

BL_GERICHTE 735 14 75 / 144 vom 22. Juni 2004

BL Gerichte, 2004-06-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_735 14 75 _ 144](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_735_14_75_144)

FR: BL_GERICHTE 735 14 75 / 144 du 22 juin 2004

IT: BL_GERICHTE 735 14 75 / 144 del 22 giugno 2004

Regeste

Leistungen

Erwägungen

E. 2

Vorliegend ist strittig, ob der Kläger über den 30. September 2013 hinaus Anspruch auf die vertraglichen Leistungen der Beklagten hat. 3.1 Bei der gebundenen Vorsorge im Rahmen der Säule 3a handelt es sich um eine anerkannte und steuerlich begünstigte berufliche Vorsorgeform im Sinne von Art. 82 Abs. 2 BVG und Art. 1 BVV 3. Gemäss Art. 1 Abs. 1 BVV 3 gibt es bei der Säule 3a zwei anerkannte Vorsorgeformen: die gebundene Vorsorgeversicherung bei Versicherungseinrichtungen (lit. a) und die gebundene Vorsorgevereinbarung mit Bankstiftungen (lit. b; vgl. dazu auch Jacques - André Schneider , in: Handkommentar zum BVG und FZG, Schneider/Geiser/Gächter [Hrsg.], 2010, N. 6 ff. zu Art. 82 BVG; Hans - Ulrich Stauffer , BVG/FZG-Kommentar, 3. Aufl. 2013, N. 1 ff. zu Art. 82 BVG). Dem hier zu beurteilenden Fall liegt ein zwischen den Parteien geschlossener Lebensversicherungsvertrag zugrunde, mithin die Variante gemäss Art. 1 Abs. 1 lit. a BVV 3, (vgl. zu den dabei zu erfüllenden Kriterien: Stephan Fuhrer , Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 2011, S. 509 f. Rz. 22.51). 3.2 Die Säule 3a, die in der bundesrätlichen Botschaft vom 19. Dezember 1975 als "freiwillige berufliche Vorsorge" bezeichnet und so von der "Selbstvorsorge" der Säule 3b abgegrenzt wird (BBl 1976 I 215 unten Ziff. 435), ergänzt die zweite Säule (Schneider , a.a.O., N. 1 zu Art. 82 BVG). Sie ist der zweiten Säule ("zweite Säule im engeren Sinne") gleichgestellt (BBl 1976 I 216 Ziff. 435) und unterscheidet sich von dieser im Wesentlichen durch ihre Freiwilligkeit (Urteil des Bundesgerichts vom 15. Januar 2007, 2A.292/2006, E. 6.3). Namhafte Bereiche der Säule 3a wie die vorzeitige Ausrichtung von Leistungen, der Vorbezug zum Erwerb von Wohneigentum oder die Abtretung, Verpfändung und Verrechnung sind in der Säule 3a praktisch gleich geregelt wie in der zweiten Säule bzw. durch Verweis denselben Normen unterstellt (vgl. Art. 3 und 4 BVV 3, Art. 5 des Bundesgesetzes vom 17. Dezember 1993 über die Freizügigkeit in der beruflichen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge [Freizügigkeitsgesetz, FZG; SR 831.42], Art. 83a BVG). Zudem hat die Säule 3a in Bezug auf die zweite Säule nicht nur ergänzende Funktion, sondern ersetzt diese in gewissen Fällen (beispielsweise bei Selbständigerwerbenden, die keiner Vorsorgeeinrichtung nach Art. 80 BVG angehören; vgl. Art. 7 Abs. 1 lit. b BVV 3; vgl. dazu Schneider , a.a.O., N. 19 ff. zu Art. 82 BVG). Da sich die gebundene Vorsorge aus der zweiten Säule ableitet (BGE 121 III 285 E. 1d), hat die Praxis verschiedentlich subsidiär, soweit die BVV 3 keine einschlägigen Bestimmungen enthielt, die Regelungen der zweiten Säule beigezogen. So hat das Bundesgericht beispielsweise die zur zweiten Säule ergangene Rechtsprechung, wann die für Hinterlassenenleistungen vorausgesetzte Qualifikation der Unterstützung als

erheblich in zeitlicher Hinsicht gegeben ist, auch im Bereich der Säule 3a für anwendbar erklärt (BGE 140 V 57). Weiter hat es entschieden, dass der Begriff der Invalidität in der Säule 3a nicht weiter zu fassen ist als in der zweiten Säule (Urteil des Bundesgerichts vom 15. Januar 2007, 2A.292/2006, E. 6.4). Darüber hinaus findet auf die im Rahmen der gebundenen Vorsorge abgeschlossenen Lebensversicherungen ergänzend das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908 (VVG) Anwendung (vgl. BGE 138 III 416).

3.3.1. Zwischen dem Kläger und der Beklagten wurde am 25. Juni 1992 eine gebundene Vorsorge-Police abgeschlossen. Gemäss der Versicherungspolice gelten die Bestimmungen in der Police und die Allgemeinen Bedingungen für die gebundenen Vorsorge-Policen nach der Versicherung D. (Tarif X0) mit den Varianten Plan 1-3, gültig seit dem 1. Oktober 1990 für Haupt- und Zusatzversicherungen (AVB), die Ergänzenden Bedingungen für die Zusatzversicherungen, gültig ab 1. Juni 1980; abgeändert per 1. März 1990 (EVB). Weiter wurde gemäss Nachtrag zur gebundenen Vorsorgepolice vom 30. August 1994 ein Gesundheitsvorbehalt angebracht. Demnach besteht keine Leistungspflicht, wenn der Schadenfall durch eine Erkrankung der Augen oder der Wirbelsäule verursacht wird.

3.3.2 Gemäss Art. 62 Abs. 3 EVB gelten die Bedingungen betreffend die Befreiung der Prämienzahlung bei Erwerbsunfähigkeit sinngemäss. Nach Art. 12 Abs. 2 AVB liegt Erwerbsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit oder Unfall, die objektiv nachweisbar sind, ganz oder teilweise ausserstande ist, ihren Beruf oder eine andere Erwerbstätigkeit auszuüben, die ihrer Lebensstellung, ihren Kenntnissen und Fähigkeiten angemessen ist. Die Prämienbefreiung bemisst sich nach dem Grad der Erwerbsunfähigkeit. Eine solche von ■ oder mehr gilt als volle Erwerbsunfähigkeit; ist diese geringer als $\frac{1}{4}$, so besteht keine Prämienbefreiung (Abs. 3). Weiter sieht Art. 14 Abs. 4 AVB vor, dass die Erwerbsfähigkeit jederzeit überprüft werden kann. Eine Änderung des Grades der Erwerbsunfähigkeit ist der Gesellschaft sofort anzuzeigen, damit die Leistungen entsprechend angepasst werden können (Abs. 5).

3.3.3 Die Auslegung des Reglements einer privatrechtlichen Vorsorgeeinrichtung als vorformulierter Inhalt des Vorsorgevertrages geschieht grundsätzlich nach dem Vertrauensprinzip. Dabei sind jedoch die den Allgemeinen Versicherungsbedingungen innewohnenden Besonderheiten zu beachten, namentlich die sogenannten Unklarheits- und Ungewöhnlichkeitsregeln. Nach diesen Auslegungsgrundsätzen gilt es, ausgehend vom Wortlaut und unter Berücksichtigung des Zusammenhanges, in dem eine streitige Bestimmung innerhalb des Reglements als Ganzes steht, den objektiven Vertragswillen zu ermitteln, den die Parteien mutmasslich gehabt haben. Dabei hat das Gericht zu berücksichtigen, was sachgerecht ist, weil nicht angenommen werden kann, dass die Parteien eine unvernünftige Lösung gewollt haben. Sodann sind mehrdeutige Wendungen in vorformulierten Vertragsbedingungen im Zweifel zu Lasten ihres Verfassers auszulegen (BGE 140 V 50 E. 2.2). Aus dem Wortlaut von Art. 14 Abs. 5 AVB erhellt, dass sich der Grad der Erwerbsunfähigkeit geändert haben muss, damit eine entsprechende Leistungsanpassung erfolgen kann. Anhaltspunkte dafür, dass der klare Wortlaut Art. 14 Abs. 5 AVB nicht den wirklichen Sinn wiedergibt, sind nicht ersichtlich. Demnach ist die Änderung der Erwerbsunfähigkeit Voraussetzung für eine Anpassung der Versicherungsleistungen; ein weiterer Anpassungsgrund ist nicht vorgesehen. Es geht bei der von der Versicherung vorgenommenen Leistungseinstellung deshalb nicht um die Frage, ob eine vollständige Erwerbsfähigkeit erstellt ist oder nicht, sondern darum, ob eine Änderung des Erwerbsunfähigkeitsgrads eingetreten ist. Dieser 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 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.

3.3.4 Wie die Invalidenleistungen aus einer Lebensversicherung der Säule 3a anzupassen sind, wenn sich der Grad der Erwerbsunfähigkeit ändert, ist weder in der BVV 3 noch im VVG noch in den Versicherungsbedingungen der Beklagten geregelt. Es rechtfertigt sich deshalb, subsidiär und analog die in der zweiten Säule geltenden Grundsätze anzuwenden. Demnach ist eine auf dem Entscheid der Invalidenversicherung (IV) beruhende Invalidenrente aus (obligatorischer) beruflicher Vorsorge (vgl. Art. 23 BVG) unter den Voraussetzungen von Art. 17 Abs. 1 ATSG revisionsweise anzupassen (BGE 133 V 67). Diese Regelung schliesst indessen weitere Möglichkeiten der Aufhebung einer Rente aus beruflicher Vorsorge nicht aus. Insbesondere im Bereich der überobligatorischen Vorsorge und dort, wo die Vorsorgeeinrichtung den Rentenentscheid ohne Bindung an jenen der IV getroffen hat, kann aus der bisherigen Ausrichtung einer Rente – welche weder mittels Verfügung zugesprochen (BGE 129 V 450 E. 2) noch gerichtlich überprüft (vgl. Art. 73 Abs. 1 BVG) wurde – nicht auf einen Anspruch für die Zukunft geschlossen werden in dem Sinn, dass die Einstellung der Zahlungen lediglich nach einer wesentlichen Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen (vgl. Art. 17 Abs. 1 ATSG; BGE 130 V 343 E. 3.5) zulässig wäre (SVR 2010 BVG Nr. 34 S. 129, 9C_889/2009 E. 2.2). Auch wenn eine Vorsorgeeinrichtung sich grundsätzlich an die Entscheidungen der IV hält, ist es aus Gründen der Gleichbehandlung der Versicherten rechtmässig, wenn sie ihre Leistungen anpasst, wenn sich im Nachhinein herausstellt, dass diese aufgrund von offensichtlich unhaltbaren Kriterien gewährt worden sind. Ebenso wenig wie eine Vorsorgeeinrichtung an einen Entscheid der IV gebunden ist, wenn dieser offensichtlich unhaltbar ist, besteht eine Bindungswirkung, wenn sie die offensichtliche Fehlerhaftigkeit des Entscheides, auf welchen sie sich abgestützt hatte, erst nachträglich erkennt. Dabei hat sich die Vorsorgeeinrichtung bei ihrem Entscheid an die verfassungsmässigen Schranken (wie Rechtsgleichheit, Willkürverbot und Verhältnismässigkeit; BGE 140 V 348 E. 2.1) zu halten (BGE 138 V 409 E. 3.2; Urteil vom 31. März 2015, 9C_604/2014, E. 3.1).

3.3.5 Analog Art. 53 Abs. 2 ATSG kann der Versicherer auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist. Die Wiedererwägung im Sinne dieser Bestimmung dient der Korrektur einer anfänglich unrichtigen Rechtsanwendung einschliesslich unrichtiger Feststellung im Sinne der Würdigung des Sachverhalts (BGE 117 V 8 E. 2c mit Hinweis; Urteil vom 2. Juli 2007, 9C_215/2007, E. 3.1). Die Wiedererwägung ist jederzeit möglich (vgl. Art. 53 Abs. 3 ATSG), insbesondere auch wenn die Voraussetzungen der Revision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind.

E. 4

Zu prüfen ist zunächst, ob sich der Gesundheitszustand des Klägers seit 2001 analog Art. 17 Abs. 1 ATSG in anspruchrelevantem Ausmass verändert hat.

E. 4.1

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 Berufstätigkeit 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. 4.2

Die Beklagte richtete dem Kläger per 1. September 2001 gestützt die Verfügung der IV-Stelle vom 22. Juni 2004 eine ganze Rente aus. Die Rentenzusprache stützte sich im Wesentlichen auf die Berichte der Neurologisch-Neurochirurgischen Poliklinik des Universitätsspitals Y. vom 11. April 2002 und 21. Februar 2003, von Dr. med. E., FMH Gastroenterologie und Allgemeine Innere Medizin, vom 6. Oktober 2003, der Rehaklinik Z. vom 8. Dezember 2003 sowie die psychiatrischen Gutachten von Dr. med. F., FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 27. August 2003 und von Dr. med. G., FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 10. März 2004 (Eingang).

E. 4.2.1

Im Bericht der Neurologisch-Neurochirurgischen Poliklinik des damaligen Kantonsspitals Y. vom 11. April 2002 wurden als Diagnosen ein Schmerzsyndrom und Sensibilitätsstörungen unklarer Ätiologie und als Differentialdiagnose eine Mononeuritis multiplex im Bereich der oberen Extremitäten, eine Meralgia paraesthetica rechts autoimmune Genese sowie eine chronischentzündliche Darmerkrankung festgehalten. Am 21. Februar 2003 diagnostizierten die behandelnden Ärzte des Kantonsspitals ein chronisches Schmerzsyndrom mit lokalisationswechselnden Schmerzen und Sensibilitätsstörungen an den Extremitäten bei leichtgradiger asymmetrischer demyelinisierender Polyneuropathie unklarer Ätiologie, einen Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung bzw. ein depressives Syndrom sowie eine Hämochromatose. Diese Beeinträchtigungen hätten zu einer vollen Arbeitsunfähigkeit ab 5. Juni 2001 geführt. Die am 28. August 2002 durchgeführte Neuromyographie habe eine leichtgradige, beinbetonte, demyelinisierende, sensomotorische Polyneuropathie ergeben, welche aber das Ausmass der Schmerzen und der Dysästhesien nicht erklären könne. Es bestehe daher ein Verdacht auf eine depressive Störung und/oder somatoforme Schmerzstörung. Das chronische, bis jetzt therapierefraktäre Schmerzsyndrom führe zu einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit. Zur Erfassung der funktionellen Leistungsfähigkeit werde eine stationäre Rehabilitation empfohlen.

E. 4.2.2

Aus gastroenterologischer Sicht konnte Dr. E. am 6. Oktober 2003 keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Der Versicherte leide an einer Hepatopathie unklarer Ätiologie mit einer sekundären Eisenspeicherung (Hämochromatose). Die vom Versicherten geklagten Sensibilitätsstörungen und Schmerzen ständen mit der Lebererkrankung in keinem Zusammenhang.

E. 4.2.3

Gemäss Bericht der Rehaklinik Z. vom 8. Dezember 2003 leide der Versicherte an einem chronischen multilokulären Schmerzsyndrom, an einer leichten asymmetrischen demyelinisierenden Polyneuropathie, an chronischrezidivierenden gastrointestinalen Beschwerden unklarer Genese, an einem Status nach zweimaliger Nervendekompression und anamnestisch an einer Polycythemia vera (= krankheitsbedingte Blutbildungserkrankung). Das ausgeprägte multilokuläre Schmerzsyndrom sei mit der leichten asymmetrischen demyelinisierende Polyneuropathie nicht erklärbar. Es sei deshalb ein psychiatrisches Konsil veranlasst worden.

E. 4.2.4

Im Auftrag der Rehaklinik Z. begutachtete Dr. F. den psychischen Gesundheitszustand des Versicherten. In seinem Gutachten vom 27. August 2003 diagnostizierte er eine somatoforme Schmerzstörung "mit Anteilen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren" sowie einen Verdacht auf eine nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörung mit Zeichen einer narzisstischen Problematik sowie einer starken Tendenz zur Somatisierung. Die Schmerzen des Versicherten beständen seit vielen Jahren und hingen mit der Polyneuropathie zusammen. Diese Erkrankung könne aber die Schmerzproblematik nicht vollständig erklären. Aufgrund der Lebensgeschichte des Versicherten sei davon auszugehen, dass im Rahmen der familiären Konflikte eine Störung der Persönlichkeitsentwicklung eingetreten sei. Die hauptsächlichen Abwehrmechanismen lägen in der Somatisierung, was die Schmerzproblematik und die Entwicklung eines Colon irritabile zeige. Es handle sich um eine schwerwiegende psychosomatische Erkrankung.

E. 4.2.5

Dr. G. hielt in seinem Gutachten vom 10. März 2004 (Eingang bei der IV-Stelle) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, eine somatoforme autonome Funktionsstörung (Colon irritabile) sowie dissoziative Störungen der Bewegung und der Sinnesempfindung fest. Der Versicherte sei vorwiegend durch eine seit Jahren andauernde Schmerzstörung beeinträchtigt, welche durch organische Ursachen nicht erklärbar sei. Aufgrund seiner extrem traumatisierenden Kindheit und seines Verhaltens (Flucht aus dem Elternhaus in eine Kochlehre als 15-Jähriger, ständiger Jobwechsel, Art der Beziehung zu seiner Freundin und seiner Familie) müsse in erster Linie an eine dissoziative Störung der Bewegung und Sinnesempfindung gedacht werden. Diese Störung habe sich aufgrund von Stresssituationen über Jahre zu einer somatoformen Schmerzstörung entwickelt. Die dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen könnten nicht objektiviert werden, was von den neurologischen Untersuchungen mehrmals bestätigt worden sei. Die meisten vom Versicherten beschriebenen Krankheiten seien als komorbide Krankheiten bei Status nach traumatisierender Erkrankung anzusehen. Zurzeit bestehe keine Arbeitsfähigkeit. Medizinische Massnahmen seien notwendig; diese würden die Arbeitsfähigkeit aber

höchstens mittelfristig verbessern können.

E. 4.3

Die Prüfung des Leistungsanspruchs im Jahr 2013 stützt sich auf das Gutachten der MEDAS C. vom 26. November 2012 sowie auf die ergänzende Stellungnahme vom 21. Februar 2013. Demnach besteht keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Das chronische Schmerzsyndrom, die dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen, die rezidivierenden abdominellen Beschwerden, die Migräne ohne Aura und die Autoimmunthyreoiditis beeinflussten die Arbeitsfähigkeit nicht. Die Schmerzen und die Sensibilitätsstörungen im Bereich der Arme und der Oberschenkel könnten keiner somatischen Ätiologie zugeordnet werden. Aufgrund der klinischen und elektrophysiologischen Befunde seien eine Polyneuropathie, ein Sulcus ulnaris-Syndrom, eine Myositis oder eine Myopathie als Ursache der Beschwerden auszuschliessen. Aus gastroenterologischer Sicht ergäben sich ebenfalls keine relevanten Befunde. In orthopädischer Hinsicht sei der Versicherte allenfalls in der Belastbarkeit der Arme in Bezug auf Lastenheben und Überkopfarbeiten beeinträchtigt. Dieses Handicap beruhe jedoch auf subjektiven Angaben und sei objektiv nicht begründet. Die aufgrund der Laborergebnisse zu diagnostizierende Autoimmunthyreoiditis werde aus internistischer Sicht als subklinische Hypothyreose gewertet, welche aber für das Ausmass der Beschwerden nicht verantwortlich sei. Zudem lasse sich durch eine entsprechende medikamentöse Therapie die Stoffwechsellage korrigieren. Es liege auch keine psychische Erkrankung von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer vor. Im psychiatrischen Teilgutachten vom 28. Juni 2012 hielt Dr. med. H. , FMH Psychiatrie und Psychotherapie, fest, dass der Versicherte psychopathologisch unauffällig sei. Unter Berücksichtigung der anamnestischen Angaben, dem Verlauf des Leidens anhand der Daten, dem aktuellen klinischen Befund sowie dem Ergebnis der polydisziplinären Besprechungen sei davon auszugehen, dass der Versicherte an dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen leide. Die geltend gemachten Beschwerden würden sich aus der Vorstellung des Versicherten ergeben, dass er eine "Polyneuropathie mache". Es handle sich dabei um Konversionssymptome, die willkürliche motorische und sensorische Funktionen betreffen und als "pseudoneurologisch" im Sinne einer Konversionsstörung bezeichnet würden. Aufgrund der jetzigen Untersuchungen könne eine neurologische oder andere somatische Ursache der Beschwerden ausgeschlossen werden. Die Parästhesien in beiden Armen und Beinen seien deshalb als dissoziative Sensibilitätsstörungen einzustufen. Damit verbunden seien die Empfindungsstörungen. Der Versicherte habe seine traumatisierende Kindheit verdrängt und in körperliche Symptome umgewandelt. Mit der Zeit habe sich eine dissoziative Störung entwickelt, die einer Konversionsneurose entspreche. Bei der vorliegenden Dissoziation, welche als psychophysiologischer Prozess zu verstehen sei, sei zu erwähnen, dass ein teilweiser Verlust der normalen Integration von Erinnerungen an die Vergangenheit bestehe. Von dissoziativen Störungen werde angenommen, dass die Fähigkeit zu bewusster und selektiver Kontrolle in einem Ausmass gestört sei, dass sie von Tag zu Tag, von Stunde zu Stunde wechseln könne. Sie könne plötzlich oder schleichend auftreten und vorübergehend oder chronisch - wie hier - verlaufen. Es lasse sich nur sehr schwer feststellen, ob und in welchem Umfang dieser Funktionsverlust willkürlich kontrolliert werden könne. Es sei jedoch zu berücksichtigen, dass der Versicherte über Ressourcen verfüge. Denn er sei in der Lage, den Haushalt zu führen und als Praktikant in einem Motorradgeschäft zu arbeiten. Differentialdiagnostisch sei nach wie vor eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung in Erwägung zu ziehen. Dabei sei zu beachten,

dass Konversionsstörungen, dissoziative Störungen und Somatisierungsstörungen einige gemeinsame Merkmale aufwiesen. Die empfundenen Schmerzen, welche in Verbindung mit emotionalen Konflikten auftraten, könnten durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden. Allerdings seien die Schmerzen nicht quälend oder andauernd stark vorhanden. Der Versicherte könne nie sagen, ob er einen guten oder einen schlechten Tag habe, weshalb eher von einer dissoziativen Störung auszugehen sei. Für eine solche Störung spreche auch das Vorliegen einer "belle indifférence", d.h. eines relativen Mangels an Betroffenheit gegenüber Art und Bedeutung der Symptome. Aufgrund der dissoziativen Störung bleibe aus rein medizinischer Sicht unklar, ob der Versicherte in der Lage sei, durch eigene Willensanstrengung die geltend gemachten Beschwerden adäquat zu verarbeiten. Es liege jedoch keine psychiatrisch ausgewiesene Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer vor. Die weiteren Foerster-Kriterien seien auch nicht erfüllt. Aus psychiatrischer Sicht sei es dem Versicherten deshalb möglich, die zuletzt ausgeübte Tätigkeit oder eine leidensangepasste Verweistätigkeit vollzeitlich auszuüben.

E. 4.4

Im Parallelverfahren vor dem Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht, (Verfahren-Nr. 720 13 157 / 199) war zwischen dem Kläger und der IV-Stelle unbestritten, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Rentenzusprechung im Jahr 2004 nicht im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG revisionsrechtlich verändert hatte und dass die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die Gutachter der MEDAS C. lediglich eine andere Beurteilung des gleich gebliebenen medizinischen Sachverhalts darstellt. Auch im vorliegenden Verfahren macht die Klägerin – zu Recht – nicht substantiiert einen verbesserten Gesundheitszustand geltend. Vergleicht man den medizinischen Sachverhalt im Jahr 2001 (E. 4.2 hiervor) mit der Einschätzung durch die MEDAS-Gutachter im Jahr 2012 (E. 4.3 hiervor), steht fest, dass keine nachweisbare Verbesserung im Sinne einer tatsächlichen Veränderung der medizinischen Sachlage vorliegt. Die im Gutachten der MEDAS C. vom 26. November 2012 festgestellte höhere Arbeitsfähigkeit ist deshalb nicht auf einen verbesserten Gesundheitszustand, sondern auf eine unterschiedliche ärztliche Einschätzung des im Wesentlichen gleich gebliebenen Gesundheitszustandes zurückzuführen. Weitere Umstände, die zu einer Änderung des Erwerbsunfähigkeitsgrades geführt haben, macht die Beklagte nicht geltend. Da sich auch den Akten keine solchen Anhaltspunkte entnehmen lassen, steht fest, dass sich seit der Ausrichtung der Versicherungsleistungen im Jahr 2001 die tatsächlichen Verhältnisse nicht wesentlich änderten. Demnach ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt.

E. 5

Nach dem Gesagten sind die Voraussetzungen für eine Revision analog Art. 17 ATSG nicht erfüllt. Auch ist ein prozessualer Revisionsgrund oder ein Grund zur Wiedererwägung analog Art. 53 ATSG von der Beklagten weder substantiell geltend gemacht worden noch ersichtlich. Ferner gibt es in Police, AVB und EVB (vgl. E. 3.3.3 hiervor) neben der in Art. 14 Abs. 5 AVB genannten Änderung der Erwerbsfähigkeit keinen weiteren Revisionsgrund, weshalb es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand bleibt (vgl. Urteil vom 7. November 2013, 8C_481/2013, E. 2.4). Demnach hat die Beklagte dem Kläger weiterhin Erwerbsunfähigkeitsleistungen (Erwerbsausfallrente und

Prämienbefreiung) zu erbringen. Die Klage ist demgemäss gutzuheissen.

E. 6

Der Kläger verlangt auf die Nachzahlung der vertraglichen Leistungen Verzugszinsen.

E. 6.1

Den AVB sind keine Bestimmungen über den Verzugszins 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. 6.2.1 Nach dem Wortlaut von Art. 63 EVB zahlt die Beklagte Erwerbsausfallrenten vierteljährlich am Anfang jedes Versicherungsquartals aus. Damit haben die Parteien einen bestimmten Zeitpunkt für die Erfüllung der geschuldeten Erwerbsunfähigkeitsleistungen vereinbart. Es liegt ein Verfalltaggeschäft vor, weshalb die Versicherung grundsätzlich in Verzug gerät, ohne dass eine Mahnung des Versicherten 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 30. Juni 2009, 9C_98/2009]; Urteil des Bundesgerichts vom 5. April 2012, 9C_137/2012, E. 6.2). Da die Versicherung die Erwerbsunfähigkeitsrenten des Klägers per 30. September 2013 einstellte, wurden die geschuldeten Leistungen erstmals per 1. Oktober 2013 fällig und sind somit ab diesem Zeitpunkt zu 5% zu verzinsen. 6.2.2 In Bezug auf die Prämienbefreiung ist den AVB kein Verfalltag zu entnehmen. Es bedarf daher für den Eintritt des Verzugs einer Mahnung. Dem Schreiben der Versicherung vom 26. September 2013 ist zu entnehmen, dass der Kläger am 5. September 2013 gegen die am 23. August 2013 angekündigte Leistungseinstellung intervenierte, weshalb dieses Schreiben als Mahnung im Sinne der vorstehenden Ausführungen zu verstehen ist. Dem Kläger ist demnach seit 5. September 2013 auf die Forderung ein Verzugszins von 5 % zu bezahlen. 7.1 Gestützt auf Art. 73 Abs. 2 BVG sind für das vorliegende Verfahren keine ordentlichen Kosten zu erheben. 7.2 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 13. Februar 2015 für das vorliegende Klageverfahren einen Zeitaufwand von 13 Stunden und Auslagen von Fr. 260.-- aus, was sich umfangmässig in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen erweist. Die Beklagte hat dem Kläger demnach bei einem

praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 250.--eine Parteientschädigung von Fr. 3'790.80 (inkl. Auslagen 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 auch für die Zeit nach dem 30. September 2013 die vertraglichen Leistungen (Erwerbsausfallrente und Prämienbefreiung) aus der Police Nr. 9206.1710 zu erbringen. Nachzuzahlende Erwerbsunfähigkeitsleistungen sind ab 5. September 2013 (Prämienbefreiung) bzw. ab 1. Oktober 2013 (Erwerbsausfallrente) zu 5 % zu verzinsen. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Die Beklagte hat dem Kläger eine Parteientschädigung in Höhe von Fr. 3'790.80 (inkl. Auslagen und 8% Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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