

200 14 1201 BV  
KNB/LUB/LAB

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 11. Januar 2017**

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Grütter, Verwaltungsrichter Loosli  
Gerichtsschreiber Lüthi

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Fürsprecher B. \_\_\_\_\_  
Kläger

gegen

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

betreffend Klage vom 15. Dezember 2014



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1964 geborene A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherter bzw. Kläger) schloss mit der Helvetia Schweizerische Lebensversicherungsgesellschaft AG (nachfolgend Helvetia bzw. Beklagte) einen Versicherungsvertrag für die gebundene Vorsorge (Lebensversicherungspolice Nr....) mit Beginn der Versicherung per 16. September 1996 und Versicherungsende per 16. September 2029 ab. Als versicherte Leistungen enthält diese Versicherungspolice ein Kapital im Erlebens- und im Todesfall sowie eine Rente bei Erwerbsunfähigkeit von jährlich Fr. 30'000.-- nach einer Wartefrist von 24 Monaten sowie eine Prämienbefreiung bei Erwerbsunfähigkeit nach einer Wartefrist von 3 Monaten. Die Finanzierung der Versicherung erfolgt durch eine Jahresprämie von Fr. 6'500.-- (Akten des Versicherten, Klagebeilage [KB] 1).

### **B.**

Im Januar 2012 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf Rückenbeschwerden und einer zunehmenden Gangstörung bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB] im Verfahren IV 2014 764 [IV-act. II] 2). Nachdem die IVB u.a. ein Gutachten der C. \_\_\_\_\_ (MEDAS) vom 3. Juni 2013 (IV-act. II 58.1), einen Abklärungsbericht für Selbständigerwerbende vom 24. September 2013 (IV-act. II 63 S. 2 ff.) und einen Untersuchungsbericht des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 13. Dezember 2013 (IV-act. II 82) eingeholt hatte, sprach sie mit Verfügung vom 20. Juni 2014 (IV-act. II 93 S. 2 ff.) dem Versicherten ab dem 1. Juli 2012 eine ganze Rente (IV-Grad 75 %) und ab dem 1. August 2013 (IV-Grad 43 %) eine Viertelsrente zu. Eine dagegen vom Versicherten erhobene Beschwerde wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Entscheid vom 23. September 2016, VGE IV 2014 764, ab.

**C.**

Bereits zuvor am 12. Februar 2013 (KB 4) teilte die Helvetia dem Versicherten mit, sie gewähre eine Prämienbefreiung zu 50 % vom 15. Mai 2011 bis 15. August 2011 sowie zu 100 % vom 16. August 2011 bis 15. September 2012. Diese Leistungen beruhten auf einem Erwerbsunfähigkeitsgrad von 50 % seit dem 7. Februar 2011 und 100 % seit dem 16. August 2011. Ab dem 16. September 2012 bestehe kein Anspruch mehr auf Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit. Mit Schreiben vom 30. Juli 2014 (KB 5) hielt die Helvetia fest, aus den medizinischen Gutachten und ärztlichen Berichten gehe hervor, dass in der angestammten Tätigkeit sowie in einer Verweistätigkeit eine Leistungseinschränkung von maximal 20 % bestehe. Ausgehend von einem Invalidenlohn von Fr. 62'506.-- und einem Validenlohn von Fr. 50'141.-- bestehe kein Anspruch auf Versicherungsleistungen. In der Folge liess der Versicherte der Helvetia die Verfügung der IVB, das Gutachten der MEDAS sowie Berichte der behandelnden Ärzte zukommen und forderte gestützt darauf die Ausrichtung einer vollen Rente und die Prämienbefreiung (KB 6). Auf diese Forderung ging die Helvetia mit Schreiben vom 26. September 2014 (Akten der Helvetia, Klageantwortbeilage [AB] 7) nicht ein.

**D.**

Mit Eingabe vom 15. Dezember 2014 erhob der Versicherte, vertreten durch Fürsprecher B. \_\_\_\_\_, Klage. Er stellt die folgenden Rechtsbegehren:

In der Sache:

1. Die Beklagte sei zu verurteilen, dem Kläger die vertraglich geschuldete Rentenleistung in noch zu bestimmender Höhe zu erbringen, nach Ablauf der Wartefrist bis 31. Juli 2013 im Umfang von 100 % und ab 1. August 2013 mindestens im Umfang von 43 % der versicherten Rente, zuzüglich Zins von 5 % seit wann rechtens.
2. Die Beklagte sei zu verurteilen, dem Kläger die bereits geleisteten Prämien ab September 2012 in noch zu bestimmender Höhe zurückzuerstatten, mindestens im Umfang von 43 % der geleisteten Prämien, zuzüglich Zins von 5 % seit wann rechtens.

Unter Kostenfolgen

Verfahrensantrag:

Das vorliegende Verfahren sei zu sistieren bis zum Entscheid des Verwaltungsgerichts in der invalidenversicherungsrechtlichen Angelegenheit (IV 200 14 764).

Zur Begründung macht er geltend, die von der Beklagten vorgenommene Berechnung zur Erwerbsunfähigkeit sei unrichtig. Es sei in Bezug auf die Zeit bis 31. Juli 2013 auf den Invaliditätsgrad von 75 % gemäss IV-Verfügung abzustellen. Für die Zeit ab 1. August 2013 sei mit Blick auf die Krankengeschichte davon auszugehen, dass sich der Zustand im Wesentlichen nicht verändert habe und er daher auch danach Anspruch auf eine volle Rente habe. Mindestens sei jedoch auf den von der Invalidenversicherung berechneten IV-Grad von 43 % abzustellen (vgl. Klage S. 5 Art. 3 Ziff. 4 f.).

Mit prozessleitender Verfügung vom 18. Dezember 2014 setzte der Instruktionsrichter die Akten im parallelen Verfahren IV 200 14 764 als bekannt voraus und wies den Antrag auf Sistierung des Verfahrens ab.

Die Beklagte beantragt mit Klageantwort vom 8. Mai 2015 die vollumfängliche Abweisung der Klage unter o/e-Kostenfolge zu Lasten des Klägers. Sie halte an ihren bisherigen Ausführungen in den Schreiben vom 30. Juli und 26. September 2014 vollumfänglich fest. Bereits am 14. Januar 2013 habe ihr Gesellschaftsarzt festgestellt, dass der Kläger aufgrund der damals bekannten Diagnosen im Umfang von 80 % arbeitsfähig gewesen sei. Gemäss ihren Berechnungen übersteige der Invalidenlohn den Validenlohn um 24.7 %, sodass keine Erwerbseinbusse und somit auch keine Leistungspflicht gegeben sei (vgl. Klageantwort S. 3 I. Ziff. 5). Der Gesellschaftsarzt sei der Meinung, dass die beiden Arztberichte vom 30. September 2014 bestätigten, dass der Kläger an einem minimalen Morbus Crohn leide, welcher für die geschilderten Durchfälle verantwortlich sei. Diese Diagnose sei jedoch nicht invalidisierend. Er komme zum Schluss, dass der Kläger im angestammten Beruf zu 50 % und in einer Verweistätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei. Die Berechnung der Erwerbsunfähigkeit ( $\text{Fr. } 78'132.-- [\text{Invalidenlohn}] / \text{Fr. } 50'141.-- [\text{Validenlohn}] = 1.56$ ) zeige, dass der Kläger keine Erwerbseinbusse habe. Selbst mit einem Invalidenlohn eines Hilfsarbeiters würde der Kläger 23 % mehr verdienen, als in seiner Tätigkeit vor Eintritt des versicherten Ereignisses (Fr. 61'836.-- [Invali-

denlohn] / Fr. 50'141.-- [Validenlohn] = 1.23). Demnach könne festgehalten werden, dass keine relevante Einkommenseinbusse bestehe und sie nicht leistungspflichtig sei (vgl. Klageantwort S. 4). Es bestehe weder eine gesetzliche noch eine vertragliche Grundlage, die vorschreibe, dass die Beklagte die Einschätzung oder Berechnung der IV übernehmen müsse. Es bestehe weder Anspruch auf Rückerstattung der bereits einbezahlten Prämien noch auf Gewährung der Prämienbefreiung und die Bezahlung einer Erwerbsaufallrente (Klageantwort S. 5 II. Ziff. 3 f.).

Mit Replik vom 16. Juli 2015 stellt der Kläger folgende Rechtsbegehren:

1. Die Beklagte sei zu verurteilen, dem Kläger ab 7. Februar 2013 eine Rentenleistung im Umfang von 30'000.-- pro Jahr zu bezahlen, zuzüglich Zins von 5 % auf dem aufgelaufenen Betrag seit wann rechtens.
2. Die Beklagte sei zu verurteilen, dem Kläger die bereits geleisteten Prämien ab September 2012 im vollem Umfang (bis heute Fr. 19'500.--) zurückzuzahlen, zuzüglich Zins von 5 % seit wann rechtens.

Unter Kostenfolgen

Das Erreichen einer normalen Arbeitsfähigkeit sei ausser Sichtweite. Eine 50 % übersteigende Arbeitsfähigkeit erscheine bereits aus rein gastroenterologischer Sicht nicht realistisch. Auch die Rückenbeschwerden (Lumbovertebralsyndrom) seien weiterbestehend. Der Gesundheitszustand habe sich seit Einreichung der IV-Beschwerde und der Klage gegen die Beklagte nicht verbessert, sondern verschlechtert. Die Verlaufsberichte der behandelnden Spezialärzte und des Hausarztes gäben ein stimmiges und vollständiges Bild des Gesundheitszustandes und insbesondere der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Die Kombination des komplexen Rückenleidens und der Gonarthrose einerseits und der Darm- und Defäkationsproblematik andererseits führe zur Annahme einer höchstens 25 %-igen Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit. Auch in angepasster Tätigkeit könne die Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung der Leiden nicht höher als 30 – 40 % eingeschätzt werden. Das Aktenstudium des Gesellschaftsarztes stehe den aktuellen Einschätzungen der behandelnden Ärzte diametral entgegen (vgl. Replik S. 4 f.). Der Kläger könne seiner erlernten und seit 1986 ausgeübten Tätigkeit als .../... nur noch zu 25 % nachgehen. Der Erwerbsausfall ergebe sich direkt aus der attestierten Arbeitsunfähigkeit. Auch in einer allfälligen teilzeitlich administrativen und im Übrigen im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbestimmungen (AVB) seiner Lebensstel-

lung, seinen Kenntnissen und Fähigkeiten angemessenen Erwerbstätigkeit blieben massgebliche Einschränkungen aus gastroenterologischer und orthopädischer Sicht bestehen. Ausgehend von der IV resultiere bei einer zu maximal 30 – 40 % zumutbaren Verweistätigkeit ein Invalideneinkommen von Fr. 18'681.-- bis Fr. 24'908.-- und damit im Vergleich zum Valideneinkommen von Fr. 72'440.-- eine Erwerbseinbusse von mindestens zwei Dritteln (Replik S. 7 f. Art. 14 Ziff. 1 f.).

Mit Duplik vom 25. November 2015 hält die Beklagte an ihren Rechtsbegehren fest. Sie bestreite die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Klägers und gehe von einer 50 %-igen Arbeitsfähigkeit im angestammten und von einer 100 %-igen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit aus. Aufgrund der beabsichtigten Antikörpertherapie gehe sie davon aus, dass der Morbus Crohn die Arbeitsfähigkeit des Klägers nicht mehr einschränke. Die Rücken- und Kniebeschwerden seien bei ihrer Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit geprüft, aber für altersbedingt normal beurteilt worden. Sie gehe davon aus, dass die Rücken- und Nackenschmerzen höchstens eine Limitierung der Arbeitsfähigkeit beim Heben von Gewichten ab 10 kg bewirkten (vgl. Duplik S. 5).

## **Erwägungen:**

### **1.**

#### **1.1**

**1.1.1** Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern beurteilt gemäss Art. 87 lit. c des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 (VRPG; BSG 155.21) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (GSOG; BSG 161.1) auf Klage hin als einzige kantonale Instanz Ansprüche auf dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts, soweit es die Ge-

setzung vorsieht. Gemäss Art. 73 des Bundesgesetzes über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge vom 25. Juni 1982 (BVG; SR 831.40) bezeichnet jeder Kanton als letzte kantonale Instanz ein Gericht, das über die Streitigkeiten zwischen Vorsorgeeinrichtungen, Arbeitgebern und Anspruchsberechtigten entscheidet (Abs. 1). Dieses Gericht entscheidet auch über Streitigkeiten mit Einrichtungen, welche sich aus der Anwendung von Art. 82 Abs. 2 BVG (anerkannte Vorsorgeformen) ergeben (Art. 73 Abs. 1 lit. b BVG).

Als anerkannte Vorsorgeformen im Sinne von Art. 82 BVG gelten die gebundene Vorsorgeversicherung bei Versicherungseinrichtungen und die gebundene Vorsorgevereinbarung mit Bankstiftungen (Art. 1 Abs. 1 der Verordnung über die steuerliche Abzugsberechtigung für Beiträge an anerkannte Vorsorgeformen vom 13. November 1985 [BVV 3; SR 831.461.3]). Als gebundene Vorsorgeversicherungen gelten besondere Kapital- und Rentenversicherungen auf den Erlebens-, Invaliditäts- oder Todesfall, einschliesslich allfälliger Zusatzversicherungen für Unfalltod oder Invalidität, die mit einer der Versicherungsaufsicht unterstellten oder mit einer öffentlichrechtlichen Versicherungseinrichtung gemäss Art. 67 Abs. 1 BVG abgeschlossen werden und ausschliesslich und unwiderruflich der Vorsorge dienen (Art. 1 Abs. 2 BVV 3).

**1.1.2** Der vorliegenden Streitsache liegt die am 31. Mai 2006 ausgestellte Lebensversicherungspolice Nr.... inklusive der AVB und die Ergänzenden Bedingungen für Vorsorgeversicherungen zugrunde (KB 1 f.). Dabei handelt es sich um eine gebundene Vorsorgeversicherung der Säule 3a (vgl. KB 1) nach Art. 82 Abs. 2 BVG i.V.m. Art. 1 Abs. 1 lit. a und Abs. 2 BVV 3, womit die sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts gestützt auf Art. 87 lit. c VRPG in Verbindung mit Art. 73 Abs. 1 lit. b BVG zu bejahen ist (vgl. BGE 141 V 405 E. 2.1 S. 407; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 19. November 2008, 9C\_199/2008, E. 1 mit Hinweis). Da Einrichtungen der gebundenen Selbstvorsorge nicht befugt sind, Verfügungen zu erlassen, ist der Klageweg zu beschreiten (MAURER/SCARTAZZINI/HÜRZELER, Bundessozialversicherungsrecht, 3. Aufl. 2009, S. 282).

**1.1.3** Gerichtsstand ist nach Art. 73 Abs. 3 BVG der schweizerische Sitz oder Wohnsitz des Beklagten oder der Ort des Betriebes, bei dem die versicherte Person angestellt wurde. Die Beklagte hat ihren Sitz in Basel (Auszug aus dem Handelsregister des Kantons Basel-Stadt [www.zefix.ch]), weshalb sie keinen Gerichtsstand im Kanton Bern begründen kann. Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung verfolgt Art. 73 Abs. 3 BVG – vor dem Hintergrund des Prinzips des einfachen und raschen Verfahrens (Abs. 2) – den Zweck, den Zugang zum Gericht im sachlichen Zuständigkeitsbereich gemäss Abs. 1 möglichst zu vereinfachen. Aus diesem Grund wird hinsichtlich von Streitigkeiten im Gebiet der gebundenen Vorsorge entgegen dem Wortlaut von Art. 73 Abs. 3 BVG ein alternativer Gerichtsstand am Wohnsitz des Versicherungsnehmers anerkannt (Entscheid des BGer vom 30. März 2009, 9C\_944/2008, E. 5.4; vgl. auch Bundesamt für Sozialversicherungen [BSV], Mitteilung über die berufliche Vorsorge Nr. 112 vom 28. Mai 2009, Rz 698). Im Übrigen gilt auch nach Ziff. 5.6 der AVB, dass als Gerichtsstand der schweizerische Wohnsitz des Versicherungsnehmers oder Anspruchsberechtigten in Frage kommt. Der Kläger wohnt im Kanton Bern (...), womit das angerufene Gericht zur Behandlung der Klage örtlich zuständig ist. Auch die übrigen Prozessvoraussetzungen sind erfüllt, insbesondere ist die Klage formgerecht eingelangt (Art. 32 VRPG) und ist der Rechtsvertreter des Klägers gehörig bevollmächtigt (Art. 15 Abs. 1 VPRG; KB 3). Auf die Klage ist einzutreten.

**1.2** Aufgrund des im Recht der beruflichen Vorsorge auf kantonaler Ebene vorgeschriebenen Klageverfahrens ergibt sich der Streitgegenstand einzig aus den Rechtsbegehren der Klage. Innerhalb des Streitgegenstandes ist das Gericht in Durchbrechung der Dispositionsmaxime nicht an die Begehren der Parteien gebunden (BGE 135 V 23 E. 3.1 S. 26; vgl. Art. 92 Abs. 3 VRPG). Streitig und zu prüfen ist, ob der Kläger Anspruch auf eine Invalidenrente und auf Prämienbefreiung hat.

**1.3** Die gebundene Selbstvorsorge ist zwar durch die Bestimmungen der BVV 3 und des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908 (VVG; SR 221.229.1) geregelt; der Gesetzgeber hat aber klarerweise entschieden, die damit zusammenhängenden Streitigkeiten den Verfahrensregeln nach Art. 73 BVG zu unterstellen (Entscheid des BGer

vom 30. März 2009, BGer 9C\_944/2008, E. 5.2). Gemäss Art. 73 Abs. 2 BVG sehen die Kantone ein einfaches, rasches und in der Regel kostenloses Verfahren vor; der Richter stellt den Sachverhalt von Amtes wegen fest.

**1.4** Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

## **2.**

**2.1** Die Säule 3a, die in der bundesrätlichen Botschaft vom 19. Dezember 1975 als „freiwillige berufliche Vorsorge“ bezeichnet und so von der „Selbstvorsorge“ der Säule 3b abgegrenzt wird (BBl 1976 I 149 ff., 215 unten Ziff. 435), ergänzt die zweite Säule. Sie ist der zweiten Säule („zweite Säule im engeren Sinne“) gleichgestellt und unterscheidet sich von dieser im Wesentlichen durch ihre Freiwilligkeit (Entscheid des BGer vom 15. Januar 2007, 2A.292/2006, E. 6.3). Namhafte Bereiche der Säule 3a 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 vom 17. Dezember 1993 über die Freizügigkeit in der beruflichen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge [Freizügigkeitsgesetz, FZG; SR 831.42], Art. 83a BVG). Da sich die gebundene Vorsorge aus der zweiten Säule ableitet (BGE 121 III 285 E. 1d S. 289), hat die Praxis verschiedentlich subsidiär, soweit die BVV 3 keine einschlägigen Bestimmungen enthielt, die Regelungen der zweiten Säule beigezogen (zum Ganzen: BGE 141 V 405 E. 3.2 mit weiteren Hinweisen). Unter anderem hat das BGer entscheiden, dass der Begriff der Invalidität in der Säule 3a nicht weiter zu fassen ist als in der zweiten Säule (Entscheid des BGer vom 15. Januar 2007, 2A.292/2006, E. 6.4) und die Grundsätze, die in der zweiten Säule für die Anpassung einer Invalidenrente gelten, in der Säule 3a subsidiär und analog beizuziehen sind (BGE 141 V 405 E. 3.5; 141 V 439 E. 4.1).

Darüber hinaus findet auf die im Rahmen der gebundenen Vorsorge abgeschlossenen Lebensversicherungen ergänzend das VVG Anwendung (BGE 141 V 405 E. 3.3 mit Verweis auf BGE 138 III 416; RUDOLF KÜNG, Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, Art. 76 VVG N. 18).

**2.2** Gemäss der Lebensversicherungspolice Nr.... hat der Versicherungsvertrag die schriftlichen Antragserklärungen und die AVB zur Grundlage.

Danach gilt die versicherte Person als erwerbsunfähig, 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 (Ziff. 2.5.1 Abs. 1 AVB).

Anspruch auf Leistungen besteht vom ersten Tag des dem Ende der Wartefrist folgenden Versicherungsmonats an, solange die versicherte Person infolge Unfalls oder Krankheit oder – wenn in der Police ausdrücklich vermerkt – nur infolge Krankheit erwerbsunfähig ist (Ziff. 2.5.2.1 AVB). Ist die versicherte Person nur teilweise erwerbsunfähig, so besteht Anspruch auf Erwerbsunfähigkeitsleistungen entsprechend dem Grad der Erwerbsunfähigkeit. Eine Erwerbsunfähigkeit von weniger als einem Viertel begründet keinen Anspruch, bei einer solchen von mindestens zwei Dritteln besteht Anspruch auf die volle Leistung. Ändert sich der Grad der Erwerbsunfähigkeit, so werden die Versicherungsleistungen entsprechend angepasst. Die Anpassung wirkt vom ersten Tage des folgenden Versicherungsmonats an. Eine Änderung des Erwerbsunfähigkeitsgrades ist der Versicherung sofort anzuzeigen (Ziff. 2.5.2.3 AVB).

Anspruch auf Prämienbefreiung bei Erwerbsunfähigkeit besteht, wenn die versicherte Person das 15. Altersjahr vollendet hat. Nach Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person ihr 65. Altersjahr vollendet hat, besteht der Anspruch nur noch in dem Ausmass, als er vor diesem Zeitpunkt erworben wurde. Die Wartefrist beträgt drei Monate, ausser wenn

eine Erwerbsausfallrente als Hauptleistung versichert ist. In diesem Fall gilt die für die Rente vereinbarte Wartefrist auch für die Prämienbefreiung (Ziff. 2.5.3 AVB).

**2.3** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweismittelprüfung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweismittelprüfung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2009 IV Nr. 50 S. 154 E. 4.3). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf

welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354). Sofern RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2).

### **3.**

**3.1** Hinsichtlich des Gesundheitszustands und der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Klägers wurde im parallelen IV-Verfahren – bei dem die Beklagte beigezogen war – auf das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 3. Juni 2013 (IV-act. II 58.1) inkl. der verschiedenen Teilgutachten (vgl. IV-act. II 58.2 ff.) und den RAD-Untersuchungsbericht vom 13. Dezember 2013 (IV-act. II 82) abgestellt. Gemäss dem unangefochten gebliebenen Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 23. September 2016, VGE IV 200 14 764, E. 3.4.1, erfüllen sowohl das Gutachten als auch der Untersuchungsbericht die Anforderungen der Rechtsprechung an medizinische Berichte und erbringen vollen Beweis (vgl. E. 2.3 hiavor).

Ausserdem wurden die von den Parteien im Klageverfahren eingereichten medizinischen Berichte auch im Beschwerdeverfahren beigebracht und in die Würdigung miteinbezogen (vgl. VGE IV 200 14 764, E. 3.4.2 f.). Es liegen damit keine Erkenntnisse vor, welche unberücksichtigt geblieben wären. Die Beklagte wurde zudem im IV-Verfahren beigeladen und konnte sich dazu äusseren, weshalb auch hier auf das Gutachten der MEDAS und den RAD-Untersuchungsbericht abzustellen ist.

**3.2** Das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 3. Juni 2013 (IV-act. II 58.1) beruht auf psychiatrischen, neurologischen, gastroenterologischen und internistischen Untersuchungen. Unter Berücksichtigung aller Fachgebiete stellten die Gutachter folgende Diagnosen (S. 21):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Chronisch rezidivierendes lumbovertebrales und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei bisegmentalen Discopathien L4/5 und L5/S1 (im MRI vom 5. April 2011 gesicherte DH L4/5 mit diskreter L4-Wurzelverlagerung und Conjoint root Syndrom L5/S1 mit geschwollener Wurzel S1 links), aktuell neurologisch kein klinisches Korrelat für eine Spinalkanalstenose
2. MRI-gesicherte Chondromalazie des medialen Kompartimentes im rechten Kniegelenk und degenerative Innenmeniscopathie
3. St. n. Sigmaresektion bei Diverticulitis mit kompliziertem Verlauf 2005
4. Colon irritabile mit gehäuften Stuhlentleerungen
5. Insuffizienz des Sphincter ani externus et internus mit erniedrigtem Ruhe- und Kneifdruck

Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

6. Verdacht auf schädlichen Gebrauch von Alkohol (ICD-10 F10.1)
7. Refluxösophagitis, unter Pantoprazol 40 beschwerdefrei
8. Fructoseintoleranz
9. Arterielle Hypertonie
10. Hyperlipidämie
11. Adipositas, BMI 34 kg/m<sup>2</sup>

Im Rahmen der orthopädischen Begutachtung hielt der Hauptgutachter, Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, fest, der orthopädische Funktionsbefund der Wirbelsäule sei vollständig unauffällig gewesen. Aktuell seien keine funktionsrelevanten kniepathologischen Befunde auszumachen gewesen. Das die Wirbelsäule stützende und führende rumpfmuskuläre Korsett sei stabil und

balanciert. Im Bereich des Schultergürtels und der oberen Extremitäten fänden sich keine funktionellen Auffälligkeiten. Im Bereich des Beckengürtels und der unteren Extremitäten sei die Extremitätenmuskulatur ebenfalls unauffällig und leistungsfähig. Aus rein orthopädischer Sicht seien dem Versicherten leichte, an die pathologischen Befunde der LWS und des rechten Kniegelenks adaptierte Tätigkeiten zumutbar. Ein Gewichtslimit stelle sich in einer angepassten Tätigkeit auf 10 kg. Derartige qualitativ angepasste Tätigkeiten könnten durchgehend auf einem 100 %-Niveau zugemutet werden. Die bisherige Tätigkeit als ... und ... könne auch weiterhin zugemutet werden. In der bisherigen Tätigkeit bestehe durchgehend bei einem vollen Pensum eine Minderung der Leistungsfähigkeit (Rendement) von 50 % und somit eine globale Restarbeitsfähigkeit von 50 % (IV-act. II 58.1 S. 18).

Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Psychiatrie und Psychotherapie, führte im psychiatrischen Teilgutachten vom 17. April 2013 (IV-act. II 58.2) aus, nach der jetzigen gutachterlichen Erhebung lägen keine Hinweise für ein psychosomatisches Geschehen vor. Der Versicherte wirke autonom, durchsetzungsfähig, bezüglich seiner Lebensgestaltung durchaus kreativ und auch vielseitig. Ein histrionisches Bild habe zu keinem Zeitpunkt vorgelegen. Eine Beschwerdeausschweitung könne aus psychiatrischer Sicht nicht ausgeschlossen werden. Jedoch ergäben sich hierfür aktuell keine objektiven Hinweise. Nicht nachgewiesen werden könne eine psychische Morbidität. Der psychische Befund sei in allen Qualitäten regelrecht. Demensprechend habe auch nie eine psychiatrische Behandlung oder Psychotherapie stattgefunden. Auf dem psychiatrischen Fachgebiet sei die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt (S. 5).

Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, führte im neurologischen Teilgutachten vom 29. April 2013 (IV-act. II 58.3) aus, bei der Untersuchung sei der neurologische Status völlig unauffällig, ausser des Ganges. Ohne den Einsatz von Stöcken komme es immer wieder zu einem Einknicken mit dem rechten Bein, das funktionell wirke, da weder eine Muskelasymmetrie noch andere neurologische Ausfälle diesen Defekt, zumindest von neurologischer Seite her, erklären könnten. Auch sei eine Nadelmyo-

graphie im Bereiche des rechten Beines zumindest im Musculus tibialis anterior rechts normal, eine radikuläre Problematik habe nicht gefunden werden können. Aktuell seien ebenfalls keine Hinweise für eine radikuläre Schädigung vorhanden. Eine spinale Raumforderung sei in den durchgeführten bildgebenden Untersuchungen nicht vorhanden. Auch die geklagte Störung der Defäkation könne von neurologischer Seite her bei weiter unauffälligen Verhältnissen nicht erklärt werden. Aus neurologischer Sicht bestehe ein volles Belastungsprofil entsprechend einem gleichaltrigen, gesunden Mann (S. 4).

Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Gastroenterologie und Allgemeine Innere Medizin, legte im gastroenterologischen Teilgutachten vom 29. April 2013 (IV-act. II 58.4) dar, mit Zustand nach Sigmaresektion, Insuffizienz des Sphincter ani internus und wahrscheinlich auch externus habe der Versicherte Probleme mit Halten des Stuhls und müsse gemäss eigenen Angaben wegen Durchfällen häufig die Toilette aufsuchen. Im letzten Jahr hätten sich diese Beschwerden verschlimmert, so dass er dadurch in seinem Beruf massiv eingeschränkt werde; auch Kundenaufträge könne er nur ausführen, wenn es eine Toilette in der Nähe habe. Die Insuffizienz werde durch die Analsphincterschwäche begünstigt. Die Arbeitsfähigkeit im Fachgebiet Gastroenterologie sei aufgrund der Darmproblematik sicher eingeschränkt. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als freischaffender ... mit Kundenkontakt werde auf 50 % geschätzt. In optimal angepassten Tätigkeiten bestehe eine geringere Einschränkung und eine Arbeitsfähigkeit von 75 % (S. 5).

Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vermerkte im internistischen Teilgutachten vom 29. April 2013 (IV-act. II 58.5), aus internistischer Sicht bestünden keine Diagnosen oder Befunde, die die Arbeitsfähigkeit einschränkten (S. 3).

Im polydisziplinären Konsens führten die Gutachter aus, die festgestellte Restarbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit von global 50 % (volles Pensum und Rendement 50 %) verstehe sich integrativ gestützt auf die orthopädisch somatischen und auf die gastroenterologisch somatischen Befunde. In optimal angepassten Tätigkeiten bestehe aus gastroenterologischer Sicht eine geringere Einschränkung und eine Arbeitsfähigkeit von 75 %. Die dokumentierten Befunde begründeten in der bisherigen Tätigkeit

eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von 50 %, in einer qualitativ angepassten Tätigkeit bestehe eine 75 %-ige Arbeitsfähigkeit. Dem Versicherten seien leichte, an die pathologischen Befunde der LWS und des rechten Kniegelenks adaptierte Tätigkeiten zumutbar. Ein Gewichtslimit stelle sich in einer angepassten Tätigkeit auf 10 kg. Derartig qualitativ angepassten Tätigkeiten könnten aus orthopädischer Sicht durchgehend auf einem 100 % Niveau zugemutet werden. Bei seinem Darmleiden sei der Versicherte auf eine unproblematische und rasche Erreichbarkeit einer Toilette angewiesen. In einer optimal angepassten Tätigkeit bestehe aus gastroenterologischer Sicht eine 75 %-ige Arbeitsfähigkeit. In der bisherigen Tätigkeit bestehe durchgehend bei einem vollen Pensum eine Minderung der Leistungsfähigkeit (Rendement) von 50 % und somit eine globale Restarbeitsfähigkeit von 50 % (IV-act. II 58.1 S. 22).

**3.3** Im Untersuchungsbericht vom 13. Dezember 2013 (IV-act. II 82) diagnostizierte die RAD-Ärztin Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, chronische lumbale Rückenschmerzen seit 2010/2011 bei St. n radiologischer Feststellung einer Diskushernie L4/5 (klinisch ohne neurologische Zeichen), leichte degenerative Veränderungen des rechten Kniegelenks (festgestellt im MRI am 16. Dezember 2011), einen St. n. Diverticulitis 2003 und operativer Behandlung der Diverticulitis 2005 (gemäss dem Versicherten sieben Monate anus praeter), einer Narbenhernie 2011 (operative Revision) und einen St. n. Nasen/Kieferhöhlenoperation mit ca. 28 Jahren (S. 8). Die orthopädischen Veränderungen entsprächen Abnützungerscheinungen, die als etwa altersmässig zu erwarten eingeschätzt werden könnten. Es bestünden keine sicheren neurologischen Ausfälle, allenfalls eine leichte Abschwächung des Patellarsehnenreflexes rechts. Ausser einer Beschränkung auf mittelschwere Arbeiten und auf das Vermeiden von längerdauerndem Knien, speziell in Verbindung mit einer vorgebeugten Haltung des Rumpfes, ergäben sich daraus keine Einschränkungen. Die Darmproblematik könne aus praktischen Gründen nicht restlos aufgeklärt werden. Es gäbe jedoch keine Veranlassung, sehr häufige und heftige, explosive Stuhlgänge anzunehmen. Dass dies vereinzelt vorkomme, sei damit nicht ausgeschlossen, jedoch sei die Stuhlfrequenz von 10 – 15 mal am Tag, wie vom Versicherten postuliert, bei normal dickem, normal gefärbtem Stuhl und bei der Unmög-

lichkeit anlässlich der Untersuchung über zwei Stunden Stuhl absetzen zu können, höchst unwahrscheinlich. Nicht überprüft werde könne die Aussage, ob und wie oft es zu Schmieren infolge schwachem Sphincter komme. Es sei jedoch dem Versicherten zumutbar, Einlagen zu tragen. Zusätzlich würden stündlich 5 – 10 Minuten Pausen eingeräumt, um „Schmerzspuren“ (richtig wohl: Schmutzspuren) zu waschen und das Gesäss zu pflegen. Daraus ergebe sich eine Einschränkung von 20 % (S. 10). Die bisherige Tätigkeit, das Reparieren von ... sowie Arbeiten als ... und ..., sei weiterhin im Umfang des Zumutbarkeitsprofils möglich. Mittelschwere Arbeiten seien vollzeitig mit Pausen zumutbar. Längerdauerndes Bücken sowie längerdauerndes Knien bei der Arbeit sollten vermieden werden, insbesondere wenn Knien mit Vorneigen verbunden sei. Zur Regulierung der Darmprobleme und Gesässreinigung seien stündlich je 5 – 10 Minuten Pause einzuräumen (S. 11).

**3.4** Gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 3. Juni 2013 (IV-act. II 58.1) inkl. der verschiedenen Teilgutachten (vgl. IV-act. II 58.2 ff.) und den RAD-Untersuchungsbericht vom 13. Dezember 2013 (IV-act. II 82) ist erstellt, dass nachdem Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin (Spital J. \_\_\_\_\_), dem Kläger am 6. Februar 2012 eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit seit dem 16. Dezember 2011 attestierte hatte (IV-act. II S. 7) – die der Hauptgutachter als nachvollziehbar erachtet (IV-act. II 58. 1 S. 19) – nach der Begutachtung bei der MEDAS im April 2013 in der bisherigen selbständigen Erwerbstätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 % und in einer angepassten körperlich leichten Tätigkeit mit einem Gewichtslimit von 10 kg eine Arbeitsfähigkeit im Umfang von 75 % besteht (vgl. VGE IV 200 14 764, E. 3.4.4).

#### 4.

**4.1** Vorab ist der Rentenanspruch des Klägers zu prüfen. Die BVV 3 enthält keine Bestimmungen zu den hier interessierenden Rentenleistungen bei Erwerbsunfähigkeit. Die AVB der Beklagten sehen zudem keine Bindung an die Entscheide der IV vor und die darin enthaltene Definition der Erwerbsunfähigkeit ist darüber hinaus auch nicht deckungsgleich mit Art. 7 Abs. 1 ATSG. Der Grad der Erwerbsunfähigkeit ist daher unter Berücksichtigung der in den AVB statuierten Zumutbarkeit einer Erwerbstätigkeit frei zu bestimmen (vgl. BGE 141 V 439 E. 4.2 f. S. 444 f.).

Beim Begriff der Erwerbsunfähigkeit stellt die Beklagte in ihren AVB auf den Erwerbsausfall oder einen diesem entsprechenden finanziellen Nachteil ab (vgl. E. 2.2 hiervor). Für die Bestimmung des Erwerbsunfähigkeitsgrades im Sinne von Ziff. 2.5.1 AVB ist deshalb das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der medizinisch objektiv nachgewiesenen Schädigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit in ihrem Beruf oder in einer anderen ihrer Lebensstellung, ihren Kenntnissen und Fähigkeiten angemessenen Erwerbstätigkeit erzielen könnte, in Beziehung zu setzen, zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht erwerbsunfähig geworden wäre.

Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1 S. 30, 104 V 135 E. 2b S. 136).

Der Anspruch auf Leistungen besteht vom ersten Tag des dem Ende der Wartefrist folgenden Versicherungsmonats an, solange die Versicherte Person infolge Unfalls oder Krankheit erwerbsunfähig ist (vgl. E. 2.2 hiervor). Der Kläger ist ab dem 21. April 2011 zu mindestens 50 % (IV-act. II 14.3 ff.) bzw. im Umfang von 100 % spätestens ab dem 16. Dezember 2011 arbeitsunfähig (vgl. E. 3.4 hiervor). Gestützt darauf ist von einer mindestens 25 %-igen Erwerbsunfähigkeit auszugehen und die Wartefrist

von 24 Monaten endet damit am 20. April 2013. Nach Ziff. 5.5 AVB gilt als Versicherungsjahr jeweils der Zeitraum eines Jahres, ausgehend vom Versicherungsbeginn und als Versicherungsquartal und –monat gilt ein Viertel bzw. ein Zwölftel des Versicherungsjahres. Da in der Lebensversicherungspolice der Versicherungsbeginn auf den 16. September 1996 festgelegt wurde (KB 1), beginnt der (hypothetische) Rentenanspruch am 16. Mai 2013 (vgl. Ziff. 2.5.2.1 i.V.m. Ziff. 2.9 AVB), weshalb die Verhältnisse in diesem Zeitpunkt massgebend sind und der Einkommensvergleich vorzunehmen ist sowie allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen zu berücksichtigen sind (vgl. BGE 129 V 222).

**4.2** Die Beklagte stützte sich bei der Berechnung des Valideneinkommens auf das gemäss IK-Auszug in den Jahren 2008 bis 2010 erzielte Durchschnittseinkommen von Fr. 50'141.-- ([Fr. 65'550.-- + Fr. 65'677.-- + Fr. 19'196.--] / 3), wobei sie das vier Monate umfassende Einkommen des Jahres 2010 ohne etwaige Umrechnung als Jahreseinkommen berücksichtigte (KB 5 S. 2, Klageantwort S. 4, AB 7, IV-act. II 6 S. 4). In Anbetracht dessen erweist sich diese Berechnung nicht als aussagekräftig. Hinzu kommt, dass der Kläger in den zuvor genannten Jahren parallel zu seiner selbständigen Erwerbstätigkeit eine teilzeitliche Anstellung bei der K. \_\_\_\_\_ AG inne hatte (IV-act. II 6 S. 4), ab Frühling 2010 vollzeitlich mit der Ausübung der selbständigen Erwerbstätigkeit begann und bereits in der Phase ab August 2010 an Rückenschmerzen litt. Um diesen Gegebenheiten Rechnung zu tragen, ist es sachgerecht, auf den auf das Jahr 2013 indexierten Durchschnittswert der Jahre 2003 bis 2009 abzustellen, damit auch die Einkommensentwicklung und –schwankungen Berücksichtigung finden. Gemäss IK-Auszug beträgt der Durchschnittswert der Jahre 2003 bis 2009 Fr. 71'445.-- (IV-act. II 6 S. 2). Dieser Wert ist vom (gemittelten) Jahr 2006 auf das Jahr 2013 hin zu indexieren. Es resultiert ein Betrag von Fr. 77'727.-- (Fr. 71'445.-- / 116 x 126.2; Indizes gemäss Bundesamt für Statistik [BFS], Tabelle T1.93 Nominallohnindex, 1993 – 2010, 2011 – 2015, lit. C – F).

**4.3** Aus medizinischer Sicht ist es dem Kläger ab April 2013 zumutbar, einer angepassten, körperlich leichten Tätigkeit mit einem Gewichtslimit von 10 kg im Umfang von 75 % nachzugehen (vgl. E. 3.4 hiavor). Im

erwähnten IV-Entscheid, VGE IV 2014 764 (vgl. lit. B hiervor), wurde in E. 5.2 und 5.3 im Rahmen der Schadenminderungspflicht namentlich mit Blick auf das Zumutbarkeitsprofil sowie die erhebliche Aktivitätsdauer der Wechsel in eine angepasste Angestellten-Tätigkeit als zumutbar erachtet, was auch vorliegend zu gelten hat. Vor dem Hintergrund, dass der Kläger ursprünglich eine Ausbildung zum ... mit Fähigkeitsausweis abschloss (IV-act. II 3 S. 2), über berufliche Erfahrungen sowohl in selbständiger wie auch in unselbständiger Stellung verfügt (IV-act. II 63 S. 3), lässt das dargelegte Zumutbarkeitsprofil dem Kläger noch ein breites Spektrum an möglichen und zumutbaren Tätigkeiten im Sinne von Ziff. 2.5.1 Abs. 1 AVB offen, insbesondere auch solche, bei denen ... und ... zu bedienen sind. Da der Kläger keine ihm angemessene Tätigkeit ausübt, ist es für die Ermittlung des Invalideneinkommens angezeigt auf einen Tabellenlohn gemäss LSE 2012, Tabelle TA1, Kompetenzniveau 2 (Praktische Tätigkeiten wie Verkauf / Pflege / Datenverarbeitung und Administration / Bedienen von Maschinen und elektronischen Geräten / Sicherheitsdienst/ Fahrdienst), Männer, Totalwert von monatlich Fr. 5'633.-- (inkl. Anteil 13. Monatslohn) abzustellen. Mit Blick auf die gesamten Umstände, insbesondere auch der (neben der Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 25 % mit bereits berücksichtigtem erhöhtem Pausenbedarf zufolge der häufigeren Stuhlentleerungen) gastroenterologischen Problematik, rechtfertigt sich deshalb einen Abzug vom Tabellenlohn von 10 %. Indexiert auf das Jahr 2013 und angepasst an die betriebsübliche Arbeitszeit von gemittelt 41.7 Stunden (BFS, Statistik der betriebsüblichen Arbeitszeit, 2013, Total) resultiert somit bei einem Pensum von 75 % ein Invalideneinkommen von Fr. 47'941.-- (Fr. 5'633.-- x 12 / 40 x 41.7 / 101.7 x 102.5 [Indizes gemäss BFS, Tabelle T1.1.10 Nominallohnindex, Männer, 2011 - 2015, Total] x 0.75 x 0.9).

**4.4** Bei einem Valideneinkommen von Fr. 77'727.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 47'941.-- beträgt der invaliditätsbedingte Erwerbsausfall Fr. 29'786.--, was einem Erwerbsunfähigkeitsgrad von gerundet 38 % entspricht (zur Rundung vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123). Der Kläger hat damit Anspruch auf eine Erwerbsunfähigkeitsrente im Umfang von 38 % ab dem 16. Mai 2013 (vgl. Ziff. 2.5.2.1 i.V.m. 2.5.2.3 und 5.5 AVB).

**4.5** Eine Verzugszinsregelung kann den AVB in Bezug auf die Versicherungsleistungen nicht entnommen werden. Gemäss Art. 100 Abs. 1 VVG finden auf den Versicherungsvertrag die Bestimmungen über das Schweizerische Obligationenrechts vom 30. März 1991 (OR; SR 220) 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 (JÜRIG NEF, Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, Art. 41 VVG N. 20). Wurde ein bestimmter Verfalltag verabredet, kommt der Schuldner nach Art. 102 Abs. 2 OR schon mit Ablauf dieses Tages in Verzug. Ein Verfalltagsgeschäft liegt vor, wenn der Zeitpunkt, zu dem der Schuldner erfüllen muss, kalendermässig bestimmt oder bestimmbar ist (Entscheid des BGer vom 9. April 2010, 4A\_87/2010, E. 6.2).

Nach Ziff. 2.9 Abs. 2 AVB werden die Erwerbsausfallrenten in Abweichung von Art. 41 Abs. 1 VVG vierteljährlich nachschüssig, erstmals am Ende des Versicherungsquartals, in dem der Anspruch entstanden ist, bezahlt. Die Parteien haben damit einen bestimmten Zeitpunkt für die Erfüllung der geschuldeten Erwerbsunfähigkeitsleistung verabredet. Es liegt ein Verfalltagsgeschäft vor, weshalb die Versicherung grundsätzlich in Verzug gerät, ohne dass eine Mahnung des Klägers nötig wäre (BGE 117 V 377 E.5e/bb; SVR 2009 BVG Nr. 33 S. 124 E. 4.3 und 5.3; Entscheid des BGer vom 5. April 2012, 9C\_137/2012, E. 6.2). Da das Versicherungsjahr jeweils am 16. September beginnt (vgl. Ziff. 5.5, KB 1 und E. 4.1 hiervor) sind die geschuldeten Rentenleistungen erstmals per 15. Juni 2013 fällig geworden und somit erstmals ab dem 16. Juni 2013 und danach ab vierteljährlicher Fälligkeit zu 5 % zu verzinsen.

**5.** Schliesslich ist als weitere Erwerbsunfähigkeitsleistung die Befreiung von der Prämienzahlungspflicht zu prüfen (vgl. E. 2.2 Abs. 4 hiervor).

Die Beklagte nahm mit Schreiben vom 12. Februar 2013 (KB 4) eine Prämienrückerstattung zu 50 % vom 16. Mai bis 15. August 2011 und zu

100 % vom 16. August 2011 bis 15. September 2012 vor. Am 30. Juli 2014 verzichtete sie unter Hinweis auf Kulanzgründen ausdrücklich auf eine Rückforderung dieser Leistungen (KB 5). Der Kläger fordert ab September 2012 die weitergehende vollumfängliche Prämienbefreiung bzw. Rückerstattung zuzüglich Zins zu 5 % (vgl. Klage S. 2, Replik S. 2). Streitig und zu prüfen ist demnach die Prämienbefreiung ab dem 16. September 2012.

Nach der beweiskräftigen gutachterlichen Einschätzung der MEDAS vom 3. Juni 2013 (vgl. E. 3.4 hiervor) war der Kläger auch ab dem 16. September 2012 bis zur Begutachtung im April 2013 vollumfänglich arbeitsunfähig, weshalb in dieser Periode von einer zwei Drittel übersteigenden Erwerbsunfähigkeit auszugehen ist, welche eine vollumfängliche Prämienbefreiung zu Folge hat (vgl. Ziff. 2.5.3 i.V.m. Ziff. 2.5.2.3 AVB). Da ab April 2013 ein Erwerbsunfähigkeitsgrad von 38 % vorliegt (vgl. E. 4.4 hiervor) und die Anpassung vom ersten Tag des folgenden Versicherungsmonates an wirkt (vgl. Ziff. 2.5.2.3 Abs. 2 AVB), hat der Kläger ab 16. Mai 2013 (Beginn des neuen Versicherungsmonates; Ziff. 5.5 AVB) Anspruch auf Prämienbefreiung im Umfang von 38 %. Soweit der Kläger die Prämien weiterhin bezahlt hat, ist ihm für die Zeit vom 16. September 2012 bis 15. Mai 2013 die ganze und ab 16. Mai 2013 die 38 % übersteigenden Prämien zurückzuerstatten, zuzüglich Zins von 5 % seit der Klageerhebung vom 15. Dezember 2014 (Inverzugsetzung).

**6.** Nach dem Ausgeführten ergibt sich, dass die Beklagte zu Unrecht davon ausging, der Kläger habe ab dem 16. September 2012 keinen Anspruch mehr auf Erwerbsunfähigkeitsleistungen. Demnach hat der Kläger in teilweiser Gutheissung der Klage ab 16. September 2012 bis 15. Mai 2013 Anspruch auf vollumfängliche Prämienbefreiung und danach auf eine solche basierend auf einem Erwerbsunfähigkeitsgrad von 38 %. Ab 16. Mai 2013 hat er Anspruch auf eine Erwerbsausfallrente von jährlich 38 % von Fr. 30'000.--, ausmachend Fr. 11'400.-- (zuzüglich Zins von 5 % erstmals ab dem 16. Juni 2013 und danach ab vierteljährlicher Fälligkeit). Soweit weitergehend ist die Klage abzuweisen.

**7.**

**7.1** In Anwendung von Art. 73 Abs. 2 BVG sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

**7.2** Der teilweise obsiegende und anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Parteientschädigung, die sich nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemisst (Art. 61 lit. g ATSG). Das „Überklagen“ hat den Prozessaufwand nicht beeinflusst, weshalb keine Reduktion der Entschädigung erfolgt (BGE 117 V 401 E. 2c S. 407). Entsprechend der angemessenen Kostennote von Fürsprecher B. \_\_\_\_\_ vom 11. Dezember 2015 wird die Parteientschädigung festgesetzt auf Fr. 2'808.-- (bestehend aus einem Honorar von Fr. 2'500.-- [10 Std. à Fr. 250.--], Auslagen von Fr. 100.-- und Mehrwertsteuer von Fr. 208.-- [8% auf Fr. 2'600.--]).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. In teilweiser Gutheissung der Klage wird die Beklagte verurteilt, dem Kläger ab 16. Mai 2013 eine Rente von Fr. 11'400.-- pro Jahr (Erwerbsunfähigkeitsgrad von 38 %) auszurichten.
2. Die fällig gewordenen vierteljährlichen Rentenleistungen sind ab jeweiliger Fälligkeit zu 5 % zu verzinsen.
3. Die Beklagte wird verurteilt, dem Kläger für die Zeit vom 16. September 2012 bis 15. Mai 2013 vollumfänglich und ab dem 16. Mai 2013 zu 38 % eine Prämienbefreiung zu gewähren und bei bereits erfolgter Prämienbezahlung eine entsprechende Rückerstattung vorzunehmen, zuzüglich Zins zu 5 % ab Klageerhebung. Soweit weitergehend, wird die Klage abgewiesen.
4. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

5. Die Beklagte hat dem Kläger die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 2'808.-- (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.

6. Zu eröffnen (R):

- Fürsprecher B. \_\_\_\_\_ z.H. des Klägers
- Helvetia Schweizerische Lebensversicherungsgesellschaft AG
- Bundesamt für Sozialversicherungen

zur Kenntnis:

- Bernische BVG- und Stiftungsaufsicht (BBSA), Belpstrasse 48, Postfach, 3000 Bern 14

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

#### **Rechtsmittelbelehrung**

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.