

## **BL\_GERICHTE 735 17 433/254 vom 20. September 2018**

BL Gerichte, 2018-09-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl\\_gerichte\\_735\\_17\\_433\\_254](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_735_17_433_254)

FR: BL\_GERICHTE 735 17 433/254 du 20 septembre 2018

IT: BL\_GERICHTE 735 17 433/254 del 20 settembre 2018

### **Regeste**

Leistungen aus gebundener Vorsorgepolice Säule 3a

### **Volltext**

Basel-Land Kantonsgericht Abteilung Sozialversicherungsrecht 20.09.2018 735 17 433/254

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht, vom 20. September 2018 (735 17 433/254) Berufliche Vorsorge Voraussetzungen für eine Prämienbefreiung im Rahmen eines Lebensversicherungsvertrags der gebundenen Vorsorge der Säule 3a Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Beat Hersberger, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Gerichtsschreiberin Margit Campell Parteien A.\_\_\_\_, Kläger, vertreten durch Roman Felix, Advokat, Hauptstrasse 8, Postfach 732, 4153 Reinach gegen Vaudoise Leben, Versicherungs-Gesellschaft AG, Avenue de Cour 41, 1007 Lausanne, Beklagte, vertreten durch Dr. Beat Frischkopf, Rechtsanwalt, Bahnhofstrasse 24, Postfach, 6210 Sursee Betreff Leistungen aus gebundener Vorsorgepolice Säule 3a A.1 A.\_\_\_\_ und die Vaudoise Leben, Versicherungs-Gesellschaft AG (nachfolgend: Versicherung) schlossen per 1. März 2003 einen Lebensversicherungsvertrag im Rahmen der gebundenen Vorsorge der Säule 3a ab. Es handelt sich um eine gemischte Erlebens- und Todesfallversicherung. Zusätzlich wurde bei Erwerbsunfähigkeit eine Prämienbefreiung nach einer Wartefrist von 3 Monaten vereinbart. A.2 Am 27. Februar 2013 teilte A.\_\_\_\_ der Versicherung mit, dass er seit dem 26. August 2012 an einem multiplen Myelom leide und ersuchte um Prämienbefreiung. Diesem Begehren folgte die Versicherung und A.\_\_\_\_ war nach Ablauf der Wartefrist ab 26. November 2012 von der Bezahlung der Prämien in Höhe von Fr. 2'500.-- p.a. befreit. A.3 Mit Verfügung vom 15. September 2014 sprach die IV-Stelle des Kantons Basel-Landschaft (IV-Stelle) A.\_\_\_\_ ab 1. August 2013 eine ganze Rente zu. A.4 Im Dezember 2015 leitete die IV-Stelle ein Rentenrevisionsverfahren ein. Nach Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts eröffnete sie dem Versicherten am 23. Februar 2016, dass ein unveränderter Zustand vorliege, weshalb er weiterhin Anspruch auf eine ganze Invalidenrente habe. B. Mit Schreiben vom 14. Juni 2016 teilte die Versicherung A.\_\_\_\_ mit, dass sie seinen Anspruch auf die versicherten Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit geprüft habe. Gestützt auf die Ausführungen ihres Vertrauensarztes Dr. med. B.\_\_\_\_, FMH Innere Medizin, vom 3. März 2016, wonach eine Arbeitsunfähigkeit nicht mehr attestiert werden könne, bestehe ab 1. Januar 2016 keine Prämienbefreiung mehr. Daran hielt sie auf Intervention des Versicherten in ihren Schreiben vom 3. Oktober 2016 und 7. Februar 2017 fest. C. Am 28. Dezember 2017 reichte A.\_\_\_\_, vertreten durch Advokat Roman Felix, beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), Klage gegen die Versicherung ein. Er beantragte, die Beklagte sei zu verpflichten, ihm die Prämienbefreiung aus der gebundenen Vorsorgepolice (Säule 3a) ab 1. Januar 2016 zu

gewähren und ihm Fr. 5'000.-- (Prämien 2016 und 2017) zurückzuerstatten; unter o/e-Kostenfolge. Zur Begründung machte der Kläger im Wesentlichen geltend, dass die im Februar 2016 erfolgte Bestätigung der ganzen Invalidenrente der IV-Stelle auf den Ausführungen des Hausarztes Dr. med. C.\_\_\_\_, FMH Allgemeinmedizin, vom 15. Februar 2016 beruhe. Dieser habe einen unveränderten Zustand bestätigt. Auch der behandelnde Hämatologe PD Dr. med. D.\_\_\_\_, FMH Hämatologie, Spital E.\_\_\_\_, habe am 11. Dezember 2015 ausgeführt, dass er nicht arbeitsfähig sei. Daran habe er auch unter Berücksichtigung des Berichts von Dr. B.\_\_\_\_ vom 3. März 2016 in einem Schreiben vom 12. Mai 2016 festgehalten. In den Berichten vom 4. September 2017 und 15. Dezember 2017 bringe PD Dr. D.\_\_\_\_ zum Ausdruck, dass der Kläger auch in einer angepassten Tätigkeit nicht in grösserem Umfang arbeitsfähig sei, weshalb er ab 1. Januar 2016 weiterhin von der Bezahlung der Prämien zu befreien sei. D. In ihrer Klageantwort vom 14. März 2018 schloss die Versicherung auf Abweisung der Klage. Sie führte im Wesentlichen aus, dass ihr Vertrauensarzt Dr. B.\_\_\_\_ nach Überprüfung der ärztlichen Unterlagen zum Schluss gekommen sei, eine Arbeitsunfähigkeit sei in Bezug auf eine dem Gesundheitszustand angepasste Tätigkeit nicht nachvollziehbar. Dies rechtfertige sich auch unter Berücksichtigung der Berichte des Spitals E.\_\_\_\_, welchen zu entnehmen sei, dass das multiple Myelom in Remission sei und der Kläger Spaziergänge unternehme und ins Fitness gehe. Die Aufhebung der Prämienbefreiung per 1. Januar 2016 sei daher zu Recht erfolgt. E. Anlässlich des zweiten Schriftenwechsels hielt der Kläger an seinen Anträgen fest (vgl. Replik vom 8. Mai 2018) und die Beklagte beantragte weiterhin die Abweisung der Klage. Zudem machte sie geltend, die Replik des Klägers sei verspätet eingereicht worden, weshalb sie aus dem Recht zu weisen sei (vgl. Duplik vom 12. Juli 2018). Das Kantonsgericht zieht in Erwägung : 1.1 Bei der gebundenen Vorsorge im Rahmen der Säule 3a handelt es sich um eine anerkannte und steuerlich begünstigte berufliche Vorsorgeform im Sinne der Art. 82 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG) vom 25. Juni 1982 und Art. 1 der Verordnung über die steuerliche Abzugsberechtigung für Beiträge an anerkannte Vorsorgeformen (BVV 3) vom 13. November 1985. Sich daraus ergebende Streitigkeiten fallen in die Zuständigkeit der kantonalen Berufsvorsorgegerichte (Art. 73 BVG; Urteil des Bundesgerichts vom 11. Februar 2008, 163/06, E. 3.2). 1.2 Nach Art. 73 BVG bezeichnet jeder Kanton ein Gericht, das als letzte kantonale Instanz über Streitigkeiten zwischen Vorsorgeeinrichtungen, Arbeitgebern und Anspruchsberechtigten entscheidet (Abs. 1). Gemäss Art. 54 Abs. 1 lit. h des kantonalen Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht und als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Streitigkeiten zwischen Vorsorgeeinrichtungen, Arbeitgebern und Anspruchsberechtigten gemäss Art. 73 BVG. Die Beklagte ist eine der Versicherungsaufsicht unterstellte Versicherungseinrichtung. Bei dem zwischen dem Kläger und der Beklagten abgeschlossenen Versicherungsvertrag handelt es sich um eine Versicherung auf den Erlebens- und Todesfall inklusive einer Prämienbefreiung für den Eintritt der Erwerbsunfähigkeit. Im Streit liegt demnach ein Versicherungsvertrag der Säule 3a, der zu den anerkannten Vorsorgeformen im Sinne von Art. 82 Abs. 2 BVG gehört. Demgemäss ist das Kantonsgericht sachlich zuständig. 1.3 Gemäss Art. 73 Abs. 3 BVG ist Gerichtsstand der schweizerische Sitz oder Wohnsitz der Beklagten oder der Ort des Betriebes, bei dem die versicherte Person angestellt wurde. Die Beklagte hat ihren Sitz in Lausanne, weshalb sie keinen Gerichtsstand im Kanton Basel-Landschaft begründen kann. In seinem Urteil vom 30. März 2009 (9C\_944/2208) anerkannte das Bundesgericht jedoch

entgegen dem Wortlaut von Art. 73 Abs. 3 BVG einen alternativen Gerichtstand am Wohnsitz des Versicherungsnehmers. Der Kläger wohnt in F. \_\_\_\_\_. Damit ist die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts zu bejahen. Im Übrigen gilt auch nach Art. 1.17 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) der Versicherung vom 1. September 1999, dass als Gerichtsstand der schweizerische Wohnsitz des Klägers in Frage kommt. Da auch die weiteren Sachurteilsvoraussetzungen erfüllt sind, ist auf die Klage einzutreten. 2.1 In formeller Hinsicht beantragt die Beklagte, dass die Replik des Klägers vom 8. Mai 2018 aus dem Recht zu weisen sei, weil diese verspätet eingereicht worden sei. Zur Begründung bringt sie vor, die Replik müsse gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts unverzüglich eingereicht werden, andernfalls davon auszugehen sei, dass auf eine (weitere) Stellungnahme verzichtet werde (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 14. März 2011, 5A\_705/2010 E.2.2). Da der Kläger spätestens am 18. April 2018 von der Klageantwort Kenntnis erhalten habe, die Replik vom 8. Mai 2018 aber erst 20 Tage später und damit nicht mehr 'unverzüglich' im Sinne der bundegerichtlichen Rechtsprechung eingereicht worden sei, dürfe sie im vorliegenden Verfahren nicht beachtet werden. 2.2 Das Kantonsgericht hat mit Verfügung vom 17. April 2018 den Fall bereit erklärt und dem Kläger die Klageantwort vom 14. März 2018 zur Kenntnisnahme zugestellt. Gleichzeitig forderte es den Rechtsvertreter des Klägers auf, innert 20 Tagen seine Honorarnote einzureichen. Dieser Aufforderung nachkommend ging am 9. Mai 2018 die Honorarnote ein. Gleichzeitig reichte der Kläger eine Replik ein, in welcher er zu den Ausführungen der Beklagten in der Klageantwort Stellung nahm. 2.3.1 Gemäss Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV) vom 18. April 1999 und Art. 6 Ziff. 1 der Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK) vom 4. November 1950 haben die Parteien eines Gerichtsverfahrens Anspruch auf rechtliches Gehör. Diese Garantie umfasst auch das Recht, von den beim Gericht eingereichten Stellungnahmen Kenntnis zu erhalten und sich dazu äussern zu können (sog. Replikrecht: BGE 133 I 98 E. 2.1). Das Replikrecht hängt nicht von der Entscheidungsrelevanz der Eingaben ab (BGE 138 I 154 E. 2.3.3). Die Wahrnehmung des Replikrechts setzt voraus, dass die von den übrigen Verfahrensbeteiligten eingereichten Eingaben der Partei zugestellt werden (BGE 137 I 195 E. 2.3.1). 2.3.2 Nach Zustellung der Vernehmlassung ist der Partei eine gewisse Zeit zur Wahrnehmung des Replikrechts zu belassen, bevor der Entscheid gefällt wird. Die Ausübung des Replikrechts darf nicht verhindert werden, indem der Entscheid so rasch ergeht, dass eine Stellungnahme trotz Zustellung einer neuen Eingabe nicht mehr rechtzeitig erfolgen kann (vgl. Markus Lanter, Formeller Charakter des Replikrechts - Herkunft und Folgen, in: ZBl 113/2012, S. 167 ff.). Von einer rechtsuchenden Person kann insbesondere nicht erwartet werden, dass sie innert weniger Tage reagiert, wenn sie Unterlagen, die von den Verfahrensbeteiligten eingereicht bzw. zu den Akten genommen werden, ohne Frist zur Stellungnahme lediglich zur Kenntnisnahme erhält (Urteil des Bundesgerichts vom 14. April 2009, 2C\_794/2008, E. 3). In der bundesgerichtlichen Rechtsprechung wurden etwa folgende Zeitabläufe, die einer Partei nach Zustellung einer Vernehmlassung für die Replik zur Verfügung standen, bevor der Entscheid gefällt wurde, als unzulässig beurteilt: zwei Tage (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 17. Februar 2010, 1B\_25/2010, E. 2.2), vier Tage (Urteile vom 16. November 2012 1B\_459/2012, E. 2.4 und vom 21. September 2012, 1B\_407/2012, E. 3.2, beides Ausstandsverfahren), sieben Tage (Urteil vom 14. April 2009, 2C\_794/2008, E. 3.5) und acht Tage (Urteil vom 8. Februar 1P.798/2005 2006, E. 2.3). In einer etwas allgemeineren Formulierung hielt das Bundesgericht fest, dass jedenfalls vor Ablauf von zehn Tagen nicht,

hingegen nach 20 Tagen von einem Verzicht auf das Replikrecht ausgegangen werden dürfe (Urteil des Bundesgerichts vom 25. November 2010, 6B\_629/2010, E. 3.3.2; vgl. zum Ganzen Urteile des Bundesgerichts vom 16. November 2012, 1B\_459/2012, E. 2.1 f. und vom 21. September 2012, 1B\_407/2012, E. 2.1 f.; bestätigt im Urteil vom 18. Oktober 2017, 1B\_320/2017, E. 2).

2.3.3 Vorliegend hat der Kläger die Replik innert 20 Tagen nach Zustellung der Klage eingereicht. Damit ging die Replik knapp innert der auch vom Bundesgericht noch als angemessen bezeichneter Frist beim Gericht ein. Demzufolge ist der Antrag der Beklagten, wonach die klägerische Replik vom 8. Mai 2018 aus dem Recht zu weisen sei, abzulehnen.

3. Materiell ist strittig, ob der Kläger über den 31. Dezember 2015 hinaus Anspruch auf die Prämienbefreiung durch die 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 (BB1 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 (BB1 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 per 1. März 2003 die gebundene Vorsorge-Police RYTHMOcapital "Duo" abgeschlossen (vgl. Police vom 9. April 2008). Gemäss dieser Police gelten die Bestimmungen der AVB, gültig seit dem 1. September 1999. Als Leistungen betreffend die versicherte Person wird u.a. die Prämienbefreiung bei Erwerbsunfähigkeit vom 1. März 2008 bis 30. Dezember 2039 erwähnt, welche nach einer Wartezeit von 3 Monaten eintritt. 3.3.2 Nach Art. 2.1 AVB liegt Erwerbsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge einer medizinisch objektiv feststellbaren Krankheit oder eines Unfalls ausserstande ist, ihren Beruf oder eine andere zumutbare Erwerbstätigkeit auszuüben (ohne Berücksichtigung der Arbeitsmarktlage) und sie dadurch gleichzeitig einen Erwerbsausfall oder einen diesem entsprechenden finanziellen Nachteil erleidet. Zumutbar ist eine Tätigkeit, wenn sie den Fähigkeiten und der Lebensstellung der versicherten Person entspricht, auch wenn die hierfür notwendigen Kenntnisse erst durch eine Umschulung erworben werden müssen. Der Grad der Erwerbsunfähigkeit entspricht der Differenz zwischen dem Erwerbseinkommen, das die versicherte Person vor Eintritt der Erwerbsunfähigkeit erzielt hat und demjenigen, das die versicherte Person nach Eintritt der Erwerbsunfähigkeit erzielt oder bei ausgeglichenem Arbeitsmarkt erzielen könnte. Bei einem vor der Erwerbsunfähigkeit schwankenden Einkommen und bei Selbständigerwerbenden erfolgt die Berechnung aufgrund des Durchschnittseinkommens der dem Beginn der Erwerbsunfähigkeit vorangehenden zwei vollen Kalenderjahre. Ist die versicherte Person nicht erwerbstätig, so wird für die Bemessung des Grads der Erwerbsunfähigkeit darauf abgestellt, inwieweit sie in ihrem gewohnten Tätigkeits- und Aufgabenbereich eingeschränkt ist. Art. 2.4 AVB hält fest, dass eine Veränderung des Grads der Erwerbsunfähigkeit sofort mitgeteilt werden muss; andernfalls verfällt der Anspruch auf zukünftige Leistungen. Zuviel erhaltene Leistungen müssen zurückbezahlt werden. Bei einer Änderung des Grads der Erwerbsunfähigkeit werden die Leistungen der Versicherungen entsprechend angepasst. Beträgt die Erwerbsunfähigkeit weniger als 25%, erlischt der Leistungsanspruch. 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. 2.4 erhellt, dass sich der Grad der Erwerbsunfähigkeit geändert haben muss, damit eine entsprechende Leistungsanpassung erfolgen kann. Anhaltspunkte dafür, dass der klare Wortlaut Art. 2.4 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 2015, S. 260). Ausserdem kann eine Anpassung bei einem an sich gleich bleibenden Gesundheitszustand erfolgen, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen ändern.

3.3.4 Wie die Leistungen 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 Personen rechtens, 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 des Bundesgerichts vom 31. März 2015, 9C\_604/2014, E. 3.1).

4.1 Zu prüfen ist nachfolgend, ob sich der Gesundheitszustand des Klägers seit 2014 analog Art. 17 Abs. 1 ATSG in anspruchrelevantem Ausmass verändert hat.

4.2 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). 4.3 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). 5.1 In den Akten findet sich die Verfügung der IV-Stelle vom 15. September 2014, mit welcher dem Kläger mit Wirkung ab 1. August 2013 eine ganze Invalidenrente zugesprochen wurde. Dabei stützte sich die IV-Stelle insbesondere auf die Ausführungen im Bericht des Arztes des Regionalen Dienstes beider Basel (RAD), Dr. med. G.\_\_\_\_, FMH Allgemeinmedizin, der den Kläger am 2. Oktober 2013 persönlich untersucht hatte. Unter Hinweis auf den Bericht des Spitals E.\_\_\_\_ vom 7. März 2013 und den eigenen Untersuchungsergebnissen diagnostizierte er mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein (1) symptomatisches multiples Myelom Typ Leichtketten-Kappa Stadium IIIB, (2) einen multiplen Befall der Wirbelsäule durch das multiple Myelom mit/bei Osteolyse des Halswirbelkörpers (HWK) 4, Frakturen der Lendenwirbelkörper (LWK) 1, 2, 4 sowie der Grundplatte Th12, (3) einen Verdacht auf eine Anpassungsstörung (Erstdiagnose 10/12) und (4) anamnestisch ein chronisches Lumbovertebralsyndrom. In der Beurteilung führte Dr. G.\_\_\_\_ aus, dass beim Versicherten ein symptomatisches Plasmazellmyelom Typ Leichtketten-Kappa mit osteolytischen Läsionen im Bereich der Wirbelsäule vorläge. Anlass der Untersuchung sei jedoch gewesen zu prüfen, ob beim Versicherten in einer behinderungsangepassten Tätigkeit eine Restarbeitsfähigkeit bestünde. Die nachvollziehbare Schilderung der erheblichen motorischen Einschränkungen, der Schmerzen und der tumorassoziierten Fatiguesymptomatik, welche aus den objektiv nachweisbaren Knochenlysen resultieren würden, liessen aus versicherungsmedizinischer Sicht keine relevante verwertbare Arbeitsfähigkeit zu. Seit August 2012 könne für jegliche Tätigkeit von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden. 5.2 Die IV-Stelle leitete im Dezember 2015 eine Revision des Leistungsanspruchs ein. Dabei holte sie einen Bericht beim behandelnden Hausarzt Dr. C.\_\_\_\_ ein, welcher festhielt, dass sich seit der letztmaligen Berichterstattung im Jahr 2013 keine Änderung in Bezug auf die gestellten Diagnosen und die Arbeitsfähigkeit ergeben hätten. Dabei verwies er auf die Ausführungen des Spitals E.\_\_\_\_. Der Assistenzarzt Dr. med. H.\_\_\_\_ führte am 9. September 2015 aus, dass der Kläger in einem sehr guten Allgemeinzustand sei. Er habe sich einen Hund gekauft, gehe viel spazieren und trainiere im Fitnessstudio, wodurch er sich konditionell stark verbessert habe. Aus objektiver Sicht sei der Patient normoton, normokard und afebril. Zudem seien die kardiopulmonale und die abdominale Untersuchung unauffällig verlaufen. PD Dr. D.\_\_\_\_ bestätigte am 11. Dezember 2015 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Dazu hielt er fest, dass aus objektiver Sicht ein guter Allgemeinzustand vorläge und die kardiopulmonale Auskultation unauffällig sei. Auch die Bauchdecke sei weich und indolent, die Darmgeräusche normal. Es sei keine Hepatosplenomegalie palpabel und der Lymphknotenstatus sei unauffällig, die Mundhöhle sei reizlos, das Integument altersentsprechend und periphere Ödeme bestünden nicht. In Bezug auf das weitere Vorgehen wurde festgehalten, dass bei einem TSH-Spiegel von 8,3 das Medikament

Euthyrox von 75 µg auf 100 µg einmal täglich erhöht worden sei. Das TSH und die Schilddrüsenwerte müssten in 6 - 8 Wochen nachkontrolliert werden. Die Zometa-Gabe erfolge weiterhin alle drei Monate durch den Hausarzt. Gestützt auf diese Berichte teilte die IV-Stelle dem Kläger am 23. Februar 2016 mit, dass er weiterhin Anspruch auf eine ganze Invalidenrente habe.

5.3.1 Die Beklagte ersuchte ihren Vertrauensarzt Dr. B.\_\_\_\_ um eine Stellungnahme betreffend die Arbeitsfähigkeit des Klägers. Am 3. März 2016 hielt Dr. B.\_\_\_\_ gegenüber dem Spital E.\_\_\_\_ fest, dass beim Kläger von einer Remission des multiplen Myeloms auszugehen sei. Aus diesem Grund sei die vorgenommene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht nachvollziehbar. Ohne Gegenargumente empfehle er der Versicherung, keinerlei Leistungen mehr zu erbringen.

5.3.2 Mit Schreiben vom 12. Mai 2016 entgegnete PD Dr. D.\_\_\_\_ dem Vertrauensarzt, dass der Kläger in seinem erlernten Beruf als Bauführer zu 100% arbeitsunfähig sei. Dass Spaziergänge sowie Fitnessbesuche möglich seien, sei erfreulich und trage zur Erhaltung der Selbständigkeit bei. Dies sei in Anbetracht der durch das Plasmazellmyelom verursachten multiplen Osteolysen an der HWS, der Brustwirbelsäule (BWS) und der LWS sowie nach den Wirbelkörperfrakturen auch dringend notwendig. Mit diesen Einschränkungen sei dem Kläger auch keine Teilzeitarbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit zumutbar. Inwieweit eine andersgeartete, den Einschränkungen angepasste Arbeit in Frage komme, sei nur mittels weitergehender Abklärungen inklusive einer möglichen Umschulungsmöglichkeit näher zu bestimmen. Erfahrungsgemäss seien sowohl die Invaliden- wie auch die Lebensversicherungen in dieser Richtung sehr zurückhaltend, wenn - wie vorliegend - den Einschränkungen eine Erkrankung zu Grunde liege, welche in der Regel nicht kurativ behandelt werden könne.

5.3.3 Mit Schreiben vom 14. Juni 2016 lehnte die Beklagte den Anspruch des Klägers auf Prämienbefreiung unter Hinweis auf die Ausführungen von Dr. B.\_\_\_\_ vom 3. März 2016 mit Wirkung ab 1. Januar 2016 ab.

5.3.4 Am 4. September 2017 hielt PD Dr. D.\_\_\_\_ zuhanden des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers fest, dass aufgrund der Erkrankung an einem Plasmazellmyelom multiple Osteolysen (Bildung von Mottenfrass ähnlichen Löchern innerhalb der Knochenstruktur) vor allem an der Wirbelsäule entstanden seien. Dies habe zu Wirbelbrüchen geführt. Auch wenn das Plasmazellmyelom zurzeit in einer kompletten Remission sei, seien diese Veränderungen in der Geometrie definitiv und blieben bestehen. Es leuchte daher ein, dass der Kläger keine körperlich anstrengende Tätigkeit mehr ausüben könne. Aufgrund der bestehenden Defekte seien aber auch keine Tätigkeiten im Stehen oder Sitzen in dem Ausmass möglich, dass daraus eine relevante Erwerbsfähigkeit resultiere. Zusätzlich seien weitere posttransplantäre Spätfolgen in Betracht zu ziehen, welche aktuell nicht im Vordergrund stünden, aber die Erwerbsfähigkeit relevant beeinträchtigen würden. In diesem Zusammenhang sei insbesondere die durch den Versicherten beschriebene eingeschränkte Belastbarkeit zu erwähnen. Ob es sich dabei um ein Cancer-related-fatigue-Syndrom oder um ein anderes neuropsychologisches Defizit handle (sog. "Chemo-Brain"), sei bisher nicht weiter abgeklärt worden. Erfahrungsgemäss könnten solche neuropsychologischen Defizite aber zu einer deutlichen Einschränkung der Erwerbsfähigkeit führen. Deshalb sei keineswegs erstellt, dass der Versicherte in einer körperlich wenig belastenden Tätigkeit in grösserem Ausmass arbeitsfähig sei. Aus diesem Grund sei nicht nachvollziehbar, auf welcher Grundlage die Beklagte eine Arbeitsfähigkeit in einer an den Gesundheitszustand angepassten Tätigkeit postuliere, ohne näher zu definieren, wie eine solche Arbeit denn aussehen solle. Aus seiner Sicht sei es ohne umfassende orthopädische, rheumatologische und neuropsychologische Abklärung nicht

möglich, eine angepasste Tätigkeit vorzuschlagen. Auch nach Vorliegen solcher Untersuchungsergebnisse müsse aber bezweifelt werden, ob - selbst bei einer optimal angepassten Tätigkeit - eine Restarbeitsfähigkeit resultiere. 5.3.5 Am 15. Dezember 2017 liess PD Dr. D. \_\_\_\_ erneut verlauten, dass der Kläger zu 100% arbeitsunfähig sei. Der Allgemeinzustand sei zufriedenstellend, er sei jedoch in Bezug auf die Schmerzproblematik in der Wirbelsäule weiterhin auf regelmässige Entlastung angewiesen. Er führe deshalb im Moment eine Physiotherapie mit 36 Sitzungen pro Jahr durch. Weiter nimmt PD Dr. D. \_\_\_\_ noch einmal Stellung zu den Ausführungen der Beklagten betreffend die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Diesbezüglich hält er fest, dass der Bericht von Dr. B. \_\_\_\_ der körperlichen Belastbarkeit des Klägers nicht adäquat Rechnung trage. So sei der Kläger aus seiner Sicht weiterhin stark eingeschränkt. Zudem sei zu betonen, dass das im Bericht vom 9. September 2015 erwähnte Fitnessstraining aus einer medizinisch indizierten Physiotherapie bei einer Schmerzsymptomatik im Rahmen der durch das multiple Myelom schwer vorgeschädigten Wirbelsäule bestehe. 6.1 Aufgrund der Berichte des Spitals E. \_\_\_\_ steht fest, dass sich der Gesundheitszustand des Klägers insofern gebessert hat, als sich das im Herbst 2012 diagnostizierte multiple Myelom in Remission befindet. Daraus kann entgegen der Auffassung der Beklagten aber nicht auf eine vollständige Erwerbsfähigkeit geschlossen, wie PD Dr. D. \_\_\_\_ nachvollziehbar ausführt. Bereits an dieser Stelle ist in Bezug auf seine medizinischen Beurteilungen zu bemerken, dass diesen entgegen der Ansicht der Beklagten keine Hinweise zu entnehmen sind, wonach PD Dr. D. \_\_\_\_ als behandelnder Facharzt aufgrund seiner Vertrauensstellung zugunsten des Klägers ausgesagt hat (vgl. BGE 125 V 353). Seine Berichte entsprechen in jeder Hinsicht den durch das Bundesgericht geforderten Vorgaben an einen beweistauglichen medizinischen Bericht. Sie sind für die streitigen Belange umfassend, beruhen auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigen auch die geklagten Beschwerden, sind in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden, leuchten in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation ein und sind in der Schlussfolgerung begründet. Insbesondere wird deutlich, dass der Kläger aufgrund der durch das Myelom verursachten multiplen Osteolysen an der HWS, der BWS und der LWS sowie der Wirbelkörperfrakturen in der angestammten Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig ist. Dies wird auch von der Beklagten nicht bestritten. In Hinblick auf eine allfällige Verweistätigkeit hält PD Dr. D. \_\_\_\_ einleuchtend fest, dass er keine konkrete Einschätzung vornehmen könne, bevor nicht eine weitergehende medizinische Begutachtung und eventuell Umschulungsmassnahmen durchgeführt worden seien. Ob in einer Verweistätigkeit eine Veränderung der Arbeitsfähigkeit eingetreten ist, lässt sich somit aufgrund der Angaben von PD Dr. D. \_\_\_\_ nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststellen. 6.2 Daran vermag auch die Stellungnahme des Vertrauensarztes der Versicherung Dr. B. \_\_\_\_ vom 3. März 2016 nichts zu ändern. Zunächst ist mit der Beklagten zwar einig zu gehen, dass auch Berichten von Vertrauensärzten voller Beweiswert zuerkannt werden kann. Dies setzt jedoch voraus, dass sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3.b/ee). Davon ist im vorliegenden Verfahren in Bezug auf die Äusserung von Dr. B. \_\_\_\_ in keiner Weise auszugehen. Seinem Schreiben vom 3. März 2016 ist lediglich zu entnehmen, dass er aufgrund von verschiedenen Berichten festgestellt habe, dass das multiple Myelom in Remission sei. Zudem gehe der Versicherte spazieren und ins Fitness, weshalb die (durch das Spital E. \_\_\_\_ attestierte) Arbeitsunfähigkeit für ihn nicht nachvollziehbar sei. Er verzichtete in der Folge jedoch auf eigene Untersuchungen des

Klägers oder weitergehende Abklärungen, welche seine Auffassung zu untermauern und die Ansicht von PD Dr. D.\_\_\_\_ zu widerlegen vermöchten. Allein aus der Tatsache, dass der Kläger spazieren und ins Fitness geht, kann nicht auf eine Erwerbsfähigkeit geschlossen werden. In Bezug auf das im Bericht vom 9. September 2015 erwähnte Fitnessstraining führte PD Dr. D.\_\_\_\_ am 15. Dezember 2017 denn auch aus, dass es sich dabei um eine medizinisch indizierte Physiotherapie bei Schmerzsymptomatik im Rahmen der durch das multiple Myelom schwer vorgeschädigten Wirbelsäule handle. Diese Aussage leuchtet unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die ganze Wirbelsäule mehrere von einer Osteolyse beschädigte Wirbelkörper aufweist ein. Insgesamt vermag Dr. B.\_\_\_\_ mit seiner oberflächlichen Darstellung der gesundheitlichen Situation des Klägers nicht zu überzeugen. Insbesondere kann aus seinem Bericht nicht geschlossen werden, der Kläger sei ab Januar 2016 wiederum in einer die Anspruchsberechtigung aufhebenden Weise erwerbsfähig. Dies lässt sich auch aufgrund der weiteren Darlegungen der Beklagten nicht nachweisen. Wenn sie geltend macht, das Spital E.\_\_\_\_ habe sich nicht zum Standpunkt von Dr. B.\_\_\_\_ vom 3. März 2016 geäußert, ist auf den Bericht von PD Dr. D.\_\_\_\_ vom 12. Mai 2016 zu verweisen. Darin widersprach er der Auffassung von Dr. B.\_\_\_\_ und klärte ihn plausibel über die vorgenommene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auf (vgl. oben E. 5.3.2). Weiter kann aus der Tatsache, dass der Kläger in der angestammten schweren Tätigkeit als Bauführer zu 100% arbeitsunfähig ist, nicht geschlossen werden, körperlich weniger anstrengende Arbeiten seien ihm zumutbar. Es lassen sich deshalb auch aus diesen Argumenten keine Schlussfolgerungen zu Ungunsten des Klägers ziehen. 6.3 Nach dem Gesagten steht zusammenfassend fest, dass der Kläger in der angestammten Tätigkeit auch über den 1. Januar 2016 hinaus unverändert 100% arbeitsunfähig ist. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit ist aufgrund der vorhandenen medizinischen Unterlagen mit dem üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ebenfalls keine anspruchserhebliche Änderung nachgewiesen worden (BGE 129 V 177 E. 3.1; SVR 2012 UV Nr. 5 S. 17, 8C\_310/2011 E. 4.1). Demnach ist kein Revisionsgrund analog Art. 17 ATSG gegeben. Weiter ist auch 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 der Police, den AVB und EVB (vgl. E. 3.3.3 hiervor) neben der in Art. 2.4 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 in Form der Prämienbefreiung zu erbringen. Die Klage ist demgemäss gutzuheissen. 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 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 8. August 2018 für das vorliegende Klageverfahren einen Zeitaufwand von 13.40 Stunden und Auslagen von Fr. 128.20 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. 3'753.70 (inkl. Auslagen und 8% Mehrwertsteuer auf Fr. 2'559.40 und 7.7% Mehrsteuer auf Fr. 918.80) zu bezahlen. Demgemäss wird erkannt : ://: 1. In Gutheissung der Klage wird festgestellt, dass die Beklagte den Kläger über den 1. Januar 2016 hinaus von der Bezahlung der Prämien in Höhe von Fr. 2'500.- aus der gebundenen Vorsorgepolice zu befreien und dem Kläger die bereits bezahlten Prämien der Jahre 2016 und 2017 in Höhe von Fr. 5'000.- zurückzuerstatten hat. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Die Beklagte hat dem Kläger eine Parteientschädigung in Höhe von Fr. 3'753.70 (inkl. Auslagen und 8% bzw. 7.7% Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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