



Fall-Nr.: BV 2007/2
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: BV - berufliche Vorsorge
Publikationsdatum: 11.03.2020
Entscheiddatum: 11.09.2007

Entscheid Versicherungsgericht, 11.09.2007

Art. 23 lit. A BVG. Leistungsanspruch auf eine Invalidenrente. Verneinung des sachlichen und zeitlichen Zusammenhangs zwischen der eingetretenen Arbeitsunfähigkeit während des Vorsorgeverhältnisses und der rentenbegründenden Invalidität (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 11. September 2007, BV 2007/2). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 9C_756/2007.

Vizepräsident Joachim Huber, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiber Marcel Kuhn

Entscheid vom 11. September 2007

In Sachen

Z.____

Kläger,

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Peter Sutter, Haus Eden, Paradiesweg 2,
Postfach, 9410 Heiden,

gegen

R.____

Beklagte,

betreffend



Invalidenrente

hat das Versicherungsgericht in Erwägung gezogen:

I.

A.- a) Der 1955 geborene Z.____ war vom 5. Dezember 2000 bis 30. November 2002 bei der A.____, Krummenau, angestellt und dadurch bei der R.____ (nachfolgend R.____), Bern, im Rahmen der beruflichen Vorsorge versichert. Am 21. September 1999, am 19. Juni 2000 und am 28. August 2000 erlitt der Versicherte Unfälle, welche zeitweise eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hatten (IV-act. 14). Nachdem sich der Gesundheitszustand verschlechtert hatte, erfolgte vom 27. März bis 17. April 2003 ein stationärer Aufenthalt in der Klinik Valens. Der Antrag zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung wurde mit Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 26. Februar 2004 rechtskräftig abgewiesen (IV-act. 74). Mit Verfügung vom 1. Mai 2006 sprach die IV-Stelle der Sozialversicherungsanstalt (SVA) St. Gallen dem Versicherten nach erneuter Anmeldung bei einem Invaliditätsgrad von 55% ab dem 1. Mai 2005 eine halbe IV-Rente sowie eine Kinderrente für die Tochter B.____ zu (IV-act. 113). Eine dagegen vom Kläger erhobene Beschwerde wurde durch das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen mit Entscheid vom 19. Januar 2007 rechtskräftig abgewiesen (IV-act. 135).

b) Am 23. Juni 2006 teilte die R.____ dem Versicherten schriftlich mit, dass der Austritt aus dem Vorsorgewerk vorgenommen werde und keine Leistungen mehr erbracht werden können. Mit Schreiben vom 27. Juni 2006 wandte sich der Rechtsvertreter des Versicherten an die R.____ und beantragte die Ausrichtung von Leistungen auf der Basis der Verfügung der Invalidenversicherung (act. G.1.1/11). Die R.____ verneinte in der Folge ihre Leistungspflicht im Wesentlichen mit der Begründung, die während des Arbeitsverhältnisses bei der Firma A.____ eingetretene Arbeitsunfähigkeit sei nicht die Ursache, welche schliesslich zur Invalidität geführt habe (act. G.1.1/19).

B.- Mit Klage vom 24. Januar 2007 (act. G 1) beantragte Rechtsanwalt Dr. iur. Peter Sutter, Heiden, für den Betroffenen, es sei die grundsätzliche Leistungspflicht der Beklagten als Vorsorgeeinrichtung gegenüber dem Kläger als Destinatär festzustellen



und die Beklagte sei zu verpflichten, dem Kläger die gesetzlichen und vertraglichen Pensionskassenleistungen zu erbringen. Die Beklagte habe sich zunächst auf den Standpunkt gestellt, es sei ein sachlicher Zusammenhang zwischen der Arbeitsunfähigkeit und der Invalidität gegeben, jedoch fehle es an einem zeitlichen Zusammenhang. In der Folge habe sie verlauten lassen, es fehle am sachlichen Zusammenhang, so dass der zeitliche Zusammenhang gar nicht geprüft werden müsse. Diesbezüglich sei festzuhalten, dass sowohl der zeitliche wie auch der sachliche Zusammenhang zu bejahen seien.

C.- In ihrer Klageantwort vom 20. März 2007 beantragt die Beklagte, die Klage sei unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten des Klägers vollumfänglich abzuweisen. Mit Schreiben vom 26. September 2002 habe die A.____ das Arbeitsverhältnis per 30. November 2002 aufgelöst. Während der Kündigungsfrist sei der Kläger während 15 Tagen krankheitshalber arbeitsunfähig gewesen, weshalb die Kündigungsfrist um 90 Tage, bis am 15. März 2003, unterbrochen worden und der Kläger somit rechtlich bis am 31. März 2003 bei der A.____ angestellt gewesen sei. Somit sei der Kläger zufolge der Nachdeckungsfrist bis am 30. April 2003 bei der R.____ berufsvorsorgeversichert gewesen. Die während des Versicherungsverhältnisses aufgetretenen Beschwerden hätten Bein-, Arm- und Magenschmerzen betroffen. Die daraus resultierende Arbeitsunfähigkeit sei unter Hinweis auf die Erkenntnisse der Klinik Valens auf 13% festgelegt worden. Aufgrund der medizinischen Akten habe die massgebliche Arbeitsunfähigkeit am 1. Mai 2004 begonnen, also zu einem Zeitpunkt als der Kläger nicht mehr bei der R.____ vorsorgeversichert gewesen sei, weshalb die R.____ nicht leistungspflichtig sei. Die Leistungspflicht einer Vorsorgeeinrichtung setze zwischen relevanter Arbeitsunfähigkeit und nachfolgender Invalidität einen engen sachlichen und zeitlichen Zusammenhang voraus. Aufgrund der medizinischen Abklärungen bestehe kein Zweifel, dass der Kläger seit Februar bzw. Mai 2004 unter einer neuen Krankheit leide. Die psychischen Probleme seien mit der Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen vom 3. Mai 2004 erstmals erwähnt worden. Der Grund der Arbeitsunfähigkeit im November 2002 (Gelenkkrankheit) sei völlig unterschiedlich von demjenigen, der zur Invalidität am 1. Mai 2004 (psychiatrische Problematik) geführt habe, weshalb nicht von einem sachlichen Zusammenhang ausgegangen werden könne und die R.____ keine Leistungen aus der überobligatorischen beruflichen Vorsorge schulde.



D.- Mit Replik vom 20. April 2007 hält der Kläger an seinem Rechtsbegehren fest. Selbst wenn die Versicherungsdeckung am 30. April 2003 erloschen wäre, bliebe die Beklagte dennoch leistungspflichtig. Gemäss heutigen medizinischen Erkenntnissen sei eine Trennung in körperlich und psychisch bedingte Leiden nicht möglich. Vorliegend würden die somatischen und psychischen Beschwerden des Klägers in einem unzertrennlichen Wechselspiel stehen, weshalb nicht von der Meinung der Beklagten ausgegangen werden könne, die somatischen Beschwerden seien nach dem 30. April 2003 von den psychischen Beschwerden abgelöst worden. Die Krankheitsentwicklung sei schleichend verlaufen, weshalb sie nicht in präzise Phasen aufgeteilt werden könne. Dr. med. B.____, Arzt für Allgemein Medizin, habe bereits mit Bericht vom 7. Mai 2003 unmissverständlich festgehalten, dass der Kläger auf die Behandlung durch einen Psychiater angewiesen sei. Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, habe in seinem Bericht vom 19. September 2003 darauf hingewiesen, dass die depressive Verstimmung ca. im Jahr 2000 begonnen habe. Ausserdem habe er im gleichen Bericht den Kläger aus psychiatrischer Sicht nur noch für leichte Arbeiten als arbeitsfähig bezeichnet. Ein Kausalzusammenhang zwischen den Beschwerden während der Dauer der Versicherungsdeckung und der späteren Invalidität sei bereits dann zu bejahen, wenn die gesundheitliche Beeinträchtigung sich auf das Arbeitsverhältnis ausgewirkt habe. Am 24. Juni 2003 sei der Kläger wieder in das Vorsorgewerk aufgenommen worden, weshalb der Versicherungsschutz nicht am 30. April 2003 habe erlöschen können.

E.- In der Duplik vom 10. Mai 2007 hält die Beklagte an ihren Rechtsbegehren fest. Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb sie nach dem 30. April 2003 noch leistungspflichtig sein sollte. Das unzertrennliche Wechselspiel zwischen somatischen und psychischen Schmerzen sei durch keinen der zahlreichen Ärzte bestätigt worden. Dr. B.____ habe im Arztbericht vom 7. Mai 2003 attestiert, dass die depressive Verstimmung keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit habe. Somit sei die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkende psychische Problematik klar nach der Versicherungsdeckung bei der R.____ eingetreten. Dr. C.____ attestiere erst ab dem 1. Mai 2004 eine Arbeitsunfähigkeit wegen psychischen Problemen. Eine rückwirkende Beurteilung, dass bereits seit dem Jahr 2000 eine depressive Entwicklung vorläge, sei nicht zulässig. Auch die IV-Stelle habe mit Verfügung vom 1. Mai 2006 festgestellt, dass der Kläger ab dem 1. Mai 2005 wegen psychischen Problemen Anspruch auf eine halbe Invalidenrente habe.



II.

1.- a) Nach Art. 23 des Bundesgesetzes über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG; SR 831.40) haben Anspruch auf Invalidenleistungen Personen, die im Sinne der Invalidenversicherung zu mindestens 40% invalid sind und bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, versichert waren. 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. Wenn die Vorsorgeeinrichtungen in ihren Urkunden, Statuten oder Reglementen einen bestimmten Invaliditätsbegriff verwenden, so haben sie bei der Interpretation darauf abzustellen, was in anderen Gebieten der Sozialversicherung oder nach den allgemeinen Rechtsgrundsätzen darunter verstanden wird. Die Vorsorgeeinrichtungen sind somit frei in der Wahl des Invaliditätsbegriffs; sie haben sich aber an eine einheitliche Begriffsanwendung zu halten. Gehen die Vorsorgeeinrichtungen ausdrücklich oder unter Hinweis auf das Gesetz vom gleichen Invaliditätsbegriff aus wie die Invalidenversicherung, sind sie hinsichtlich des versicherten Ereignisses grundsätzlich an die Invaliditätsbemessung der IV-Stellen (der Kantone und des Bundes) gebunden, es sei denn, dass diese sich als offensichtlich unhaltbar erweist. Für die Beurteilung der Frage, ob sich die Invaliditätsbemessung der Invalidenversicherung als offensichtlich unhaltbar erweist, muss auf die Aktenlage, wie sie sich den Organen der Invalidenversicherung bei Verfügungserlass präsentierte, abgestellt werden. Nachträglich geltend gemachte Tatsachen oder Beweismittel, welche die Verwaltung nicht von Amtes wegen hätte erheben müssen, sind nur beachtlich, sofern sie von der IV-Stelle im Rahmen einer prozessualen Revision berücksichtigt werden müssen (BGE 126 V 308). Verwenden die Vorsorgeeinrichtungen demgegenüber einen anderen Invaliditätsbegriff als die Invalidenversicherung, rechtfertigt sich eine selbständige Prüfung, wobei sich die Vorsorgeeinrichtung diesfalls auf die medizinischen und erwerblichen Akten der IV-Organen stützen können (BGE 115 V 208 und 215; BGE 118 V 35 Erw. 2b/aa; BGE 120 V 106 Erw. 3c).



b) Nach der Rechtsprechung werden die Invalidenleistungen nach BVG von derjenigen Vorsorgeeinrichtung geschuldet, welcher die ansprechende 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 dann auch der Wegfall der Versicherteneigenschaft keinen Erlösungsgrund (BGE 118 V 35 Erw. 5; BGE 123 V 262 Erw. 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 welcher die leistungsbegehrende Person unter Umständen dem Obligatorium nicht mehr unterstanden hat (BGE 118 V 35 Erw. 2a/bb; BGE 120 V 113 Erw. 2b). Damit die frühere Vorsorgeeinrichtung jedoch 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. Der sachliche Zusammenhang ist gegeben, wenn der invalidisierende Gesundheitsschaden der gleiche ist, wie er sich bereits während der Zugehörigkeit zur früheren Vorsorgeeinrichtung manifestierte. Die zeitliche Konnexität setzt voraus, dass zwischen der früheren Arbeitsunfähigkeit und der späteren Invalidität keine längere Periode der Arbeitsfähigkeit liegt. Der zeitliche Zusammenhang ist unterbrochen, wenn erst nach mehreren Jahren Arbeitsfähigkeit plötzlich ein gesundheitlicher Rückfall eintritt, nicht aber, wenn eine Periode vorübergehender Arbeitsfähigkeit nur gerade einige Monate betrug (BGE 120 V 112 Erw. 2b und c).

c) Gemäss Ziffer 2.2.5 des Vorsorgereglements der R.____ für die A.____, liegt Erwerbsunfähigkeit bzw. Invalidität vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Zerfall der geistigen oder körperlichen Kräfte oder Unfall ganz oder teilweise unfähig



ist, ihren Beruf oder eine andere Erwerbstätigkeit auszuüben, die ihrer Lebensstellung, ihren Kenntnissen und Fähigkeiten angemessen ist. Die Höhe der Leistung richtet sich nach dem Grad der Erwerbsunfähigkeit. Dabei wird eine Erwerbsunfähigkeit von weniger als 25% nicht, eine solche zwischen 25% und 60% anteilmässig, zwischen 60% und 70% zu $\frac{3}{4}$ und eine von 70% und mehr voll berücksichtigt. Der Anspruch setzt gemäss Ziffer 2.2.1 in jedem Fall voraus, dass die versicherte Person bei Beginn der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, versichert war. Die Karenzfrist bis zum Eintritt des Anspruchs auf eine Invalidenrente wird im Vorsorgeplan festgelegt und beträgt 720 Tage.

2.- Der Invaliditätsbegriff gemäss Ziffer 2.2.5 des Vorsorgereglements entspricht nicht demjenigen der Invalidenversicherung. Die R.____ versichert im Gegensatz zu der Invalidenversicherung die Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit hinsichtlich einer statusgleichen und nicht einer zumutbaren Tätigkeit. Im vorliegenden Fall hat die begriffliche Unterscheidung für den Beruf eines Hilfsarbeiters jedoch keine wesentliche Bedeutung, weshalb materiell von einem einheitlichen Begriff ausgegangen werden kann. Eine Bindung der Vorsorgeeinrichtung an die Invaliditätsbemessung der IV-Stelle ist unter diesen Umständen gegeben und gerechtfertigt. Ausserdem haben sich die Parteien zu dem von der IV-Stelle mit Verfügung vom 1. Mai 2006 festgesetzten Invaliditätsgrad von 55% nicht geäussert. Der ermittelte Invaliditätsgrad von 55% gilt somit als unbestritten und für die Parteien bindend. Streitig ist vorliegend, ob die Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, zu einem Zeitpunkt eingetreten ist, als der Kläger dem Vorsorgewerk angeschlossen war und somit die R.____ zur Ausrichtung einer IV-Rente verpflichtet ist.

3.- a) Nach Art. 10 Abs. 1 und Abs. 2 lit. b BVG beginnt die obligatorische Versicherung mit dem Antritt des Arbeitsverhältnisses und die Versicherungspflicht endet, wenn das Arbeitsverhältnis aufgelöst wird. Für die Risiken Tod und Invalidität bleibt der Arbeitnehmer während eines Monats nach Auflösung des Vorsorgeverhältnisses bei der Vorsorgeeinrichtung versichert (Art. 10 Abs. 3 BVG).

b) Der Kläger arbeitete ab dem 5. Dezember 2000 bei der A.____. Per 30. November 2002 erfolgte die Kündigung durch den Arbeitgeber aus wirtschaftlichen Gründen. Dr. B.____ attestierte mit ärztlichem Zeugnis vom 13. April 2003 (IV-act. 41/10) seit dem 21.



November 2002 eine durchgehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf als Hilfsschreiner. Gemäss Angaben auf dem Arbeitgeberformular der IV vom 12. Mai 2003 bestand während der Kündigungsfrist vom 4. bis 10. vom 21. bis 24. und ab dem 27. November 2002 eine durchgehende krankheitsbedingte 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Die Frage, ob der Arbeitsunfähigkeit vom 4. bis 10. November 2002 ein anderes Krankheitsbild zu Grunde lag, kann offen gelassen werden, da sie – wie die nachfolgenden Erwägungen zeigen – bezüglich des Gesamtergebnisses keine Veränderung zu bewirken vermag. Aufgrund des Arztzeugnisses von Dr. B.____ wurde die Kündigungsfrist in Anwendung von Art. 336c OR ab dem 21. November 2002 um 90 Tage, bis am 18. Februar 2003, unterbrochen, wodurch das Arbeitsverhältnis nach Ablauf der restlichen 10 Tage der Kündigungsfrist rechtlich – entgegen der Annahme der Beklagten – am 28. Februar 2003 endete. Unter Berücksichtigung der Nachdeckung gemäss Art. 10 Abs. 3 BVG war der Kläger bis am 31. März 2003 dem Vorsorgewerk angeschlossen.

4.- a) Als Folge der im Jahr 1999 und 2000 erlittenen Unfälle und aus krankheitsbedingten Gründen diagnostizierte Dr. B.____ mit Arztbericht vom 10. März 2001 (IV-act. 28) traumatisierte Schulter- und Kniegelenke rechts mit leichten funktionellen Störungen und eine depressive Verstimmung. Als Psychostatus wurden leicht depressive Charakterzüge und gedrückte Grundstimmung erhoben. Es bestehe eine geringfügige Leistungsminderung für die bisherige Tätigkeit als Hilfsschreiner. Mit Arztzeugnis vom 13. Dezember 2002 (IV-act. 41/13) attestierte Dr. B.____ ab dem 27. November 2002 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf. Gemäss Bericht der Klinik für orthopädische Chirurgie, Kantonsspital St. Gallen, vom 18. Dezember 2002 (IV-act. 41/11) wurden Kniegelenksschmerzen rechts sowie Ellbogenschmerzen links bei Status nach Sturz mit multiplen Quetschungen und Schürfwunden am 28. August 2000, Schulterschmerzen rechts bei Status nach Schultergelenksdistorsion am 21. September 1999 und Status nach diagnostischer Arthroskopie rechtes Kniegelenk vom 18. November 1999 mit Diagnose eines subchondralen Ödems am medialen Femurkondylus diagnostiziert. Eine physiotherapeutische Behandlung unter stationären Bedingungen sei zu empfehlen, wobei auch eine psychosomatische Betreuung erfolgen solle. Momentan sei der Kläger arbeitsunfähig. Gemäss Bericht der Abteilung Rheumatologie und Rehabilitation, Kantonsspital St. Gallen, vom 17. Februar 2003 (IV-act. 41/7) konnte ein chronisches



lumbovertebrales Schmerzsyndrom, chronische Schulter- und Knieschmerzen rechts nach diversen Unfällen und eine Fibromyalgie-Tendenz festgestellt werden. Die bestehende psychosoziale Belastungssituation dürfte sich auf die Schmerzempfindung auswirken. Ein stationärer Rehabilitationsaufenthalt mit intensiver Physiotherapie und Berücksichtigung der psychosomatischen Seite sei empfehlenswert. Gemäss Austrittsbericht der Klinik Valens vom 30. April 2003 (IV-act. 99) wurde während des stationären Aufenthalts ein generalisiertes Schmerzsyndrom mit panvertebraler Betonung und rechtsbetonte Schulter- und Knieschmerzen diagnostiziert. Als Nebendiagnose wurde ein Status nach diagnostischer Arthroskopie des rechten Knies mit Diagnose eines subchondralen Ödems am medialen Femurkondylus, ein Status nach Schultergelenksdistorsion rechts, eine Patella bipartita rechts sowie eine chronische Gastritis festgestellt. In der als schwer einzustufenden angestammten Montagetätigkeit bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit. Für eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit sei der Kläger zu 100% arbeitsfähig. Vom 29. bis 31. August 2005 erfolgte durch die MEDAS Ostschweiz eine polydisziplinäre medizinische Begutachtung. Anlässlich dieser Untersuchung stellte Dr. med. D.____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, mit Gutachten vom 15. September 2005 (IV-act. 100) Verstimmungszustände bei einem chronischen Schmerzsyndrom infolge körperlicher Krankheit und psychosozial unbefriedigender Situation fest. Der Grad der Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen könne auf höchstens 45% - 50% geschätzt werden. Gemäss dem Bericht der MEDAS vom 3. Januar 2006 (IV-act. 99) wurden als Hauptdiagnosen ein chronisches, diffuses, generalisiertes, rechtsbetontes Schmerzsyndrom aufgrund mehrfacher Kniekontusionen rechts, eine Knie- und Ellbogendistorsion links, ein subchondrales Ödem des medialen Femurcondylus, eine initiale Femoropatellararthrose links, eine Haltungsinsuffizienz mit Hohlrundrücken, eine diskrete (Torsions-)Skoliose und lumbosakrale Übergangsanomalie (6 LWK) sowie Verstimmungszustände bei einem chronischen Schmerzsyndrom infolge körperlicher Krankheit und psychosozial unbefriedigender Situation festgestellt. In Übereinstimmung mit den Erkenntnissen der Rehaklinik Valens bestehe aus somatischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten unter Vermeidung repetitiven Lastenhebens über 15 kg sowie Hebens/Tra-gens von Lasten über Kopfhöhe. Die Behandlungsmöglichkeiten aus somatischer Sicht seien ausgeschöpft worden. Die Arbeitsfähigkeit für eine adaptierte



Tätigkeit wurde unter Berücksichtigung aller gesundheitlich beeinträchtigenden Faktoren auf 50% festgelegt.

b) Aufgrund der Erkenntnisse der polydisziplinären Begutachtung durch die MEDAS erfolgte durch die IV-Stelle der SVA St. Gallen die Zusprechung einer IV-Rente aufgrund eines Invaliditätsgrads von 55%. Der Beginn der 50%igen Arbeitsunfähigkeit wurde auf den 1. Mai 2004, der Rentenbeginn auf den 1. Mai 2005 festgelegt. Mit Entscheid vom 19. Januar 2007 hat das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen (IV-act. 134) die Zusprechung einer Rente aufgrund eines IV-Grades von 55% rechtskräftig bestätigt. Nachdem somit ausschliesslich psychische Störungen die Ausrichtung einer Rente begründet haben, gilt es bezüglich der sachlichen Konnexität festzustellen, ob diese Beschwerden bereits während des Vorsorgeverhältnisses zu einer Arbeitsunfähigkeit geführt haben.

5.- a) Die sachliche Konnexität ist gegeben, wenn der der Invalidität zugrunde liegende Gesundheitsschaden im Wesentlichen derselbe ist wie derjenige, der zur Arbeitsunfähigkeit geführt hat. Diese Voraussetzung ist anhand der medizinischen Unterlagen und Angaben zu prüfen. Dabei ist nicht von Belang, ob zwischen der Krankheit, die der Arbeitsunfähigkeit zugrunde liegt, und dem Leiden, das die Invalidität zur Folge hat, ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Eine Wechselwirkung im Sinn einer natürlichen Kausalität zwischen dem ursprünglichen Gesundheitsschaden und der späteren Verschlimmerung des Leidens genügt. (H.-U. STAUFFER, Berufliche Vorsorge, Basel 2005, Rz 747; ISABELLE VETTER-SCHREIBER, Berufliche Vorsorge, Zürich 2005, S. 90 mit Hinweisen auf die höchstrichterliche Rechtsprechung).

b) Dr. B.____ stellte neben den somatischen Beschwerden seit dem Jahr 2002 eine depressive Verstimmung fest (IV-act. 49). Sodann ist den Berichten der Klinik für orthopädische Chirurgie, Kantonsspital St. Gallen, vom 18. Dezember 2002 und der Abteilung Rheumatologie und Rehabilitation, Kantonsspital St. Gallen, vom 17. Februar 2003 zu entnehmen, dass bereits zum Zeitpunkt als der Kläger noch der R.____ angeschlossen war, eine psychosomatische Betreuung indiziert war. Dr. C.____ ist gemäss Bericht vom 19. September 2003 (act. G 9.1/2) bereits seit dem Jahr 2000 von einer depressiven Entwicklung ausgegangen. Den medizinischen Akten ist somit zu entnehmen, dass eine gewisse depressive Entwicklung bereits im Zeitpunkt festgestellt



wurde, als der Kläger noch der R.____ angeschlossen war. Diesbezüglich gilt es jedoch festzuhalten, dass im vorliegenden Zusammenhang nicht entscheidewesentlich ist, ob während des Vorsorgeverhältnisses ein psychisches Leiden bestanden, sondern, falls ein solches zu bejahen ist, ob dieses zu einer Arbeitsunfähigkeit geführt hat (BGE 123 V 264 Erw. 1b, 121 V 101 f. Erw. 2a, 120 V 116 f. Erw. 2b, je mit Hinweisen; Erw. 3.1 des in SZS 2006 S. 144 auszugsweise wiedergegebenen Urteils L. vom 17. Mai 2005, B 33/03). Gemäss Arztbericht von Dr. B.____ vom 7. Mai 2003 habe die depressive Verstimmung seit dem Jahr 2002 keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gehabt. Dr. C.____ erachtete den Kläger aus psychiatrischer Sicht für leichte Tätigkeiten als 100% arbeitsfähig (act. G 9.1/2). Der Bericht über den Aufenthalt in der Klinik Valens vom 27. März bis 17. April 2003 enthält keine Angaben über psychische Beschwerden, es bestehe für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Nachdem in der Folge die IV-Stelle der SVA St. Gallen einen Anspruch auf eine Invalidenrente verneinte (IV-act. 53), bestätigte das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen mit Urteil vom 26. Februar 2004 diesen Entscheid und führte unter anderem aus, der Beschwerdeführer sei in einer angepassten Tätigkeit uneingeschränkt arbeitsfähig. Ausserdem seien Hinweise auf eine psychische Gesundheitsbeeinträchtigung, welche die Arbeitsfähigkeit herabgesetzt hätten, nicht ersichtlich. Ein beweismässiger Hinweis für eine während des Vorsorgeverhältnisses eingetretene Arbeitsunfähigkeit aus – einzig massgeblichen – psychischen Gründen liegt demnach nicht vor.

c) Zusammenfassend gilt es festzuhalten, dass bereits während des bestehenden Vorsorgeverhältnisses Hinweise auf psychische Probleme ersichtlich waren, diese psychischen Beschwerden allerdings nicht oder zumindest nicht mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit bewirkt haben. Der rechtsprechungsgemäss geforderte enge sachliche Zusammenhang zwischen der während des Vorsorgeverhältnisses entstandenen Beeinträchtigung des Leistungsvermögens und der schliesslich zur Zusprechung einer halben Rente der Invalidenversicherung ab 1. Mai 2005 führenden Invalidität ist somit zu verneinen.

d) Nachdem für die Leistungsbegründung der Vorsorgeeinrichtung zwischen der Arbeitsunfähigkeit und der Invalidität kumulativ ein sachlicher und zeitlicher



Zusammenhang bestehen muss, ist die Prüfung der zeitlichen Konnexität nicht mehr von Relevanz. Trotzdem sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass gemäss folgenden Ausführungen auch der zeitliche Zusammenhang nicht gegeben ist.

6.- Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit ist in allen Sozialversicherungszweigen derselbe (RKUV 1987, S. 394). Arbeitsunfähig in diesem Sinn ist, wer wegen eines Gesundheitsschadens seine bisherige Tätigkeit nicht mehr, nur noch in beschränktem Masse oder nur unter der Gefahr, den Schaden noch zu vergrössern, ausüben kann. Der Grad der Arbeitsunfähigkeit wird laut der Rechtsprechung nach dem Masse bestimmt, in welchem der Versicherte aus gesundheitlichen Gründen an seinem angestammten oder einem anderen, im Einzelfall als zumutbar erscheinenden Arbeitsplatz nicht mehr nutzbringend tätig sein kann (BGE 111 V 235 E. 1b; RKUV 1987, S. 393; ALFRED MAURER, Bundessozialversicherungsrecht, 2. Aufl., Basel 1994, S. 140). Mit Verfügung vom 6. August 2003 (IV-act. 53) teilte die IV-Stelle der SVA St. Gallen dem Kläger mit, dass aufgrund der vorliegenden Unterlagen für eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit weiterhin eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestehe. Mit Einsprache-Entscheid vom 29. September 2003 bestätigte die IV-Stelle den Entscheid. Mit Urteil vom 26. Februar 2004 entschied auch das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen rechtskräftig, dass der Kläger in einer adaptierten Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig sei. Am 3. Mai 2004 erfolgte die erneute Anmeldung bei der IV zum Bezug von Leistungen. Der Kläger hätte somit zumindest für die Zeitspanne zwischen dem Einsprache-Entscheid und der Wiederanmeldung, also für etwas mehr als 7 Monate, einer adaptierten Tätigkeit mit einem vollen Arbeitspensum nachgehen können. Eine vorübergehende Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit ändert an der Leistungspflicht der vorherigen Vorsorgeeinrichtung nichts (BGE 120 V 118 E. 2c/bb). Allerdings sei bei einer sechsmonatigen Periode voller Arbeitsfähigkeit der zeitliche Zusammenhang zwischen einer vorangegangenen Arbeitsunfähigkeit und der nachfolgenden Invalidisierung unterbrochen (BSV, Mitteilung über die berufliche Vorsorge, 54/2000, Rz. 324; vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts B 100/05 vom 8. Februar 2006 Erw. 3.2, Unterbruch durch über viermonatige volle Erwerbstätigkeit). Nachdem der Kläger insgesamt über 7 Monate einer angepassten Tätigkeit mit einem vollen Arbeitspensum hätte nachgehen können, ist in casu auch der geforderte zeitliche Zusammenhang nicht gegeben.



7.- Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Klage abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

entschieden:

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