

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2011.00029 vom 6. Dezember 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-12-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_BV.2011.00029

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2011.00029 du 6 décembre 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2011.00029 del 6 dicembre 2011

Erwägungen

E. 1

1.1. X., geboren 1962, arbeitete ab 1. April 2005 als Kundenberater im Aussendienst bei der Y.-Versicherungsgesellschaft und war bei der Vorsorgeeinrichtung 1 der Y. Versicherungsgruppe (nachfolgend: Y.) vorsorgeversichert. Per 31. Dezember 2005 wurde das Arbeitsverhältnis - laut Arbeitgeberbericht zuhanden der Invalidenversicherung vom 27. April 2006 wegen mangelnder Leistung (vgl. Urk. 2/17 Dokument 7) - aufgelöst (vgl. auch Kündigungsschreiben, Urk. 2/2/5). Anschliessend bezog X. im Januar 2006 Arbeitslosenentschädigung und war damit bei der Stiftung Auffangeinrichtung BVG vorsorgeversichert (Urk. 2/2/12 und Urk. 2/17 Dokument 6 S. 8). Mit Verfügung vom 14. Dezember 2007 sprach ihm die IV-Stelle Aargau eine ganze Rente mit Wirkung ab 1. Januar 2007 zu. Dabei ging die IV-Stelle Aargau von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ab 1. Januar 2006 aus, was das Versicherungsgericht des Kantons Aargau mit Entscheid vom 21. Mai 2008 bestätigte (Urk. 2/17 Dokument 55 Erw. 3.5).

1.2. Mit Schreiben vom 2. Juli 2007 (Urk. 2/13/7) trat die Y. wegen Verletzung der Anzeigepflicht vom überobligatorischen Vorsorgevertrag zurück. Gleichzeitig lehnte sie ihre Pflicht zur Ausrichtung von vorsorgerechtlichen Invalidenleistungen ab, da der Versicherte ab 1. Januar 2006 nicht mehr bei ihr, sondern bei der Stiftung Auffangeinrichtung BVG versichert gewesen sei. Letztere wiederum sprach X. ab 1. Januar 2007 eine Rente aus der beruflichen Vorsorge für arbeitslose Personen zu (Schreiben vom 11. Juli 2008, Urk. 2/2/12).

E. 1.3

1.3.1. Gemäss Art. 4 VVG hat der Antragsteller dem Versicherer an Hand eines Fragebogens oder auf sonstiges schriftliches Befragen alle für die Beurteilung der Gefahr erheblichen Tatsachen, soweit und so, wie sie ihm beim Vertragsabschluss bekannt sind oder bekannt sein müssen, schriftlich mitzuteilen (Abs. 1). Erheblich sind diejenigen Gefahrstatsachen, die geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers, den Vertrag überhaupt oder zu den vereinbarten Bedingungen abzuschliessen, einen Einfluss auszuüben (Abs. 2). Die Gefahrstatsachen, auf welche die schriftlichen Fragen des Versicherers in bestimmter, unzweideutiger Fassung gerichtet sind, werden als erheblich vermutet (Abs. 3). Gefahrstatsachen im Sinne des Art. 4 VVG sind alle Tatsachen, die bei der Beurteilung der Gefahr in Betracht fallen und den Versicherer demzufolge über den Umfang der zu deckenden Gefahr aufklären können; dazu sind nicht nur jene Tatsachen zu rechnen, welche die Gefahr verursachen, sondern auch solche, die bloss einen Rückschluss auf das Vorliegen von Gefahrenursachen gestatten. Die Anzeigepflicht des

Antragstellers ist indessen nicht umfassend. Sie beschränkt sich auf die Angabe jener Gefahrstatsachen, nach denen der Versicherer ausdrücklich und unzweideutig gefragt hat; der Antragsteller ist daher ohne entsprechende Fragen nicht verpflichtet, von sich aus über bestehende Gefahren Auskunft zu geben (BGE 134 III 511 Erw. 3.3.2).

1.3.2.2 Wann die Anzeigepflicht verletzt ist, beurteilt sich verschuldensunabhängig nach subjektiven und objektiven Kriterien. Der Antragsteller hat dem Versicherer in Beantwortung entsprechender Fragen nicht nur die ihm tatsächlich bekannten (von seinem positiven Wissen erfassten) erheblichen Gefahrstatsachen mitzuteilen, sondern auch diejenigen, die ihm bekannt sein müssen. Damit stellt das Gesetz ein objektives (vom tatsächlichen Wissen des Antragstellers über den konkreten Sachverhalt unabhängiges) Kriterium auf, bei dessen Anwendung jedoch die Umstände des einzelnen Falles, insbesondere die persönlichen Eigenschaften (Intelligenz, Bildungsgrad, Erfahrung) und die persönlichen Verhältnisse des Antragstellers, zu berücksichtigen sind. Entscheidend ist somit, ob und inwieweit ein Antragsteller nach seiner Kenntnis der Verhältnisse und gegebenenfalls nach den ihm von fachkundiger Seite erteilten 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 Erw. 3.3.3 S. 514 mit Hinweisen).

1.3.3.1 Gemäss Art. 4 Abs. 3 VVG wird vermutet, dass die Gefahrstatsachen, auf welche die schriftlichen Fragen des Versicherers "in bestimmter, unzweideutiger Fassung gerichtet sind", erheblich sind. Damit stellt das Gesetz eine widerlegbare Rechtsvermutung für die Erheblichkeit derjenigen Tatsachen auf, über die der Versicherer mit den schriftlichen Fragen Auskunft verlangt. Sinn und Tragweite der gestellten Fragen sind nach demselben Auslegungsgrundsätzen zu ermitteln, wie sie für Verträge gelten, somit nach dem Grundsatz von Treu und Glauben (Vertrauensprinzip) sowie unter Berücksichtigung der speziell für den Versicherungsvertrag im Gesetz (Art. 4 Abs. 3 VVG) statuierten Erfordernisse der Bestimmtheit und Unzweideutigkeit der Fragenformulierung. Danach verletzt ein Versicherter die Anzeigepflicht, wenn er eine bestimmte und unzweideutig formulierte Frage zu den bei ihm bestehenden oder vorbestandenen gesundheitlichen Störungen verneint, denen er nach der ihm zumutbaren Sorgfalt Krankheitscharakter beimessen müsste. Hingegen würde es zu weit führen, wenn der Aufnahmebewerber vereinzelt aufgetretene Unmöglichkeiten, die er in guten Treuen als belanglose, vorübergehende Beeinträchtigungen des körperlichen Wohlbefindens betrachten darf und bei der gebotenen Sorgfalt nicht als Erscheinungsformen eines ernsthafteren Leidens beurteilen muss, anzuzeigen verpflichtet wäre. Das Verschweigen derartiger geringfügiger Gesundheitsstörungen begründet keine Verletzung der Anzeigepflicht (BGE 134 III 511 Erw. 3.3.4; Urteil des Bundesgerichts 9C_671/2008 vom 6. März 2009 E. 3.2.2).

1.4.1 Hat der Antragsteller beim Abschluss einer Versicherung eine für ihn erkennbare erhebliche Gefahrstatsache im dargelegten Sinn, nach der er ausdrücklich und in unzweideutiger Art gefragt worden war, unrichtig beantwortet oder verschwiegen, so steht dem Versicherer nach Art. 6 VVG (in der bis Ende 2005 gültig gewesenen, hier anwendbaren Fassung) das Recht zu, binnen vier Wochen seit Kenntnis der Verletzung der Anzeigepflicht vom Vertrag zurückzutreten.

E. 2

2.1. Auf dem "Gesundheitsfragebogen für die Aufnahme in die Vorsorgeeinrichtung" (Urk. 2/13/5) beantwortete der Kläger sämtliche Fragen, insbesondere die folgenden beiden jeweils mit "Nein":

1. Bestehen bei Ihnen Gesundheitsstörungen, Unfallfolgen oder Anomalien?

2. Waren Sie in den letzten 3 Jahren in medizinischer Behandlung (Arzt, Physiotherapie, Psychotherapie usw.), die mehr als 4 Wochen dauerte, oder lassen Sie sich regelmäßigen Kontrollen unterziehen?

2.2. Im Rahmen der invalidenversicherungsrechtlichen Abklärungen zeigte sich, dass der Kläger aufgrund seiner verminderten psychischen Belastbarkeit lediglich noch an einem geschätzten Arbeitsplatz einsetzbar ist (Bericht der Berufsberatung vom 13. April 2007, Urk. 2/17 Dokument 29). In Ergänzung dazu führte Dr. med. A. ____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, zum Verlauf der psychischen Störung aus, der Kläger habe bereits mehrere schwere depressive Episoden gehabt. Es lasse daher mit einer ungünstigen Prognose gerechnet werden, weil die depressiven Phasen laufend stärker und hartnäckiger würden (Bericht vom 3. Mai 2007, Urk. 2/17 Dokument 34).

Für den vorliegend interessierenden Zeitraum bis April 2005 (Eintritt bei der Zürich Versicherung) stehen nur wenige medizinische Unterlagen zur Verfügung. Immerhin geht aus dem Bericht des Hausarztes, Dr. med. B. ____, FMH Innere Medizin, vom 18. Mai 2006 (Urk. 2/17 Dokument 11) hervor, dass der Kläger seit seinem 23. Lebensjahr eine psychische Störung hat, die der Arzt als "Depressive Entwicklung bei manisch-depressivem Kranksein" beschreibt. Weiter führte Dr. B. ____, aus, der Kläger habe ihn beim Auftreten der ersten manischen Phase im Jahr 1985 aufgesucht. Später habe er den Kläger aus den Augen verloren. Abgesehen von einer einmaligen Versicherungsuntersuchung im Jahr 2004 behandle er den Kläger erst wieder seit dem 13. Februar 2006. Zwischen 2000 und 2003 sei dieser bei Dr. A. ____ in Behandlung gewesen. Dieser gab im Bericht vom 24. Juli 2006 zuhanden der IV-Stelle an, der Kläger habe von Juli bis Oktober 2002 an schweren Depressionen gelitten, welche mittels Antidepressiva erfolgreich behandelt worden seien. Seither habe er keinen Kontakt mehr mit ihm gehabt (Urk. 2/17 Dokument 15; vgl. zum Ganzen auch Bericht von RAD-Arzt Dr. med. C. ____, Urk. 2/17 Dokument 17).

2.3. Aus den medizinischen Unterlagen geht unzweifelhaft hervor, dass der Kläger seit 1985 an einer manisch-depressiven Störung leidet. Seit Abschluss der Behandlung bei Dr. A. ____ im Oktober 2002 bis Anfang 2006 gelang es dem Kläger offenbar, ohne weitere medizinische Unterstützung auszukommen. Dr. B. ____ weist aber auch darauf hin, dass die gesundheitliche Situation den Kläger in einer normalen beruflichen Karriere behindert habe, da er sich rasch überfordert gefühlt und mehrere Stellenwechsel vorgenommen habe (vgl. Urk. 2/17 Dokument 11). Der Kläger musste sich bewusst sein, dass das berufliche Scheitern mit seiner gesundheitlichen Situation zu tun hatte. Er hätte diese Problematik gegenüber der Beklagten nicht verschweigen dürfen und die Frage nach dem Bestehen von Gesundheitsstörungen (Frage 1) bejahen lassen. Gerade weil seine psychischen Probleme in hohem Masse auch seine Berufskarriere beeinflussten, waren sie für die Beklagte von besonderem Interesse. Noch eindeutiger ist, dass der Kläger die Frage nach einer medizinischen Behandlung von mehr als 4 Wochen in den zurückliegenden 3 Jahren mit ja hätte beantworten lassen (Frage 2). Wie die

Beklagte zu Recht ausföhrte, liegt diese Behandlung (Juli bis Oktober 2002 wegen schweren Depressionen) innerhalb der Dreijahresfrist (vgl. Urk. 9 S. 4). Der Kläger wandte dagegen ein, es sei nicht klar, wie der Begriff der "medizinischen Behandlung", wie er in Frage 2 des Gesundheitsfragebogens verwendet werde, zu verstehen sei. Zumindest müsse eine gewisse Intensität der Arztbesuche vorliegen (Urk. 5 S. 2 unten). Wenn, wie vorliegend, eine schwere Depression über mehrere Monate medikamentös behandelt wird, dann ist dies ein relevanter medizinischer Sachverhalt, auf den die Frage 2 abzielt. Unbesehen davon, ob sich der Kläger anschliessend als "geheilt" betrachtete oder ob ihm die damalige Diagnose bekannt war (Urk. 5 S. 3), hätte er den Umstand, dass im Jahr 2002 eine antidepressive Behandlung stattfand, gegenüber der Beklagten erwähnen müssen.

E. 3

3.1 Nach dem Gesagten ist die Beklagte zu Recht von einer Anzeigepflichtverletzung ausgegangen. Nach Zustellung der IV-Akten am 8. Juni 2007 ist sie am 2. Juli 2007 innerhalb der Frist von 4 Wochen gemäss Art. 6 VVG vom überobligatorischen Vertrag zurückgetreten (Urk. 2/13/6-7). Der Kläger hat somit Anspruch auf die obligatorischen Leistungen aus beruflicher Vorsorge. Die Jahresrenten betragen per 1. Januar 2007 Fr. 13'260.-- und, erhört um den Teuerungsausgleich von 2.3 %, ab 1. Januar 2011 Fr. 13'565.-- (Urk. 9 S. 8 und Urk. 10/2). Die Berechnung der Beklagten (Urk. 10/1; vgl. auch Versicherungsausweis, Urk. 6) entspricht den gesetzlichen Bestimmungen (Art. 16 und 24 BVG) und wurde vom Kläger nicht bestritten (vgl. Urk. 15 S. 4).

3.2 Dem Kläger wurden seitens der Stiftung Auffangeinrichtung (Schreiben vom 9. August 2011, Urk. 10/3) vom 1. Januar 2007 bis 30. Juni 2011 obligatorische Invalidenrenten im Gesamtbetrag von Fr. 39'354.20 ausgerichtet (1. Januar 2007 bis 31. Dezember 2010 Fr. 8'723.10/Jahr; 1. Januar 2011 bis 30. Juni 2011 Fr. 8'923.60/Jahr). Die Rückzahlung dieses Betrages an die Stiftung Auffangeinrichtung durch die Beklagte ist unbestritten und offenbar bereits erfolgt (Urk. 15 S. 5).

Die Beklagte ist somit zu verpflichten, dem Kläger ab 1. Januar 2007 eine jährliche Invalidenrente von Fr. 13'260.-- und ab 1. Januar 2011 eine solche von Fr. 13'565.-- zu bezahlen. Für die Zeit vom 1. Januar 2007 bis 31. Dezember 2010 ist der Differenzbetrag zwischen den von der Stiftung Auffangeinrichtung ausgerichteten Rentenbeträgen und denjenigen der Beklagten in der Höhe von monatlich Fr. 378.10 [(Fr. 13'260.-- - Fr. 8'723.--) : 12] bzw. vom 1. Januar 2011 bis 30. Juni 2011 von monatlich Fr. 386.80 [(Fr. 13'565.-- - Fr. 8'923.60) : 12] geschuldet. Auf dem Betrag, der bis zur Klageeinleitung fällig geworden ist, sind ab dem 26. November 2008 und auf den seither fällig gewordenen Beträgen (bis am 30. Juni 2011 auf den Differenzbeträgen) ab dem jeweiligen Fälligkeitsdatum Verzugszinsen von 5 % zu bezahlen (Art. 105 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 104 Abs. 1 OR).

4. Der Kläger macht ferner geltend, er habe eine Freizeitleistung von Fr. 73'885.-- eingebracht, wovon Fr. 47'831.-- für den Einkauf in die obligatorischen Leistungen verwendet worden seien. Wenn die Beklagte nur die obligatorischen Leistungen ausbezahlen wolle, müsse ihm der Differenzbetrag zurückersetzt werden (Urk. 15 S. 4; vgl. auch Versicherungsausweis, Urk. 6). Diesem Ansinnen kann nicht entsprochen werden. Nach Art. 2 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Freizeitleistung in der

beruflichen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (FZG) besteht nach Eintritt des Vorsorgefalles kein Anspruch, auch nicht teilweise, auf eine Austrittsleistung. Der Kläger hat nach Erreichen des ordentlichen Pensionsalters Anspruch auf eine Altersrente (Ziffer 3.13 Abs. 6 und Ziffer 3.8 Abs. 2 des Reglements 2006, Urk. 13/3), welche sich aufgrund des Altersguthabens berechnet. Die eingebrachte Freizügigkeitsleistung erhöht die Altersrente und dient damit der Erhaltung des Vorsorgeschatzes.

5. Die zur unentgeltlichen Rechtsvertreterin bestellte Rechtsanwältin Anita Hug wurde im Verfahren BV.2008.00109 mit Fr. 2'000.-- entschädigt. In Berücksichtigung der für das vorliegende Verfahren notwendigen zusätzlichen Aufwendungen erscheint eine ermessensweise festgesetzte Gesamtentschädigung von Fr. 3'200.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) angemessen.

Der Kläger obsiegte in der Frage der leistungspflichtigen Vorsorgeeinrichtung, unterlag indessen mit dem Anspruch auf überobligatorische Leistungen, was gesamthaft als halftiges Obsiegen zu werten ist. Die Beklagte hat demnach die Hälfte der Prozessentschädigung im Betrag von Fr. 1'600.-- zu tragen. In Verrechnung mit der bereits an Rechtsanwältin Hug im Rahmen des vorangegangenen Verfahrens bezahlten Entschädigung von Fr. 2'000.-- hat die Beklagte Fr. 400.-- an die Gerichtskasse zurückzahlen und den Restbetrag von Fr. 1'200.-- an Rechtsanwältin Hug zu bezahlen.

Das Gericht erkennt:

1. In teilweiser Gutheissung der Klage wird die Beklagte verpflichtet, dem Kläger ab dem 1. Januar 2007 eine jährliche Invalidenrente von Fr. 13'260.-- und ab 1. Januar 2011 eine solche von Fr. 13'565.-- zu bezahlen (vom 1. Januar 2007 bis 31. Dezember 2010 den Differenzbetrag zwischen den von der Stiftung Auffangeinrichtung ausgerichteten Rentenbeträgen und denjenigen der Beklagten in der Höhe von monatlich Fr. 378.10 bzw. vom 1. Januar 2011 bis 30. Juni 2011 von monatlich Fr. 386.80), zusätzlich Zinsen zu 5 % ab dem 26. November 2008 auf den bis zu diesem Datum (Klageeinleitung) fällig gewordenen Beträgen und ab dem jeweiligen Fälligkeitsdatum auf den seither fällig gewordenen Beträgen (bzw. bis am 30. Juni 2011 auf den entsprechenden Differenzbeträgen). Im Mehrbetrag wird die Klage abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Prozessentschädigung an die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Klägers, Rechtsanwältin Anita Hug, Baden, wird auf insgesamt Fr. 3'200.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) festgesetzt. Davon hat die Beklagte Fr. 1'600.-- zu tragen, wobei sie unter Berücksichtigung der bereits erfolgten Zahlung von Fr. 2'000.-- durch die Gerichtskasse im Verfahren BV.2008.00109 in Sachen der Parteien verpflichtet wird, der Rechtsvertreterin des Klägers direkt Fr. 1'200.-- und der Gerichtskasse Fr. 400.-- zu bezahlen.

Der Kläger wird auf Art. 16 Abs. 4 GSVG hingewiesen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Anita Hug

- Rechtsanwalt Hans-Peter Stämpfer

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (nach Eintritt der Rechtskraft)

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.