

BL_GERICHTE 735 13 186 vom 9. Dezember 1999

BL Gerichte, 1999-12-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_735 13 186](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_735_13_186)

FR: BL_GERICHTE 735 13 186 du 9 décembre 1999

IT: BL_GERICHTE 735 13 186 del 9 dicembre 1999

Regeste

Forderung (Police Nr. F951206339)

Erwägungen

E. 2

Vorliegend ist strittig, ob der Kläger über den 1. Februar 2013 hinaus Anspruch auf eine ganze Invalidenrente und auf vollständige Prämienbefreiung hat.

E. 2.1

Auf im Rahmen der gebundenen Vorsorge abgeschlossenen Lebensversicherungen ist das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) vom 2. April 1908 grundsätzlich soweit anwendbar, als die BVV 3 keine abweichenden Bestimmungen enthält (vgl. Rudolf Küng, zu Art. 76, in: Kommentar zum Schweizerischen Privatrecht, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag [VVG], Honsell/Vogt/Schnyder [Hrsg.], Basel/Genf/München 2001, S. 1014). Da das VVG und die BVV 3 keine spezifischen Bestimmungen zur Revision von Renten haben, sind die vertraglichen Vereinbarungen der Parteien massgebend. Gemäss Police Nr. F951206339 gelten nach der Vertragsanpassung vom 1. Mai 2000 die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Einzel-Lebensversicherungen 84 (AVB 84), die AVB ELV 99, die ergänzenden Bedingungen für Kapitalbildende Lebensversicherungen (EB ELK 99), die ergänzenden Bedingungen bei Erwerbsunfähigkeit (EB ELE 99) und die ergänzenden Bedingungen für gebundene Vorsorgepolicen (EB 99). Gemäss diesen Bestimmungen liegt eine Erwerbsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit oder Unfall ausserstande ist, ihren Beruf oder eine andere zumutbare Tätigkeit auszuüben, und dadurch einen Erwerbsausfall oder einen anderen finanziellen Nachteil erleidet. Die Erwerbsunfähigkeit muss medizinisch objektiv nachweisbar sein. Zumutbar ist eine andere Tätigkeit, wenn sie den Kenntnissen, Fähigkeiten und der bisherigen Lebensstellung der versicherten Person angemessen ist (vgl. Begriffe: Ziffer 4 lit. a und b AVB ELV 99). Die Leistungen bemessen sich nach dem Grad der Erwerbsunfähigkeit. Beträgt sie mehr als zwei Drittel, so werden die vollen Leistungen gewährt; beträgt sie weniger als ein Viertel, so besteht kein Leistungsanspruch (Art. 4 Ziffer 4 lit. a EB ELE 99). Eine Änderung des Grades der Erwerbsunfähigkeit ist der Gesellschaft sofort mitzuteilen. Diese setzt die Leistungen neu fest. Zuviel erbrachte Leistungen sind zurückzuerstatten (Art. 4 Ziffer 5 EB ELE 99).

E. 2.2

Die Versicherung verneint die vom Kläger gestützt auf den Versicherungsvertrag eingeklagten Ansprüche auf Weiterausrichtung einer ganzen Invalidenrente und Prämienbefreiung mit der Begründung, dass gemäss Gutachten von Dr. C. vom 23. Juli 2012 nur noch ein Erwerbsunfähigkeitsgrad von 20 % seit 2005 spätestens aber per 13. Juni

2012 vorliege. Demgemäss seien die Leistungen anzupassen, was hier zu einer Leistungseinstellung führe. Eine massgebliche Veränderung des Gesundheitszustandes sei dabei nicht erforderlich. Demgegenüber macht der Kläger geltend, dass die Versicherung für eine Anpassung von Dauerleistungen eine Änderung des Sachverhalts nachzuweisen habe, was ihr aber vorliegend nicht gelungen sei.

E. 2.3

Der Auffassung des Klägers ist zuzustimmen. Es geht bei der von der Versicherung vorgenommenen Leistungseinstellung nicht um die Frage, ob eine unter 25 % liegende Erwerbsunfähigkeit erstellt ist oder nicht, sondern darum, ob eine Änderung des Erwerbsunfähigkeitsgrades eingetreten ist. Das Kantonsgericht befasste sich in seinem Urteil vom 14. November 2013 (735 13 182), dessen Sachverhalt mit dem vorliegenden im Wesentlichen identisch ist, mit der Frage, welche Voraussetzungen für eine Leistungsanpassung bei geändertem Erwerbsunfähigkeitsgrad im Rahmen der Säule 3a erfüllt sein müssen. Es stellte zunächst fest, dass die Anpassung von Dauerleistungen in der Säule 3a dem Sinn und Zweck entsprechend nach den Grundsätzen der zweiten Säule vorzunehmen sei. Weiter kam es zum Schluss, dass Renten der obligatorischen beruflichen Vorsorge und der erweiterten beruflichen Vorsorge, welche aufgrund wesentlicher Veränderungen der tatsächlichen und erwerblichen Verhältnisse zu revidieren seien, analog nach den für eine Revision von IV-Renten geltenden Bestimmungen (vgl. Art. 17 ATSG) anzupassen seien. Im Leistungsbereich der erweiterten beruflichen Vorsorge stehe es aber den Vorsorgeeinrichtungen frei, in ihren Reglementen Leistungsanpassungen einer Rente auch aus anderen Gründen als einer Änderung der tatsächlichen oder erwerblichen Verhältnisse im Sinne von Art. 17 ATSG vorzusehen. Diesfalls könne von einer analogen Anwendung der Revisionsbestimmungen des ATSG abgesehen werden (vgl. zur ausführlichen Begründung das im Internet veröffentlichte Urteil des Kantonsgerichts vom 14. November 2013 [735 13 182]: www.baselland.ch/main_chron_2013.317607.0.html).

E. 2.4

Im vorliegenden Fall geht aus Art. 4 Ziffer 5 EB ELE 99 unmissverständlich hervor, dass sich der Grad der Erwerbsunfähigkeit geändert haben muss, damit eine entsprechende Leistungsanpassung erfolgen kann. Für eine Anpassung der Versicherungsleistungen bildet die Änderung der Erwerbsunfähigkeit somit eine Voraussetzung; ein weiterer Anpassungsgrund ist in den Reglementen nicht vorgesehen. Der Grad der Erwerbsunfähigkeit ändert sich, wenn neue Elemente tatsächlicher Natur vorliegen, welche nach der ursprünglichen Leistungsausrichtung zum damals gegebenen Sachverhalt hinzugekommen sind oder diesen verändert haben. Eine solche Änderung beruht in der Regel auf einer Verschlechterung oder Verbesserung des Gesundheitszustandes. Eine bloss unterschiedliche medizinische Beurteilung des Gesundheitszustandes stellt somit keine relevante Änderung dar. Ohne Entwicklung des Gesundheitszustandes kann sich der Erwerbsunfähigkeitsgrad aber auch ändern, wenn sich beispielsweise die betreffende Person an ihren Zustand gewöhnt oder anpasst und daraus eine Veränderung der Arbeitsfähigkeit resultiert (vgl. dazu Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, Zürich/Basel/Genf 2009, S. 233). Ausserdem kann eine Anpassung bei einem an sich gleich bleibenden Gesundheitszustand erfolgen, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen ändern. Da vorliegend gemäss den AVB nur eine Leistungsanpassung vorgenommen werden kann, wenn sich der Grad der Erwerbsunfähigkeit ändert, entsprechen die Voraussetzungen für eine Leistungsanpassung denjenigen von Art. 17 ATSG. Es rechtfertigt sich daher, die für

eine IVrechtliche Revision massgebenden Bestimmungen des ATSG hier analog anzuwenden.

E. 3

Es ist zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand des Versicherten seit der erstmaligen Rentenausrichtung (= 21. März 2001) in einer anspruchserheblichen Weise verbessert hat.

E. 3.1

Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person ist die rechtsanwendende Behörde - die Verwaltung und im Streitfall das Gericht - auf Unterlagen angewiesen, die vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Deren Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 115 V 134 E. 2, 114 V 314 E. 3c, 105 V 158 E. 1 in fine). Darüber hinaus bilden die ärztlichen Stellungnahmen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Zumutbarkeit, also der Frage, welche anderen Erwerbstätigkeiten als die zuletzt ausgeübte Berufsarbeit von der versicherten Person auf dem allgemeinen, ausgeglichenen und nach ihren persönlichen Verhältnissen in Frage kommenden Arbeitsmarkt zumutbarerweise noch verrichtet werden können (Ulrich Meyer - Blaser, Zur Prozentgenauigkeit in der Invaliditätsschätzung, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 20 f. mit Hinweisen).

E. 3.2

Einem ärztlichen Bericht kommt Beweiswert zu, wenn er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt und in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, wenn die Beschreibung der medizinischen Situation und Zusammenhänge einleuchtet und die Schlussfolgerungen des Arztes begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; Urteil des Bundesgerichts vom 7. Oktober 2009, 9C_624/2009, E. 4.1.1 mit Hinweis). Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Berichts hängt wesentlich davon ab, ob er sich ausreichend auf das Beweisthema -erhebliche Änderung (en) des Sachverhalts - bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattfand. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass sich die gesundheitlichen Verhältnisse veränderten (SVR 2012 IV Nr. 18 S. 81, 9C_418/2010 E. 4.2). 4.1. Aus den medizinischen Akten ergibt sich, dass der Versicherte im August 1997 wegen einer Diskushernie L4/5 sowie einer Spinalkanalstenose in der E. operiert wurde. In den folgenden Jahren entwickelte sich trotz physiotherapeutischer Massnahmen eine chronisch rezidivierende Lumbalgie mit Ausstrahlung in die unteren Extremitäten (vgl. Berichte von Dr. med. F., FMH Rheumatologie, vom 23. Dezember 1997, 19. Juli 1998 und 20. August 1998 sowie von Dr. med. G., FMH Neurologie, vom 10. September 1998). Aufgrund dieser medizinischen Aktenlage sprach die IV-Stelle dem Kläger mit Verfügung vom 9. Dezember 1999 eine vom 1. Juli 1998 bis 31. Dezember 1998 befristete halbe Invalidenrente zu. 4.2. Infolge erneuter Exazerbationen hielt sich der Kläger

vom 5. April bis 28. April 2001 zur Rehabilitation im H. auf (vgl. Bericht vom 16. Mai 2001). Als Diagnosen wurden ein chronisches Lumbovertebralsyndrom bei Status nach Dekompression L3–L5 und Diskektomie L4/5, Chondrosen L2/3 und L4/S1 mit geringgradiger Diskusprotrusionen ohne Kompression neuronaler Strukturen sowie eine beginnende Coxarthrose rechts festgehalten. Die Coxarthrose beeinflusste die Arbeitsfähigkeit gemäss Bericht der behandelnden Ärzte des H. vom 6. Februar 2002 nicht. Eine am 18. September 2001 durchgeführte Myelographie zeigte eine Diskushernie L4/5 mit einer nur im Stehen vorhandenen Wurzelkompression L5 rechts (vgl. Berichte des H. vom 16. Januar 2002, von Dr. F. vom 14. Februar 2003 und von Dr. med. I., FMH Orthopädische Chirurgie, Sonnenhof, vom 7. November 2002).

4.3 Im Auftrag der IV-Stelle untersuchte die B. den Kläger. In ihrem bisdisziplinären Gutachten vom 12. Juni 2003 hielten die rheumatologischen und psychiatrischen Experten als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei radikulärer bis pseudoradikulärer Ausstrahlung in die unteren Extremitäten rechtsbetont, bei Status nach Dekompression von L3-L5 und Diskektomie L4/5, bei radiomorphologisch degenerativer Chondrose L2/3, L4/5 und L5/S1, bei Verdacht auf Anular rear L2/3 und L4/5, bei myelographisch nachgewiesener Wurzelkompression L5 rechts und bei reaktiver muskulärer Dysbalance sowie ein chronisches thorakales Schmerzsyndrom mit Myogelose interscapulärmuskulär linksbetont fest. In der Konsensbeurteilung führten sie aus, dass der Kläger im angestammten Beruf als Musiker und Musiklehrer aufgrund des chronischen lumbovertebralen sowie des chronischen thorakalen Schmerzsyndroms seit Mitte März 2001 nicht mehr arbeiten könne. Eine sehr leichte, wechselbelastende berufliche Tätigkeit ohne Tragen und Heben von Lasten, ohne Einhaltung einer fixierten Körperposition oder Durchführung von repetitiven Bewegungsmustern könne dem Kläger zu 50 % zugemutet werden. Gestützt auf dieses Gutachten erliess die IV-Stelle die Verfügungen vom 24. September 2003 und vom 20. Juli 2004, mit welchen sie dem Kläger ab 1. März 2001 eine halbe und ab 1. Juni 2001 eine ganze Invalidenrente zusprach.

4.4 Nach der Rentenzusprache berichtete der behandelnde Hausarzt Dr. med. J., FMH Allgemeine Medizin, am 24. November 2006 von einem gleich bleibenden Gesundheitszustand. Am 1. April 2010 fand wegen einer Varikophlebitis eine Varizenoperation im K. statt (vgl. Bericht vom 1. April 2010). Dr. L., Chiropraktor, berichtete am 4. Juni 2010, dass er den Kläger seit ca. 10 Jahren wegen rezidivierenden Rückenschmerzen behandle. In letzter Zeit seien auch Schmerzen an der mittleren Brustwirbelsäule sowie Nackenschmerzen hinzugekommen (vgl. auch Schreiben vom 16. Oktober 2013). Anlässlich des am 9. Dezember 2010 durchgeführten MRI wurde eine linksseitige Diskushernie L1/2 bei Chondrose, eine Diskushernie L2/3 mit geringer Behinderung der Nervenwurzel L2 und eine Einengung des lateralen Recessus links sowie Chondrosen L3/4 bis L5/S1 mit Spondylarthrosen L3/4 und L4/5 und breitbasigen, flachen, medianen Diskusprotrusionen festgestellt. Gemäss Bericht vom 4. Februar 2011 hielt sich der Kläger vom 27. Dezember 2010 bis 22. Januar 2011 stationär im H. auf. Dabei wurde neben den bereits bekannten Diagnosen eine aktuelle Schmerzexazerbation bei aktivierter Facettengelenksarthrose L4/5 und L5/S1 aufgeführt.

4.5 Im Rahmen des 2012 eingeleiteten Revisionsverfahrens begutachtete Dr. C. den Kläger am 13. Juni 2012. Seine im Gutachten vom 23. Juli 2012 aufgeführten Diagnosen stimmten im Wesentlichen mit den bisherigen überein. In der Beurteilung führte er aus, dass es beim Kläger, der über eine sportliche Konstitution mit ziemlicher Bizeps- und Quadrizepsmuskulatur sowie viel Kraft verfüge, keine Hinweise für eine Leistungsminderung ab 2003 gäbe. Die von ihm geklagten Beeinträchtigungen seien

daher als subjektiv zu werten. Da eine Operation an der Wirbelsäule auf der Höhe L3-S1 grundsätzlich einen grossen Eingriff darstelle, sei davon auszugehen, dass der Kläger bei der Ausführung von schwer körperlich belastenden und vor allem bei das Achsenorgan stark beanspruchenden Arbeiten beeinträchtigt sei. Tätigkeiten in repetitiv gebückter Haltung oder in Zwangshaltung und das Heben bzw. das Arbeiten in gebeugter Haltung seien möglichst zu vermeiden. Mangels Vorliegens einer muskulären Dysbalance sei es ihm jedoch zumutbar, seinen angestammten Beruf als Trompetenlehrer mit einer Leistungsverminderung von höchstens 20 % auszuführen. Der Einschätzung der Gutachter der B. , wonach keine zumutbare Restarbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Musiker und Musiklehrer bestehen sollte, könne er sich nicht anschliessen. Er habe vielmehr den Eindruck erhalten, dass sich beim Kläger eine Schmerzausweitung etabliert habe. Da anhand eines Vergleichs des neurologischen und rheumatologischen Status im Jahr 2003 mit demjenigen von heute keine Verschlechterung festzustellen sei, dürfe grundsätzlich von einem stabilen und gebesserten Allgemeinzustand ausgegangen werden. In einer wechselbelastenden, leichten bis mittelschweren Tätigkeit ohne Heben von schweren Lasten oder Arbeiten in gebückter Haltung bzw. Zwangshaltung der Wirbelsäule sei er allenfalls mit einer 20%igen Leistungsminderung zu 100 % arbeitsfähig, Weiter wies er darauf hin, dass die Rentenzusprache aufgrund der Diskusproblematik mit radikulärer bis pseudoradikulärer Schmerzausstrahlung in den unteren Extremitäten erfolgt sei. Die Dekompression bei L3–L5 und die Diskektomie bei L4/5 hätten damals zu einem deutlich eingeschränkten neurologischen Status sowie zu Sensibilitätsstörungen geführt. Anlässlich seiner Untersuchung habe er jedoch keine Zeichen einer radikulären Symptomatik oder für eine Neurokompression mehr finden können. Beim athletischen Körperbau, der freien Beweglichkeit der oberen und unteren Extremitäten könne vom Kläger eine Leistung erwartet werden. Die Schmerzen durch die kürzlich festgestellte Facettengelenksarthrose seien nach einer Filtration regredient gewesen. Dies lasse die Annahme zu, dass es sich dabei nicht um eine diskogene oder radikuläre Schmerzsymptomatik gehandelt habe, sondern lediglich um eine Facettenirritation. 4.6 Am 20. Juni 2012 wurde eine Arthroskopie am linken Knie im M. durchgeführt (vgl. undatierter Operationsbericht von Dr. med. N. , FMH Orthopädische Chirurgie), welche jedoch die Arbeitsunfähigkeit nicht beeinflusste (vgl. Bericht von Dr. N. vom 4. November 2012). Gemäss Bericht des O. vom 4. Oktober 2012 leide der Kläger an multisegmentalen Osteochondrosen und Spondylarthrosen zwischen L1 und S1 sowie einem engen Spinalkanal. Dazu kämen im gleichen Segmentabschnitt Diskusprotrusionen bzw. Diskushernien zwischen L1 und S1, multisegmentale und in Extension bzw. in stehender Position zunehmende Stenosen der Recessus L2/3 und L3-S1 sowie eine foraminale Stenose L4/5 rechts, die zu einer in Extension deutlich zunehmenden Kompression der entsprechenden Nervenwurzeln führten. 4.7 Im Ergänzungsgutachten vom 19. Dezember 2012 führte Dr. C. präzisierend aus, dass die Experten der B. anlässlich ihrer Untersuchung im Jahr 2003 eine Lateralflexion L5/S1 mit zwei Drittel Einschränkung festgestellt hätten. Allerdings seien dabei eine deutliche Gegeninnervation und eine Schmerzprovokation lumbogluteal bei endphasiger Hüftflexion beobachtet worden. Anlässlich seiner Untersuchung im Juli 2012 habe sich weder eine solche Gegeninnervation noch eine Schmerzprovokation gezeigt. Zudem habe sich der im Jahr 2003 gemessene Fingerbodenabstand von ca. 30 cm auf 9 cm verringert, was ein eindeutiges Zeichen für eine bessere Beweglichkeit der Brust- und Lendenwirbelsäule sei. 4.8 Dr. D. stellte in seiner Stellungnahme vom 10. Januar 2013 die Befunde der Gutachter der B. und von Dr. C. tabellarisch gegenüber und kam aufgrund eines Vergleichs zum

Schluss, dass eine Verbesserung des Gesundheitszustandes seit Rentenzusprache nicht ausgewiesen sei. Gestützt auf diese Beurteilung teilte die IV-Stelle dem Versicherten am 31. Januar 2013 mit, dass er weiterhin Anspruch auf eine ganze Invalidenrente habe. 4.9 Der Vertrauensarzt der Versicherung, Dr. med. P. , FMH Allgemeine Innere Medizin, konnte sich in seiner Stellungnahme vom 12. Juni 2013 der Ansicht von Dr. D. nicht anschliessen. Die von Dr. D. angefertigte Tabelle zeige deutliche Unterschiede zwischen den körperlichen Untersuchungsbefunden der Gutachter der B. und Dr. C. auf. So sei im Jahr 2003 die Seitenbeugung der Lendenwirbelsäule um zwei Drittel eingeschränkt gewesen. Dr. C. habe rund 9 Jahre später keine Immobilität mehr feststellen können. Des Weiteren sei das Lasègue-Manöver im Gutachten der B. positiv und in demjenigen von Dr. C. negativ gewesen. Während die Wirbelsäule im Jahr 2003 vom zervikalen/thorakalen bis zum lumbosakralen Übergang deutlich druckschmerzhaft gewesen sei, habe Dr. C. nur noch eine Druckschmerzhaftigkeit sternokostal, parascapular und paravertebral entlang der gesamten Wirbelsäule feststellen können. Die Differenzen zwischen den Untersuchungsbefunden seien erheblich. Es sei deshalb davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand seit 2003 wesentlich verändert habe. 5.1. Aufgrund dieser ärztlichen Beurteilungen ist unbestritten, dass die Beeinträchtigungen des Klägers an der Wirbelsäule Auswirkungen auf die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit haben. Dr. C. kam in seinem Gutachten vom 23. Juli 2012 zum Schluss, dass sich die gesundheitliche Situation an der Wirbelsäule seit 2003 erheblich verbessert und sich dadurch die Arbeitsfähigkeit erhöht habe. Dr. D. schloss sich der Ansicht von Dr. C. an, wonach beim Kläger heute eine höhere Arbeitsfähigkeit bestehe. Er führte jedoch aus, dass ein verbesserter Gesundheitszustand nicht objektiv ausgewiesen sei, weshalb hier eine unterschiedliche Beurteilung eines gleich gebliebenen Gesundheitszustandes vorliege. Dieser Auffassung ist zu folgen. Aus der Gegenüberstellung der Befunde der Gutachter der B. und von Dr. C. sind keine relevanten Anhaltspunkte für eine Verbesserung des Gesundheitszustandes seit der erstmaligen Ausrichtung der Invalidenrente zu entnehmen, welche eine Erhöhung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit erklären könnten. Es fällt auf, dass die Untersuchungsbefunde nur dann voneinander abweichen, wenn gleichzeitig deutliche Gegeninnervationen oder ein inadäquates Verhalten des Klägers festgestellt wurden. So beobachteten sowohl die Gutachter der B. als auch Dr. C. solche Gegeninnervationen bei der Lateralflexion, beim Lasègue-Manöver und bei der Untersuchung der Brustwirbelsäule. Minder- und Gegeninnervationen führen zu verzerrten Untersuchungsergebnissen und machen das wahre Bewegungsausmass häufig schwer einschätzbar. Gerade bei gezielten Bewegungs- und Kraftprüfungen sind in Untersuchungssituationen immer wieder Abweichungen zwischen sensorischen oder motorischen Prozessen und neurologisch-anatomischen Bedingungen festzustellen, was auf willkürliche Minder- oder Gegeninnervationen zurückzuführen ist. Dazu gehören auch Differenzen zwischen willkürlicher und beiläufiger Motoriktestungen (vgl. Ralf Dohrenbusch , Begutachtung somatoformer Störungen und chronifizierter Schmerzen, Stuttgart 2007, S. 242 mit Beispielen). Daraus folgt, dass die vom Gutachten der B. abweichenden Befunde von Dr. C. aus Untersuchungen mit festgestellten Gegeninnervationen nicht zuverlässig genug sind, um eine Änderung des Gesundheitszustandes zu objektivieren. Die weiteren Untersuchungsergebnisse weichen nicht wesentlich von denjenigen des Expertenteams der B. ab. Dr. C. erläuterte in seinem Ergänzungsgutachten vom 19. Dezember 2012, dass seine gemessenen Schober-Werte lumbal mit den entsprechenden Masszahlen im Gutachten der B. praktisch übereinstimmten (10 cm/14 cm bzw. 10 cm/12 cm [rheumatologische bzw. internistische Untersuchung in

der B.]; 10 cm/13,5 cm [Dr. C.]). Der Fingerbodenabstand betrug sowohl bei den Gutachtern der B. als auch bei Dr. C. jeweils 30 cm. Während die Experten der B. den Fingerzehenabstand im Sitzen nicht prüften, stellte Dr. C. einen solchen von 9 cm fest. Eine Differenz des Fingerbodenabstandes in stehender und sitzender Haltung ist wiederum ein Hinweis auf eine Gegeninnervation (vgl. Dohrenbusch , a.a.O., S. 242), so dass gestützt darauf keine beweiskräftigen Aussagen gemacht werden können. Bei der Untersuchung der Brustwirbelsäule stellten die Gutachter der B. eine globale Einschränkung von einem Drittel fest. Dazu hielt Dr. C. fest, dass die von ihm ermittelte Ott-Masszahl von 30 cm/31,5 cm bei der Prüfung der thorakalen Wirbelsäulenfunktion gegenüber dem Befund der B. etwas besser sei. In Anbetracht der Tatsache, dass bei Gesunden die Differenz 3 cm beträgt (vgl. Hans - Jürgen Hettenhofer , Rheumatologie, Stuttgart 2003, S. 10), ist nicht von einer erheblichen Verbesserung der Beweglichkeit der Brustwirbelsäule auszugehen, zumal der Rheumatologe der B. bei der Funktionsprüfung wiederum eine Gegeninnervation feststellte, weshalb auf diese Messungen nicht abgestellt werden kann. Dr. C. hielt ferner eine Druckschmerzhaftigkeit sternokostal, parascapulär und paravertebral entlang der gesamten Wirbelsäule vor allem lumbosakral sowie an beiden Trochanter major und am Pes anserinus beidseits fest. Praktisch die gleichen lokalen Druckdolenzstellen stellten die Experten der B. fest. Aus diesen Ausführungen ergibt sich, dass aufgrund der vom Gutachten der B. abweichenden Befunde von Dr. C. keine Verbesserung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Klägers seit 2001 nachgewiesen werden kann.

5.2. Dr. C. führte weiter an, dass er anlässlich seiner Untersuchung keine radikuläre Symptomatik oder Zeichen für eine Neurokompression vorgefunden habe. Im Jahr 2003 hätten aber die Dekompression und die Diskektomie an der Lendenwirbelsäule zu deutlichen neurologischen Einschränkungen geführt. Dieser Auffassung ist entgegenzuhalten, dass gemäss Bericht des O. vom 4. Oktober 2012 am 28. September 2012, also knapp 4 Monate nach der Untersuchung bei Dr. C. , multisegmentale Stenosen an der Lendenwirbelsäule zu einer in Extension deutlich zunehmenden Kompression der entsprechenden Nervenwurzeln führten. Eine Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes der Wirbelsäule infolge Fehlens von radikulären Symptomen ist daher nicht ausgewiesen.

5.3 Aufgrund dieser Ausführungen ist davon auszugehen, dass der Gesundheitszustand des Klägers seit 2001 gleich geblieben ist. Es ist zu vermuten, dass Dr. C. bei seiner Beurteilung der Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit einen strengeren Massstab als die Gutachter der B. anlegte. Damit liegt eine unterschiedliche Ausübung des medizinischen Ermessens bei gleich bleibendem Gesundheitszustand vor (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 28. Juni 2011, 9C_243/2010, E. 3.4.2.3). Eine neue medizinische Beurteilung, welche - wie vorliegend - aufgrund strengerer versicherungsmedizinischer Beurteilungsparametern vorgenommen wurde und zu einer anderen ärztlichen Schlussfolgerung hinsichtlich eines tatsächlich gleich gebliebenen Zustandes führt, kann aber weder unter dem Gesichtspunkt von Art. 17 ATSG noch unter einem anderen Anpassungstitel eine neue Beurteilung des Anspruchs begründen (vgl. dazu nicht publ. E. 3.2 des BGE 136 V 216, veröffentlicht in SVR 2011 IV Nr. 1 S. 1 E. 3.2 [8C_972/2009]). Demnach ist vorliegend kein Revisionsgrund gegeben.

5.4 Daran vermag auch die Stellungnahme des Gesellschaftsarztes der Versicherung Dr. P. vom 12. Juni 2013 nichts zu ändern. Er ging wie Dr. C. von einer erheblichen Verbesserung des Gesundheitszustandes aus. Da sich Dr. P. für seine Begründung auf die unterschiedlichen Untersuchungsergebnisse der Gutachter der B. und von Dr. C. stützt, kann auf die Ausführungen in Erwägung 5.1 verwiesen werden. Entgegen der Ansicht von Dr. P. kann kein wesentlicher Unterschied in Bezug auf die lokal vorgefundenen

Druckschmerzhaftigkeiten an der Wirbelsäule festgestellt werden. Möglicherweise möchte er aus dem Umstand, dass die Gutachter der B. von einer „ausgeprägtesten“ Druckdolenz und Dr. C. lediglich von Druckschmerzhaftigkeit berichteten, eine Verbesserung des Gesundheitszustandes ableiten. Aufgrund des Gutachtens von Dr. C. ist jedoch nicht davon auszugehen, dass er der Intensität der Druckdolenz Bedeutung zumass. So zitierte er in seiner Aktenaufzählung die von den Gutachtern der B. festgehaltenen „ausgeprägtesten“ Druckdolenzen nicht (Seite 3 des Gutachtens vom 23. Juli 2012) und führte zur Begründung seiner zum Gutachten der B. abweichenden Beurteilung die Druckschmerzhaftigkeit der Wirbelsäule nicht als einer der Gründe für die Annahme eines verbesserten Gesundheitszustandes an (vgl. Seite 21 und Ergänzungsgutachten vom 19. Dezember 2012). Bei seinem Einwand, wonach die Gutachter der B. eine deutlich eingeschränkte Seitenbeugung der Lendenwirbelsäule und Dr. C. keine derartige Immobilität hätten feststellen können, ist anzuführen, dass der Rheumatologe der B. auf eine ausgeprägte schmerzbedingte Gegeninnervation bei der Lendenwirbeluntersuchung hinwies und deshalb die Ergebnisse nicht als „sicher objektivierbar“ bezeichnete. Entgegen den Ausführungen von Dr. C. , worauf sich aber Dr. P. beruft, war bei der Untersuchung der Wirbelsäule in der B. nicht durchwegs eine stehende immobile Untersuchungsposition möglich, sondern wegen Schmerzprovokation im Beckengürtel nur für eine kurze Zeit. Die gleiche Schmerzprovokation in den Hüften stellte Dr. C. übrigens bei der Hüftflexion auch fest. Ausserdem erhielt Dr. C. beim Lasègue-Manöver im Sitzen das gleiche Bewegungsausmass (80°) wie der Internist der B. bei seiner Untersuchung. In Bezug auf die von Dr. P. hingewiesene Diskrepanz zwischen den geklagten Beschwerden und der „Bodybuilderfigur“ des Klägers, ergibt sich aus dem Gutachten der B. , dass die Experten bereits im Jahr 2003 von einem athletischen Körperbau und Inkongruenzen zwischen den subjektiven Beschwerden und den Befunden berichteten. Es lassen sich deshalb daraus keine Schlussfolgerungen zu Ungunsten des Klägers ziehen. 5.5 Weitere Umstände, die zu einer Änderung des Gesundheitszustandes des Klägers geführt hätten, macht die Versicherung nicht geltend. Eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts ist somit nicht überwiegend wahrscheinlich. Damit bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 3. Mai 2013, 9C_698/2012, E. 2.3) 6.1 Unabhängig von einem materiellen Revisionsgrund kann der Versicherungsträger nach Art. 53 Abs. 2 ATSG wiedererwägungsweise auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (BGE 125 V 368 E. 2 S. 369; Urteil des Bundesgerichts vom 9. Juli 2010, 9C_303/2010, E. 4). Vorausgesetzt ist, dass kein vernünftiger Zweifel an der Unrichtigkeit der Verfügung möglich, also nur dieser einzige Schluss denkbar ist (SVR 2010 IV Nr. 5 S. 10, 8C_1012/2008 E. 4.1; Urteile des Bundesgerichts vom 29. Oktober 2010, 9C_587/2010, E. 3.3.1 und vom 18. Oktober 2007, 9C_575/2007, E. 2.2). Dieses Erfordernis ist in der Regel erfüllt, wenn eine Leistungszusprechung aufgrund falscher Rechtsregeln erfolgt ist oder wenn massgebliche Bestimmungen nicht oder unrichtig angewandt wurden. Erscheint indessen die Beurteilung einzelner ermessensgeprägter Schritte der Anspruchsprüfung vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage einschliesslich der Rechtspraxis im Zeitpunkt der rechtskräftigen Leistungszusprechung (BGE 125 V 383 E. 3 S. 389) als vertretbar, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 19. Dezember 2002, I 222/02, E. 3.2). 6.2 Die Versicherung führte an, dass die IV-Stelle in ihren Verfügungen vom 24. September 2003 und 20. Juli 2004 bei der Ermittlung des

Invalideneinkommens den zulässigen Abzug von 25 % (Abzug wegen Minderverdienst = 20,78 % und Abzug für Teilzeittätigkeit und leichte Tätigkeit = 25 %) überschritten habe. Die Rentenverfügungen würden sich deshalb als offensichtlich unrichtig erweisen, weshalb sie in Wiedererwägung zu ziehen seien. Bei dieser Argumentation vermischt die Versicherung die Frage der Parallelisierung der Vergleichseinkommen aus invaliditätsfremden Gründen einerseits und die Frage eines Abzuges vom statistisch ermittelten Invalideneinkommen andererseits. Die Parallelisierung der Vergleichseinkommen und der Tabellenlohnabzug verfolgen unterschiedliche Ziele. Die Korrektur bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen dient dem Grundsatz, dass die Invalidenversicherung für invaliditätsbedingte Erwerbsunfähigkeit einzustehen hat. Würde diese Korrektur nicht vorgenommen, wäre der Invaliditätsgrad bei Versicherten mit unterdurchschnittlichem Valideneinkommen stets kleiner als bei denjenigen mit dem gleichen Gesundheitsschaden, jedoch durchschnittlichem Valideneinkommen. Dies würde gegen das Gebot der Rechtsgleichheit verstossen (vgl. dazu Hardy Landolt, Invaliditätsbemessung bei Schlechtverdienenden, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [Hrsg.], Sozialversicherungsrechtstagung 2006, Bd. 43, S. 56). Der Abzug vom Invalideneinkommen hingegen bezweckt, ausgehend von statistischen Werten ein Invalideneinkommen zu ermitteln, welches der im Einzelfall zumutbaren erwerblichen Verwertung der noch möglichen Verrichtungen im Rahmen der (Rest-)Arbeitsfähigkeit am besten entspricht (BGE 126 V 75 E. 5b/aa S. 79). Die beiden Instrumente sind daher auch bei der konkreten Ermittlung des Invaliditätsgrades grundsätzlich losgelöst voneinander zu behandeln, indem in einem ersten Schritt die Parallelisierung der Vergleichseinkommen, in einem zweiten Schritt ein allenfalls noch angebrachter Abzug vom Invalideneinkommen vorzunehmen ist (BGE 134 V 322). Die Parallelisierung steht deshalb der Gewährung des Höchstabzugs von 25 % nicht entgegen. 6.3 Da sich den Akten keine Anhaltspunkte entnehmen lassen, dass die Leistungszusprache aufgrund falsch oder unzutreffend verstandenen Rechtsregeln erfolgt ist oder die massgeblichen Bestimmungen nicht oder unrichtig angewandt wurden, liegt auch keine zweifellose Unrichtigkeit nach Art. 53 Abs. 2 ATSG vor. 6.4 Aufgrund dieser Ausführungen ergibt sich, dass die Versicherung zu Unrecht davon ausging, dass der Kläger ab 1. Februar 2013 keinen Anspruch mehr auf eine Invalidenrente hat. Demnach hat sie dem Kläger über den 1. Februar 2013 hinaus die bisherigen Erwerbsunfähigkeitsleistungen (Invalidenrente und Prämienbefreiung) zu erbringen. Sollte der Kläger inzwischen der Forderung zur rückwirkenden Prämienzahlung infolge Leistungseinstellung gemäss Schreiben der Versicherung vom 17. April 2013 nachgekommen sein, so ist ihm der geleistete Betrag zurückzuerstatten. Die Klage ist demgemäss gutzuheissen.

E. 7

Der Kläger macht die Ausrichtung von Verzugszinsen ab Fälligkeit geltend.

E. 7.1

Den AVB sind keine Bestimmungen über den Verzugszins in Bezug auf Leistungen der Versicherung zu entnehmen. Gemäss Art. 100 Abs. 1 VVG finden auf den Versicherungsvertrag die Bestimmungen des Obligationenrechts (OR) vom 30. März 1911 Anwendung, soweit das VVG keine Vorschriften enthält. Art. 104 Abs. 1 OR sieht vor, dass der Schuldner, welcher mit der Zahlung einer Geldschuld in Verzug ist, einen Verzugszins zu 5 % für das Jahr zu bezahlen hat. Der Eintritt des Verzugs setzt die Fälligkeit der Forderung sowie die Mahnung durch den Gläubiger voraus (vgl. Jürg Nef, in: Kommentar

zum Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, Basel 2001, S. 703 Rz 20). Wurde ein bestimmter Verfalltag verabredet, kommt der Schuldner nach Art. 102 Abs. 2 OR schon mit Ablauf dieses Tages in Verzug. Ein Verfalltaggeschäft liegt vor, wenn der Zeitpunkt, zu dem der Schuldner erfüllen muss, kalendermässig bestimmt oder zumindest bestimmbar ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 9. April 2010, 4A_87/2010, E.6.2); eine bloss ungefähre Festlegung des Erfüllungszeitpunktes reicht nicht aus.

E. 7.2

Nach dem Wortlaut des Art. 4 Ziffer 2 lit. c EB ELE 99 zahlt die Beklagte Renten - abweichend von Art. 41 Abs. 1 VVG - am Ende eines Vierteljahres aus. Damit haben die Parteien einen bestimmten Zeitpunkt für die Erfüllung der geschuldeten Erwerbsunfähigkeitsleistungen vereinbart; die Renten sind vierteljährlich jeweils auf das Quartalsende zu zahlen. Es liegt ein Verfalltaggeschäft vor, weshalb die Versicherung grundsätzlich in Verzug gerät, ohne dass eine Mahnung des Klägers nötig wäre (BGE 127 V 377 E. 5e/bb S. 389 f.; SVR 2009 BVG Nr. 33 S. 124, E. 4.3 und 5.3; Urteil des Bundesgerichts vom 5. April 2012, 9C_137/2012, E. 6.2). Da die Versicherung die Invalidenrente des Klägers per 1. Februar 2013 einstellte, sind die geschuldeten Leistungen erstmals per 31. März 2013 fällig geworden und somit ab diesem Zeitpunkt (mittlerer Verfall) zu 5 % zu verzinsen.

E. 7.3

In Bezug auf die Prämienbefreiung ist den AVB kein Verfalltag zu entnehmen. Es bedarf daher für den Eintritt des Verzugs einer Mahnung. Den Akten ist bis zum Zeitpunkt der Klageerhebung kein Schreiben zu entnehmen, mit welchem der Kläger die Versicherung zur Befreiung seiner Prämienleistungspflicht aufforderte. Sofern der Kläger die Prämien in Höhe von Fr. 4'428.70 gemäss Forderung der Versicherung vom 17. April 2013 bezahlt hat, hat die Versicherung seit Datum der Klageeinreichung vom 19. Juni 2013 (mittlerer Verfall) auf den Betrag von Fr. 4'428.70 einen Verzugszins von 5 % zu entrichten. 8.1 Gestützt auf Art. 73 Abs. 2 BVG sind für das vorliegende Verfahren keine ordentlichen Kosten zu erheben. 8.2 Im Bereich der beruflichen Vorsorge ist die Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen eine Partei im erstinstanzlichen Verfahren Anspruch auf Ersatz der Kosten für Prozessführung und Vertretung hat, im Bundesrecht nicht geregelt. Die Verlegung der Parteikosten hat deshalb grundsätzlich nach dem massgebenden kantonalen Prozessrecht (§ 21 VPO) zu erfolgen. Gemäss § 21 Abs. 1 VPO kann der ganz oder teilweise obsiegenden Partei für den Beizug eines Anwaltes oder einer Anwältin eine angemessene Parteientschädigung zu Lasten der Gegenpartei zugesprochen werden. Der Kläger ist mit seinem Rechtsbegehren vollständig durchgedrungen und hat deshalb Anspruch auf Ersatz seiner Parteikosten. Der Rechtsvertreter des Klägers wies in seiner Honorarnote vom 2. Januar 2014 für das vorliegende Klageverfahren einen Zeitaufwand von 21 Stunden und 35 Minuten sowie Auslagen in Höhe von Fr. 188.-- aus. Die detaillierte Abrechnung beinhaltet nun allerdings auch Bemühungen von 50 Minuten und Auslagen von Fr. 2.--, die im Zusammenhang mit zwei Schreiben und einem Telefonat des Rechtsvertreters an die Rechtsschutzversicherung des Klägers anfielen. Für diese Bemühungen und Auslagen hat nicht die unterliegende Beklagte - im Rahmen der von ihr zu leistenden Parteientschädigung - aufzukommen. Dies bedeutet, dass vorliegend ein Aufwand von 20 Stunden und 45 Minuten, der sich umfangmässig in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen erweist, sowie Auslagen von Fr. 186.-- vergütet werden können. Die Bemühungen sind zu dem in

Sozialversicherungsprozessen praxisgemäss für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- zu entschädigen. Demnach ist dem Kläger eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 5'803.40 (20 Stunden und 45 Minuten à Fr. 250.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 186.-- + 8 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beklagten zuzusprechen. Demgemäss wird e r k a n n t : 1. In Gutheissung der Klage wird die Beklagte verpflichtet, dem Kläger über den 1. Februar 2013 hinaus weiterhin aus der Einzel-Lebensversicherungspolice Nr. F951206339 eine jährliche Rente von Fr. 24'000.-- zu erbringen und ihn von der Zahlung der Prämien von jährlich Fr. 6'917.-- zu befreien. Die nachzuzahlenden Renten sind ab 31. März 2013 und allfällige zurückzuerstattende Prämien ab 19. Juni 2013 zu 5 % zu verzinsen. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Die Beklagte hat dem Kläger eine Parteientschädigung in Höhe von Fr. 5'803.40 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen. Gegen diesen Entscheid wurde von der Beklagten am 13. Juni 2014 Beschwerde beim Bundesgericht (9C_457/2014) erhoben.

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