

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2010.00095 vom 27. Mai 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-05-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_BV.2010.00095

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2010.00095 du 27 mai 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2010.00095 del 27 maggio 2011

Erwägungen

E. 1

1.1 Die vorliegende Streitigkeit unterliegt der Gerichtsbarkeit der in Art. 73 des Bundesgesetzes über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG) erwähnten richterlichen Behörden, womit das hiesige Gericht zuständig ist (Art. 2 Abs. 2 lit. a des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer]).

E. 1.2

1.2.1 Mit der Feststellungsklage verlangt die klagende Partei die gerichtliche Feststellung, dass ein Recht oder ein Rechtsverhältnis besteht oder nicht besteht (Art. 88 der Zivilprozessordnung [ZPO], worauf in Art. 28 lit. a GSVGer verwiesen wird). Wie jede Klage setzt auch die Feststellungsklage ein aktuelles Rechtsschutzinteresse des Klägers voraus. Da mit der Feststellungsklage aber weder eine Leistung noch eine Veränderung der Rechtslage angestrebt wird, sondern nur die Feststellung eines bereits bestehenden Rechtszustandes, gewinnt das Rechtsschutzinteresse bei der Feststellungsklage eine verstärkte Bedeutung: Der Kläger muss ein spezifisches Interesse an der von ihm beantragten Feststellung nachweisen. Das Feststellungsinteresse ist als Prozessvoraussetzung von Amtes wegen zu prüfen. Es ist in der Regel gegeben, wenn bezüglich des Rechts beziehungsweise des Rechtsverhältnisses, das Gegenstand der Feststellungsklage ist, eine Unsicherheit besteht, wenn der Fortbestand dieser Unsicherheit für den Kläger unzumutbar ist, weil er dadurch in der Ausübung seines Rechts oder in seiner wirtschaftlichen Entscheidungsfreiheit eingeschränkt wird und wenn diese Unsicherheit nicht durch eine Leistungs- oder Gestaltungsklage beseitigt werden kann. Die Feststellungsklage ist mit anderen Worten gegenüber der Leistungs- und Gestaltungsklage subsidiär (Urs Schenker, in: Baker & McKenzie [Hrsg.], Schweizerische Zivilprozessordnung, Bern 2010, N 4 ff. zu Art. 88 ZPO mit Hinweisen; vgl. auch Lukas Bopp/Balthasar Bessenich, in: Thomas Sutter-Somm/Franz Hasenböhler/Christoph Leuenberger [Hrsg.], Kommentar zur Schweizerischen Zivilprozessordnung, Zürich/Basel/Genève 2010, N 7 f. zu Art. 88 ZPO und Paul Oberhammer, in: Karl Späthler/Luca Tenchio/Dominik Infanger [Hrsg.], Schweizerische Zivilprozessordnung, Basel 2010, N 9 ff. zu Art. 88 ZPO).

Die Leistungsklagen im Sinne von Art. 84 ZPO können sich grundsätzlich nur auf bereits fällige Ansprüche beziehen. Die Fälligkeit muss nicht bereits zum Zeitpunkt der Klageerhebung vorliegen, als Voraussetzung der Gutheissung muss sie vielmehr erst zum entscheidungsmassgeblichen Zeitpunkt gegeben sein (Oberhammer, a.a.O., N 11 f. zu Art. 84 ZPO). Für künftige Leistungen, wie etwa Unterhaltsbeiträge und Renten, ist allerdings davon abzugehen. Hat nämlich der

Kläger ein besonderes Rechtsschutzinteresse, weil der Beklagte das Bestehen der Leistungspflicht schon vor Fälligkeit ausreichend deutlich bestreitet, ist die Klage bereits bezifferbar und steht der Fälligkeitszeitpunkt fest, so spricht viel dafür eine Leistungsklage bereits vor Fälligkeit zuzulassen (Oberhammer, a.a.O., N 14 zu Art. 84 ZPO mit Hinweisen; weitergehend wohl Bopp/Bessenich, a.a.O., N 12 ff. zu Art. 84 ZPO). Ist dies nicht der Fall, kann der Gläubiger bei hinreichend deutlicher Bestreitung seines Anspruchs durch den Schuldner vor Fälligkeit aber jedenfalls Feststellungsklage erheben (Oberhammer, a.a.O., N 14 zu Art. 84 ZPO).

1.2.2.1 Wie bereits ausgeführt, erachtete die Beklagte (obwohl sie keinen entsprechenden Nichteintretensantrag formulierte) die vom Kläger 2 erhobene Feststellungsklage (Ziffer 3 des Rechtsbegehrens) als unzulässig, da ihres Erachtens eine Leistungsklage möglich wäre (Urk. 5 S. 5 f.).

Insoweit kann ihr jedoch nicht gefolgt werden, denn nach dem in Erw. 1.2.1 Ausgeführten hat der Kläger 2 hinsichtlich der bei Klageeinreichung noch nicht fälligen (beziehungsweise bis zum Urteilszeitpunkt nicht fällig gewordenen) Rentenbetreffnisse keine Befugnis zur Leistungsklage. Die genannten Rentenbetreffnisse stehen dem Kläger 2 nämlich nur dann zu, wenn seine Ausbildung andauert. Ob diese Ausbildung am 10. Juni 2011 beendet ist oder ob der Kläger 2 weiterführende Studien in Angriff nimmt oder dergleichen, steht derzeit noch nicht fest. Insoweit ist unklar, ob die entsprechenden Teil-Forderungen beziehungsweise wie viele davon entstehen werden. Demzufolge hat der Kläger 2 insoweit zu Recht ein Feststellungs- und kein Leistungsbegehren stellen lassen, weshalb auf die Feststellungsklage grundsätzlich einzutreten ist.

Soweit aber der Kläger 2 auch die im Rahmen des BVG-Obligatoriums geschuldeten Leistungen in sein Feststellungsbegehren integrierte, ist ein Rechtsschutzinteresse hingegen zu verneinen, denn die Beklagte anerkannte diese Ansprüche sowohl vorprozessual als auch im vorliegenden Prozess (vgl. Urk. 5 S. 5 und Urk. 6/5). Insoweit ist auf die Klage nicht einzutreten.

E. 2

2.1.1 Im Bereich der weitergehenden Vorsorge wird das Rechtsverhältnis zwischen der Vorsorgeeinrichtung und dem Vorsorgenehmer durch einen privatrechtlichen Vorsorgevertrag begründet, der rechtsdogmatisch den Innominatverträgen (eigener Art) zuzuordnen ist (BGE 130 V 109 E. 3.3, 129 III 307 E. 2.2). Als solcher untersteht er in erster Linie den allgemeinen Bestimmungen des Obligationenrechts (OR). Das Reglement stellt den vorformulierten Inhalt des Vorsorgevertrages beziehungsweise dessen Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) dar, denen sich der Versicherte ausdrücklich oder durch konkludentes Verhalten unterzieht (BGE 132 V 150 E. 5, 129 V 147 E. 3.1, 127 V 306 E. 3a). Dies schliesst nicht aus, dass im Einzelfall auch vom Reglement abweichende Abreden getroffen werden können. Allerdings bedarf es hierfür einer entsprechenden Vereinbarung zwischen der Vorsorgeeinrichtung und dem versicherten Arbeitnehmer (BGE 131 V 28 E. 2.1, 122 V 145 E. 4b).

2.2 Anders als im Bereich der obligatorischen Vorsorge sind die Vorsorgeeinrichtungen im Bereich der weitergehenden Vorsorge in der Vertragsgestaltung grundsätzlich frei - im Rahmen von Art. 49 Abs. 2 BVG und der verfassungsmässigen Schranken (wie Rechtsgleichheit, Willkürverbot und Verhältnismässigkeit) - und

können insbesondere bei der Aufnahme in die Versicherung einen gesundheitlichen Vorbehalt anbringen (BGE 119 V 283 f. E. 2a, mit Hinweisen; SVR 1997 BVG Nr. 81 S. 250 E. 3; Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 18. Juni 2003 [B 66/02; s. SVR 2004 BVG Nr. 13 S. 40 f. und Mitteilungen des Bundesamtes für Sozialversicherungen {BSV} über die berufliche Vorsorge Nr. 74 vom 30. April 2004 Rz 432 S. 5], vom 24. Juni 2002 [B 38/00] und vom 19. Dezember 2001 [B 46/00]).

Beim Vorbehalt handelt es sich um eine individuelle, konkrete und zeitlich begrenzte Einschränkung des Versicherungsschutzes in Einzelfällen (BGE 127 III 238 E. 2c; Urteil des EVG vom 18. Juni 2003 [B 66/02]). Der gesundheitliche Vorbehalt muss somit explizit ausformuliert und datumsmäßig festgesetzt sein sowie der versicherten Person mit der Aufnahme in die Vorsorgeeinrichtung mitgeteilt werden. Damit wird auch sichergestellt, dass nach einem allfälligen Wechsel in eine neue Vorsorgeeinrichtung diese weiss, für welche Leiden sie infolge eines bereits abgelaufenen Vorbehalts keinen, für welche Leiden sie für die noch nicht verstrichene Zeit und für welche Leiden sie einen neuen, sich zeitlich nach ihrem Reglement richtenden Vorbehalt anbringen darf (Urteil des EVG vom 24. November 2003 [B 110/01 und B 111/01; s. Plädoyer 1/04 S. 74 f.]; vgl. dazu auch AJP 7/2004 S. 880-883).

Mit Ablauf der Vorbehaltsdauer entfällt die angeordnete Einschränkung des Versicherungsschutzes, mit der Folge, dass die versicherte Person für das dem Vorbehalt unterliegende Leiden anspruchsberechtigt wird. Dies gilt grundsätzlich - vorbehaltlich abweichender reglementarischer Anordnungen oder individueller Abreden zu den Rechtsfolgen - auch dann, wenn das dem Vorbehalt unterliegende Risiko während der Vorbehaltsdauer eintritt. Auch in solchen Fällen soll die versicherte Person nicht während der gesamten Versicherungsdauer vom Leistungsanspruch ausgeschlossen bleiben. Denn aus Art. 331c OR folgt nicht, dass der Leistungsanspruch dauernd entfällt, wenn der Versicherungsfall während der Vorbehaltsdauer eintritt. Vielmehr wird damit die Zulässigkeit von Leistungsverweigerungen für vorbehaltene Leiden generell auf höchstens fünf Jahre beschränkt (Urteil des EVG vom 18. Juni 2003 [B 66/02]).

2.3 Nach ständiger Rechtsprechung erfolgt die Auslegung der Vorsorgeverträge nach dem Vertrauensprinzip. Es ist darauf abzustellen, wie die zur Streitigkeit Anlass gebende Willenserklärung vom Empfänger in guten Treuen verstanden werden durfte und musste. Dabei ist nicht auf den inneren Willen des Erklärenden abzustellen, sondern auf den objektiven Sinn seines Erklärungsverhaltens. Der Erklärende hat gegen sich gelten zu lassen, was ein vernünftiger und korrekter Mensch unter der Erklärung verstehen durfte. Weiter sind die besonderen Auslegungsregeln bei Allgemeinen Geschäfts- oder Versicherungsbedingungen zu beachten, insbesondere die Unklarheits- und die Ungewöhnlichkeitsregel (BGE 132 V 150 E. 5, 130 V 81 E. 3.2.2, 122 V 146 E. 4c).

2.4 Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste wärdigen (BGE 126 V 360 E. 5b und 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 III 324 f. E. 3.2 und 3.3).

Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfallenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein (BGE 115 V 113 E. 3d/bb; Maurer, Sozialversicherungsrecht, Bd. I, 2. A., Bern 1983, S. 438 Ziffer 7a). Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte (BGE 115 V 142 E. 8a). Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 E. 3b).

Nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung sind die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an formliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das vorliegende Verfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden Unterlagen den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a und 122 V 160 E. 1c; AHI 2001 S. 113 E. 3).

E. 3

3.1 Die Klagenden liessen zur Begründung ihrer Klage im Wesentlichen ausführen, dass die Beklagte sich zu Unrecht weigere, ihnen - zusätzlich zu den unbestrittenen Hinterlassenenleistungen im Rahmen des BVG-Obligatoriums - die überobligatorischen Leistungen auszurichten. Die Beklagte verweigere die Bezahlung der überobligatorischen Leistungen unter Berufung auf den im Versicherungsvertrag gemachten Vorbehalt für Herzerkrankungen. Es sei allerdings nicht erstellt, dass A.____ an einer Herzerkrankung gestorben sei. Der Autopsiebericht gebe keinen Aufschluss über die Todesursache. Er bestätige lediglich das Vorliegen einer Kardiomyopathie; aus dem Bericht gehe aber nicht hervor, dass die Kardiomyopathie die Ursache des Todes von A.____ gewesen sei. Vielmehr seien auch alternative Todesursachen möglich, etwa ein Hirnschlag. In der Familie des Verstorbenen seien denn auch zahlreiche Verwandte mütterlicher- und väterlicherseits an einem Hirnschlag gestorben. Um Aufschluss über die Todesursache zu erhalten, müsse in den Autopsierapport Einsicht genommen werden. Die Autopsieberichte genügen dafür nicht. Zudem seien auch die Histologie-Präparate und die entsprechenden Berichte zu edieren. Im Weiteren trage die Beklagte in analoger Anwendung von Art. 8 des Zivilgesetzbuches (ZGB) die Beweislast dafür, dass der Tod auf die vorbehaltene Herzerkrankung zurückzuführen sei. Diesen Nachweis habe sie nicht erbracht, weshalb sie ihre Leistungspflicht im

überobligatorischen Bereich zu Unrecht verneint habe (Urk. 1).

3.2 Die Beklagte hat demgegenüber im Wesentlichen vor, dass beim verstorbenen Versicherten ein Gesundheitsvorbehalt für Herzerkrankungen angebracht worden sei. Er habe an einer hypertrophisch obstruktiven Kardiomyopathie (HOCM) gelitten. Am 28. September 2007 sei der Versicherte unerwartet aufgrund eines plötzlichen Herz- und Atemstillstandes verstorben. Als er an diesem Tag vom Jogging nach Hause gekommen sei, habe er gesagt, dass er sich nicht wohl fühle, sich auf das Sofa gesetzt und dann Blut erbrochen. Schliesslich habe er das Bewusstsein verloren und sei - trotz entsprechender Reanimationsbemühungen - verstorben. Die am 1. Oktober 2007 durchgeführte Autopsie habe Befunde ergeben, die exakt denjenigen eines HOCM-Patienten entsprechen. Der Autopsiebericht halte weiter fest, dass keine Befunde, die für eine andere potentielle Todesursache sprechen würden, gefunden worden seien, namentlich keine Schädigung des zentralen Nervensystems wie etwa eine Hirnläsion. Demzufolge müsse mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die HOCM ursächlich für den Tod des Versicherten gewesen sei (Urk. 5).

E. 4

4.1 Strittig und zu präzisieren, ist ob die Beklagte die Ausrichtung von überobligatorischen Leistungen an die Hinterbliebenen des Versicherten, die Klägerin 1 und den Kläger 2, unter Berufung auf den stipulierten Versicherungsvorbehalt zu Recht verweigert hat beziehungsweise ob die Klagen Anspruch auf überobligatorische Leistungen haben.

E. 4.2

4.2.1 Chefarzt Prof. Dr. med. B. von den C. hatte in seinem Bericht vom 28. Mai 2003 (Urk. 6/3) folgende Diagnosen erhoben:

- Hypertrophische Kardiomyopathie mit ausgeprägter mittventrikulärer Septumverdickung und nur geringer intraventrikulärer Obstruktion im Sinne eines Druckgradienten nach Belastung.

- Kein zusätzliches, prognostisch wesentliches Risikoprofil.

Der Versicherte habe angegeben, dass bei ihm schon vor Jahren eine Kardiomyopathie diagnostiziert worden sei. Vor drei Jahren sei er einmal plötzlich ohnmächtig geworden. Im übrigen habe er keine Beschwerden und sei sportlich recht aktiv. Der Versicherte nehme täglich eine Tablette Metoprolol 95 mg ein. Bezüglich Familienanamnese sei erwähnenswert, dass es bisher zu keinem plötzlichen Herztod gekommen sei. Die Mutter des Versicherten habe ebenfalls eine Kardiomyopathie und klagt über Herzrhythmusstörungen. Wegen der einmaligen Synkope empfehle sich als Schutz gegen eine hyperadrenerge Stimulation die Fortsetzung der Behandlung mit Metoprolol in bisheriger Weise. Der Versicherte könne sich normal belasten; Hochleistungs- und Wettkampfsport sollte jedoch vermieden werden.

Der Internist Dr. med. D. hatte in seinem Untersuchungsbericht (EKG und Ergometrie) vom 27. April 2005 (Urk. 6/2) folgendes Ergebnis festgehalten: Links präcordiale Repolstörung mit flach negativem T und angedeuteter horizontaler ST-Streckensenkung bei bekannter hypertrophischer [richtig: hypertrophischer] Kardiomyopathie.

und die Autopsie passten genau dazu.

Dr. med. M.____, Facharzt FMH für Innere Medizin, verneinte am 21. November 2009 die ihm gestellte Frage, ob man aus dem Autopsiebericht den Schluss ziehen könne, dass die Kardiomyopathie die Todesursache gewesen sei. Die Tatsache, dass der Verstorbene an einer Kardiomyopathie gelitten habe, bedeute nicht, dass er auch daran gestorben sei. Es sei ihm mitgeteilt worden, dass in der Familie des Versicherten zahlreiche Verwandte mütterlicher- und väterlicherseits an einem Hirnschlag gestorben seien. Diese Todesursache könne aufgrund des vorliegenden Autopsieberichts nicht ausgeschlossen werden (Urk. 2/14; vgl. zur Familienanamnese auch Urk. 2/15-17).

Dr. med. N.____, Klinikchef des H.____ des I.____ bestätigte am 12. Januar 2010, dass neben den drei bekannten Autopsieberichten (dem provisorischen Bericht vom 8. Oktober 2007, dem Abschlussbericht [rapport final] vom 13. November 2007 und dem berichtigten Abschlussbericht [rapport final rectificatif] vom 22. Januar 2008) keine weiteren Autopsieberichte vorhanden seien (zum Ganzen Sammelbeilage Urk. 6/7; inklusive Berichte).

E. 4.3

4.3.1 Vorweg ist festzuhalten, dass der Beklagten am 26. Mai 2005 gemachte Vorbehalt (Urk. 2/4) als gültig zu betrachten ist. Zwar benannte die Beklagte den gesundheitlichen Vorbehalt nicht explizit, sondern verwies auf die ihr vorliegenden ärztlichen Unterlagen, dies ändert jedoch nichts daran, dass für die Parteien des Versicherungsvertrages beziehungsweise den Versicherten und die Beklagte klar war, dass die diagnostizierte Herzkrankheit des Versicherten gemeint war, wie dies im Beiblatt zum fraglichen Schreiben auch noch ausdrücklich klargestellt wurde ("Vorbehalt: Herzerkrankungen"). Hinzu kommt, dass auch die Klagenden die Gültigkeit des Vorbehaltes nicht in Abrede stellen liessen und ihn auch inhaltlich (Ausschluss von Leistungen, falls Invalidität oder Tod auf die bekannte Herzkrankheit des Versicherten zurückzuführen sind) auf dieselbe Art interpretierten (vgl. etwa Urk. 1 S. 4). Somit kann festgehalten werden, dass der gemachte Vorbehalt von allen beteiligten Personen gleich ausgelegt wurde beziehungsweise wird, weshalb von übereinstimmenden Willenserklärungen auszugehen ist (vgl. E. 2.3). Es besteht vorliegend kein Anlass, davon abzuweichen.

4.3.2 Aus dem in Erwägung 4.2.2 wiedergegebenen Autopsiebericht (Urk. 2/12) ergibt sich, dass eine erhebliche Herzhypertrophie mit einer interstitiellen Fibrose und einer strukturellen Desorganisation im Septumbereich vorgelegen hat. Die Dres. E.____, F.____ und G.____ erklärten weiter, dass im zentralen Nervensystem keine signifikante makroskopische oder mikroskopische Läsion vorhanden gewesen sei. Das Vorliegen der strukturellen Desorganisation sowie das Fehlen von durch eine arterielle Hypertonie oder Aortenstenose bedingten Läsionen bestätigten die Diagnose einer hypertrophen Kardiomyopathie. Es sei kein Befund vorhanden, der für eine andere potentielle Ursache für den plötzlichen Tod (Koronararteriosklerose, Lungenembolie, Hämorrhagie, Hirn-Läsion) sprechen würde. Auch Dr. L.____ war klar der Ansicht, dass der Tod des Versicherten auf die Kardiomyopathie zurückzuführen sei. Der Autopsiebericht lasse nicht einmal den Hauch einer anderen Ursache vermuten. Die Vorgeschichte, die Umstände des Todes und die Ergebnisse der Autopsie passten genau dazu (Urk. 6/9).

Wie oben in Erwägung 2.4 ausgeführt wurde, ist im vorliegenden Verfahren der Entscheid nach dem Beweisgrad überwiegende Wahrscheinlichkeit zu fllen. Es mag zwar sein, dass bei rein theoretischer Betrachtungsweise nicht mit absoluter Sicherheit gesagt werden kann, dass der Versicherte tatsächlich an einem Herzleiden gestorben ist. Prof. Dr. J. ___ und Dr. M. ___ wiesen auf solche Zweifel hin (vgl. Urk. 2/13-14). Aber auch diese beiden Ärzte konnten keine andere Todesursache nennen, die plausibler oder wahrscheinlicher als ein Herztod gewesen wäre. Soweit Dr. M. ___ darauf hinwies, dass zahlreiche Familienmitglieder des Versicherten an einem Hirnschlag gestorben seien, steht fest, dass in der Autopsie deklariertemassen eben gerade keine Auffälligkeiten im zentralen Nervensystem gefunden worden sind namentlich auch keine Anzeichen einer Hirnrsion (vgl. Urk. 2/12).

Des Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass im vorliegenden Fall keine weiterführenden Beweismassnahmen in Betracht kommen. Namentlich ist daran zu erinnern, dass Dr. N. ___ als verantwortlicher Klinikchef des H. ___ des I. ___ ausdrücklich bestätigte, dass keine anderen als die bereits aktenkundigen Autopsieberichte vorhanden seien (vgl. Urk. 6/7). Auch auf den Beizug der (Rest)-Akten des Prozesses Nr. BV.2009.00026 in Sachen Z. ___ SA gegen die Beklagte kann vorliegend - entgegen des Antrages der Klagenden - verzichtet werden, enthalten diese Akten (soweit sie nach rechtskräftiger Erledigung jenes Prozesses nicht ohnehin an die Parteien zurückgesandt wurden) doch nichts, was zur Sachverhaltsermittlung von Bedeutung sein könnte.

Zusammenfassend ergibt sich, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit der Versicherte an den Folgen seiner lange bekannten Herzkrankheit (vgl. dazu auch Erw. 4.2.1) gestorben ist. Objektive Anzeichen für das Vorliegen anderer Todesursachen sind nicht auszumachen, obwohl solche (wie in fast jedem Fall) theoretisch möglich sein könnten. Aus dem Gesagten folgt, dass davon auszugehen ist, dass der Versicherte an den Folgen einer Herzkrankheit gestorben ist, für welche die Beklagte einen gültigen Versicherungsvorbehalt angebracht hatte, weshalb keine überobligatorischen Hinterlassenleistungen der beruflichen Vorsorge geschuldet sind.

4.3.3  Somnit sind die Klagen, soweit sie den überobligatorischen Bereich betreffen, abzuweisen. Die Klagenden haben aber - das ist zu Recht unbestritten - Anspruch auf die obligatorischen Leistungen. Insoweit sind die Klagen, soweit darauf einzutreten ist (vgl. Erw. 1.2.2), gutzuheissen.

4.4    In Bezug auf die dem Kläger 2 zustehende Waisenrente ist betreffend Rentenbeginn auf Art. 22 Abs. 1 BVG hinzuweisen. Danach entsteht der Anspruch auf Hinterlassenleistungen mit dem Tode des Versicherten, frühestens jedoch mit Beendigung der vollen Lohnfortzahlung. Da weder aus den vorliegenden Akten hervorgeht, wann die Lohnfortzahlung endete, noch entsprechende Ausführungen der Parteien vorliegen, kann der Rentenbeginn gerichtlich nicht festgestellt werden. Da aber zwischen den Parteien - wie ausgeführt - hinsichtlich der obligatorischen beruflichen Vorsorgeleistungen kein Streit besteht (und der Rentenbeginn auch nicht thematisiert wurde), kann auf weitergehende Abklärungen verzichtet werden (vgl. dazu nachfolgend auch Erw. 4.5).

4.5    Die Parteien machten hinsichtlich der Höhe der obligatorischen Leistungen keine detaillierten Ausführungen. Die Beklagte bezifferte die der Klägerin 1 zustehende Kapitalabfindung (anstelle der BVG-Minimalwitwenrente) auf Fr. 188'423.--

und die dem Kläger 2 zustehende BVG-Minimalweisenrente auf Fr. 2'466.-- pro Jahr (Urk. 5 S. 5; Urk. 6/5). Da die Klagenden zu diesen Zahlen keine Stellung genommen haben und die Beklagte zudem ihre Berechnungsgrundlagen im vorliegenden Verfahren nicht offengelegt hat, können die Klagenden nicht leichthin auf diesem Vortrag behaftet werden, wenngleich sie auf Duplik verzichtet haben (Urk. 10). Die Beklagte ist allerdings an die von ihr vorprozessual wie auch im Rahmen dieses Prozesses gemachten Zusagen im Sinne von Mindestleistungen gebunden. Es wären aber jedenfalls allfällige teuerungsbedingte Rentenanpassungen zu berücksichtigen (vgl. Art. 36 BVG).

Da überdies aufgrund der Parteivorträge und der Aktenlage nicht davon auszugehen ist, dass es zwischen den Parteien bei der Berechnung der unbestrittenen Obligatoriumsleistungen zu Differenzen kommen wird, ist die vorliegende Klage gegen die Beklagte gemäss ständiger Praxis (vgl. BGE 129 V 450) lediglich in dem Sinne teilweise gutzuheissen, dass die (auf das BVG-Obligatorium beschränkte) Leistungspflicht der Beklagten festzuhalten, die genaue ziffernmässige Berechnung der einzelnen Rentenbetreffnisse beziehungsweise der Kapitalabfindung hingegen der leistungspflichtigen Vorsorgeeinrichtung zu überlassen ist (wobei im Streitfalle wiederum eine Klage zulässig wäre).

5. Auf Invalidenleistungen sind Verzugszinsen geschuldet, wobei grundsätzlich Art. 105 Abs. 1 des OR anwendbar ist (BGE 119 V 131 ff.). Danach ist der Verzugszins erst vom Tage der Anhebung der Betreibung oder der gerichtlichen Klage an geschuldet.

Ob dieser Grundsatz analog auch hinsichtlich der von der Klägerin 1 geforderten Kapitalleistung Anwendung findet, weil insoweit kein Grund ersichtlich ist, den Zinsenlauf (im Sinne von Art. 104 Abs. 1 OR) früher beginnen zu lassen, nur weil eine Kapitalleistung anstatt einer eigentlich von Gesetzes wegen als Regelfall vorgesehenen Rentenleistung gewählt wurde, kann vorliegend offen bleiben. In den Akten ist nämlich kein Hinweis dafür enthalten, dass die Klägerin 1 die Beklagte in Bezug auf die ihr zustehende Kapitalleistung aus der obligatorischen beruflichen Vorsorge im Sinne von Art. 102 Abs. 1 OR gemahnt hätte. Noch viel weniger besteht Anlass, den Verzugszinsenlauf - wie von den Klagenden beantragt - am 28. September 2007 beginnen zu lassen, liegt doch insbesondere kein Verfalltagsgeschäft im Sinne von Art. 102 Abs. 2 OR vor.

Der Klagenden liessen am 29. November 2010 Klage erheben (Urk. 1), womit ihnen ab 29. November 2010 Verzugszinsen von 5 % für die bis zu diesem Zeitpunkt fällig gewordenen Betreffnisse und für die übrigen ab dem jeweiligen Fälligkeitsdatum zuzusprechen sind.

E. 6

6.1 Nach § 34 Abs. 1 GSVGer hat die obsiegende klagende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer). Da die Klagenden (bei rein formeller Betrachtung) vorliegend teilweise obsiegen, nämlich soweit ihnen Leistungen aus der obligatorischen beruflichen Vorsorge zustehen, stünde ihnen grundsätzlich eine - angesichts des Verhältnisses zwischen Obsiegen und Unterliegen - stark reduzierte Prozessentschädigung zu. Da die Beklagte ihre Leistungspflicht hinsichtlich der obligatorischen Hinterlassenenleistungen von Anfang an (vorprozessual und im

vorliegenden Klageverfahren) anerkannte, mithin diese Leistungen stets unbestritten waren, rechtfertigt es sich aber nicht, den Klagenden diesbezüglich eine Prozessentschädigung zuzusprechen.

6.2. Art. 73 Abs. 2 BVG schliesst einen Anspruch der obsiegenden Versicherungsträgerin auf eine Prozessentschädigung zwar nicht aus. Indes werden den Trägern der beruflichen Vorsorge gemäss BVG beziehungsweise den mit öffentlichrechtlichen Aufgaben betrauten Organisationen in Anlehnung an die Rechtsprechung zu Art. 159 Abs. 2 des bis Ende 2006 in Kraft gestandenen Bundesgesetzes über die Organisation der Bundesrechtspflege (Bundesrechtspflegegesetz/OG) praxisgemäss keine Parteientschädigungen zugesprochen. Es besteht kein Grund, bei der Beklagten - trotz ihres Antrages - anders zu verfahren (vgl. BGE 128 V 133 E. 5b, 126 V 150 E. 4a, 118 V 169 E. 7 und 117 V 349 E. 8, mit Hinweisen; vgl. auch BGE 122 V 125 E. 5b und 320 E. 1a und b sowie 112 V 356 E. 6).

Das Gericht erkennt:

1. In teilweiser Gutheissung der Klagen wird die Beklagte verpflichtet, den Klägern im Sinne der Erwägungen die obligatorischen Hinterlassenenleistungen (Kapitalleistung beziehungsweise Rente) auszurichten, zuzüglich Verzugszins von 5 % für die bis zum 29. November 2010 geschuldeten Betreffnisse ab diesem Datum und für die restlichen ab dem jeweiligen Fälligkeitsdatum. Im Übrigen werden die Klagen abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Es werden keine Prozessentschädigungen zugesprochen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Alex Wittmann und Rechtsanwalt Robin Moser

- BVG-Sammelstiftung Swiss Life

- Bundesamt für Sozialversicherungen

5. Gegen diesen Entscheid 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.