Tribunale federale
Tribunal federal

{T 7}
B 163/06

Urteil vom 11. Februar 2008
II. sozialrechtliche Abteilung

Besetzung
Bundesrichter U. Meyer, Präsident,
Bundesrichter Borella, Seiler,
Gerichtsschreiber Attinger.

Parteien
S._____, 1948, Beschwerdeführerin,
vertreten durch Advokat Dr. Matthias Aeberli,
Freie Strasse 82, 4010 Basel,

gegen

Winterthur Leben, General-Guisan Strasse 40, 8401 Winterthur, Beschwerdegegnerin.

Gegenstand
Berufliche Vorsorge,

Verwaltungsgerichtsbeschwerde gegen den Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft
vom 16. August 2006.

Sachverhalt:
A.
Mit Schreiben vom 22. Dezember 2003 trat die Winterthur Leben zufolge Anzeigepflichtverletzung von dem am 20. November 2000 mit S._____ abgeschlossenen, fondsgebundenen Lebensversicherungsvertrag zurück. Nachdem das Friedensrichteramt X._____ eine Klage der S._____ zuständigkeitshalber an das Kantonsgericht Basel-Landschaft in seiner Eigenschaft als Berufsvorsorgegericht weitergeleitet und sich dieses mit unangefochten gebliebenem Beschluss vom 8. Juli 2005 für zuständig erklärt hatte, wies es die Klage mit Entscheid vom 16. August 2006 ab.
B.
S._____ lässt Verwaltungsgerichtsbeschwerde führen mit dem Rechtsbegehren, die Winterthur Leben sei zur Zahlung von Fr. 5790.-, nebst Zins zu 5 % seit 1. Dezember 2003, zu verpflichten.
Während kantonales Gericht und Bundesamt für Sozialversicherungen auf eine Vernehmlassung verzichten, hat die Winterthur Leben innert angesetzter Frist keine Stellungnahme eingereicht.

Erwägungen:

1.
Das Bundesgesetz über das Bundesgericht vom 17. Juni 2005 (BGG; SR 173.110) ist am 1. Januar 2007 in Kraft getreten (AS 2006 1205, 1243). Da der angefochtene Entscheid vorher ergangen ist, richtet sich das Verfahren noch nach OG (Art. 132 Abs. 1 BGG; BGE 132 V 393 E. 1.2 S. 395).
2.
Im Beschwerdeverfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen ist die Überprüfungsbefugnis nicht auf die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich Überschreitung oder Missbrauch des Ermessens beschränkt, sondern sie erstreckt sich auch auf die Angemessenheit der angefochtenen Ver-

fügung; das Gericht ist dabei nicht an die vorinstanzliche Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts gebunden und kann über die Begehren der Parteien zu deren Gunsten oder Ungunsten hinausgehen (Art. 132 OG in der ab 1. Juli 2006 gültigen Fassung).
3.
3.1 Das Bundesgericht überprüft die richtige Behandlung der Prozessvoraussetzungen, wozu auch die sachliche Zuständigkeit gehört, von Amtes wegen und ohne Bindung an die Parteianträge (BGE 121 V 112 S. 115). Der Beschluss vom 8. Juli 2005, mit dem das Kantonsgericht seine Zuständigkeit bejaht hat und der von den Parteien nicht angefochten wurde, ist als Zwischenentscheid der Rechtskraft nicht zugänglich und schon von daher für das Bundesgericht nicht verbindlich.
3.2 Der Streitsache liegt die - auf Antrag vom 20. November 2000 hin ausgestellte - Versicherungspolice Nr. ... vom 22. Dezember 2000 mitsamt Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) zu Grunde. Es handelt sich um eine fondsgebundene Lebensversicherung der gebundenen Vorsorge im Sinne der Säule 3a (ẄinLifeFund 3a"). Die versicherten Leistungen betragen im Erlebensfall am 1. Dezember 2010 (Vollendung des 62. Altersjahrs) den Gegenwert der Fondsanteile in Schweizer Franken, im Todesfall vor dem 1. Dezember 2010 mindestens Fr. 55'513.- und bei Erwerbsunfähigkeit die Prämienbefreiung für die gesamte Prämie (bis zum 30. November 2010, bei einer Wartezeit von 24 Monaten). Die Versicherung wird mit einer Jahresprämie von Fr. 5790.- finanziert.
Als gebundene Vorsorgeversicherungen bei Versicherungseinrichtungen gelten besondere Kapital- und Rentenversicherungen auf den Erlebens-, Invaliditäts- oder Todesfall, einschliesslich allfälliger Zusatzversicherungen für Unfalltod oder Invalidität, die a) mit einer der Versicherungsaufsicht unterstellten oder mit einer öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtung gemäss Art. 67 Abs. 1 BVG abgeschlossen werden und b) ausschliesslich und unwiderruflich der Vorsorge dienen (Art. 1 Abs. 1 lit. a und Abs. 2 BVV 3). Es handelt sich hiebei um eine vom Bundesrat in Zusammenarbeit mit den Kantonen anerkannte und steuerlich begünstigte Vorsorgeform im Sinne des Art. 82 Abs. 2 BVG. Streitigkeiten mit Einrichtungen, welche sich aus der Anwendung von Art. 82 Abs. 2 BVG ergeben, fallen in die Zuständigkeit der Berufsvorsorgegerichte (Art. 73 Abs. 1 lit. b BVG, in der Fassung gemäss Ziff. I des Bundesgesetzes vom 3. Oktober 2003 [1. BVG-Revision], in Kraft seit 1. Januar 2005 [AS 2004 1677, 1700; BBl 2000 2637]). Gestützt auf diese Bestimmung hat das kantonale Gericht seine Zuständigkeit zu Recht bejaht. Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat denn auch in einem Urteil vom 21. Dezember 2006 (B 78/06), ebenfalls die Beschwerdegegnerin
betreffend, seine Zuständigkeit zur Beurteilung einer Vorbehaltsstreitigkeit im Zusammenhang mit einem Vertrag aus gebundener Lebensversicherung bejaht. Daran ist festzuhalten.
4.
Streitig und in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht (E. 2) frei zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin die Anzeigepflicht verletzte, was die Beschwerdegegnerin bejahendenfalls berechtigte, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten.
4.1 Das kantonale Gericht hat in zutreffender Anwendung des Verweises in Ziff. 1.1 AGB WinLifeFund 3a auf das VVG als subsidiärer Rechtsquelle die Grundsätze gemäss der Rechtsprechung zu Art. 4 ff. VVG in allen Teilen korrekt dargelegt. Darauf wird verwiesen.
4.2 Die Vorinstanz ist im Lichte der im Versicherungsantrag vom 20. November 2000 gestellten Fragen 8, 9 und 12 zum Schluss gekommen, dass die Beschwerdeführerin damals bereits dreimal wegen gastritischen Beschwerden beim Hausarzt gewesen war. Dabei habe sie sich rezeptpflichtige Medikamente verschreiben lassen. Es sei daher davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin doch ernsthaftere gesundheitliche Probleme aufwies und ihr die eigene gesundheitliche Situation bewusst gewesen sein musste, umso mehr, als sie am gleichen Tag, an dem sie den Antrag unterzeichnete, noch Medikamente beim Hausarzt bezog. Sie hätte deshalb die Frage 8 nach irgendwelchen gesundheitlichen Störungen und die Frage 9 nach Krankheiten und Störungen in den letzten 10 Jahren sowie die Frage 12, ob sie in ärztlicher oder medizinischer Behandlung stehe, nicht mit ñeinb̈eantworten dürfen. Ob die Medikamenteneinnahme als regelmässig im Sinne der weiteren Frage 13 zu beurteilen sei, könne offen bleiben. Auf Grund der Akten und der gerichtlichen Zeugen- und Auskunftspersonenbefragung (Sohn D._____ und der beim Versicherungsabschluss beratende C._____) sei auch nicht von einer Falschauskunft des Versicherungsvertreters auszugehen; namentlich sei unklar
geblieben, welche Medikamente die Beschwerdeführerin dem Versicherungsvertreter gezeigt habe. Zumindest ihre gastritischen Beschwerden hätte sie bei der Beantwortung der Fragen 8, 9 und 12 des Versicherungsantrages angeben müssen; von einer unklaren Fragestellung könne nicht gesprochen werden. Das Anmeldeformular

enthalte ausdrücklich den Hinweis, dass jede Frage einzeln und genau beantwortet werden müsse und dass von der Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben die Gültigkeit des Vertrages abhänge. Die Unterzeichner des Antrages seien daher für die Richtigkeit der Erklärungen verantwortlich, selbst wenn sie von einer anderen Person niedergeschrieben worden seien. Die Beschwerdeführerin habe sich also beim Ausfüllen des Antrages bewusst sein müssen, welche Konsequenzen eine allfällige Falschbeantwortung nach sich ziehe. Es liege somit eine Anzeigepflichtverletzung vor, ohne dass der auf den 1. Januar 2006 hin vorgenommenen Revision des VVG nachgegangen werden müsse, sei doch diese Gesetzesänderung in intertemporalrechtlicher Hinsicht nicht anwendbar.

Die Beschwerdeführerin wendet hiegegen ein, wie sich aus der Bestätigung des Dr. med. H._____, FMH Allgemeine Medizin, vom 12. Dezember 2006 unmissverständlich ergebe, habe sie diesen am 3. Juli 2000 aufgesucht, weil sie Arzneimittel für die Reiseapotheke benötigte. Bei dieser Gelegenheit habe sie über Magenbrennen geklagt und den Arzt gebeten, ihr ein Mittel dagegen zu verschreiben. Da es sich offensichtlich nicht um ein gravierendes Problem gehandelt habe, habe der Arzt ihr auf Grund der detaillierten Schilderung der Beschwerden nach kurzer Unterredung und ohne medizinische Untersuchung das entsprechende Heilmittel verschreiben können (Spasmocanulase für die Verdauung, Agopton gegen die Magensäure). Dr. med. H._____ bestätige ausdrücklich den Charakter der geklagten Beschwerden als eine belanglose, vorübergehende Beeinträchtigung. Bei den weiteren Besuchen am 3. und 20. November 2000 habe er der Beschwerdeführerin ohne vorgängige Untersuchung lediglich weitere Rezepte ausgestellt. Die im Schreiben vom 27. November 2003 der Beschwerdegegnerin mitgeteilte Diagnose von funktionellen gastrointestinalen Beschwerden im Sinne einer nicht ulzerösen Dyspepsie und Verdacht auf depressive Krankheitsverarbeitung habe er erst
nachträglich (Ende 2001), und nicht schon anlässlich der Konsultation vom 3. Juli 2000 gestellt. Mit der seine Angaben vom 9. Januar 2006 nochmals präzisierenden Bestätigung vom 12. Dezember 2006 werde deutlich, dass der Ärztbesuchvom 3. Juli 2000 der Beschwerdegegnerin nicht hätte gemeldet werden müssen. Die Vorinstanz habe hier offensichtlich falsche Schlüsse gezogen, indem sie auf Grund der Verschreibung von rezeptpflichtigen Medikamenten und einer Diagnose, die in Tat und Wahrheit rund eineinhalb Jahre nach diesem Arztbesuch gestellt worden sei, auf eine eingehende vorgängige Untersuchung der Beschwerdeführerin geschlossen habe. Im Übrigen wäre nach Aussagen des Versicherungsvertreters C._____, laut dem Magenbrennen heute keine nennenswerte Krankheit mehr sei, und auch auf Grund der Angaben des D._____ die Versicherung selbst bei Angabe der Magenbeschwerden abgeschlossen worden; die Medikamente gegen das Magenbrennen seien nicht relevant, vielmehr nur solche Beschwerden, die zu einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als zwei Wochen führten. Aus diesen Angaben und denjenigen der Beschwerdeführerin ergebe sich, dass die Arztbesuche vom 3. Juli und 20. November 2000 nicht anzeigepflichtig gewesen wären. Weder von ärztlicher
Untersuchung noch ärztlicher Behandlung im Sinne der von der Rechtsprechung entwickelten Begriffsumschreibung könne hier gesprochen werden. Tatsachenwidrig sei ferner, wenn die Vorinstanz die Erteilung falscher Auskünfte durch den Versicherungsvertreter verneine. Des Weitern sei der Versicherungsantrag von C._____ selbst ausgefüllt worden, welcher Vorgang für beide Versicherungsanträge (einschliesslich denjenigen für den Sohn) rund zehn Minuten gedauert habe. Selbst wenn man jedoch von einer Anzeigepflicht der beiden Arztbesuche vom 3. Juli und 20. November 2000 sowie der Medikamenteneinnahme ausgehen wollte, sei die Beschwerdeführerin einer solchen vollumfänglich nachgekommen, habe sie doch auf dem Antragsformular angegeben, dass sie anfangs November 2000 Dr. med. H._____ aufgesucht habe. Dem Versicherungsvertreter (Abschlussagent) habe sie das gelegentliche Magenbrennen und die deswegen eingenommenen Medikamente mitgeteilt; sie habe C._____ die Medikamente gezeigt und ihm auch gesagt, am gleichen Tag Dr. med. H._____ zwecks Verschreibung der Medikamente aufgesucht zu haben. Auf Grund der glaubwürdigen Angaben des C._____ sei ihm als Abschlussagent und Versicherungsvertreter das von der Beschwerdeführerin
mitgeteilte Wissen anzurechnen, und es sei völlig realitätsfremd, der Beschwerdeführerin vorzuhalten, dass sie entgegen der ausdrücklichen Empfehlung ihres Versicherungsberaters hätte darauf bestehen müssen, das Magenbrennen und die deswegen eingenommenen Medikamente auf dem Antragsformular aufzuführen, habe sie doch auf diese ihr von fachkundiger Seite erteilten Aufschlüsse die (formularmässige) Frage des Versicherers in guten Treuen verneinen dürfen. In rechtlicher Hinsicht wird in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde argumentiert, eine Verletzung der Anzeigepflicht dürfe nach der Rechtsprechung und der Versicherungspraxis nur mit grösster Zurückhaltung angenommen werden. Die Beschwerdeführerin habe dem Versicherungsvertreter gegenüber nichts verschwiegen oder beschönigt und auf dessen ausdrückliches Anraten hin die Fragen 8, 9

und 12 mit ïneinb̈eantwortet und ferner auf die Konsultation von anfangs November (gemeint 3. November) 2000 hingewiesen. Dadurch habe die Beschwerdegegnerin gewusst, dass die Beschwerdeführerin in ärztlicher Behandlung stehe, weshalb sie bei Dr. med. H._____ unter minimalem Aufwand hätte rückfragen können. Mangle es somit aber an einer Anzeigepflichtverletzung, stehe der - erwerbsunfähig gewordenen - Beschwerdeführerin die versicherte Prämienbefreiung (Rückerstattung der im November 2003 für das Jahr 2004 schon bezahlten Jahresprämie von Fr. 5790.-) zu.
4.3 Es steht fest, dass die Fragen 8, 9 und 12 des Versicherungsantrages vom 20. November 2000 mit ïneinünd damit zumindest die Fragen 8 und 12 eindeutig falsch beantwortet worden sind; bei der Beschwerdeführerin bestanden in jenem Zeitpunkt tatsächlich ïrgendwelche gesundheitlichen Störungenünd sie stand seit Juli 2000 ïn ärztlicher Behandlung.̈ Das wiederholte Aufsuchen eines Arztes zum Zwecke der Verschreibung eines Medikaments ist fraglos ärztliche Behandlung, und zwar auch und gerade im Sinne des normalen Sprachgebrauchs durch den juristischen Laien. Die mehrmalige Inanspruchnahme ärztlichen Rates ist gegenteils Ausdruck eines gewissen Leidensdruckes und damit der Krankheitswertigkeit des geklagten Zustandes, was auch daraus ersichtlich wird, dass bagatelläre Beschwerden häufig zunächst durch Selbstbehandlung angegangen werden. Dies dürfte gerade bei Magenproblemen oft der Fall sein (rezeptfreie Medikamente, Hausmüsterchen). Vorliegend kommt massgeblich hinzu, dass die Behandlung im Zeitpunkt der Antragstellung immer noch andauerte. Die wiedergegebenen Vorbringen in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde vermögen diese insofern klare Sachlage nicht aus der Welt zu schaffen.
Fragen kann man sich im Grunde nur, ob die Beschwerdeführerin wegen des Verhaltens des Versicherungsvertreters C._____, welcher sie bei der Erstellung des Versicherungsantrages beriet, zufolge erweckten Vertrauens berechtigt war, einen in dieser Weise - objektiv - fehlerhaften Versicherungsantrag zu unterzeichnen und in ihrem Namen einreichen zu lassen. Die Frage ist mit der Vorinstanz eindeutig zu verneinen. Davon abgesehen, dass die Zeugenaussagen des C._____ vom 16. August 2006 über weite Strecken unbestimmt, unklar und zum Teil widersprüchlich sind - so gab er einerseits an, nicht zu wissen, dass die Beschwerdeführerin Medikamente nehme (Verhandlungsprotokoll S. 1 unten), um dann anderseits auszuführen, die Beschwerdeführerin habe ihm die Medikamente gezeigt, die sie einnehme (Verhandlungsprotokoll S. 2 oben) -, sind seine am 20. November 2000 (im Zusammenhang mit der formularmässigen Beantwortung der Fragen zum Gesundheitszustand) gegebenen Erläuterungen durch die damaligen Angaben der Beschwerdeführerin beeinflusst worden. Wenn nämlich der Sohn D._____ vor Kantonsgericht als Auskunftsperson bestätigte, seine Mutter habe dem Versicherungsberater g̈esagt, dass sie beim Arzt Medikamente für die Ferien geholt habe wegen Magenbrennen̈(Verhandlungsprotokoll S. 2 Mitte), ist dies nur die halbe Wahrheit, wie die erneuten Arztbesuche vom 3. und 20. November 2000 zeigen. Der Eintrag des Dr. med. H._____ in die Skizze des Krankheits- und Behandlungsverlaufs vom 9. Januar 2005 (recte wohl 2006) weist im Übrigen einwandfrei aus, dass schon am 3. November 2000 von einer Gastritis und Refluxösophagitis gesprochen werden musste, zu deren Behandlung der Arzt 2 x 28 Tabletten P̈ariet 20 mgäbgab, womit auch eine über längere Zeit hin sich erstreckende Therapie im massgeblichen Zeitraum ausgewiesen ist. Wenn die Beschwerdeführerin aber ihrerseits den Versicherungsvertreter nur unvollständig informierte, kann sie nichts aus seinen auf dieser Basis erteilten Ratschlägen und Empfehlungen ableiten. Zu einer Meldung der schon seit Sommer 2000 bestehenden rezidivierenden Magenbeschwerden bestand auch deswegen aller Anlass, weil dieses Leiden sehr oft mit psychischen Störungen einhergeht, wie sie denn im Falle der Beschwerdeführerin kurze Zeit später auch auftraten und zur Invalidisierung führten.
5.
Zusammengefasst ergibt sich, dass das kantonale Gerichtsurteil weder in rechtlicher noch tatsächlicher Hinsicht zu beanstanden ist.
6.
Das Verfahren ist kostenfrei (Art. 134 Abs. 1 OG in der vom 1. Juli bis 31. Dezember 2006 gültig gewesenen Fassung).

Demnach erkennt das Bundesgericht:

1.
Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird abgewiesen.
2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3.
Dieses Urteil wird den Parteien, dem Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht, und dem Bundesamt für Sozialversicherungen schriftlich mitgeteilt.
Luzern, 11. Februar 2008

Im Namen der II. sozialrechtlichen Abteilung
des Schweizerischen Bundesgerichts

Der Präsident: Der Gerichtsschreiber:

Meyer Attinger