23). Anlässlich einer ambulanten Untersuchung vom 21. Januar 1997 hielten die Ärzte des Kantonsspitals unter anderem fest, aufgrund der langjährigen Anamnese mit Kopfschmerzen und daraus resultierendem Analgetikaabusus werde die Diagnose eines analgetikainduzierten Kopfschmerzes gestellt. In dieser Situation helfe vor allem ein Absetzen der Medikamente weiter (IV-act. 39-3/4).

2.3 Gemäss der zusammenfassenden Beurteilung im MEDAS-Gutachten vom 2. April 2002 erkrankte die Klägerin neben weiteren gesundheitlichen Störungen 1998 an einer Depression. Seit März 2000 sei sie unter der Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom regelmässig in der Fachstelle für Sozialpsychiatrie betreut worden. Im Oktober 2000 sei zusätzlich eine stationäre Behandlung in der psychiatrischen Klinik St. Pirminsberg in Pfäfers notwendig gewesen, wo sie nach vier Wochen in befriedigendem Zustand wieder entlassen worden sei. Wegen der nun vorliegenden Vielzahl von gesundheitlichen Störungen habe die Klägerin am 26. April 2001 mit einer neuen IV-Anmeldung eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes geltend gemacht und um Erhöhung der Rente ersucht (act. G 1.1/5. S. 12f). Dr. med. J.____, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete im Teilgutachten vom 24. März 2002 zuhanden der MEDAS, dass die Klägerin zur Zeit ambulant und ohne Antidepressiva behandelt werde. Diese hätten keine Besserung gebracht. Die Klägerin berichte über depressive Phasen vor allem in der Winterzeit. Im Sommer gehe es besser. Die depressiven Phasen seien geprägt von Ängstlichkeit, Antriebsmangel und einer gewissen Freudlosigkeit. Zudem spüre sie vor allem am Abend eine starke physische und psychische Erschöpfung. Dr. J.____ diagnostizierte auf Grund seiner Untersuchung vom 20. Februar 2002 eine rezidivierende mittelgradige depressive Episode mit ängstlich-soziophobischer Komponente, saisonabhängig [vor allem Wintermonate] (ICD-10 F33.1). Die Arbeitsfähigkeit für die berufliche Tätigkeit schätzte er im Moment der depressiven Phase auf maximal 30% ein. Im Haushalt schien ihm die Arbeitsfähigkeit trotz der depressiven Stimmungslage nicht wesentlich eingeschränkt zu sein. Die Klägerin besorge den Haushalt, insbesondere das Kochen, und lasse sich in den körperlich eher etwas belastenden Tätigkeiten helfen (act. G 1.1/5 Beilage). Gesamthaft wurden im MEDAS-Gutachten vom 2. April 2002 folgende Diagnosen mit wesentlicher



Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit gestellt: Rezidivierende mittelgradige depressive Episode mit ängstlich-soziophobischer Komponente, saisonabhängig (ICD-10 F33.1), chronisches lumbospondylogenes Syndrom links mit residuellem sensiblen S1-Syndrom links (ICD-10 M54.4) bei Status nach Diskushernienoperation L4/S1 links 1988, Osteochondrose L5/S1, Fehlstatik und Adipositas per magna und leichtgradige Funktionseinbusse mit Streckdefizit des linken Ellbogengelenks bei Status nach intraartikulärer Fraktur im Juli 1993 (ICD-10 T92.1). Gesamthaft schätzten die Experten die Arbeitsfähigkeit deshalb in der früheren Tätigkeit und für alle anderen in Frage kommenden beruflichen Tätigkeiten auf 20% ein. Limitierend wirkten sich die psychiatrischen Befunde, weniger ausgeprägt die rheumatologischen Befunde aus. Für die Tätigkeit im eigenen Haushalt bestätigten sie eine Arbeitsfähigkeit von 80%. Hier werde die Einschränkung durch die rheumatologischen Befunde verursacht (act. G 1.1/5 S. 14f). Weiter diagnostizierten die Ärzte folgende Krankheiten ohne Einschränkung der Arbeitsfähigkeit: Diabetes mellitus Typ II, nicht insulinabhängig (ICD-10 E11.2), arterielle Hypertonie, behandelt (ICD-10 I10), gemischte Hyperlipidämie (ICD-10 E78.2), Adipositas bei einem BMI von 40.5 kg/m² (ICD-10 E66.0) und beginnende Gonarthrose beidseits (ICD-10 M17.0). Gemäss dem Gutachten veränderte sich die Arbeitsunfähigkeit im erwerblichen Bereich aus rheumatologischer Sicht seit der ersten Begutachtung im Jahr 1990 nicht. Den Beginn der (psychisch bedingten) Verschlechterung des Gesundheitszustands datierten die Gutachter auf den März 2000 (act. G 1.1/5 S. 13 und 15).

2.4 Dr. E.____, praktische Ärztin FMH, behandelte die Klägerin seit dem 18. Oktober 2005 als Hausärztin. Sie beantwortete gegenüber der Rechtsvertreterin der Klägerin mit Gutachten vom 5. Juni 2006 Fragen zum Kausalzusammenhang zwischen den Rückenbeschwerden und der diagnostizierten Depression. Dr. E.____ legte dar, zweifelsohne hätten die seit 1988 bestehenden, kaum erträglichen Rückenschmerzen das psychische Wohlbefinden der Patientin massiv beeinträchtigt, so dass sich daraus schliesslich die vorliegende Depression herausgebildet habe. In der Familie der Klägerin seien keine Depressionen bekannt und sie sei auch nicht besonders anfällig für Depressionen. Es hätte sich mit grösster Wahrscheinlichkeit nie eine Depression ausgebildet, wenn ihre psychische Gesundheit nicht dermassen von den invalidisierenden Dauerschmerzen beeinträchtigt worden wäre. Auf Grund von Abklärungen im Kantonsspital St. Gallen sei eine schwere koronare Herzkrankheit



diagnostiziert worden (act. G 1.1/12). Im Rahmen einer psychiatrischen Begutachtung diagnostizierte Dr. F.____ im Bericht vom 24. November 2006 eine depressive Störung mit schwankendem Verlauf zwischen mittelgradig und schwer, stets mit somatischem Syndrom und ohne psychotische Syndrome (ICD-10 F32.11/F32.2). Diese gehe einher mit dem zu Grunde liegenden chronischen lumbospondylogenen Syndrom links mit residuellem sensiblem S1-Syndrom links nach Diskushernienoperation L5/S1 links 1988 und mit Osteochondrose L5/S1. Die Komorbidität von Schmerz und Depression sei bei der Klägerin aus der Anamnese und den Akten klar zu erkennen. Stets habe sie den Schmerz in den Vordergrund gestellt. So auch in der Untersuchung durch die MEDAS 1990, wo sie ihre psychischen Probleme noch verdrängt habe. Sie habe nicht zugeben können, dass sie mit einer 100%igen Erwerbstätigkeit, dem Haushalt und mit dem Umgang mit zwei schwer kranken Kindern überfordert gewesen sei. Weiter sei in der postoperativen ambulanten Kontrolle im Kantonsspital St. Gallen am 28. November 1988 bereits beschrieben worden, dass die Klägerin unzufrieden wirke und nur das Negative, nicht das Positive betone. Aus den folgenden IV-Akten sei ersichtlich, dass Symptome beschrieben würden, die einem depressiven Bild zugeschrieben werden könnten, obwohl ein depressives Syndrom zu dieser Zeit nicht manifest gewesen sei. Die Entstehung eines depressiven Zustandsbilds, wenn der Schmerz an sich schon nicht alleine Ausdruck einer Depression gewesen sei, habe sich allmählich und aktenkundig herausgebildet. Auf Grund der Anamnese und Befunde sowie der medizinischen Literatur sei erstellt, dass bei der Klägerin ein klarer Zusammenhang zwischen ihren dargestellten Schmerzen und der Depression bestehe, welche bei ihr mutmasslich zuerst larviert/maskiert durch Schmerzen aufgetreten sei und sich doch noch zu einem klaren deutlichen depressiven Syndrom herausgebildet habe. In den verschiedenen Arztberichten werde schon 1988, nach einer postoperativen ambulanten Kontrolle, auf depressive Symptome hingewiesen. In den darauffolgenden Berichten gebe es deutliche Hinweise auf ein depressives Geschehen. Erstmals werde die Diagnose einer Depression 1995 angegeben. Klinisch-psychiatrisch könne kein Zweifel bestehen, dass ab 1998 eine Depression bestehe. Die Depression habe sich sehr wahrscheinlich aus den chronisch gewordenen Rückenschmerzen allmählich entwickelt. Die psychosozialen Umstände bzw. die emotionale Befindlichkeit der Klägerin stünden in direktem Zusammenhang mit der Chronifizierung ihrer Schmerzen und der sich daraus entwickelnden Depression (act. G 1.1/17).



3.

3.1 Mit Blick auf die medizinischen Akten ist festzuhalten, dass eine Depressions-Behandlung bei der Klägerin Anfang 1995 von Dr. I.____ erstmals erwähnt (act. G 1.1/23), in den Berichten dieses Arztes aus den Jahren 1997 und 1999 gegenüber der IV jedoch nicht mehr aufgeführt wurde (IV-act. 39 und 44). Eine psychiatrische Diagnose wurde offenbar im Jahr 1998 gestellt (nirgends aktenkundig, MEDAS erwähnt nur Symptome, in Vorakten nirgends festgehalten). Seit März 2000 erfolgte eine Betreuung in der Fachstelle für Sozialpsychiatrie (act. G 1.1/5 S. 12f). Bei der Begutachtung durch die MEDAS im Oktober 1990 konnten trotz der bereits seit zwei Jahren andauernden somatischen Beschwerden keine Anzeichen für eine Depression gefunden werden. Es wurde aber auf die erschwerte Untersuchung hingewiesen, indem die Klägerin damals kaum Einblick in ihre psychische Befindlichkeit gewährt habe. Die Gutachter hielten fest, dass die Klägerin resigniert, passiv und vermindert belastbar wirke. Nach ihrer Beurteilung verminderten die Rückenschmerzen, welche sich nach der Diskushernienoperation chronifiziert hatten bzw. die entsprechenden rückenbedingten Befunde die Arbeitsfähigkeit (act. G 1.1/1 S. 9-11). Auch Dr. F.____ bestätigte in seinem Gutachten vom 24. November 2006, dass 1989 kein depressives Syndrom manifest war. Somit ist festzuhalten, dass zum Zeitpunkt der Feststellung der durch den Gesundheitsschaden am Rücken bedingten Teilinvalidität von 50% kein psychischer Gesundheitsschaden ausgewiesen war. Es stellt sich somit die Frage, ob zwischen dem rückenbedingten Gesundheitsschaden, der während des bis Ende Oktober 1989 dauernden Vorsorgeverhältnisses mit der Beklagten eine relevante Arbeitsunfähigkeit bewirkte, und dem zur Erhöhung des Invaliditätsgrades führenden psychischen Leiden ein sachlicher Konnex besteht. Die Rechtsprechung verlangt dabei das Vorliegen eines engen Konnexes (vgl. etwa das bereits erwähnte EVG-Urteil B 32/03 Erw. 3.1 und 5.2).

3.2 Dr. med. K.____ hatte im Bericht vom 14. März 1990 unter anderem vermerkt, Verzweiflung und Hilflosigkeit (Rückenschmerzen, Sorgen mit einem der IV bekannten Kind) würden zu den im Vergleich zu den objektivierbaren Befunden stark erscheinenden Beschwerden beitragen (act. G 1.1/21). Der Arzt stellte somit zwischen den psychischen und sozialen Gegebenheiten und dem körperlichen Krankheitsgeschehen einen sachlichen Bezug her, wobei er diesen Bezug allerdings in



den späteren Berichten vom 22. August 1990, 14. Februar 1991 und vom 13. Januar 1992 nicht mehr erwähnte (act. G 22.1; IV-act. 27). Der Berufsberater der IV hatte im Bericht vom 29. Juni 1990 neben den Rückenproblemen auf eine durch die Familiensituation bedingte Überlastungssituation hingewiesen (IV-act. 9; vgl. auch IV-act. 24). Im MEDAS-Gutachten vom 2. April 2002 wurde die Diagnose einer Depression nicht mit den chronischen Rückenschmerzen in Verbindung gebracht, sondern abgegrenzt von den somatischen Beschwerden diagnostiziert. Der psychiatrische Konsiliararzt Dr. J.____ ging von einer saisonal abhängigen Depression aus und bestätigte - in Abweichung zum Bericht der Fachstelle für Sozialpsychiatrie und Psychotherapie vom 15. Juni 2001 (zitiert in act. G 1.1/5 S. 5 unten) - nicht eine Depression mit somatischem Syndrom. Diesem Gutachten lassen sich somit keine Hinweise für einen sachlichen Zusammenhang entnehmen. In der Folge stellte Dr. E.____ am 5. Juni 2006 erstmals explizit einen eindeutigen Zusammenhang zwischen den chronischen Schmerzen und der Depression her, wobei sie darauf hinwies, dass in der Familie der Klägerin bisher keine Depressionen festgestellt worden seien und die Klägerin nicht anfällig für Depressionen sei (act. G 1.1/12). Ein Beweiswert kann den Feststellungen von Dr. E.____ nicht zum vornherein abgesprochen werden, auch wenn sie sich in ihrer Funktion als behandelnde Ärztin äusserte. Soweit ersichtlich hatte sie Kenntnis von den IV-Akten bzw. den früheren ärztlichen Beurteilungen und Diagnosen. Hingegen betreute sie die Klägerin erst seit 2005, so dass bezogen auf den Zeitraum von 1989 bis 2000 aufgrund ihres Berichtes kaum beweiskräftige Aussagen möglich sind.

Dr. F.____ kam in seinem ausführlich begründeten Gutachten zum Schluss, die Depression sei anfänglich hinter der rückenbedingten Schmerzproblematik versteckt gewesen und habe erst später das fassbare Beschwerdebild einer Depression angenommen. Klinisch seien die von der Klägerin in den Vordergrund gestellten Rücken- und Kopfschmerzen kaum zu unterscheiden von gleichen Symptomen, die zum somatischen Syndrom einer depressiven Störung gehörten. Auf Grund ihres kulturellen Hintergrundes und eigenen Verständnisses für psychische Störungen habe die Klägerin ihre Sorgen und Ängste, ihren Unmut und die alltägliche Niedergeschlagenheit nicht anders als durch körperliche Beschwerden äussern können. Dr. F.____ nannte neuere Untersuchungen, welche sich ausgehend von neurobiologischen Verknüpfungshypothesen zwischen Affekt und



Schmerzwahrnehmung mit dem psychischen Schmerz als Symptom der Depression und der daraus sich ableitenden Verwandtschaft zum körperlichen Schmerz beschäftigen. Andererseits verwies Dr. F. ___ auch auf die belastende häusliche Situation mit zwei schwer kranken Kindern und der damit verbundenen Überforderung mit der Doppelaufgabe als Hausfrau und Erwerbstätige. Daraus hätten sich psychische Symptome entwickelt, wobei der Klägerin nur der (körperliche) Schmerz bewusst gewesen sei (vgl. act. G 1.1/17). Damit führte Dr. F. ___ auch andere, bereits im Jahr 1990 von Dr. K. ___ angesprochene Gründe auf, welche für die Depression ursächlich sein könnten. Im weiteren findet sich eine Auseinandersetzung mit den Feststellungen von Dr. J. ___, welcher wie erwähnt nicht die Diagnose einer psycho-reaktiven Depression stellte, sondern eine rezidivierende mittelgradige depressive Episode mit ängstlich-soziophobischer Komponente und saisonaler Abhängigkeit diagnostizierte, im Gutachten von Dr. F. ___ nicht. Auch äusserte sich Dr. F. ___ nicht zur Wirkung der mannigfachen, zum Teil erst lange Zeit nach Austritt bei der Beklagten festgestellten Krankheitsdiagnosen und Beschwerden (vgl. IV-act. 59 S. 14, IV-act. 77 und act. G 1.1/1 S. 5 unten und S. 11 Mitte [Auftreten der Kopfschmerzen im Sommer 1990 ohne wesentliche Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit]) auf die Psyche der Klägerin, sondern setzte sich nur mit dem Einfluss der Rückenschmerzen auseinander. Dennoch ist - unabhängig von der Frage, ob die psychischen Beschwerden allein durch die Rückenbeschwerden oder auch durch andere Faktoren beeinflusst wurden - mit Blick auf die Gutachten von Dr. E. ___ und Dr. F. ___ als ausgewiesen zu erachten, dass die chronischen Rückenschmerzen die psychische Befindlichkeit der Klägerin jedenfalls ab 1998 stark beeinflussten. Diesbezüglich besteht denn auch kein Anlass, die Gutachten anzuzweifeln. Dies allein genügt jedoch für die Bejahung eines engen sachlichen Zusammenhangs im Sinn der erwähnten Rechtsprechung nicht. Denn nach Lage der zur Verfügung stehenden Akten - einschliesslich der Gutachten von Dr. E. ___ und Dr. F. ___ - trat während des streitigen Vorsorgeverhältnisses, d.h. bis Ende September 1989 bzw. unter Einrechnung der Nachdeckungsfrist (Art. 10 Abs. 3 BVG) bis Ende Oktober 1989, ein psychisches Leiden mit Krankheitswert nicht erkennbar in Erscheinung bzw. prägte ein solches Leiden das Krankheitsgeschehen nicht erkennbar mit (vgl. dazu die in Erw. 1.3 dargelegte Rechtsprechung). Allein die (wohl alltägliche) Feststellung im Bericht des Kantonsspitals St. Gallen über eine Untersuchung vom 28. November 1988, wonach die Klägerin unzufrieden gewirkt und nur das Negative, nicht



das Positive betont habe (act. G 1.1/20), kann ohne Vorliegen von weiteren aktenmässig belegten Anhaltspunkten offensichtlich nicht als erkennbares in Erscheinung Treten eines psychischen Leidens mit Krankheitswert im Sinn der Rechtsprechung interpretiert werden. Die Erkennbarkeit psychischer Probleme ergab sich wie dargelegt frühestens im Verlauf des Jahres 1990 (act. G 1.1/21). Ein eigentliches psychisch bedingtes Krankheitsgeschehen mit entsprechender Erhöhung der Arbeitsunfähigkeit ist seit Oktober 1998 belegt (IV-act. 59 S. 5 unten), was auch von Dr. F.____ vermerkt wurde (act. G 1.1/17 S. 17, 19 und 22). An diesen tatsächlichen Gegebenheiten vermöchte auch ein Gerichtsgutachten (vgl. act. G 1 S. 11; act. G 9 S. 9) nichts zu ändern. Damit lässt sich ein enger sachlicher Zusammenhang zwischen der psychischen Erkrankung und den Rückenbeschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bejahen.

4.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Klage daher abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 73 Abs. 2 BVG).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. Die Klage wird abgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.