



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 14. November 2013

Berufliche Vorsorge

Revision einer Invalidenrente im Rahmen eines Lebensversicherungsvertrages der gebundenen Vorsorge der Säule 3a

Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Kantonsrichter Markus Mattle, Gerichtsschreiberin Gisela Wartenweiler

Parteien A.____, Kläger, vertreten durch Dominik Zehntner, Advokat, Spalenberg 20, Postfach 1460, 4001 Basel

gegen

Helvetia Schweizerische Lebensversicherungsgesellschaft AG,
St. Alban-Anlage 26, 4002 Basel, Beklagte

Betreff Invalidenrente

A. Der 1959 geborene A.____ und die damalige Patria Schweizerische Lebensversicherungs-Gesellschaft in Basel (seit 18. September 2006: Helvetia Schweizerische Lebensversicherungsgesellschaft AG [Versicherung]) schlossen mit Wirkung per 1. Juni 1993 einen Lebensversicherungsvertrag im Rahmen der gebundenen Vorsorge der Säule 3a ab. Gemäss Police hat A.____ bei Erwerbsunfähigkeit Anspruch auf eine Rente von Fr. 18'000.-- pro Jahr und auf Prämienbefreiung. Mit Verfügung vom 22. November 2006 sprach die IV-Stelle dem

Versicherten ab 1. Februar 2006 gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 100 % eine ganze Invalidenrente zu. In der Folge richtete die Versicherung ab 1. Februar 2006 eine jährliche Rente von Fr. 18'000.-- aus und gewährte die volle Prämienbefreiung.

B. Im Rahmen eines Revisionsverfahrens teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit Vorbescheid vom 29. Oktober 2010 mit, dass sich sein gesundheitlicher Zustand gestützt auf das Gutachten der B.____ vom 8. März 2010 verbessert habe. Er habe deshalb ab 1. Januar 2010 nur noch Anspruch auf eine halbe Invalidenrente. Aufgrund der Einwände des Versicherten veranlasste die IV-Stelle ergänzende Abklärungen bei der B.____ und beim regionalen ärztlichen Dienst (RAD). Da die Ärzteschaft der B.____ keine Verbesserung des Gesundheitszustandes seit der Rentenzusprache nachweisen konnte, entschied die IV-Stelle am 8. März 2012, dem Versicherten weiterhin eine ganze Invalidenrente auszurichten.

C. Bereits am 7. September 2010 teilte die Versicherung dem Kläger mit, dass sie gestützt auf das Gutachten der B.____ vom 8. März 2010 die bisher ausgerichtete ganze Invalidenrente rückwirkend auf den 1. Januar 2010 auf eine halbe Rente kürze. Gleichzeitig forderte sie einen Betrag von Fr. 6'000.-- für im Zeitraum vom 1. Januar 2010 bis 31. August 2010 zu viel bezahlte Renten zurück und stellte die hälftigen Prämien für die Zeit vom 16. Januar 2010 bis 15. Juni 2011 in Rechnung. Daran hielt sie in ihren Schreiben vom 9. Mai 2012 und 17. Dezember 2012 fest.

D. Am 17. Juni 2013 reichte A.____, vertreten durch Advokat Dominik Zehntner, beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht, Klage gegen die Versicherung ein. Er beantragte sinngemäss, die Versicherung sei zu verpflichten, dem Kläger die Rentenleistungen für die Zeit vom 1. Januar 2010 bis 30. Juni 2013 in Höhe von Fr. 31'500.-- inkl. Zins von 5 % zu erbringen und den Betrag von 3'475.50 für vom 1. Januar 2010 bis 30. Juni 2013 zu viel geleistete Prämien zurückzuerstatten. Zudem sei sie zu verurteilen, dem Kläger ab 1. Juli 2013 gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 100 % Leistungen aus dem Lebensversicherungsvertrag (Police Nr. 1210.0.41168670) zu erbringen; alles unter o/e Kostenfolge. Zur Begründung wies er darauf hin, die Versicherung habe im Jahr 2006 anerkannt, dass der Kläger gestützt auf den von der IV-Stelle ermittelten Invaliditätsgrad von 100 % Anspruch auf eine jährliche Rente von Fr. 18'000.-- habe. Sie habe ihn deswegen auch von der Leistung der jährlichen Prämie in Höhe von Fr. 1'986.-- befreit. Gestützt auf den Vorbescheid der IV-Stelle vom 29. Oktober 2010 habe sie ihm ab 1. Januar 2010 nur noch die Hälfte dieser Leistungen gewährt. Die Versicherung habe aber nicht nachweisen können, dass sich die Erwerbsunfähigkeit in einem Mass verändert habe, welches eine Kürzung des Rentenanspruchs rechtfertigen würde. Die hälftige Reduktion seiner Leistungsansprüche sei deshalb zu Unrecht erfolgt.

E. In ihrer Klageantwort vom 2. September 2013 stellte die Versicherung den Antrag auf Abweisung der Klage. Sie führte aus, dass gestützt auf den Versicherungsvertrag für die Festlegung des Arbeits- und Erwerbsunfähigkeitsgrades lediglich der Gesundheitszustand von Belang sei, eine Veränderung des Gesundheitszustandes müsse nicht nachgewiesen sein. Gemäss Gutachten der B.____ vom 8. März 2010 sei der Versicherte in seiner angestammten Tätigkeit als Versicherungsberater und in jeder anderen körperlich leichten bis mittelschweren,

adaptierten Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig. Darum habe sie die Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit von 100 % auf 50 % gesenkt. Zudem sei darauf hinzuweisen, dass die Versicherung an die Feststellungen der IV-Stelle nicht gebunden sei. Sie prüfe selbst mit einem Team von Spezialisten, ob und wenn ja, in welchem Umfang der Einschätzung der IV gefolgt werden könne oder ob noch weitere Abklärungen notwendig seien.

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 Helvetia Schweizerische Lebensversicherungsgesellschaft AG 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 (vgl. Police Nr. 1210.0.41168670). 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 der Versicherte angestellt wurde. Die Beklagte hat ihren Sitz in Basel, 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 ein alternativer Gerichtsstand am Wohnsitz des Versicherungsnehmers. Der Kläger hat Wohnsitz in X.____. Damit ist die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts zu bejahen. Im Übrigen gilt auch nach Ziffer 5.6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) der Versicherung, dass als Gerichtsstand auch der schweizerische Wohnsitz des Versicherungsnehmers oder Anspruchsberechtigten in Frage kommt. Da auch die weiteren Sachurteilsvoraussetzungen erfüllt sind, ist auf die Klage einzutreten.

2. Vorliegend ist strittig, ob der Kläger über den 31. Dezember 2009 hinaus Anspruch auf eine ganze Invalidenrente und auf vollständige Prämienbefreiung hat.

2.1 Auf im Rahmen der gebundenen Vorsorge abgeschlossenen Lebensversicherungen ist das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) vom 2. April 1908 grundsätzlich soweit anwendbar, als die BVV 3 keine abweichenden Bestimmungen enthält (vgl. RUDOLF KÜNG, zu Art. 76, in: Kommentar zum Schweizerischen Privatrecht, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag [VVG], Honsell/Vogt/Schnyder [Hrsg.], Basel/Genf/München 2001, S. 1014). Da das VVG und die BVV 3 keine spezifischen Bestimmungen zur Revision von Renten haben, sind die vertraglichen Vereinbarungen der Parteien massgebend. In den AVB der Versicherung wird in Ziffer 2.5.1 Abs. 1 festgelegt, dass die versicherte Person als erwerbsunfähig gilt, wenn sie zufolge medizinisch objektiv nachgewiesener Schädigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit ausserstande ist, ihren Beruf oder eine andere ihrer Lebensstellung, ihren Kenntnissen und Fähigkeiten angemessene Erwerbstätigkeit auszuüben und sie dadurch gleichzeitig einen Erwerbsausfall oder einen diesem entsprechenden finanziellen Nachteil erleidet. Gemäss Ziffer 2.5.2.3 Abs. 2 werden die Leistungen der Versicherung entsprechend angepasst, wenn sich der Grad der Erwerbsunfähigkeit ändert. Eine Änderung des Erwerbsunfähigkeitsgrades ist der Versicherung sofort anzuzeigen.

2.2 Die Versicherung verneint die vom Kläger gestützt auf den Versicherungsvertrag eingeklagten Ansprüche auf Prämienbefreiung und Zahlung einer ganzen Invalidenrente mit der Begründung, ab Januar 2010 liege gemäss Gutachten der B._____ vom 8. März 2010 nur noch ein Erwerbsunfähigkeitsgrad von 50 % vor. Sie stellt sich dabei auf den Standpunkt, dass sie nach den AVB bei einer Anpassung der Leistungen eine Veränderung des Gesundheitszustandes nicht beweisen müsse. Es reiche, wenn sie den Grad der Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit bestimmen könne. Demgegenüber ist der Kläger der Ansicht, die Versicherung habe die Änderung des Erwerbsunfähigkeitsgrades nachzuweisen.

2.3 Der Auffassung des Klägers ist zuzustimmen. Aus Ziffer 2.5.2.3 der AVB geht unmissverständlich hervor, dass sich der Grad der Erwerbsunfähigkeit *geändert* haben muss, damit eine entsprechende Leistungsanpassung erfolgen kann. Für eine Anpassung der Versicherungsleistungen bildet die Änderung der Erwerbsunfähigkeit somit eine Voraussetzung. Es geht bei der von der Versicherung vorgenommenen Leistungsreduktion von einer ganzen auf eine halbe Rente deshalb nicht um die Frage, ob eine 50%ige Erwerbsunfähigkeit erstellt ist oder nicht, sondern darum, ob eine Änderung des Erwerbsunfähigkeitsgrades eingetreten ist. Diese Frage hat das Gericht aufgrund des Sachverhalts zu beurteilen, welchen es von Amtes wegen (Untersuchungsgrundsatz) zu ermitteln hat (vgl. Art. 73 Abs. 2 BVG; BGE 125 V 195 E. 2, 122 V 158 E. 1a; SZS 2001 S. 561 E. 1a/aa; HANS-ULRICH STAUFFER, Die berufliche Vorsorge, Zürich/Basel/Genf 2013, S. 277). Dabei schliesst der Untersuchungsgrundsatz die Beweislast im Sinne einer Beweisführungspflicht begriffsnotwendig aus. Im Prozess nach Art. 73 BVG 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 unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten will. Nach der Praxis des Bundesgerichts liegt eine solche Beweislast bei anspruchsbegründenden Tatfragen demzufolge bei der Partei, welche den Anspruch geltend macht. Bei anspruchsaufhebenden Tatfragen liegt sie bei der Partei, welche sich auf das Dahinfallen des Anspruches beruft (vgl. RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b). Diese Be-

weisregeln kommen allerdings erst dann zur Anwendung, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die überwiegende Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wahrheit zu entsprechen (vgl. BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen). Die Frage der Beweislastverteilung wird demnach gegenstandslos, wenn das Gericht aufgrund seiner Beweiswürdigung zum Ergebnis gelangt, bestimmte Tatsachenbehauptungen seien bewiesen oder widerlegt.

2.4.1 Die Auffassung, dass Dauerleistungen im Rahmen der gebundenen Vorsorge (Säule 3a) anzupassen sind, wenn sich der Grad der Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit ändert, steht auch im Einklang mit dem Wesen der Säule 3a. In der Dreisäulenkonzeption bildet die Selbstvorsorge die dritte Säule neben der obligatorischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) als erste und der beruflichen Vorsorge als zweite Säule (Art. 111 ff. der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft [BV] vom 18. April 1999; vgl. BGE 130 I 205 E. 6 S. 212). Der Bund fördert die Selbstvorsorge - wie erwähnt - namentlich durch Massnahmen der Steuer- und Eigentumspolitik (Art. 111 Abs. 4 BV). Entsprechend ist die dritte Säule aufgeteilt in die gebundene, steuerlich privilegierte Selbstvorsorge (Säule 3a; im Wesentlichen geregelt in Art. 82 ff. BVG und der BVV 3) und die nicht gebundene, freie Selbstvorsorge (Säule 3b). Art. 82 Abs. 1 BVG stellt die Vorsorgeformen der Säule 3a denjenigen der zweiten Säule gleich und lässt die Beiträge steuerlich zum Abzug zu, wenn sie ausschliesslich und unwiderruflich der beruflichen Vorsorge dienen. Die Säule 3a ist im Vergleich zur zweiten Säule zwar freier gestaltbar, es kann daraus aber nicht geschlossen werden, die biometrischen Risiken könnten ebenfalls individuell umschrieben und abweichend von der zweiten Säule definiert werden, denn die Säule 3a ist der "beruflichen Vorsorge im engeren Sinne" gleichgestellt (BBl 1976 I 216). Namhafte Bereiche 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 über die Freizügigkeit in der beruflichen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge [FZG] vom 17. Dezember 1993; 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 Selbstständigerwerbenden, die keiner Vorsorgeeinrichtung nach Art. 80 BVG angehören; vgl. Art. 7 Abs. 1 lit. b BVV 3). Aus all dem folgt, dass die drei biometrischen Risiken Alter, Tod und Invalidität nicht nur im Bereich der obligatorischen und der weitergehenden beruflichen Vorsorge (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 13. Februar 2004, 2A.408/2002, publ. in: StE 2004 B 96.12 Nr. 14, E. 2.4.1 mit zahlreichen Hinweisen), sondern auch im Rahmen der freiwilligen beruflichen Selbstvorsorge versichert werden können (vgl. LINDA PETER-SZERENYI, Der Begriff der Vorsorge im Steuerrecht, Zürich 2001, S. 231). Weil die zweite Säule und die Säule 3a beide je in kollektiver bzw. individueller Ausprägung der beruflichen Vorsorge dienen, ist es nach dem Ausgeführten folgerichtig, die damit verbundenen Begriffe sinngemäss gleich zu verwenden. Die Anpassung von Dauerleistungen ist darum in der Säule 3a nach den entsprechenden Grundsätzen in der zweiten Säule vorzunehmen.

2.4.2 Die 2. Säule beinhaltet die obligatorische und die erweiterte berufliche Vorsorge. Während die obligatorische berufliche Vorsorge die von registrierten Vorsorgeeinrichtungen im vom

BVG beschriebenen Minimalrahmen betriebene Vorsorge für die sozialen Risiken Alter, Invalidität und Tod umfasst, können sowohl registrierte als auch nicht registrierte Vorsorgeeinrichtungen in Alters-, Todes- oder Invaliditätsfällen Leistungen ausrichten, die über den vom BVG vorgegebenen Rahmen hinausgehen. Grundlage der erweiterten Vorsorge ist ein vertragliches Verhältnis. Der Vertragsinhalt liegt dabei grösstenteils in reglementarischen Bestimmungen der Vorsorgeeinrichtungen (vgl. ROMAN SCHNYDER, Rechtsfragen der Invalidenrentenanpassung in der beruflichen Vorsorge, in: Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], St. Gallen 1999, S. 154 f. und 157). Gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts sind Leistungsanpassungen bei einer auf dem Entscheid der Invalidenversicherung beruhenden Invalidenrente aus (obligatorischer) beruflicher Vorsorge (vgl. Art. 23 BVG; BGE 132 V 1 E. 3.2 S. 4 f.; 118 V 35 E. 2b/aa S. 40) nach den Voraussetzungen von Art. 17 Abs. 1 ATSG revisionsweise vorzunehmen (BGE 133 V 67). Anlass zur Rentenrevision nach Art. 17 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Rechtsprechungsgemäss ist die Invalidenrente nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist oder eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt, wobei Letzteres für die berufliche Vorsorge nicht von Belang ist (BGE 130 V 343 S. 350 mit Hinweisen). Diese Regelungen schliessen 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 Invalidenversicherung getroffen hat, kann aus der bisherigen Ausrichtung einer Rente 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 oder erwerblichen Verhältnissen zulässig wäre (vgl. Art. 17 Abs. 1 ATSG; BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 ff.). Daraus ergibt sich zusammenfassend, dass Renten der obligatorischen beruflichen Vorsorge und in der erweiterten beruflichen Vorsorge immer an wesentlichen Veränderungen der tatsächlichen oder erwerblichen Verhältnisse angepasst werden können, wobei die Regeln der IV analog anzuwenden sind (vgl. SCHNYDER, a.a.O., S. 169; MARC HÜRZELER, zu Art. 23, in: BVG und FZG, Schneider/Geiser/Gächter [Hrsg.], Bern 2010, S. 372). Im Leistungsbereich der erweiterten beruflichen Vorsorge kann die Vorsorgeeinrichtung zudem vorsehen, dass eine Rente auch aus anderen Gründen als bei einer Änderung der tatsächlichen oder erwerblichen Verhältnisse im Sinne von Art. 17 ATSG anzupassen ist.

2.5 Vorliegend bestimmen die AVB der Versicherung eine Anpassung der Versicherungsleistungen bei Änderung des Erwerbsunfähigkeitsgrades; ein weiterer Anpassungsgrund ist nicht vorgesehen. Der Grad der Erwerbsunfähigkeit 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 Erwerbsunfähig-

keitsgrad 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 2009, S. 233). Ausserdem kann eine Anpassung bei einem an sich gleich bleibenden Gesundheitszustand erfolgen, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen ändern. Da vorliegend gemäss den AVB nur eine Leistungsanpassung vorgenommen werden kann, wenn sich der Grad der Erwerbsunfähigkeit ändert, entsprechen die Voraussetzungen für eine Leistungsanpassung denjenigen von Art. 17 ATSG. Es rechtfertigt sich daher, den für eine IV-rechtliche Revision massgebenden Art. 17 ATSG analog anzuwenden.

3. Als Erstes wird geprüft, ob sich der Gesundheitszustand des Versicherten seit den im Jahr 2006 erstmals ausgerichteten Leistungen in einer anspruchserheblichen Weise verbessert hat.

3.1 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 Berufsarbeit 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).

3.2 Die Versicherung richtete dem Kläger per 1. Februar 2006 gestützt die Verfügung der IV-Stelle vom 22. November 2006 eine ganze Rente aus. Zum Verfügungszeitpunkt lagen folgende wesentliche medizinische Berichte vor:

3.2.1 Gemäss Bericht vom 24. Januar 2006 war der Kläger vom 28. September 2005 bis 24. Dezember 2005 in der C._____ hospitalisiert. Als Diagnosen wurden ein depressives Zustandsbild mit somatischen Symptomen, ein Verdacht auf herzneurotische Beschwerden und ein Burnout bei leistungsorientierter selbstunsicherer Persönlichkeit festgehalten. Dabei gab der behandelnde Psychiater Dr. med. D._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, am 30. Januar 2006 an, dass der Kläger im Anschluss an den Aufenthalt in der C._____ die psychiatrische Tagesklinik der E._____ in Y._____ besucht habe. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit führte er aus, dass eine berufliche Wiedereingliederung am angestammten Arbeitsplatz versucht werden sollte. Ein Arbeitsversuch war Anfang Februar 2006 geplant. Der Hausarzt Dr. med. F._____, FMH Innere Medizin, stellte in seinem Bericht vom 3. Februar 2006 schliesslich fest, dass keine Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten sei. Der Versicherte leide an einer Erschöpfungsdpression, weine den ganzen Tag und sei nicht fähig, auch nur kleinste alltägliche Ver-

richtungen zu erledigen. Im jetzigen Zustand sei nicht daran zu denken, dass der Kläger als Aussendienstarbeiter weiter arbeiten könne. Er attestierte dem Kläger ab 21. Juni 2005 bis auf weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Vom 24. April 2006 bis 30. Juni 2006 hielt sich der Kläger nochmals in der C.____ stationär auf. Bei gleichen Diagnosen wird im Austrittsbericht vom 6. Juli 2006 festgehalten, dass keine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten sei. Da aber noch „Hoffnung“ bestehe, bringe sie einen Vorbehalt gegen eine IV-Berentung im jetzigen Zeitpunkt an. Dr. D.____ bescheinigte bei gleichbleibendem Gesundheitszustand am 17. Juli 2006 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Im Therapie- und Abschlussbericht der E.____ vom 21. Juli 2006 wurden eine mittelgradige depressive Episode sowie ein Verdacht auf eine akzentuierte Persönlichkeit mit starker Leistungsorientierung und Selbstunsicherheit als Diagnosen festgehalten. Die Behandlung habe zwar eine gewisse Stabilisierung bewirken können, weitere Ziele hätten aber nicht erreicht werden können. In der Stellungnahme des RAD vom 2. August 2006 wurde ausgeführt, dass beim Kläger eher eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten sei, da nach der ersten Hospitalisation in der C.____ noch von einer Wiedereingliederung beim gleichen Arbeitgeber ausgegangen worden sei. Da sich sein Gesundheitszustand nicht verbessert habe, hätten die behandelnden Ärzte der C.____ nach dem zweiten stationären Aufenthalt die Wiederaufnahme der Arbeit nicht mehr zur Diskussion gestellt. Es rechtfertige sich daher, dem Kläger eine ganze Invalidenrente zuzusprechen. Die Rentenverfügung erging sodann am 22. November 2006.

3.2.2 Den Akten ist weiter zu entnehmen, dass der Kläger nach der Rentenzusprache vom 5. Februar 2007 bis 14. April 2007 erneut in der C.____ stationär behandelt wurde. Anschliessend besuchte er wieder die psychiatrische Tagesklinik der E.____. Dr. D.____ attestierte dem Kläger mit seinem Bericht vom 8. September 2008 bei stationärem Gesundheitszustand eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Am 13. Juli 2009 führte er aus, dass kaum eine Verbesserung des Gesundheitszustandes seit Ausbruch der Krankheit zu verzeichnen sei. Der Kläger sei depressiv, gedanklich auf seine Probleme eingeengt, dysphorisch, gespannt, verzweifelt und müsse sich immer wieder hinlegen. Er sei nicht in der Lage, Arbeit im eigentlichen Sinne zu verrichten. Gewisse Tätigkeiten in der E.____ seien möglich. Auch der Hausarzt Dr. F.____ bescheinigte in seinem Bericht vom 20. August 2009 aufgrund der psychischen Beschwerden eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

3.2.3 Weniger als ein halbes Jahr später erfolgte am 13. Januar 2010 die Untersuchung in der B.____. Im Gutachten vom 8. März 2010 hielten die Fachärzte als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte bis mittelgradige depressive Episode, eine Panikstörung, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und ein leichtes Funktions- und Belastungsdefizit an der linken Hüfte fest. In der Konsensbeurteilung führten sie aus, dass dem Kläger in rheumatologischer Hinsicht schwere Tätigkeiten nicht mehr zumutbar seien. Für leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Arbeiten ohne häufiges Arbeiten in kniender oder hockender Position, ohne häufiges Treppensteigen, ohne ausschliessliche Geh- und Stehbelastung sowie ohne Besteigen von Leitern und Gerüsten bestehe dagegen eine volle Arbeitsfähigkeit. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Versicherungsberater sei ihm vollschichtig zumutbar. Aus internistischer und anderweitiger somatischer Sicht könnten keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt werden. Die Ursache für das verstärkte Schmerzerleben sei die anhaltende so-

matoforme Schmerzstörung. Diese werde durch die leichte bis mittelgradige depressive Episode sowie die Panikstörung verstärkend beeinflusst. Aufgrund dieser psychischen Komorbidität sei die Arbeitsfähigkeit um 50 % vermindert. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % aus psychiatrischer Sicht bestehe spätestens ab Untersuchungszeitpunkt. Die Einschätzung des Hausarztes einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit sei zu hoch. Dies sei wahrscheinlich auf den Umstand zurückzuführen, dass der Hausarzt bemüht sei, seinen Patienten zu helfen und sie zu beschützen.

3.2.4 In ihrem Ergänzungsschreiben vom 6. Mai 2010 nahm die rheumatologische Gutachterin der B.____ auf Anfrage der IV-Stelle Stellung zur abweichenden Beurteilung von Dr. D.____ vom 13. Juli 2009. Dieser habe in den Jahren 2006 und 2007 aufgrund einer mittelgradigen depressiven Episode eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Anlässlich der Untersuchung in der B.____ habe aber nur noch eine leichte bis mittelgradige depressive Störung festgestellt werden können. Entgegen den subjektiven Beschwerden habe sich demgemäss das objektive Ausmass der depressiven Störung gebessert, was zu einer Erhöhung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit führe. Retrospektiv gesehen, sei die von der B.____ geschätzte Arbeitsfähigkeit von 50 % als nicht sehr streng zu beurteilen.

3.2.5 Am 12. August 2010 führte der begutachtende Psychiater der B.____ Dr. med. G.____ aus, dass sich der behandelnde Psychiater Dr. D.____ am 13. Juli 2009 nicht konkret zur Arbeitsfähigkeit geäussert habe. Es sei deshalb denkbar, dass zu jenem Zeitpunkt eine höhere Arbeitsfähigkeit als 2006 vorgelegen habe.

3.2.6 Nach der Begutachtung in der B.____ war der Kläger vom 17. Dezember 2010 bis 10. Februar 2011 in der H.____ in Z.____ hospitalisiert, wo am 15. Februar 2011 eine schwere depressive Störung diagnostiziert wurde. Die behandelnde Ärzteschaft bescheinigte dem Kläger eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für zwei Wochen nach Entlassung und überliess die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit für die Zukunft dem behandelnden Psychiater.

3.2.7 Da sich damit Unsicherheiten über die gesundheitliche Entwicklung des Klägers ergaben, beauftragte die IV-Stelle die B.____ mit einem psychiatrischen Verlaufsgutachten. Der begutachtende Psychiater Dr. G.____ hielt im Gutachten vom 11. Juli 2011 als Diagnosen eine leichte bis mittelgradige depressive Episode sowie eine Panikstörung fest. Die Leiden des Versicherten schränkten die Arbeitsfähigkeit zu 50 % ein, was auf die verminderte Belastbarkeit und die erhöhte Ermüdbarkeit zurückzuführen sei. Die anhaltende somatoforme Schmerzstörung beeinflusse die Arbeitsfähigkeit nicht mehr. Der Experte der B.____ ging davon aus, dass während des Klinikaufenthalts eher eine mittelgradige als eine schwere depressive Störung vorgelegen habe.

3.2.8 Am 17. Oktober 2011 nahm Dr. G.____ Stellung zu den Einwänden des Rechtsvertreters des Klägers. Er stimmte den Kritikpunkten des Rechtsvertreters insoweit zu, als dass er einen ähnlichen Gesundheitszustand anders beurteilt habe, weshalb seine Beurteilung abweichend zu derjenigen von Dr. D.____ ausgefallen sei. Er erklärte die Abweichung damit, dass er

die versicherungsmedizinische Beurteilung nach anderen Kriterien vorgenommen habe als der behandelnde Psychiater.

3.2.9 Nach Prüfung der medizinischen und rechtlichen Sachlage teilte die IV-Stelle dem Kläger am 8. März 2012 mit, dass er weiterhin Anspruch auf eine ganze Invalidenrente habe. Sie stimmte den Einwänden des Klägers zu, wonach nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden könne, dass sich sein Gesundheitszustand seit der Rentenzusprechung erheblich verbessert habe. Die Beurteilungen der B.____ vom 8. März 2010, 12. August 2010 und vom 11. Juli 2011 seien zwar beweiskräftig, sie würden jedoch eine andere medizinische Einschätzung des gleichen Gesundheitszustandes darstellen. Damit seien die Voraussetzungen für eine Rentenrevision nicht erfüllt, weshalb der Kläger weiterhin Anspruch auf eine ganze Rente habe.

4.1.1 Aufgrund dieser ärztlichen Beurteilungen ist unbestritten, dass die psychischen Beeinträchtigungen im Wesentlichen ausschlaggebend für die Einschränkung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit des Klägers sind. Während der behandelnde Psychiater, die Ärzteschaft der C.____ und der H.____ sowie der Hausarzt von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgehen, kommt Dr. G.____ in seinen Gutachten vom 8. März 2010 und 11. Juli 2011 zum Schluss, dass die psychische Problematik die Erwerbsfähigkeit lediglich zu 50 % einschränke. Die behandelnden Ärzte der C.____ hielten als Diagnose ein depressives Zustandsbild fest (vgl. Berichte der C.____ vom 6. Juli 2006 und 25. April 2007), welcher sich Dr. D.____ anschloss (vgl. Berichte vom 17. Juli 2006 und 8. September 2008). Die Ärzteschaft der E.____ äusserte sich in ihrer Beurteilung vom 21. Juli 2006 zum Grad der depressiven Störung, indem sie eine mittelgradige depressive Episode diagnostizierten. Schliesslich hielten die behandelnden Ärzte der H.____ in ihrem Bericht vom 15. Februar 2011 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode, fest. Als relevante Befunde nannten sie eine depressive Verstimmung mit Hoffnungslosigkeit, eine deutliche Störung der Vitalkräfte, einen verminderten Antrieb, schwere Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, einen Interessensverlust, einen sozialen Rückzug, latente Suizidgedanken und einen verminderten Selbstwert mit Scham- und Schuldgefühlen. Dr. G.____ bestätigte in seinem Teilgutachten vom 8. März 2010 und seinem Verlaufsgutachten vom 11. Juli 2011 die Diagnose einer depressiven Störung, schätzte aber deren Schweregrad nur auf leicht- bis mittelgradig. Da er anlässlich der Untersuchung vom 13. Januar 2010 zudem eine durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektivierbare Beschwerdesymptomatik mit diffusen Schmerzen am Bewegungsapparat, anfallsartige Ängste mit vegetativen Symptomen und deutlichem Vermeidungsverhalten feststellte, hielt er im Gutachten vom 8. März 2010 als weitere Diagnosen eine Panikstörung und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung fest. Im Verlaufsgutachten vom 11. Juli 2011 nahm er von der Diagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung wieder Abstand, da er die Voraussetzungen dafür nicht mehr als gegeben erachtete. Hinsichtlich der leichten bis mittelgradigen depressiven Symptomatik führte er in seinem Gutachten vom 8. März 2010 als psychopathologische Befunde depressive Verstimmungen, eine Reizbarkeit, eine erhöhte Ermüdbarkeit, eine Antriebsstörung, Schlafstörungen und pessimistische Zukunftsgedanken auf. Diese Befunde ergänzte er in seinem Verlaufsgutachten vom 11. Juli 2011 mit morgendlicher Müdigkeit und vermindertem Appetit mit leichter Gewichtsabnahme. Es fällt auf, dass seine Befunde im Wesentlichen nicht von denjenigen der

behandelnden psychiatrischen Fachpersonen des Klägers abweichen. So stellte Dr. D.____ ein halbes Jahr vor der psychiatrischen Untersuchung am 13. Juli 2009 fest, dass der Kläger bei unverändertem Gesundheitszustand depressiv-dysphorisch gereizt, gedanklich auf Probleme eingengt, gespannt, verzweifelt sei und sich immer wieder hinlegen müsse. Bereits in seinem Bericht vom 8. September 2008 hielt er fest, dass der Kläger an Traurigkeit, Müdigkeit, Ängsten, Schlafproblemen, Schmerzen leide und verzweifelt sei. Diese Befunde stimmen wiederum im Wesentlichen mit den psychopathologischen Befunden der Ärzte der H.____ überein, welche den Kläger anlässlich dessen stationären Aufenthalts Ende 2010/Anfang 2011 behandelten (vgl. Bericht der H.____ vom 15. Februar 2011).

4.1.2 Anhand der Ausführungen von Dr. G.____ zur Diskrepanz seiner Einschätzung zu den behandelnden Fachpersonen sind weder dem ersten Gutachten vom 8. März 2010 noch dem Verlaufsgutachten vom 11. Juli 2011 Anhaltspunkte für eine Verbesserung des Gesundheitszustandes seit der Rentenausrichtung im Jahr 2006 zu entnehmen, welche eine Erhöhung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit erklären könnten. Er führte hierzu lediglich an, dass die behandelnden Ärzte von einer mittelgradigen depressiven Störung ausgegangen seien und dementsprechend zu einem höheren Grad der Arbeitsunfähigkeit gelangt seien. Er bezweifle jedoch, dass versicherungsmedizinisch eine korrekte psychiatrische Befunderhebung vorliege (vgl. Stellungnahmen von Dr. G.____ vom 6. Mai 2010 und 3. März 2011). Zwar stellte er in seinem Verlaufsgutachten vom 11. Juli 2011 fest, dass nach dem Aufenthalt in der H.____ eine leichte Verbesserung vor allem im Selbstvertrauen habe beobachtet werden können. In dieser Hinsicht ist dem Bericht der H.____ vom 15. Februar 2011 jedoch zu entnehmen, dass trotz leichter Stärkung des Antriebs und des Selbstwertgefühls die depressive Grundstimmung nur sehr geringfügig und kaum nachhaltig habe verbessert werden können. Demzufolge kann nicht von einer relevanten Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgegangen werden, zumal die Ärzteschaft der H.____ den Kläger auch nach dem Austritt weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig betrachtete. Damit liegt aber eine unterschiedliche Beurteilung eines im weiten gleich gebliebenen Gesundheitszustandes vor, was auch Dr. G.____ in seiner Stellungnahme vom 17. Oktober 2011 bestätigte. Seine abweichende Beurteilung erklärte er vor allem mit der Tatsache, dass er den diagnostischen Kriterien gemäss ICD-10 mehr Bedeutung zugemessen habe als die behandelnden Fachärzte. Eine neue medizinische Beurteilung, welche aufgrund strengerer versicherungsmedizinischer Beurteilungsparametern vorgenommen wurde und zu einer anderen ärztlichen Schlussfolgerung hinsichtlich eines tatsächlich gleich gebliebenen Zustandes führt, kann aber weder unter dem Gesichtspunkt von Art. 17 ATSG noch unter einem anderen Anpassungstitel eine neue Beurteilung des Anspruchs begründen (vgl. dazu nicht publ. E. 3.2 des Urteils BGE 136 V 216, veröffentlicht in SVR 2011 IV Nr. 1 S. 1 E. 3.2 [8C_972/2009]). Erst im Rahmen einer festgestellten erheblichen Tatsachenänderung kann eine unterschiedliche Ausübung des medizinischen Ermessens berücksichtigt werden.

4.2 Daran vermag auch die Stellungnahme des Gesellschaftsarztes der Versicherung, Dr. med. I.____, FMH Innere Medizin, vom 10. Dezember 2012 nichts zu ändern. Er geht davon aus, dass die Einschätzung der B.____ nachvollziehbar sei. Da das Gutachten der B.____ grundsätzlich die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an ein Gutachten erfüllt (vgl. 134 V 232 E. 5a, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c), ist dieser Ansicht zuzustimmen. Dies ändert je-

doch nicht daran, dass sich das Ausmass der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit aufgrund des gleich bleibenden Gesundheitszustandes seit 2006 nicht verbessert hat.

4.3 Weitere Umstände, die zu einer Änderung des Erwerbsunfähigkeitsgrades geführt hätten, macht die Versicherung nicht geltend. Da sich auch den Akten keine solchen Anhaltspunkte entnehmen lassen, ist festzustellen, dass sich seit der Ausrichtung der Versicherungsleistungen im Jahr 2006 die tatsächlichen Verhältnisse nicht wesentlich änderten. Die Versicherung hat somit zu Unrecht ab 1. Januar 2010 ihre Erwerbsunfähigkeitsrenten um die Hälfte reduziert und Prämien im Umfang von 50 % zurückgefordert. Damit ist festzustellen, dass die Versicherung dem Kläger aufgrund eines Erwerbsunfähigkeitsgrades von 100 % über den 31. Dezember 2009 hinaus Erwerbsunfähigkeitsleistungen (Erwerbsausfallrente und Prämienbefreiung) zu erbringen hat. Die Klage ist demgemäss gutzuheissen.

5. In der Klage vom 17. Juni 2013 substantiierte der Kläger seine Forderung in Ziffer 18. Danach schulde die Versicherung dem Kläger für den Zeitraum vom 1. Januar 2010 bis 30. Juni 2013 für zurückbehaltene Erwerbsausfallsrenten einen Betrag von Fr. 31'500.-- und für zu Unrecht geforderte Prämien einen Betrag von Fr. 3'475.50. Deren Höhe wurde von der Versicherung nie bestritten und ist gestützt auf die Aktenlage nicht zu beanstanden. Demgemäss hat der Kläger Anspruch auf Nachzahlung von insgesamt Fr. 35'975.50.

6. Der Kläger verlangt auf diesen Nachzahlungsbetrag Verzugszinsen.

6.1 Den AVB sind keine Bestimmungen über den Verzugszins zu entnehmen. Gemäss Art. 100 Abs. 1 VVG finden auf den Versicherungsvertrag die Bestimmungen des Obligationenrechts (OR) vom 30. März 1911 Anwendung, soweit das VVG keine Vorschriften enthält. Art. 104 Abs. 1 OR sieht vor, dass der Schuldner, welcher mit der Zahlung einer Geldschuld in Verzug ist, einen Verzugszins zu 5 % für das Jahr zu bezahlen hat. Der Eintritt des Verzugs setzt die Fälligkeit der Forderung sowie die Mahnung durch den Gläubiger voraus (vgl. JÜRGEN NEF, in: Kommentar zum Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, Basel 2001, S. 703 Rz 20). Wurde ein bestimmter Verfalltag verabredet, kommt der Schuldner nach Art. 102 Abs. 2 OR schon mit Ablauf dieses Tages in Verzug. Ein Verfalltaggeschäft liegt vor, wenn der Zeitpunkt, zu dem der Schuldner erfüllen muss, kalendermässig bestimmt oder zumindest bestimmbar ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 9. April 2010, 4A_87/2010, E.6.2); eine bloss ungefähre Festlegung des Erfüllungszeitpunktes reicht nicht aus.

6.2.1 Nach dem Wortlaut von Ziffer 2.9 Abs. 2 AVB zahlt die Beklagte Erwerbsausfallrenten - abweichend von Art. 41 Abs. 1 VVG - vierteljährlich nachschüssig aus. Damit haben die Parteien einen bestimmten Zeitpunkt für die Erfüllung der geschuldeten Erwerbsunfähigkeitsleistungen vereinbart; die Renten sind vierteljährlich jeweils auf das Quartalsende zu zahlen. Es liegt ein Verfalltaggeschäft vor, weshalb die Versicherung grundsätzlich in Verzug gerät, ohne dass eine Mahnung des Versicherten nötig wäre (BGE 127 V 377 E. 5e/bb S. 389 f.; SVR 2009 BVG Nr. 33 S. 124, E. 4.3 und 5.3 [Urteil des Bundesgerichts vom 30. Juni 2009, 9C_98/2009]; Urteil des Bundesgerichts vom 5. April 2012, 9C_137/2012, E. 6.2). Da die Versicherung die Erwerbsunfähigkeitsrenten des Klägers per 1. Januar 2010 um 50 % reduzierte, sind die ge-

schuldeten Leistungen erstmals per 31. März 2010 fällig geworden und somit ab diesem Zeitpunkt (mittlerer Verfall) zu 5 % zu verzinsen.

6.2.2 In Bezug auf die Prämienbefreiung ist den AVB kein Verfalltag zu entnehmen. Es bedarf daher für den Eintritt des Verzugs einer Mahnung. Dem Schreiben der Versicherung vom 17. Dezember 2012 ist zu entnehmen, dass der Kläger diese am 3. Dezember 2012 aufforderte, umgehend ihre Leistungen aufgrund einer 100%igen Erwerbsunfähigkeit zu erbringen. In dieser Aufforderung ist implizit auch der Anspruch auf eine vollständige Prämienbefreiung beinhaltet, weshalb das Schreiben vom 3. Dezember 2012 als Mahnung im Sinne der vorstehenden Ausführungen zu verstehen ist. Dem Kläger ist demnach seit 3. Dezember 2012 (mittlerer Verfall) auf den Forderungsbetrag von Fr. 3'475.50 ein Verzugszins von 5 % zu bezahlen.

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 (§ 21 VPO) 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 9. Oktober 2013 für das vorliegende Klageverfahren einen Zeitaufwand von 8,5 Stunden aus, was umfangmässig angesichts der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen nicht zu beanstanden ist. Die Beklagte hat dem Kläger demnach bei einem praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 250.-- eine Parteientschädigung von Fr. 2'245.30 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. In Gutheissung der Klage wird die Beklagte verpflichtet, dem Kläger aufgrund eines Erwerbsunfähigkeitsgrades von 100 % über den 31. Dezember 2009 hinaus weiterhin Erwerbsunfähigkeitsleistungen (Erwerbsausfallrente und Prämienbefreiung) aus der Lebensversicherungspolice Nr. 1210.0.41168670 zu erbringen. Nachzuzahlende Erwerbsunfähigkeitsleistungen sind ab 31. März 2010 (Erwerbsausfallrente) bzw. ab 3. Dezember 2012 (Prämienbefreiung) zu 5 % zu verzinsen.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die Beklagte hat dem Kläger eine Parteientschädigung in Höhe von Fr. 2'245.30 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>