

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2010.00003 vom 28. Oktober 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-10-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_BV.2010.00003

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2010.00003 du 28 octobre 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2010.00003 del 28 ottobre 2011

Erwägungen

E. 1

1.1. X., geboren 1981, arbeitete vom 18. Februar 2002 bis 31. August 2004 für die Y. und war bei der Migros-Pensionskasse vorsorgeversichert.

Mit Einspracheentscheid vom 24. April 2006 sprach die IV-Stelle des Kantons C. der Versicherten eine auf einem Invaliditätsgrad von 100 % basierende ganze Rente der Eidgenössischen Invalidenversicherung mit Wirkung ab 1. Januar 2005 zu (Urk. 13/2, vgl. auch Urk. 2/2).

1.2. In der Folge wandte sich die Versicherte an die Migros-Pensionskasse und ersuchte um Ausrichtung der ihr berufsvorsorgerechtlich zustehenden Leistungen. Mit Schreiben vom 2. August 2006 teilte die Migros-Pensionskasse der Versicherten mit, dass sich aus den vorgenommenen Abklärungen ergeben habe, dass sie bei Aufnahme in die Migros-Pensionskasse ihre vorbestehenden Leiden in der Gesundheitserklärung nicht vollständig angegeben habe. Infolge Anzeigepflichtverletzung trete die Migros-Pensionskasse vom überobligatorischen Vorsorgevertrag zurück. Die Vorsorgeleistung beschränke sich auf Renten gemäss dem Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG) (Urk. 2/3).

2. Mit Eingabe vom 13. Januar 2010 liess die Versicherte Klage gegen die Migros-Pensionskasse erheben und beantragen, diese sei zu verpflichten, ihr eine Invalidenrente gemäss den reglementarischen Bestimmungen mit Wirkung ab 1. Februar 2006 auszurichten, zuzüglich Verzugszinsen ab Klageeinreichung. In prozessualer Hinsicht wurde zudem um unentgeltliche Rechtsverteidigung ersucht (Urk. 1 S. 2). Die Migros-Pensionskasse liess in ihrer Klageantwort vom 10. Mai 2010 auf Abweisung der Klage schliessen (Urk. 12). Replicando und duplicando hielten die Parteien an ihren Anträgen fest (Urk. 16, 21). Mit Verfügung vom 6. Januar 2011 wurden die Akten der Invalidenversicherung in Sachen der Versicherten beigezogen, zu welchen sich die Migros-Pensionskasse vernehmen liess, während die Versicherte auf eine Stellungnahme verzichtete (Urk. 23, 26/1-2, 29, 31).

Das Gericht zieht in Erwägung:

1. Streitig ist der Anspruch der Klägerin auf eine Invalidenrente aus der überobligatorischen beruflichen Vorsorge. Dabei ist zu prüfen, ob die Klägerin in der Gesundheitserklärung vom 27. Februar 2002 erhebliche Gefahrstatsachen verschwiegen hatte und die Beklagte deshalb zu Recht vom überobligatorischen Vorsorgevertrag zurückgetreten ist. Unbestritten ist demgegenüber, dass ein Rentenanspruch der Klägerin im Rahmen der obligatorischen beruflichen Vorsorge besteht.

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 Aufschlüssen 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 BGer 9C_671/08 vom 6. März 2009 E. 3.2.1).

3. Die Beklagte legte in Art. 57 Ziff. 1 des Reglements (in der ab 1. Januar 1998 gültigen Fassung, Urk. 13/8) fest, dass die Versicherten und die Bezüger von Leistungen der Kasse verpflichtet sind, den Organen oder dem Vertrauensarzt der Kasse auf Verlangen unverzüglich, vollständig und wahrheitsgetreu Auskunft zu erteilen über alle Tatsachen, die für die Leistungen der Kasse von Bedeutung sein können. Sie haben jede Änderung dieser Tatsachen unverzüglich und unaufgefordert mitzuteilen.

Nach Ziff. 2 derselben Bestimmung haften die in Ziff. 1 genannten Personen der Kasse für jeglichen Schaden, den sie ihr durch vorenthaltene, verspätete, unrichtige oder unvollständige Auskunft zufügen, ausser wenn sie nachweisen, dass sie kein Verschulden trifft. Zu Unrecht bezogene Leistungen haben sie der Kasse unabhängig vom Verschulden zurückzuerstatten.

Laut Ziff. 3 von Art. 57 des Reglements werden bei Anzeigepflichtverletzung 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 den Versicherten. Die Frist beginnt erst, wenn die Kasse zuverlässige Kunde von Tatsachen erhält, aus denen sich der sichere Schluss auf Verletzungen der Anzeigepflicht ziehen lässt.

E. 4

4.1 Aus dem Wortlaut von Art. 57 Ziff. 1 des Reglements geht hervor, dass die Versicherten wohl verpflichtet sind, den Organen oder dem Vertrauensarzt der Kasse Auskunft zu erteilen über alle Tatsachen, die für die Leistungen der Kasse von Bedeutung sein können, jedoch lediglich auf Verlangen. Die in Ziff. 2 vorgesehene Haftung der Versicherten bezieht sich in systematischer Hinsicht auf Verschümsse gemäss Ziff. 1. Daraus folgt, dass vorenthaltene, verspätete, unrichtige oder unvollständige Auskunft nur dann zu einer Haftung führen können, wenn die Versicherten um entsprechende Auskunft ersucht worden sind. Die Versicherten sind nach den Reglementsbestimmungen nicht verpflichtet, unaufgefordert Auskunft zu erteilen.

4.2 Die Klägerin wurde ersucht, anhand einer Gesundheitserklärung Auskunft zu geben. Die Pflichten der Klägerin erstreckten sich damit auf die richtige und vollständige Beantwortung der konkret gestellten Fragen. Die Beklagte brachte vor, der Klägerin habe die Fragen 1, 2 und 8 der Gesundheitserklärung vom 27. Februar 2002 (Urk. 2/4) falsch beziehungsweise unvollständig beantwortet.

4.3 Die Klägerin beantwortete in der Gesundheitserklärung die Frage Nr. 1 "Sind Sie heute gesund und ohne Beschwerden voll arbeitsfähig, und waren Sie dies auch während der vergangenen 12 Monate?" mit "ja". Die Fragen Nr. 2 ("Haben Sie eine chronische Krankheit [z.B. Zuckerkrankheit, hoher Blutdruck], oder leiden Sie an den

Folgen einer früheren Krankheit oder eines Unfalls?"), Nr. 3 ("Haben Sie ein Geburtsgebrechen?"), Nr. 4 ("Nehmen Sie regelmässig Medikamente zu sich?"), Nr. 5 ("Beziehen Sie eine Rente der IV, einer Unfallversicherung oder Leistungen eines ausländischen Staates?"), Nr. 6 ("Haben Sie bereits früher eine Rente der IV, einer Unfallversicherung oder Leistungen eines ausländischen Staates bezogen?") und Nr. 7 ("Ist ein Rentenverfahren hängig bei der IV, bei einer Unfallversicherung oder für Leistungen eines ausländischen Staates?") verneinte sie. Auf die Frage Nr. 8 "Haben Sie in den letzten zehn Jahren eine schwere Krankheit (z.B. mit Spitalaufenthalt) durchgemacht, einen schweren Unfall erlitten oder sich einer Operation unterzogen?" antwortete die Klägerin mit "ja", wobei sie die Rubrik "Art der Krankheit" offen liess, zur "Art des Unfalls" ausführte: "beim Turnen rechte Schulter ausgerenkt" und "beim Baseball Zungenbeinbruch", und die "Art der Operation" wiederum offen liess (Urk. 2/4).

E. 5

5.1 Ab 16. Januar 2004 wurde die Klägerin dauerhaft aus psychischen Gründen arbeitsunfähig. Es liegen ein Depersonalisations-/Derealisationssyndrom (ICD-10 F48.1) sowie dissoziative Störungen (ICD 10 F44.6 und F44.7) vor (Urk. 13/9 S. 5, 26/2/1, vgl. auch Urk. 13/2). Aus den medizinischen Akten geht zudem hervor, dass die Klägerin ab ihrem 12. beziehungsweise 13. Altersjahr an Essstörungen im Sinne einer Anorexie nervosa litt, die sich im Verlauf der Jahre wieder besserten. Seinerzeit wurde sie mit Antidepressiva und Psychotherapien behandelt (Urk. 13/5 S. 2, 13/6 S. 2). Im Zusammenhang mit der Lehrabschlussprüfung trat im Jahr 2000 die Essstörung erneut auf. Daneben bestanden Panikattacken (Urk. 13/5 S. 2, 13/7/1 S. 5). In der Folge stand die Klägerin in regelmässiger hausärztlicher Behandlung (Urk. 2/5).

5.2 Vor Antritt der Stelle bei der Y. AG war die Klägerin von August 2000 bis Dezember 2001 bei der Z. AG beschäftigt gewesen. Während der Dauer dieser Anstellung war die Klägerin voll leistungsfähig gewesen und leistete unter anderem viele Überstunden (Urk. 2/6-8). Aus dem Blickwinkel eines medizinischen Laien mag die Annahme, nicht unter einer Gesundheitsstörung zu leiden, solange man seiner Erwerbstätigkeit ohne anhaltenden Leistungsabfall nachgehen zu können glaubt, zwar durchaus seine Berechtigung haben, jedoch betraf die in der Gesundheitserklärung von der Beklagten unter Ziffer 1 gestellte Frage erkennbarerweise nicht nur die Arbeitsfähigkeit an sich, sondern auch die Gesundheit und die Beschwerdefreiheit in den vergangenen zwölf Monaten vor Ausfüllen der Gesundheitserklärung im Allgemeinen. Wie der schriftlichen Auskunft ihrer Krankenkasse zu entnehmen ist, war die Klägerin in den Jahren 2000 und 2001 wiederholt und über längere Zeiträume bei Dr. med. A. und bei Dr. med. B. in Behandlung (Dr. A.: 26.6.2000-23.10.2000, 15.1.2001-8.5.2001 und 14.8.2001-16.10.2001; Dr. B.: 31.5.2000-19.8.2000, 16.9.2000-14.11.2000, 20.3.2001-23.5.2001, 28.5.2001-17.8.2001 und 14.9.2001-2.11.2001). Dr. A. gab als Grund für die Behandlung vom 26. Juni bis 23. Oktober 2000 "Anorexie" und für die Behandlungen vom 15. Januar bis 8. Mai 2001 beziehungsweise vom 14. August bis 16. Oktober 2001 "Homöopathische Konsultation" an. Hinsichtlich der ärztlichen Behandlungen bei Dr. B. fehlt es an einer entsprechenden Angabe (Urk. 2/5).

Wer nun während über einem Jahr regelmässig und praktisch durchgängig in ärztlicher Behandlung ist, wie dies bei der Klägerin in den zwölf Monaten vor Ausfüllen der Gesundheitserklärung der Fall war, kann nicht in guten

Treuen behaupten, er oder sie sei gesund und beschwerdefrei gewesen (vgl. auch Stauffer, Berufliche Vorsorge, ZÄrlich 2005, S. 271 mit Hinweis). Offensichtlich fühlte sich die Klägerin subjektiv weder gesund noch beschwerdefrei, andernfalls sie sich nicht in einer solch intensiven ärztlichen Behandlung unterzogen hätte. Auch kann vor diesem Hintergrund nicht mehr von Bagatellstörungen, die nicht anzuzeigen sind (BGE 134 III 511 E. 3.3.4), gesprochen werden. Aus dem Umstand, dass die Krankenkasse die Behandlungskosten übernahm, ist zu schliessen, dass auch objektiv gesehen eine Behandlungsbedürftigkeit vorlag. Es ist somit erstellt, dass die Klägerin die Frage 1 in der Gesundheitserklärung nicht korrekt beantwortet hatte.

5.3. Die Beklagte wirft der Klägerin weiter vor, sie habe auch die Frage, ob sie an einer chronischen Krankheit beziehungsweise an deren Folgen leide (Frage 2), falsch beantwortet. Die Beklagte bemerkt zwar zu Recht, dass eine Anorexie als schwere, chronische Krankheit zu qualifizieren ist (Urk. 12 S. 8). Auch ist zu vermuten, dass die ärztlichen Behandlungen, die in den zwölf Monaten vor Ausfällen der Gesundheitserklärung erfolgt waren, zu einem guten Teil in einem Zusammenhang mit dieser Krankheit standen. Wie es sich damit jedoch effektiv verhielt, lässt sich aufgrund der Aktenlage nicht rechtsgenüglich beurteilen, zumal einzig die Behandlung vom 26. Juni bis 23. Oktober 2000 bei Dr. A. ausdrücklich wegen der Anorexie erfolgt war. Im Übrigen ist unklar, ob sich die Klägerin im Zeitpunkt des Ausfalls der Gesundheitserklärung der Ursache ihrer Beschwerden, die in den vorangehenden zwei Jahren eine intensive ärztliche Behandlung erfordert hatten, bewusst gewesen war. Auf weitere Abklärungen kann indessen verzichtet werden, weil eine Anzeigepflichtverletzung bereits aufgrund der Antwort der Klägerin zu Frage 1 erstellt ist.

5.4. Bei Frage 8, welche sich auf allfällige schwere Krankheit in den letzten zehn Jahren bezog, gab die Klägerin ihre psychischen Probleme nicht an. Aus einem Schreiben ihrer Mutter vom 27. Juni 2005, in welchem die Klägerin zitiert wird, geht indessen hervor, dass sie um ihre Anorexie wusste (Urk. 13/4). Zudem wird die Diagnose in den Arztberichten verschiedentlich erwähnt (Urk. 2/9, 13/5-7, 26/2/1, vgl. auch Urk. 2/5). Die Klägerin weist in ihren Klageschriften zwar zutreffend darauf hin, dass im Gutachten der L. vom 16. Januar 2006 diese Diagnose in Frage gestellt wird und die Essstörungen stattdessen mit den dissoziativen Störungen in Verbindung gebracht werden (Urk. 1 S. 9, 16 S. 2, vgl. auch Urk. 13/9). Jedoch vermag sie daraus nichts zu ihren Gunsten abzuleiten. Massgebend ist vielmehr, dass die Klägerin ab dem 13. Altersjahr, mithin in den letzten zehn Jahren vor Ausfällen der Gesundheitserklärung, an Magersucht sowie unter psychischen Problemen litt, welche Störungen eine längere ärztliche Behandlung nach sich zogen (Urk. 13/5 S. 2, 13/6 S. 2). Dies hätte die Klägerin, wie auch immer bezeichnet, angeben müssen. Folglich beging die Klägerin auch bei der Beantwortung von Frage 8 eine Anzeigepflichtverletzung.

6. Nach dem Gesagten steht fest, dass die Klägerin in der Erklärung vom 27. Februar 2002 wesentliche Fragen zu ihrer gesundheitlichen Verfassung falsch oder ungenau beantwortet und damit eine Anzeigepflichtverletzung begangen hat. Das hier anwendbare Recht (aArt. 6 VVG in der bis 31. Dezember 2005 gültig gewesenen Fassung, vgl. E. 2.3.1 hier vor), wonach eine Verletzung der Anzeigepflicht ein Rücktrittsrecht begründet, erfordert keinen Kausalzusammenhang zwischen der nicht angezeigten Gefahrstatsache und der später eingetretenen Beeinträchtigung. Der

Vollständigkeithalber ist jedoch darauf hinzuweisen, dass ein solcher im vorliegenden Fall gegeben ist. So ist gemäss dem Gutachten der L. ___ vom 16. Januar 2006 anzunehmen, dass schon die Essstörung beziehungsweise das Untergewicht der Adoleszenz auf die später diagnostizierte dissoziative Störung zurückzuführen ist (Urk. 13/9). Des Weiteren ist unbestritten, dass der mit Schreiben vom 2. August 2006 erklärte Rücktritt vom überobligatorischen Vertrag durch die Beklagte rechtzeitig erfolgt ist, nachdem ihr die Akten der Invalidenversicherung am 13. Juli 2006 zugestellt worden waren und sie mithin von der Anzeigepflichtverletzung Kenntnis nehmen konnte (vgl. auch Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts B 50/02 vom 1. Dezember 2003 E. 3.3). Die Leistungskürzung erweist sich somit als rechtmässig, was zur Klageabweisung führt.

E. 7

7.1 Das Verfahren ist kostenlos und entschädigungsfrei (Art. 73 Abs. 2 BVG [welche Bestimmung im Rahmen der 1. BVG-Revision unverändert geblieben ist] in Verbindung mit Art. 33 f. des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer]).

7.2 Da die Voraussetzungen für die Gewährung der unentgeltlichen Rechtsbeistandung, insbesondere jene der Bedürftigkeit (Urk. 9, 10/1-39), erfüllt sind, ist dem Gesuch der Klägerin stattzugeben und ihr Rechtsanwältin Christine Kessi, Procap Schweizerischer Invalidenverband, Olten, als unentgeltliche Rechtsbeistandin zu bestellen. Mit Honorarnote machte Rechtsanwältin Christine Kessi Aufwendungen von insgesamt 18,37 Stunden geltend (Urk. 33). Der vorprozessuale Aufwand von 7,07 Stunden ist indessen nicht zu entschädigen; dies gilt auch für den im Zusammenhang mit der Erstellung der Honorarrechnung geltend gemachten Aufwand vom 12. Oktober 2011 von 0,1 Stunden. Sodann werden für Fotokopien nach ständiger Praxis bloss Fr. --.50 pro erstellte Kopie vergütet. Damit ist die Entschädigung - bei einem anzuwendenden Stundenansatz von Fr. 170.-- und unter Berücksichtigung der Barauslagen - auf Fr. 2'262.70 ($\{10,6 \text{ Stunden} \times \text{Fr. } 170.-- + \text{Fr. } 198.50\} + 7,6 \% \text{ Mehrwertsteuer}$) + $[0,6 \text{ Stunden} \times \text{Fr. } 170.-- + 8 \% \text{ Mehrwertsteuer}]$) festzusetzen.

Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 13. Januar 2010 wird der Klägerin Rechtsanwältin Christine Kessi, Procap Schweizerischer Invalidenverband, Olten, als unentgeltliche Rechtsvertreterin für das vorliegende Verfahren bestellt.

Das Gericht erkennt:

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die unentgeltliche Rechtsvertreterin der Klägerin, Christine Kessi, Procap Schweizerischer Invaliden-Verband, Olten, wird mit Fr. 2'262.70 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Klägerin wird auf Art. 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Procap Schweizerischer Invaliden-Verband

- Rechtsanwältin Dr. Isabelle Vetter-Schreiber

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse

5. Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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