

BL_GERICHTE 735 14 44 / 144 vom 20. Juli 2007

BL Gerichte, 2007-07-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_735_14_44_144

FR: BL_GERICHTE 735 14 44 / 144 du juillet 2007

IT: BL_GERICHTE 735 14 44 / 144 del 20 luglio 2007

Regeste

Invalidenrente

Erwägungen

E. 1

Für die vorliegende Streitigkeit über Ansprüche einer versicherten Person gegenüber einer Vorsorgeeinrichtung ist nach Art. 73 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG) vom 25. Juni 1982 und § 54 des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 das Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht, zur Beurteilung sachlich zuständig. Art. 73 Abs. 3 BVG regelt die örtliche Zuständigkeit für die Entscheidung von Streitigkeiten berufsvorsorgerechtlicher Natur. Gerichtsstand ist demnach der schweizerische Sitz oder Wohnsitz der beklagten Partei oder der Ort des Betriebs, bei dem der Versicherte angestellt war. Der Kläger war bei der C. AG in X. tätig. Damit ist das Kantonsgericht für die Beurteilung der gegen die Beklagte erhobenen Klage auch örtlich zuständig. Auf die im Übrigen formgerechte Klage ist einzutreten.

E. 2

Streitig ist der Anspruch des Klägers auf eine Invalidenrente aus der überobligatorischen beruflichen Vorsorge. Zu prüfen ist, ob eine Anzeigepflichtverletzung des Klägers vorliegt und die Beklagte unter Berufung auf eine solche rechtswirksam vom Vorsorgevertrag zurückgetreten ist.

E. 2.1

Während in der obligatorischen beruflichen Vorsorge aus gesundheitlichen Gründen keine Vorbehalte angebracht werden dürfen (BGE 115 V 215), ermächtigt Art. 331c des Obligationenrechts (OR; in der seit 1. Januar 1995 geltenden Fassung) die Vorsorgeeinrichtung, im weitergehenden Vorsorgebereich für die Risiken Tod und Invalidität einen Vorbehalt aus gesundheitlichen Gründen anzubringen, welcher aber höchstens fünf Jahre betragen darf (BGE 130 V 9 E. 4).

E. 2.2

Die Folgen der Verletzung der Anzeigepflicht im Bereich der weitergehenden beruflichen Vorsorge richten sich grundsätzlich nach den einschlägigen statutarischen beziehungsweise reglementarischen Bestimmungen der Vorsorgeeinrichtung. Schweigen sich Statuten oder Reglement hierüber aus, hat die Beurteilung dieses Tatbestandes nicht nach den Regeln über die Mängel beim Vertragsabschluss (Art. 23 ff. OR), sondern analogieweise gemäss Art. 4 ff. des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG) zu erfolgen (BGE 119 V 286 E. 4 mit Hinweisen). Dabei sind in zeitlicher Hinsicht jene Rechtsgrundlagen

massgebend, die im Zeitpunkt der zu prüfenden Anzeigepflichtverletzung in Kraft standen (BGE 130 V 9 E. 2.1, 121 V 100 E. 1a). Da der Kläger die Gesundheitserklärung am 4. September 2002 ausfüllte, sind die damals geltend gewesenen gesetzlichen Regelungen sowie das damals in Kraft gestandene Reglement der Beklagten vom 1. Januar 1998 anwendbar. Nach Art. 57 Ziff. 3 des Reglements werden bei Anzeigepflichtverletzungen alle Leistungen auf das Niveau des gesetzlichen Obligatoriums gekürzt. Im Leistungsfall steht der Kasse eine Frist von sechs Monaten zu für die Mitteilung der Kürzung an die versicherte Person, was höchstrichterlich als zulässig erachtet wurde (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 24. August 2007, B 89/06, E. 3.3).

E. 2.3

Gefahrstatsachen sind alle jene Tatsachen, die bei der Beurteilung der Gefahr in Betracht fallen und den Versicherer demzufolge über den Umfang der zu deckenden Gefahr aufklären können. Dazu sind nicht nur jene Tatsachen zu rechnen, welche die Gefahr verursachen, sondern auch solche, die bloss einen Rückschluss auf das Vorliegen von Gefahrenursachen gestatten. Die Anzeigepflicht des Antragstellers weist keinen umfassenden Charakter auf. Sie beschränkt sich vielmehr auf die Angabe jener Gefahrstatsachen, nach denen der Versicherer ausdrücklich und in unzweideutiger Art gefragt hat. Der Antragsteller ist daher ohne entsprechende Fragen nicht verpflichtet, von sich aus über bestehende Gefahren Auskunft zu geben (Urteil des Bundesgerichts vom 19. November 2008, 9C_199/208, mit zahlreichen Hinweisen).

E. 2.4

Gemäss Art. 4 Abs. 3 VVG wird vermutet, dass die Gefahrstatsachen, auf welche die schriftlichen Fragen des Versicherers in bestimmter, unzweideutiger Fassung gerichtet sind, erheblich sind. Damit stellt das Gesetz eine widerlegbare Rechtsvermutung für die Erheblichkeit derjenigen Tatsachen auf, über die der Versicherer mit den schriftlichen Fragen Auskunft verlangt. Sinn und Tragweite der gestellten Fragen sind nach denselben Auslegungsgrundsätzen zu ermitteln, wie sie für Verträge gelten, somit nach dem Grundsatz von Treu und Glauben (Vertrauensprinzip) sowie unter Berücksichtigung der speziell für den Versicherungsvertrag im Gesetz (Art. 4 Abs. 3 VVG) statuierten Erfordernisse der Bestimmtheit und Unzweideutigkeit der Fragenformulierung. Danach verletzt ein Versicherter die Anzeigepflicht, wenn er eine bestimmte und unzweideutig formulierte Frage zu den bei ihm bestehenden oder vorbestandenen gesundheitlichen Störungen verneint, denen er nach der ihm zumutbaren Sorgfalt Krankheitscharakter beimessen müsste. Hingegen würde es zu weit führen, wenn der Aufnahmebewerber vereinzelt aufgetretene Unpässlichkeiten, die er in guten Treuen als belanglose, vorübergehende Beeinträchtigungen des körperlichen Wohlbefindens betrachten darf und bei der gebotenen Sorgfalt nicht als Erscheinungsformen eines ernsthafteren Leidens beurteilen muss, anzuzeigen verpflichtet wäre. Das Verschweigen derartiger geringfügiger Gesundheitsstörungen begründet keine Verletzung der Anzeigepflicht (BGE 134 III 514 E. 3.3.4 mit Hinweisen).

E. 2.5

Wann die Anzeigepflicht verletzt ist, beurteilt sich verschuldensunabhängig nach subjektiven und objektiven Kriterien. Der Antragsteller hat dem Versicherer in Beantwortung entsprechender Fragen nicht nur die ihm tatsächlich bekannten (von seinem positiven Wissen erfassten) erheblichen Gefahrstatsachen mitzuteilen, sondern auch

diejenigen, die ihm bekannt sein müssen. Damit stellt das Gesetz ein objektives (vom tatsächlichen Wissen des Antragstellers über den konkreten Sachverhalt unabhängiges) Kriterium auf, bei dessen Anwendung jedoch die Umstände des einzelnen Falles, insbesondere die persönlichen Eigenschaften (Intelligenz, Bildungsgrad, Erfahrung) und die persönlichen Verhältnisse des Antragstellers, zu berücksichtigen sind. Entscheidend ist somit, ob und inwieweit ein Antragsteller nach seiner Kenntnis der Verhältnisse und gegebenenfalls nach den ihm von fachkundiger Seite erteilten Auskünften eine Frage des Versicherers in guten Treuen verneinen durfte. Er genügt seiner Anzeigepflicht nur, wenn er ausser den ihm ohne weiteres bekannten Tatsachen auch diejenigen angibt, deren Vorhandensein ihm nicht entgehen kann, wenn er über die Fragen des Versicherers ernsthaft nachdenkt (BGE 134 III 511 E. 3.3.3 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 6. März 2009, 9C_671/08, E. 3.2.1).

3.1. In der Gesundheitserklärung vom 4. September 2002 verneinte der Kläger die Frage 1 ("Sind sie heute gesund und ohne Beschwerden voll arbeitsfähig, und waren sie dies auch während der vergangenen 12 Monate?"). Er hielt fest: „Ich fühle mich zeitweise beschwerdefrei“. Die Frage 2 ("Haben Sie eine chronische Krankheit [z.B. Zuckerkrankheit, hoher Blutdruck] oder leiden Sie an den Folgen einer früheren Krankheit oder eines früheren Unfalls?") verneinte er -ohne weitere Angaben über die Art der Beschwerden - ebenfalls. Weiter bejahte er die Frage 4 ("Nehmen Sie regelmässig Medikamente zu sich?"). Er gab an, täglich die Medikamente Efexor 75mg und Zyprexa 5mg einzunehmen. Ferner verneinte er die Frage 5 („Beziehen Sie eine Rente der IV, einer Unfallversicherung oder Leistungen eines ausländischen Staates?“). Die Frage 6 („Haben Sie bereits früher eine Rente der IV, einer Unfallversicherung oder Leistungen eines ausländischen Staates bezogen?“), bejahte er, wobei er es unterliess, anzugeben, in welchem Zeitraum er die Rente bezog. Die Fragen 7 und 8 („Ist ein Rentenverfahren hängig bei der IV, bei einer Unfallversicherung oder für Leistungen eines ausländischen Staates?“ und "Haben Sie in den letzten zehn Jahren eine schwere Krankheit [z.B. mit Spitalaufenthalt] durchgemacht, einen schweren Unfall erlitten oder sich einer Operation unterzogen?") beantwortete der Kläger mit nein. Mit seiner Unterschrift bestätigte er, die Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet sowie von den Folgen einer Falschdeklaration gemäss Art. 57 des Reglements Kenntnis zu haben. Das Formular war der Personalabteilung des Arbeitgebers einzureichen, welche eine vertrauensärztliche Untersuchung als notwendig erachtete und die Gesundheitserklärung an die Geschäftsstelle der Pensionskasse weiterleitete. Diese unterbreitete den Fall dem Vertrauensarzt Dr. med. D. , FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, speziell Rheumaerkrankungen, welcher am 9. Oktober 2002 feststelle, dass eine Aufnahme in die Pensionskasse ohne Vorbehalt möglich sei.

3.2. Den Akten ist zu entnehmen, dass der Kläger 1996 einen Nervenzusammenbruch mit Schlafstörung erlitt. 1998 kam es zu einer psychischen Krise und in der Folge zu einem mehrtägigen Aufenthalt in der Kriseninterventionsstation. Ab 12. Juni 1998 stand der Kläger bei Dr. med. E. , Psychiatrie und Psychotherapie, in Behandlung. Am 18. Mai 1998 diagnostizierte dieser eine anhaltende wahnhaftige Störung (ICD-10 F22), differentialdiagnostisch eine paranoide Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.0), sowie Angst und depressive Reaktion gemischt (ICD-10 F43.33) mit zeitweiliger Suizidalität. Es bestünde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Mit Verfügung vom 21. Juli 1998 sprach die IV-Stelle dem Kläger aufgrund eines IV-Grades von 100% mit Wirkung ab 1. August 1997 eine ganze Rente zu. Seit Juli 1999 arbeitete der Versicherte in einem 100%-Pensum als Sachbearbeiter. Auf Anfrage der IV-Stelle diagnostizierte Dr. E. am 8. Dezember 1999 mit Auswirkung auf die

Arbeitsfähigkeit eine paranoide Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.0). Er hielt fest, dass sich die Wahnsymptomatik unter Neuroleptika langsam zurückgebildet habe. Der Versicherte sei aber nach wie vor misstrauisch und neige dazu, Erlebtes ins Negative zu verdrehen. Zwar habe er sich am Arbeitsplatz recht gut behaupten können und sei aus medizinischer Sicht wiederum zu 100% leistungsfähig. Probleme etwa bei der Arbeit oder mit der Freundin könnten aber rasch zu einer Eskalation mit Wiederbeginn der Wahnsymptomatik führen. In der Folge hob die IV-Stelle im Rahmen einer Rentenrevision mit Verfügung vom 7. Januar 2000 die Rente des Versicherten per 29. Februar 2000 auf. Am 4. August 2003 meldete sich der Kläger erneut bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an. Diese liess den Kläger durch Dr. med. F. , FMH Psychiatrie und Psychotherapie, begutachten. Am 22. April 2007 diagnostizierte er mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine paranoide Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.0), eine schizotype Störung (ICD-10 F21) mit psychotischen Krisen, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, und eine sonstige Störung der Sexualpräferenz (ICD-10 F65.8). Es sei davon auszugehen, dass der Versicherte - abgesehen von einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit ab November 2001 - zwischen Sommer 1999 und Herbst 2002 psychisch hinreichend stabil und arbeitsfähig gewesen sei. Ab Oktober 2002 sei es ihm aber nicht mehr gelungen, die Arbeitsfähigkeit aufrechtzuerhalten. Seither bestünde wiederum eine vollständige Arbeitsunfähigkeit.

4.1 Die Beklagte wirft dem Kläger vor, er habe die Fragen 1, 2, 6 und 8 unvollständig resp. falsch beantwortet, obwohl er die Gefahrstatsachen in Anbetracht der früheren Invalidisierung und der seither bestehenden Arbeitsunfähigkeiten kannte oder hätte kennen müssen. So habe er insbesondere bei der Frage 1 anstatt die Art der Beschwerden zu spezifizieren lediglich darauf hingewiesen, dass er sich zeitweise beschwerdefrei fühle. Weiter habe er die Fragen 2 und 8 zu Unrecht verneint. Zudem habe er es unterlassen, die ihm aufgrund des IV-Verfahrens bekannten Diagnosen und Beschwerden zu nennen und auf den Klinikaufenthalt hinzuweisen. Weiter habe er nicht angegeben, in welchem Zeitraum er die IV-Rente bezogen habe (Frage 6). Der Kläger habe von der Art und Schwere seiner behandlungsbedürftigen Erkrankung sowie der weiterhin latenten Gefahr einer Arbeitsunfähigkeit gewusst. Dennoch habe er hierzu falsche Angaben gemacht und es habe aufgrund der eindeutigen Aussagen des Klägers kein Anlass für weitere Abklärungen bestanden. Demgegenüber macht der Kläger geltend, er habe der Beklagten im Gesundheitsfragebogen unmissverständlich angezeigt, dass er nicht gesund sei, täglich die Medikamente Efexor 75mg und Zyprexa 5mg einnehme und eine Rente der Invalidenversicherung bezogen habe. Die Fragen 1, 4 und 6 habe er korrekt und die Fragen 2 und 8 nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet. Damit habe er sich keiner Anzeigepflichtverletzung schuldig gemacht. Die Beklagte sei den Versicherungsvertrag im Wissen um die bestehende Gesundheitsstörung ohne weitere Abklärungen eingegangen. Wenn sie sich nun auf eine Anzeigepflichtverletzung berufe, sei dies überspitzt formalistisch und rechtsmissbräuchlich.

4.2.1 In Anbetracht der gestellten Diagnosen, des Krankheitsverlaufs und der vorübergehenden vollständigen Berentung des Klägers ist der Beklagten insofern beizupflichten als dieser die klar und eindeutig formulierten Fragen 2 und 8 mangelhaft beantwortete und seiner Anzeigepflicht nicht hinreichend nachgekommen ist. Wer an erheblichen, zeitweise invalidisierenden und auch im Zeitpunkt der Gesundheitserklärung weiterhin unter behandlungsbedürftigen psychischen Beschwerden leidet, wie dies beim Kläger der Fall war, kann weder in guten Treuen behaupten, er leide nicht an den Folgen einer früheren Krankheit noch den Bestand einer schweren Krankheit in den letzten zehn Jahren verneinen. Demnach hat der Kläger in der Erklärung vom 4.

September 2002 zwar wesentliche Fragen zu seiner gesundheitlichen Verfassung falsch beantwortet und damit eine Anzeigepflichtverletzung begangen. Indes ergeben die Antworten des Klägers gesamthaft betrachtet ein unklares und widersprüchliches Bild: Einerseits verneint er, dass er heute gesund und ohne Beschwerden voll arbeitsfähig ist resp. in den letzten zwölf Monaten war (Frage 1). Er weist zudem darauf hin, dass er sich zeitweise beschwerdefrei fühle. Damit bringt er unmissverständlich zum Ausdruck, dass er gesundheitliche Beschwerden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufweist. Weiter bejahte er die Frage, ob er regelmässig Medikamente zu sich nehme (Frage 4) und gab an, täglich Efexor und Zyprexa einzunehmen. Efexor ist ein Antidepressivum, welches etwa bei Episoden einer Major Depression, generalisierter oder sozialer Angst- oder Panikstörung verabreicht wird. Zyprexa ist ein atypisches Neuroleptikum und wird etwa bei Schizophrenie und manischen Episoden bei bipo-laren Störungen angewendet (Fachinformation des Arzneimittel-Kompendium der Schweiz, <http://www.Kompendium.ch>). Diese Angaben des Beschwerdeführers deuten klar auf eine bestehende schwerwiegende Erkrankung hin. Gleichzeitig verneinte er aber, an den Folgen einer früheren Krankheit zu leiden (Frage 2) resp. in den letzten 10 Jahren eine schwere Krankheit durchgemacht zu haben (Frage 8), was letztlich zu einem unauflösbaren Widerspruch führt. Insgesamt ergeben die Antworten des Klägers kein widerspruchsfreies und klares Bild über die bestehenden Gefahrstatsachen und lassen deshalb keine zuverlässige Risikoabschätzung zu. 4.2.2 Gemäss Art. 8 Ziff. 3 und 4 VVG steht dem Versicherer das in Art. 6 VVG vorgesehene Rücktrittsrecht nicht zu, wenn er die verschwiegene oder unrichtig angezeigte Gefahrstatsache gekannt hat oder gekannt haben muss. Die Begriffe der Kenntnis und des "Kennenmüssens" bedeuten, dass dem Versicherer bei Vertragsabschluss die Kenntnis all jener Gefahrstatsachen zugerechnet wird, denen er sich als korrekter, verständiger und loyaler Vertragspartner nicht entziehen durfte. So ist der Versicherer gehalten, Unklarheiten und Widersprüche zu klären, welche sich aus den Antworten des Antragstellers ergeben. Dabei ist er allenfalls zu Rückfragen beim Antragsteller verpflichtet. Er muss jedoch nicht die Angaben des Antragstellers auf ihre Richtigkeit überprüfen (Basler Kommentar, VVG-Nef, Art. 8 N 23). 4.2.3 Vorliegend verzichtete die Beklagte auf weitere Abklärungen, obwohl die insgesamt widersprüchlichen Angaben des Klägers kein klares Bild über die Gefahrstatsachen ergeben, was auch die Beklagte hätte erkennen müssen. Immerhin hatte sie den Vertrauensarzt um eine Einschätzung über die bestehenden Gefahren ersucht. Dieser hielt jedoch am 9. Oktober 2002 ohne weitere Untersuchung und ohne Begründung fest, dass eine Aufnahme in die Pensionskasse ohne Vorbehalt möglich sei. Unter diesen Umständen kann nicht gesagt werden, dass der Verzicht auf eine vertrauensärztliche Untersuchung Folge der Anzeigepflichtverletzung war. Da sich die Beklagte trotz Hinweis auf das Bestehen einer schwerwiegenden Erkrankung des Klägers mit der Antwort des Vertrauensarztes begnügte und sich nicht veranlasst sah, die Unklarheiten und Widersprüche zu klären, kann der Vertrag nicht wegen Verletzung der Anzeigepflicht gekündigt werden. Demnach ist die Beklagte in Gutheissung der Klage zu verpflichten, dem Kläger antragsgemäss - unter Beachtung, dass die Ansprüche bis 31. Januar 2005 unbestritten verjährt sind - ab 1. Februar 2005 gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 100% auch die überobligatorischen Invalidenleistungen auszurichten.

E. 5

Rechtsprechungsgemäss ist auf den geschuldeten Rentenbeträgen seit Einreichung der Klage ein Verzugszins von 5% zu bezahlen (vgl. BGE 119 V 133; Urteil des EVG vom 18.

Juli 2002, B 10/99, E. 6c). Der Kläger hat demnach Anspruch auf Verzugszinsen von 5% auf nachzuzahlende Rentenbetreffnisse ab 7. Februar 2014. 6.1 Gemäss Art. 73 Abs. 2 BVG ist das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in der Regel kostenlos. Es sind deshalb keine Verfahrenskosten zu erheben. 6.2 Der Kläger ist mit seinem Leistungsbegehren vollständig durchgedrungen und hat demgemäss Anspruch auf eine Parteientschädigung zulasten der Beklagten (vgl. § 21 VPO). Der Rechtsvertreter des Klägers hat in seiner Honorarnote vom 10. Juni 2014 für das vorliegende Klageverfahren einen Zeitaufwand von 11,83 Stunden sowie Auslagen in Höhe von Fr. 127.30 ausgewiesen. Der der Honorarnote beigelegten Deservitenkarte ist zu entnehmen, dass sich darunter zwei kleinere Bemühungen im Umfang von insgesamt 0,33 Stunden befinden, welche auf den Kontakt des Rechtsvertreters mit der Rechtsschutzversicherung des Beschwerdeführers zurückzuführen sind. Diese Bemühungen würden im Falle einer nicht Rechtsschutz versicherten Person nicht anfallen und müssen daher unberücksichtigt bleiben. Die Bemühungen im Zusammenhang mit der Rechtsschutzversicherung sind deshalb im Umfang von insgesamt 0,33 Stunden in Abzug zu bringen. Der verbleibende Aufwand von 11,5 Stunden erweist sich angesichts der sich stellenden Rechtsfragen als angemessen. Nichts anderes gilt hinsichtlich der geltend gemachten Auslagen, wobei der Aufwand im Zusammenhang mit der Rechtsschutzversicherung in Abzug zu bringen ist. Die Beklagte hat dem Kläger demnach bei einem Stundenansatz von Fr. 250.-- eine Parteientschädigung von Fr. 3'239.25 (11,5 Stunden à Fr. 250.-- inkl. Auslagen von Fr. 124.30 und 8% Mehrwertsteuer) zu bezahlen. Demgemäss wird e r k a n n t : 1. In Gutheissung der Klage wird die Beklagte verpflichtet, dem Kläger mit Wirkung ab 1. Februar 2005 gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 100 % auch die überobligatorischen Invalidenleistungen auszurichten zuzüglich Verzugszins von 5 % seit 7. Februar 2014. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Die Beklagte wird verpflichtet, dem Kläger eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'239.25 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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