

VKL.2021.4 / sb / fi

Art. 57

Urteil vom 26. August 2022

Besetzung Oberrichterin Gössi, Präsidentin
 Oberrichter Kathriner
 Oberrichter Peterhans
 Gerichtsschreiber Berner

Klägerin A. _____

Beklagte B. _____

Gegenstand Klageverfahren betreffend BVG

Das Versicherungsgericht entnimmt den Akten:

1.

Die 1990 geborene Klägerin war seit dem 1. April 2012 in einer Arztpraxis als medizinische Praxisassistentin (MPA) tätig und in dieser Eigenschaft bei der Beklagten im Rahmen der weitergehenden beruflichen Vorsorge (Säule 2b) versichert. Mit Verfügung vom 5. August 2019 sprach die IV-Stelle des Kantons Aargau der Klägerin mit Wirkung ab dem 1. August 2016 eine Dreiviertelsrente nach IVG zu. Bereits mit Erwerbsunfähigkeitsmeldung vom 6. November 2015 hatte die Klägerin ferner bei der Beklagten Leistungen aus beruflicher Vorsorge geltend gemacht. Die Beklagte nahm in der Folge weitere Abklärungen den Gesundheitszustand der Klägerin vor Eintritt in das Vorsorgeverhältnis betreffend vor und trat schliesslich am 16. Januar 2020 wegen Vorliegens einer Anzeigepflichtverletzung der Klägerin vom Vorsorgevertrag zurück.

2.

2.1.

Die Klägerin erhob am 4. März 2021 Klage beim Versicherungsgericht des Kantons Aargau und stellte folgende Rechtsbegehren:

"1.

Die Beklagte sei zu verpflichten, der Klägerin die gesetzlich und reglementarisch geschuldeten Leistungen zu erbringen, insbesondere eine Invalidenrente ab 1. August 2016 in der Höhe von monatlich mindestens CHF 1'536.55 zzgl. 5 % Zins ab Klagetag.

2.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen."

2.2.

Mit Klageantwort vom 21. Mai 2021 beantragte die Beklagte die Abweisung der Klage unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Klägerin.

2.3.

Mit Replik vom 8. Juli 2021 und Duplik vom 25. August 2021 hielten die Parteien im Wesentlichen an ihren Anträgen und deren Begründung fest.

2.4.

Mit Verfügung vom 19. Oktober 2021 zog der Instruktionsrichter die Akten der IV-Stelle des Kantons Aargau bei.

2.5.

Mit instruktionsrichterlicher Verfügung vom 29. Oktober 2021 wurde die Klägerin aufgefordert, Dr. med. F., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, T., vom Arztgeheimnis zu entbinden. Zudem wurde Dr. med. F. an-

gehalten, unter Einreichung sämtlicher diesbezüglicher echtzeitlicher (ärztlicher) Berichte anzugeben, ob im Rahmen der Behandlung der Klägerin vor dem 4. April 2012 eine psychiatrische Diagnose gestellt und der Klägerin mitgeteilt worden war. Dr. med. F. kam dieser Aufforderung mit Schreiben vom 26. Januar 2022 nach.

2.6.

Mit einer weiteren instruktionsrichterlichen Verfügung vom 7. Juni 2022 wurde die Klägerin aufgefordert, Dr. med. G., Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, P., vom Arztgeheimnis zu entbinden. Zudem wurde Dr. med. G. angehalten, unter Einreichung sämtlicher diesbezüglicher echtzeitlicher (ärztlicher) Berichte anzugeben, ob (und gegebenenfalls mit welchem Ergebnis) vor oder nach der Überweisung der Klägerin an Dr. med. F. mit Schreiben vom 29. Oktober 2011 kardiologische Abklärungen durchgeführt worden sind, ob im Zusammenhang mit den aktenmässig erstellten Suizidversuchen der Klägerin ambulante oder stationäre Behandlungen stattgefunden hatten sowie ob (und gegebenenfalls in welchem Umfang) im Rahmen dieser Behandlungen eine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden war. Dr. med. G. kam dieser Aufforderung mit Schreiben vom 6. Juli 2022 und ergänzenden Angaben vom 11. August 2022 nach.

Das Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Ausser Frage steht, dass die Klägerin Anspruch auf eine Invalidenrente nach BVG hat (vgl. hierzu die Leistungsabrechnung der Beklagten vom 8. Januar 2020 in Klageantwortbeilage [AB] 15). Streitig ist einzig, ob ihr eine Invalidenrente aus weitergehender (überobligatorischer) beruflicher Vorsorge zusteht. Die Beklagte verneint dies und macht geltend, infolge wahrheitswidrig ausgefüllter Gesundheitserklärung berechtigterweise vom überobligatorischen Vorsorgevertrag zurückgetreten zu sein. Die Klägerin vertritt demgegenüber die Ansicht, es liege keine Anzeigepflichtverletzung vor.

2.

2.1.

Die weitergehende berufliche Vorsorge beruht grundsätzlich nicht auf Gesetz, sondern auf Vertragsverhältnissen. Der Inhalt des Vorsorgevertrages geht in der Regel aus dem schriftlichen Reglement oder den Statuten der Vorsorgeeinrichtung hervor. Diese stellen den vorformulierten Inhalt des Vorsorgevertrages dar, vergleichbar den Allgemeinen Vertrags- oder Versicherungsbedingungen, denen sich die versicherte Person in der Regel konkludent durch Antritt des Arbeitsverhältnisses und unwidersprochen ge-

bliebener Entgegennahme von Versicherungsausweis und Vorsorgereglement unterzieht (vgl. BGE 138 V 176 E. 6 S. 181 und 129 V 145 E. 3.1 S. 147).

2.2.

Die Vorsorgeeinrichtung kann die weitergehende Vorsorge im Rahmen von Art. 6 i.V.m. Art. 49 Abs. 2 BVG nach dem Dargelegten grundsätzlich privatautonom ausgestalten und namentlich den Versicherungsschutz durch Gesundheitsvorbehalte für die Risiken Tod und Invalidität einschränken. Die Verletzung der Anzeigepflicht der versicherten Person und deren Folgen im Bereich der weitergehenden beruflichen Vorsorge beurteilen sich nach den statutarischen und den reglementarischen Bestimmungen der Vorsorgeeinrichtung, bei Fehlen entsprechender Normen analogieweise gemäss Art. 4 ff. VVG (vgl. zum Ganzen BGE 144 V 376 E. 2.1 S. 378 mit Hinweisen auf BGE 130 V 9 E. 2.1 S. 1 f. und SVR 2017 BVG Nr. 1 S. 1, 9C_308/2016 E. 3.2.1; vgl. auch BGE 134 III 511 E. 3.1 S. 512).

3.

3.1.

Der Tatbestand der Anzeigepflichtverletzung und dessen Rechtsfolgen sind im vorliegend unumstritten anwendbaren Vorsorgereglement der Beklagten in der "Ausgabe 2012" in Art. 10 Abs. 7 wie folgt geregelt (vgl. Klagebeilage [KB] 4):

"Macht die zu versichernde Person bei der Gesundheitserklärung unvollständige oder falsche Angaben (Anzeigepflichtverletzung) oder verweigert sie die ärztliche Untersuchung, kann die Stiftung innerhalb eines halben Jahres seit Kenntnis der Verletzung der Anzeigepflicht oder der Verweigerung der ärztlichen Untersuchung den Rücktritt von der Vorsorgeversicherung erklären. Ist bereits ein Vorsorgefall eingetreten, kann die Stiftung die Vorsorgeleistungen kürzen oder verweigern und allenfalls zuviel bezahlte Vorsorgeleistungen zurückfordern."

3.2.

3.2.1.

Die vorerwähnte Bestimmung des Vorsorgereglements scheint die erheblichen Gefahrstatsachen im Sinne von Art. 4 VVG anzuvisieren. Mangels Konkretisierung im Vorsorgereglement selbst ist diesbezüglich auf die zu erwähnte Gesetzesbestimmung ergangene Rechtsprechung zurückzugreifen.

3.2.2.

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).

3.2.3.

Als Gefahrstatsachen werden Tatsachen verstanden, welche geeignet sind, das Auftreten, die Intensität und die Grösse einer Gefahr zu beeinflussen oder welche Rückschluss auf das Vorliegen von Gefahren gestatten und bei der Bewertung des zu versichernden Risikos von Bedeutung sind (URS CH. NEF, in: Heinrich Honsell et al. [Hrsg.], Basler Kommentar zum Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag [VVG], 2001, N. 12 zu Art. 4 VVG). 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 weist indes keinen umfassenden Charakter auf. Sie beschränkt sich vielmehr auf die Angabe jener Gefahrstatsachen, nach denen der Versicherer ausdrücklich und in unzweideutiger Art gefragt hat. Der Antragsteller ist daher ohne entsprechende Fragen nicht verpflichtet, von sich aus über bestehende Gefahren Auskunft zu geben (vgl. statt vieler BGE 134 III 511 E. 3.3.2 S. 513 f. mit Hinweisen).

3.2.4.

Wann die Anzeigepflicht verletzt ist, beurteilt sich verschuldensunabhängig nach subjektiven wie auch nach objektiven Kriterien, denn nach dem Wortlaut von Art. 4 und Art. 6 VVG hat der Antragsteller 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 (vgl. BGE 134 III 511 E. 3.3.3 S. 514 mit Hinweisen).

3.2.5.

Der Sinn und die Tragweite der gestellten Fragen sind nach denselben Auslegungsgrundsätzen zu ermitteln, wie sie für Verträge gelten, somit normativ 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 Antragsteller 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 Unpässlichkeiten, 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 vermag keine Verletzung der Anzeigepflicht zu begründen (BGE 134 III 511 E. 3.3.4 S. 515 mit Hinweisen).

4.

4.1.

4.1.1.

Die Klägerin antwortete am 4. April 2012 im Anmeldeformular der Beklagten auf die Frage "Hatten Sie in den letzten 5 Jahren vor Versicherungsbeginn gesundheitliche Störungen, die zu einer vollen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit von mehr als 3 Wochen führten, oder haben Sie gegenwärtig gesundheitliche Probleme?" mit "Ja" und ergänzte "erhöhter Puls; (abgeklärt; keine Probleme mehr)" (AB 2).

4.1.2.

Nachdem die IV-Stelle des Kantons Aargau der Klägerin mit Verfügung vom 5. August 2019 mit Wirkung ab dem 1. August 2016 eine Dreiviertelrente nach IVG zugesprochen hatte (KB 3), holte die Beklagte am 18. September 2019 die IV-Akten ein (AB 8). Nach deren Durchsicht holte sie bei Dr. med. F. weitere Informationen ein. Dieser gab mit E-Mail vom 10. Dezember 2019 an, die Klägerin sei vom 16. Januar bis 14. März 2012 bei ihm beziehungsweise bei seinem delegiert arbeitenden Psychotherapeuten in Behandlung gestanden. Er habe mit zwei Arztzeugnissen vom 18. Januar und 1. Februar 2012 eine volle Arbeitsunfähigkeit für jeweils drei Wochen ab dem 18. Januar beziehungsweise dem 6. Februar 2012 attestiert (AB 10; vgl. auch die fraglichen Arztzeugnisse in KB 4). Grund der Behandlung sei gemäss Schreiben von Dr. med. F. vom 19. Juni 2020 ein "erhöhter Puls (Herzrasen), der im Rahmen von Schwierigkeiten am Arbeitsplatz aufgetreten war und auch kardiologisch abgeklärt wurde" (KB 5). Gestützt auf diese Umstände kündigte die Beklagte am 16. Januar 2020 den Vorsorgevertrag wegen Vorliegens einer Anzeigepflichtverletzung der Klägerin

(AB 11). Daran hielt sie mit einem weiteren Schreiben vom 8. Mai 2020 fest (KB 4 und AB 13).

4.1.3.

Den vom Versicherungsgericht beigezogenen Unterlagen von Dr. med. F. ist im Wesentliche Folgendes zu entnehmen: Am 29. Oktober 2011 wurde die Klägerin von ihrem Hausarzt Dr. med. G. an Dr. med. F. überwiesen. Dr. med. G. hielt in seinem Überweisungsschreiben als Diagnose eine "rezidivierende psychische Dekompensation mit Somatisierungstendenzen (Tachykardien – Schwindel und Atemnotzustände)" fest. Ferner gab er an, die Klägerin sei "in den letzten Jahren wiederholt unter Stresssituationen psychisch zum Teil dekomponiert" und habe sich "vor kurzem [...] wegen ähnlicher Symptomatik" zu ihm in Behandlung begeben. Dr. med. F. untersuchte die Klägerin am 18. Januar 2012 zur "Beurteilung der Arbeitsfähigkeit". "Da habe ich bestimmt keine Diagnose der [Klägerin] mitgeteilt". Er habe damals keine Diagnose erhoben, da "zu diesem Zeitpunkt [...] höchstens eine Verdachtsdiagnose" möglich gewesen wäre und er zudem "lösungsorientiert" arbeite und "solche Überlegungen erst nach Anfrage des/der Patientin oder einer Versicherung" anstelle. Später habe er die Klägerin nicht mehr persönlich gesehen, sondern lediglich "Fallbesprechungen mit Herrn J." (delegierter Psychologe) abgehalten. Dieser hielt in seiner Falldokumentation nach dem Erstgespräch vom 16. Januar 2012 "Burnout aufgrund Mobbing Situation bei der Arbeit" und "Angststörung mit Borderline Elementen vor 2 J Suizidversuch" fest. Gemäss Dr. med. F. hätten diese Diagnosen "zur klinischen Orientierung" gedient. Einem Arztzeugnis von Dr. med. F. vom 23. Mai 2012 für die Krankentaggeldversicherung ist als Diagnose eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) zu entnehmen, mit einer bescheinigten Arbeitsunfähigkeit "zu 100 % ab 18.1.2012 voraussichtliche Dauer 6 Wochen" und der Bemerkung "Gute Prognose. Wechselte zu neuer Arbeitsstelle im Freiamt". Gemäss seinen Angaben im Schreiben vom 26. Januar 2022 an das Versicherungsgericht würde er "heute [...] das ganze eher als Anpassungsstörung ICD10 F43 bezeichnen, eventuell zusätzlich »somatoforme autonome Funktionsstörung Herz und Kreislaufsystem ICD10 F45.30«".

4.1.4.

Die vom Versicherungsgericht bei Dr. med. G. eingeholten weiteren Auskünfte ergaben im Wesentliche Folgendes: Die Klägerin wurde am 29. Oktober 2011 zur psychiatrischen Abklärung an Dr. med. F. und gleichzeitig zur kardiologischen Abklärung an Dr. med. K., Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Kardiologie, T., überwiesen. Dem entsprechenden Überweisungsschreiben vom 29. Oktober 2011 ist als Zuweisungsgrund "Rezidivierende Tachykardien – psychogen bedingt?" zu entnehmen. Ferner gab Dr. med. G. gegenüber Dr. med. K. an, bei der Klägerin seien "in den letzten Monaten wiederholt, vor allem unter Stresssituationen immer wieder tachykarde Rhythmusstörungen" aufgetreten. Ähnliche Symptome

habe sie "schon in der Lehre als medizinische Praxisassistentin [...] gehabt" und sie sei "unter Stresssituationen zum Teil psychisch dekompenziert". Dr. med. G. führt ferner in seinem Schreiben vom 6. Juli 2022 den bisherigen Verlauf betreffend zusammenfassend aus, er habe erstmals am 23. November 2009 festgestellt, dass die Klägerin über Müdigkeit, immer wieder auftretende Tachykardien "sowie depressive Verhaltenssituationen [...] und [...] damals auch schon Stress mit ihrem Arbeitgeber" geklagt habe. Es sei nach Angaben der Klägerin kurz vor der Lehrabschlussprüfung zu einem Suizidversuch (gemäss Bericht von Dr. med. G. an die IV-Stelle des Kantons Aargau vom 22. September 2016 eine "Intoxikation mit Citalopram") wegen Prüfungsangst gekommen. Klinisch hätten sich am rechten Vorderarm Ritzstellen feststellen lassen. Die Klägerin sei daher in der Folge zu einem Psychologen überwiesen worden. Unter Jarsin habe eine Besserung der Stresssymptomatik erreicht werden können. Zusätzlich sei die Klägerin wegen immer wieder auftretenden erhöhten Pulsen medikamentös behandelt worden. Vor und nach der Heirat der Klägerin im Juni 2011 sei es immer wieder zu Stresssituationen gekommen. Im August 2011 seien dann neuerlich "Brustbeschwerden mit Hyperventilationssymptomatik" und am 24. November 2011 "Brustbeschwerden und Stechen und erhöhte[r] Puls" geklagt worden. Es habe festgestellt werden können, dass die Klägerin "sehr unzufrieden [...] mit sich und ihrer Umgebung" gewesen sei und sich von allem habe abschirmen wollen. Sie habe über Panikattacken und Ärger geklagt. Dies habe letztlich zu den Überweisungen zur kardiologischen und psychiatrischen Abklärung geführt. Soweit für den massgebenden Zeitraum hier relevant, geht aus den von Dr. med. G. eingereichten Akten ferner hervor, das Selbstwertgefühl der Klägerin sei während ihrer Lehre "eher noch schlechter geworden" und sie habe sich "häufig geritzt und auch einen Suizidversuch gemacht" (vgl. den Bericht von Dr. med. L., Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinik R., vom 2. Dezember 2018). Dem Bericht von Dr. med. M., Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, und des Psychologen lic. phil. E., Klinik C., vom 15. Oktober 2020 ist ferner zu entnehmen, die Klägerin "erlebte depressive Episoden ab dem 18. Lebensjahr [und] leidet seither auch zunehmend unter einer Persönlichkeitsstörung".

4.1.5.

In den IV-Akten liegt eine Beurteilung von Prof. Dr. med. H., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, D., Q., vom 18. Dezember 2016, welche Prof. Dr. med. H. als beratender Arzt der Krankentaggeldversicherung abgegeben zu haben scheint (IV-act. 25, S. 2 ff.). Vorliegend ist insbesondere relevant, dass die Klägerin bei der in diesem Rahmen erhobenen Beschwerdeanamnese angab, sich "bereits im jungen Alter (etwa ab dem 16. Altersjahr) [...] bei Spannungen an [...] den Vorderarmen geritzt" zu haben. Ferner habe sie "bereits im jungen Alter zwei Suizidversuche unternommen [...], indem sie sich mit Medikamenten versucht hat, umzubringen, zuletzt offenbar im Alter von 18 Jahren". Sie leide "seit jeher unter einem

sehr schwachen Selbstwertgefühl" und habe "zu keinem Zeitpunkt in ihrem Leben an sich" geglaubt (vgl. IV-act. 25, S. 4). Ferner liegt in den IV-Akten ein von der IV-Stelle des Kantons Aargau eingeholtes psychiatrisches Gutachten von Dr. med. I., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, S., vom 29. November 2018 (IV-act. 47.1). Diesem sind indes für den hier massgebenden Zeitraum keine wesentlichen Informationen zu entnehmen.

4.2.

Nach dem Dargelegten hat die Klägerin die Beklagte nicht über die zweifellos erhebliche Gesundheitstatsache einer mehrwöchigen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung informiert, in deren Rahmen ihr zudem über insgesamt mehr als drei Wochen eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert worden war. Zwar gab die Klägerin an, wegen eines "erhöhten Pulses" in Behandlung gestanden zu haben. Sie fügte indes ihrer bejahenden Antwort nach einer gesundheitlichen Störung mit mehr als dreiwöchiger Arbeitsunfähigkeit ergänzend an, lediglich unter einem "erhöhten Puls" gelitten zu haben, welcher indes abgeklärt worden sei, und dass "keine Probleme mehr" bestünden. Sie hat damit das (vormalige) Bestehen einer (lediglich) somatischen Gesundheitsproblematik unterstellt. Jedenfalls musste die Beklagte bei diesen ergänzenden Angaben der Klägerin nach Treu und Glauben nicht vom Vorliegen einer psychischen Problematik ausgehen. Vielmehr liess die Klägerin den ihr – mit Blick auf die den Akten zu entnehmenden Vorgeschichte mit zahlreichen ähnlichen psychischen beziehungsweise psychosomatischen Beschwerden in der Vergangenheit – klarerweise bekannten Umstand aussen vor, dass sie im Zusammenhang mit dem von ihr angegebenen "erhöhten Puls" (auch) psychiatrisch behandelt und mehr als drei Wochen aus psychiatrischer Sicht als arbeitsunfähig beurteilt worden war. Durch die Formulierung der zusätzlichen Angaben führte die Klägerin selbst eine Unterscheidung zwischen somatischen und psychischen Beschwerden ein und liess die Beklagte tatsachenwidrig im Glauben, es habe sich um eine (unterdessen nicht mehr massgebende) rein somatische Problematik gehandelt. Immerhin hatte in diesem Rahmen bis wenige Tage vor dem Datum, an dem die Klägerin das Formular der Beklagten am 4. April 2012 ausfüllte (AB 2), noch eine 100%ige psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit bestanden (KB 4). Angesichts des Umstands, dass die Klägerin über eine Ausbildung als MPA verfügt und ihr damit die Differenzierung zwischen somatischen und psychischen Erkrankungen geläufig sein muss, und sie zudem bereits in der Vergangenheit unter psychischen Problemen mit ähnlichen Auswirkungen litt, erweisen sich ihre Angaben als ungenügend beziehungsweise ungerechtfertigt unvollständig. Dies, obschon sie aufgrund der Fragestellung der Beklagten die Pflicht gehabt hätte, in der Vergangenheit behandlungsbedürftige Gesundheitsbeeinträchtigungen wahrheitsgemäss zu deklarieren, unabhängig davon, ob ihre Arbeitsfähigkeit im Zeitpunkt der Beantwortung der Frage infolge derartiger Probleme (noch) beeinträchtigt war oder nicht. Die Klägerin hat demnach mit Blick auf die vorerwähnten Grundsätze der Rechtsprechung

(vgl. vorne E. 3.2.) ihre Anzeigepflicht verletzt, indem sie die bestimmte und unzweideutig formulierte Frage der Beklagten zu vorbestandenen gesundheitlichen Störungen unvollständig beantwortete. Weitere sachverhaltliche Abklärungen wie insbesondere eine Parteibefragung versprechen keine zusätzlichen wesentlichen Erkenntnisse, weshalb darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 137 V 64 E. 5.2 S. 69 und 136 I 229 E. 5.3 S. 236). Die Beklagte ist folglich gestützt auf Art. 10 Abs. 7 des Vorsorgereglements zum Rücktritt vom Vorsorgevertrag und daraus folgend zur Verweigerung von Leistungen berechtigt.

4.3.

Die Klägerin macht geltend, die Rücktrittserklärung der Beklagten sei verspätet erfolgt. Dies ist nicht der Fall. So lagen der Beklagten unumstritten erstmals durch die rentenzusprechende Verfügung der IV-Stelle des Kantons Aargau vom 5. August 2019 Hinweise auf eine mögliche Anzeigepflichtverletzung der Klägerin vor. Unabhängig von der Frage, ob sie damit (ohne weitere sachverhaltliche Abklärungen) bereits "Kenntnis der Verletzung der Anzeigepflicht" im Sinne von Art. 10 Abs. 7 des Vorsorgereglements hatte, erfolgte die Rücktrittserklärung vom 16. Januar 2020 (AB 11) weniger als ein halbes Jahr nach Erlass der fraglichen Verfügung und damit zweifellos innerhalb der in Art. 10 Abs. 7 des Vorsorgereglements aufgestellten Frist. Der Rücktritt erfolgte damit – unabhängig vom späteren Festhalten der Beklagten an diesem mit Schreiben vom 8. Mai 2020 (KB 4) – rechtzeitig.

5.

5.1.

Nach dem Dargelegten ist die Klage abzuweisen.

5.2.

Eine Minderheit des Gerichts (§ 23 Abs. 2 GOG) ist der Auffassung, dass die Klägerin mit ihren Angaben der Anzeigepflicht hinreichend nachgekommen ist, die Beklagte daher nicht zum Rücktritt vom Vorsorgevertrag berechtigt ist und die Klage folglich gutzuheissen wäre.

6.

6.1.

Das Verfahren ist kostenlos (Art. 73 Abs. 2 BVG).

6.2.

Die Kosten von Fr. 400.00 für die Einholung der Auskünfte beziehungsweise Berichte von Dr. med. F. durch das Versicherungsgericht mit Verfügung vom 29. Oktober 2021 (vgl. die Honorarnote von Dr. med. F. vom 15. Februar 2022) sind auf die Gerichtskasse zu nehmen.

6.3.

Der Klägerin steht gemäss Verfahrensausgang (§ 64 Abs. 3 VRPG i.V.m. Art. 106 ZPO) und der obsiegenden Beklagten als Sozialversicherungsträgerin (BGE 126 V 143 E. 4 S. 149 ff.) kein Anspruch auf eine Parteientschädigung zu.

Das Versicherungsgericht erkennt:

1.

Die Klage wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3.

Die Kosten von Fr. 400.00 für die Einholung der Auskünfte beziehungsweise Berichte von Dr. med. F. durch das Versicherungsgericht werden auf die Gerichtskasse genommen.

4.

Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

Zustellung an:
die Klägerin
die Beklagte
das Bundesamt für Sozialversicherungen

Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten

Gegen diesen Entscheid kann **innert 30 Tagen** seit der Zustellung beim **Bundesgericht Beschwerde** eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. 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

Vertreter zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

Aarau, 26. August 2022

Versicherungsgericht des Kantons Aargau

3. Kammer

Die Präsidentin:

Der Gerichtsschreiber:

Gössi

Berner

