

7 Sa 576/16
5 Ca 14357/15
(ArbG München)

Verkündet am: 29.09.2017

Heger
Urkundsbeamte
der Geschäftsstelle



Landesarbeitsgericht München

Im Namen des Volkes

URTEIL

In dem Rechtsstreit

P.

- Kläger und Berufungskläger -

Prozessbevollmächtigter:

gegen

M. e. V.

- Beklagter und Berufungsbeklagter -

Prozessbevollmächtigte:

1. Firma G.

- Streitverkündete zu 1) -

2. Firma D. GmbH

- Streitverkündete zu 2) -

Prozessbevollmächtigte:

zu 1:

zu 2:

hat die 7. Kammer des Landesarbeitsgerichts München auf Grund der mündlichen Verhandlung vom 5. September 2017 durch den Vorsitzenden Richter am Landesarbeitsgericht Karrasch und die ehrenamtlichen Richter Groeger und Plath

für Recht erkannt:

- 1. Die Berufung des Klägers gegen das Endurteil des Arbeitsgerichts München vom 22.06.2016 - 5 Ca 14357/15 - wird auf seine Kosten zurückgewiesen.**
- 2. Die Revision wird zugelassen.**

Tatbestand:

Die Parteien streiten über die Höhe einer dem Kläger zustehenden betrieblichen Altersversorgung wegen Berufsunfähigkeit.

Der Kläger ist ein ehemaliger Arbeitnehmer der D. GmbH, der Streitverkündeten zu 2), die dem Rechtsstreit auf Seiten der Beklagten beigetreten ist.

Bei der Streitverkündeten zu 2) existiert eine „Ablösende Gesamtbetriebsvereinbarung zur betrieblichen Absicherung und Altersversorgung“ mit Datum 01.10.2007 (Bl. 123-129 d. A.).

In dieser steht unter § 2 mit der Überschrift „Betriebliche Altersversorgung“ u. a.:

Die Neuordnung richtete sich ausschließlich nach den Regelungen dieser Gesamtbetriebsvereinbarung und dem Leistungsplan des M. Life-Cycle-Modells - Grund- und Zusatzversorgung - für Mitarbeiter der D. GmbH und der S. GmbH in Kraft getreten zum 01.10.2007 der Bestandteil dieser Gesamtbetriebsvereinbarung ist.

Weiter steht unter § 4 mit der Überschrift „Softwaretool“:

Eine genaue Beschreibung der jeweiligen Durchführungswege und der betrieblichen Versorgungsleistungen befindet sich auf der exklusiv von M. den Arbeitnehmern zur Verfügung gestellten Software (Expertenprogramm).

Die Software ist im Internet unter folgender URL hinterlegt

<http://m.bavservice.net>

Die Software in der jeweiligen Fassung ist Bestandteil dieser Gesamtbetriebsvereinbarung. Die Beantragung der Versorgungsleistungen aus dieser Gesamtbetriebsvereinbarung erfolgt ausschließlich über die Software online.

Der Arbeitnehmer kann mit dem Expertenprogramm für den von M. getragenen Versorgungsbeitrag seine Versorgungsleistungen ausrechnen und die gewünschte Leistungsoption auswählen. Zudem kann sich der Arbeitnehmer im Rahmen der arbeitnehmerfinanzierten betrieblichen Altersversorgung den für ihn passenden Versorgungsweg auswählen und mit einem von ihm individuell vorgegebenen Versorgungsbeitrag die Höhe der Versorgungsleistungen berechnen.

Der Beklagte ist die Unterstützungskasse der Streitverkündeten zu 2), die deren Versorgungszusagen abwickelt. Der Beklagte hat mit der Zustimmung der D. GmbH (= Streitverkündete zu 2) und der S. GmbH als Trägerunternehmen den „Leistungsplan Life-Cycle-

Modell“ aufgestellt (Bl. 131 ff. d. A.), in dem u. a. unter Ziff. III. (1) verschiedene Leistungsoptionen zur Wahl stehen, darunter auch die Leistungsoption A6 mit einer Berufsunfähigkeitsrente iHv. 500 % der Altersrente. Weiter steht in dem Leistungsplan unter Ziff. VII. (2):

„Jeder Begünstigte ist verpflichtet, alle für den Abschluss einer Versicherung notwendigen Unterlagen vorzulegen. Er ist zudem verpflichtet, seine Einwilligung zum Abschluss des Versicherungsvertrages nach § 159 Abs. 2 VVG zu erklären, die Gesundheitsfragen des Versicherers zu beantworten und sich ggf. ärztlich untersuchen zu lassen. Die Gewährung von Leistungen nach diesem Leistungsplan ist ausgeschlossen, wenn der Begünstigte seine Mitwirkung bei dem Abschluss oder der Durchführung eines Versicherungsvertrages verweigert.“

Unter IV. (1) des Leistungsplans steht weiter:

„Die Wahl der Leistungsoptionen (gemäß Ziffer III Abs. (1)) trifft der Mitarbeiter durch schriftliche Erklärung gegenüber M.. Die Erklärung ist im Rahmen der diesen Leistungsplan als Muster beigefügten Entgeltumwandlungsvereinbarung abzugeben. Im Falle des Unterlassens einer Erklärung innerhalb der Entgeltumwandlungsvereinbarung werden dem Mitarbeiter Leistungen nach Maßgabe der Leistungsoption A1 gewährt. Dies gilt auch dann, wenn der Mitarbeiter zwar eine Leistungsoption gewählt hat, eine entsprechende Rückdeckungsversicherung aus gesundheitlichen Gründen aber nicht zustande gekommen ist.“

Der Beklagte hat u. a. mit der Streitverkündeten zu 1), die dem Rechtsstreit ebenfalls auf Seiten der Beklagten beigetreten ist einen sog. Kollektivversicherungsvertrag/Rückdeckungsversicherung abgeschlossen (Bl. 303 ff. d. A.).

Der Beklagte übersandte dem Kläger mit Schreiben vom 01.10.2010 (Bl. 24 d. A.), 20.07.2011 (Bl. 23 d. A.) und 24.08.2011 (Bl. 22 d. A.) jeweils einen „Leistungsausweis zur arbeitnehmerfinanzierten betrieblichen Altersversorgung“ in dem als „gewählter Leistungsplan“ „A6“ stand und als jährliche Berufsunfähigkeitsrente ein Betrag iHv. 12.102,60 € ausgewiesen war. Weiter stand jeweils in dem Leistungsausweis:

„Die Höhe der tatsächlich fällig werdenden Versorgungsleistungen wird endgültig bei Eintritt des Versorgungsfalls ermittelt.“

Mit einer E-Mail vom 31.03.2011 der f-gruppe (= F. GmbH; Bl. 83 d. A.), die für den Beklagte im Zusammenhang mit dem Abschluss von Verträgen für die betriebliche Altersversorgung tätig ist, wurde dem Kläger mitgeteilt, dass für ihn eine Gesundheitsprüfung erforderlich sei. Weiter wurde dem Kläger ein Anforderungsschreiben der Streitverkündeten zu 1) vom 14.03.2011 (Bl. 84 d. A.) zu einer erforderlichen Gesundheitsprüfung übersandt.

Der Kläger unterzog sich keiner Gesundheitsprüfung und teilte in einer E-Mail vom 05.05.2011 (Bl. 249 d. A.) Herrn T. von der f. -gruppe mit, dass nach seiner Einschätzung die Variante zur betrieblichen Altersversorgung, die an eine Gesundheitsprüfung gebunden sei, „ja leider ausfalle“.

Mit Schreiben vom 05.07.2013 erteilte der Beklagte dem Kläger erneut einen „Leistungsausweis zur arbeitnehmerfinanzierten betrieblichen Altersversorgung“, diesmal mit Angaben basierend auf einem gewählten Tarif „A2“ und dem Ausweis über eine monatliche Berufsunfähigkeitsrente iHv. 277,08 €. In diesem Leistungsausweis stand u. a.:

„Dieser Leistungsausweis ersetzt alle in der Vergangenheit zur gleichen Versorgung erstellten und ausgehändigten Dokumente“.

Mit Wirkung zum 01.01.2014 bezog der Kläger Leistungen aufgrund einer von der Deutschen Rentenversicherung Bund bescheinigten vollen Erwerbsminderung.

Mit Schreiben vom 23.10.2014 (Bl. 21 f. d. A.) erhielt der Kläger von der Beklagte eine Übersicht über die Höhe verschiedener an ihn auszahlenden betrieblichen Berufsunfähigkeitsrenten. Aus dem streitgegenständlichen Vertragsverhältnis wegen Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente erhielt der Kläger in der Zeit vom 01.01.2014 bis 30.09.2014 monatlich einen Betrag iHv. 278,73 € brutto, der ab dem 01.10.2014 auf 282,91 € brutto erhöht wurde.

Mit Bescheid vom 17.03.2016 (Bl. 220 d. A.) teilte die Deutsche Rentenversicherung Bund dem Kläger mit, dass die mit Bescheid vom 22.08.2014 gewährte Rente wegen voller Erwerbsminderung als Dauerrente, längstens bis zum 31.08.2031 weitergewährt wird.

Vor dem Arbeitsgericht hat der Kläger gemeint, der Beklagte sei verpflichtet, ihm Versorgungsleistungen aus betrieblicher Altersversorgung nach Tarif A6 zu bezahlen. In der Unterstützungsvereinbarung selbst und auch in den vertraglichen Regelungen hätten sich keine Regelungen befunden, nach welcher Tarifstruktur und welchem Tarif Arbeitnehmer Ansprüche gegenüber der Unterstützungskasse hätten. Nur im Wege eines Antragsverfahrens hätten die Arbeitnehmer Gelegenheit gehabt, sich in einer Tarifstruktur zu versichern und eine schriftliche Bestätigung darüber würden sie nicht erhalten. Vielmehr sei in einem internen Mitarbeitertool die Möglichkeit geschaffen worden, dort Einblick zu nehmen und im Wege dieses Antragsverfahrens habe der Arbeitnehmer Gelegenheit erhalten, sich in einer Tarifstruktur zu versichern. Der Kläger habe bei einer Eingabe der von ihm gewählten Berufsunfähigkeitsleistungen über 1.000,00 € automatisch die Meldung des Systems erhalten, dass eine Gesundheitsprüfung erforderlich sei und er habe vorliegend die Leistungen im Tool explizit nicht über 1.000,00 € beantragt. Er habe daher keine entsprechende Mitteilung über eine Gesundheitsprüfung erhalten und den vorliegenden Leistungsausweis bekommen. Aufgrund dieses Leistungsausweises habe er über mehrere Jahre einbezahlt und er sei von einer entsprechenden Willenserklärung und nicht lediglich von einer wie auch immer gearteten unverbindlichen Mitteilung ausgegangen. Da der die Streitverkündete und der Beklagte in der Art und Weise agiert hätten, in dem sie die Höhe allein durch das Tool und die Informationen aus dem Tool heraus darlegten, sei dies dann in vorliegender Form wie eine Willenserklärung auszulegen mit der Folge, dass diese Willenserklärung auch zumindest im Wege einer vermeintlichen Willenserklärung für den Beklagten bindend sein müsse. Im Übrigen hat der Kläger gemeint, würden auch zu seinen Gunsten Vertrauenstatbestände eingreifen, denn der Beklagte habe über mehrere Jahre und trotz vielfacher Nachfrage immer wiederkehrend bestätigt, dass eine Absicherung nach dem Tarif A6 fortlaufend vorgelegen habe. Dies habe der Beklagte getan, indem er auf sämtliche Anfragen des Klägers nicht reagierte und immer explizit auf die Leistungszusagen aus dem Tool verwiesen habe. Aus dem vom Beklagten vorgelegten E-Mail-Verkehr sei auch nicht zu schlussfolgern, dass dem Kläger unmissverständlich klargewesen sei, dass er nicht mit der Leistungsoption A6 abgesichert worden sei. Aus

einer tatsächlichen Kommunikation bis zum 26.05.2011 sei genau das Gegenteil zu entnehmen.

Der Kläger hat vor dem Arbeitsgericht beantragt:

1. Die Beklagte wird verurteilt, an den Kläger für den Zeitraum vom 01.01.2014 bis zum 30.09.2015 15.276,06 € zum Tarif A6 nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen.
2. Die Beklagte wird verurteilt, Auskunft zu erteilen, wie hoch tatsächlich die arbeitnehmerfinanzierte UK-Zusage nach Tarif A6 für den Zeitraum ab dem 01.01.2014 gewesen ist.
3. Die Beklagte wird verurteilt, eine etwaige Differenz zwischen der angenommenen monatlichen UK-arbeitnehmerfinanzierten Zusage des Tarifes A6 in Höhe von 1.008,55 € monatlich zu den Auskünften gemäß Ziffer 2 nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz ab Rechtshängigkeit zu zahlen.
4. Es wird festgestellt, dass die Beklagte verpflichtet ist, an den Kläger beginnend mit dem 01.10.2015 entsprechend der arbeitnehmerfinanzierten UK-Zusage Tarif A6 monatliche Leistungen von wenigstens 1.008,55 € längstens bis zum 31.08.2031 zu zahlen.

Der Beklagte hat Klageabweisung beantragt.

Er hat zunächst gemeint, er sei nicht passiv legitimiert und der Kläger habe sich an seinen ehemaligen Arbeitgeber als Versorgungsschuldner zu wenden. Der Beklagte hat weiter gemeint, der Kläger habe keine bindende Zusage auf einen bestimmten Tarif im Vorfeld der endgültigen Leistungszusage erhalten und dies sei auch entsprechend im Text der Leistungsausweise hervorgehoben gewesen. In diesen sei nur eine Auskunft über die Versorgungsleistungen bei einer gewählten Leistungsoption nach Tarif A6 erteilt worden und es habe sich dabei um eine reine Wissenserklärung gehandelt. Die Beklagte hat auch die Auffassung vertreten, dass der Kläger keinen Anspruch aus einem irgendwie gearte-

ten Vertrauenstatbestand habe. Er sei über die Erforderlichkeit einer Gesundheitsprüfung informiert worden und habe davon Kenntnis gehabt, wie sich aus seiner E-Mail vom 05.05.2011 ergeben habe.

Hinsichtlich des weiteren erstinstanzlichen Vorbringens der Parteien wird auf die zwischen ihnen gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen Bezug genommen.

Das Arbeitsgericht hat die Klage abgewiesen und zunächst darauf verwiesen, dass der Kläger seine Versorgungsansprüche auch gegenüber dem Beklagten geltend machen könne, denn nach der ständigen durch das Bundesverfassungsgericht gebilligten Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts sei in Fällen, in denen der Arbeitgeber, wie vorliegend, durch die Gesamtbetriebsvereinbarung die Leistungen einer Unterstützungskasse versprochen habe, ein Anspruch des Arbeitnehmers auch gegen die Unterstützungskasse zu bejahen. Der Kläger habe aber die zur Feststellung des von ihm erhobenen Anspruchs auf eine monatliche Betriebsrente in der von ihm geltend gemachten Höhe erforderlichen Tatsachen nicht schlüssig vorgetragen. Es habe nicht ausgereicht, dass er sich auf die Leistungsausweise aus den Jahren 2011 berufen habe. Die vorliegenden Leistungsausweise hätten eine Auskunft nach § 4 a BetrAVG dargestellt und bei einer solchen Auskunft handele es sich nach der Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts um eine Wissenserklärung, die dem Arbeitnehmer Klarheit über die Höhe der zu erwartenden Betriebsrente verschaffen solle und der Arbeitgeber sei an die einmal erteilte Auskunft rechtlich nicht gebunden, denn er habe mit ihr kein Schuldanerkenntnis abgegeben. Er habe mit ihr sein aktuelles Wissen über die betriebliche Altersversorgung, deren Rechtsgrundlagen und der daraus folgenden Anwartschaft des Arbeitnehmers dokumentiert und vorliegend habe die Beklagte den Inhalt der Auskunft in den Leistungsausweisen aus dem Jahr 2011 aufgrund besseren Wissens in Zweifel gezogen. Der Beklagte habe auch den Inhalt durch Vorlage des im Jahr 2013 erteilten Leistungsausweises auf der Basis eines gewählten Tarifs A2 entkräftet und er habe im Übrigen schlüssig zur Entstehung der unterschiedlichen Leistungsausweise vorgetragen, in dem er auf die Erforderlichkeit einer vom Kläger nicht absolvierten Gesundheitsprüfung verwiesen habe. Der darlegungs- und beweispflichtige Kläger habe keine konkreten Tatsachen benannt, aus denen sich trotzdem der rechtsverbindliche Abschluss einer Betriebsrente aus dem Tarif A6 ergebe. Der

Kläger habe seinen Anspruch auch nicht auf den Gesichtspunkt eines Vertrauensschadens stützen können, denn worauf der Kläger angesichts des Leistungsausweises aus dem Jahr 2013 und seiner eigenen Einlassung in der E-Mail vom 05.05.2011 vertraut haben will, sei nicht nachvollziehbar.

Der Kläger hat gegen dieses Urteil vom 22.06.2016, das ihm am 30.06.2016 zugestellt wurde, mit einem am 18.07.2016 eingegangenen Schriftsatz Berufung eingelegt, die er mit einem am 07.09.2016 beim Landesarbeitsgericht eingegangenen Schriftsatz begründet hat, nachdem zuvor die Frist zu Berufungsbegründung bis zum 30.09.2016 verlängert worden war.

Der Kläger hält die Entscheidung des Arbeitsgerichts für fehlerhaft, denn es bewerte den Sachvorhalt unvollständig. Das Arbeitsgericht versäume näher zu prüfen bzw. zu berücksichtigen, wie das M. C. (Bl. 279 ff. d. A.) auf Grundlage der Gesamtbetriebsvereinbarung der Streitverkündeten zu 2) vom 28.09.2017 die Voraussetzungen für das Zustandekommen einer arbeitnehmerfinanzierten Versorgungszusage hinsichtlich einer Berufungsunfähigkeitsrente regelt. Nach diesem Konzept werde vom Mitarbeiter der gewünschte monatliche Umwandlungsbetrag, den er zur Absicherung anlegen möchte, in ein Online-Tool eingegeben und dieses Online-Tool biete unterschiedliche Optionen der Absicherung, z. B. für Altersrenten und Berufungsunfähigkeitsabsicherungen an. Im Bereich der Berufungsunfähigkeitsstarife erscheine explizit ein Hinweis auf dem Bildschirm, dass die Notwendigkeit einer Gesundheitsprüfung bestünde, sobald der Umwandlungsbetrag eine Auszahlungsleistung bei einer Berufungsunfähigkeitsrente von über 1.000,00 € pro Monat erreiche. Bis zu einem Betrag iHv. 1.000,00 € erfolge die Online-Eingabe aber vorbehaltlos, wobei eine separate schriftliche Bestätigung dabei nicht erfolge und der Antragsteller stattdessen den Hinweis erhalte, den Antrag und ein Formular zur Entgeltumwandlungsvereinbarung auszudrucken, zu unterschreiben und an den Beklagten zu faxen, worauf er einen Leistungsausweis des Beklagten, welche als Download-Datei in das Tool der D. GmbH eingestellt werde, erhalte. Er verweist auch darauf, dass in der Gesamtbetriebsvereinbarung hinsichtlich der Voraussetzungen des Umfangs der Leistung auf die Bedingungen des Rückdeckungsversicherungsvertrages Bezug genommen werde, der aber keine spezifischen Regelungen zur Gesundheitsprüfung enthalte. Weiter verweist der Kläger darauf, dass das Versorgungssystem der Streitverkündeten zu 2) durchgeführt

über die Beklagte, weder im M. C. Konzept noch in der Versorgungsordnung, noch in den Bedingungen der Rückdeckungsversicherung bzw. des Kollektivvertrages explizit als *conditio sine qua non* vorsehe, dass für das Zustandekommen einer Versorgungszusage nach dem Tarif A6 des Leistungsplanes generell eine Gesundheitsprüfung erforderlich sei. Es werde vielmehr auf die Angaben der Arbeitgeberin als Trägerunternehmer mithin der Streitverkündeten zu 2) darauf abgestellt, ob der zu versichernde Arbeitnehmer noch seinen arbeitsvertraglichen Obliegenheiten nachkomme.

„Das Tool der Streitverkündeten zu 2)“ sehe zudem eine erleichterte Antragstellung einer Absicherung einer monatlichen Berufsunfähigkeitsrente bis 1.000,00 € vor und eine Gesundheitsprüfung sei dann auch nicht erforderlich. Dies stehe auch im Einklang mit dem M. C. Konzept für bereits vor dem 01.10.2007 eingetretenen Mitarbeiter, denen eine Berufsunfähigkeitsabsicherung ohne weitere Gesundheitsprüfung ermöglicht werden solle, denn ansonsten hätte das Tool den Antrag des Klägers zurückgewiesen und ihm wären nicht Leistungsausweise vom 01.10.2010, 20.07.2011 und 24.08.2011 erteilt worden. Die Entscheidung des Arbeitsgerichts erweise sich als rechtsirrtümlich, denn dieses werte die Leistungsausweise lediglich als eine Auskunft des Arbeitgebers bzw. Versorgungsträgers gem. § 4 a BetrAVG und damit als unverbindliche Wissenserklärungen, bejahe aber gleichwohl den Anspruch auf eine monatliche Berufsunfähigkeitsrente von 282,91 €, obwohl auch hier nur ein Leistungsausweis zum Tarif A2 vom 05.07.2013 vorliege. Dem Kläger sei es im Gegensatz zum Anspruch gem. § 4 a BetrAVG darum gegangen, durch den Leistungsausweis vom 01.10.2010 einen Nachweis über die verfestigte Versorgungszusage über eine Berufsunfähigkeitsabsicherung in Höhe von 1.008,55 € monatlich zu erhalten. Durch die Eingabe im Tool der Streitverkündeten zu 2) und der ebenfalls zwingend erfolgten Antragstellung per Telefax vom 13.10.2010 handele es sich um die Umwandlung von Gehaltsbestandteilen und es liege ein Fall des § 1 Abs. 2 Nr. 3 BetrAVG vor in Form einer betrieblichen Altersversorgung. Grundlage und Inhalt der Umwandlungsvereinbarung bestimme sich aus dem Verpflichtungsgeschäft, in dem der Arbeitgeber die Versorgungsleistung verspreche (Leistungsseite) und im Gegenzug der Arbeitnehmerzusage, der Umwandlung eines zukünftigen Entgeltanspruchs zuzustimmen (Entgeltseite) und die Verpflichtung zur Umwandlung und das Versorgungsversprechen stünden im Gegenseitigkeitsverhältnis (Synallagma). Daher sei davon auszugehen, dass seitens der Beklagten ein Versorgungsversprechen über eine Berufsunfähigkeitsabsicherung

erteilt worden sei. Das Arbeitsgericht verkenne, dass mit der Eingabe der Daten im Tool der Streitverkündeten zu 2) der Kläger, wie im M. C. Konzept aus Vereinfachungsgründen vorgesehen, einen Antrag an die Streitverkündete zu 2) auf Abschluss einer Rentenversicherung sowie Berufungsunfähigkeitsabsicherung gem. § 145 BGB gestellt habe und bei Umwandlungsbeträgen für eine monatliche Berufsunfähigkeitsabsicherung von 999,99 € erscheine im Online-Tool explizit kein Hinweis mehr, dass eine Gesundheitsprüfung erforderlich sei. Der Kläger habe hierzu eine positive Rückmeldung des Systems in Form eines Hinweises zum Ausdruck der eingegebenen Daten sowie des Formulars einer Entgeltumwandlungsvereinbarung zur Weiterleitung per Fax an eine bestimmte Faxnummer erhalten, wobei es sich bei dieser Nummer um die Faxnummer der mit der Beratung der M.-Mitarbeiter betrauten F.-B.-Gruppe handele, welche die Unterlagen an die Beklagte weiterleitete. Zusammenfassend meint der Kläger, er habe einen Antrag gem. § 145 BGB auf Abschluss einer Entgeltumwandlungsvereinbarung zur Finanzierung einer betrieblichen Altersversorgung sowie zur Absicherung einer monatlichen Berufungsunfähigkeitsrente in Höhe von 999,99 € gestellt und spätestens mit Einstellung des Leistungsausweises als Download im Online Tool habe die Streitverkündete zu 2) den Antrag des Klägers auf Entgeltumwandlung gem. § 147 BGB angenommen sowie gleichzeitig ein individuelles Versorgungsversprechen mit dem Inhalt des Leistungsausweises vom 01.10.2010. Die beitragsmäßig zum Online-Antrag leicht abweichende Versorgungszusage mit einer jährlichen Berufungsunfähigkeitsrente von 12.102,60 € im Gegensatz zu 11.999,88 € (12 x 999,99 €) habe seitens des Klägers nicht nochmal angenommen werden müssen, denn die Annahmeerklärung nach § 151 BGB könne auch stillschweigend erfolgen, zumal er der Entgeltumwandlung von seinem monatlichen Bruttogehalt in Höhe von 354,00 € nicht widersprochen habe. Somit sei eine betriebliche Versorgungszusage über eine monatliche Berufsunfähigkeitsabsicherung von 1.008,55 € der Streitverkündeten zu 2) zustande gekommen, durchgeführt über die Beklagte als mittelbaren Versorgungsträger. Es komme auch nicht auf den Abschluss eines Versicherungsvertrages an, da der Kläger nicht Vertragspartner der Streitverkündeten wurde bzw. werden sollte, da er lediglich versicherte Person sei. Die Versorgungszusage sei auch nicht unter einer aufschiebenden Bedingung einer Gesundheitsprüfung zustanden gekommen, da eine solche Bedingung weder Teil des M. C. Konzepts sei, noch im Online-Tool beim Antrag des Klägers angezeigt gewesen sei, noch auf den Leistungsausweisen ausgewiesen gewesen sei. Es sei vom Arbeitsgericht rechtsirrig, wenn es davon ausgehe, dass hinsichtlich der

Berufsunfähigkeitsrente in Höhe von 12.102,60 € jährlich im Tarif A6 keine Feststellung getroffen worden sei. Denn das Gegenteil ergebe sich aus einer Auslegung der Leistungsausweise vom 01.10.2010, 20.07.2011 und 24.08. 2011. Der Kläger hält dem Arbeitsgericht auch vor, dass es versäume, die Leistungsausweise des Beklagten als individuelle Vereinbarung einer Inhaltskontrolle gem. § 305 ff. BGB zu unterziehen. Versorgungszusagen seien allgemeinen Geschäftsbedingungen und unterlägen der Inhaltskontrolle gem. § 305 ff. BGB und bei Zweifeln beim Umfang der Versorgungszusage hätte eine solche Ungenauigkeit bzw. Unklarheit des Vertragstextes aufgrund des formularvertraglichen Charakters der Leistungsausweise als Teil der Versorgungszusage zulasten der Beklagten als Verwender gem. § 305 c Abs. 2 BGB gewertet werden müssen. Das Arbeitsgericht gehe auch nicht auf die Regelung im M. C. Konzept ein, wonach für den Kläger trotz Vorerkrankungen eine Gesundheitsprüfung bei Abschluss einer Berufsunfähigkeitsabsicherung nicht erforderlich sei und Gleiches gelte für die Auslegung des Kollektivvertrags des Beklagten mit der Streitverkündeten hinsichtlich der angeblichen Notwendigkeit einer Gesundheitsprüfung. Erst im Nachgang zu Leistungsausweisen vom 01.10.2010 sei es zu Meinungsverschiedenheiten zwischen der Beklagten bzw. der mit Beratung der Arbeitnehmer betrauten F. -Gruppe über den Umfang des Berufsunfähigkeitsschutzes gekommen, die der Kläger in diversen E-Mails von Februar bis Mai 2011 zu klären versucht habe. Trotz der ungeklärten Frage, ob eine Gesundheitsprüfung für eine Versicherung im Tarif A6 erforderlich sei oder nicht, seien dem Kläger durch zwei weitere Leistungsausweise vom 20.07.2011 und 24.08.2011 die Versicherungsleistungen im Tarif A6 wiederholt bestätigt worden und der Kläger habe auch zu keinem Zeitpunkt einer Umwandlung in den Tarif A2 zugestimmt, schon gar nicht im Zusammenhang mit einem Gespräch des zur der F. Gruppe gehörenden Herrn T.. Mit Erstellung des Leistungsausweises vom 05.07.2013 habe der Beklagte das seinerzeit erfolgte Versorgungsversprechen einer Berufsunfähigkeitsrente in Höhe von jährlich 12.102,60 € nicht mehr reduzieren können und eine solche Reduzierung stelle auch einen unzulässigen (Teil-)Widerruf einer Versorgungszusage dar.

Der Kläger beantragt,

1. das Urteil des Arbeitsgerichts München vom 22.06.2016, Az. 5 Ca 14357/15, abzuändern;

2. den Beklagten zu verurteilen, an den Kläger einen Betrag von 23.983,74 € nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszins seit dem 01.01.2014 bis 30.09.2016, monatlich anteilig berechnet für den Zeitraum vom 01.01.2014 bis zum 30.09.2014 auf einen Betrag von 729,82 € sowie vom 01.10.2014 bis 30.09.2016 auf einen Betrag von 725,64 € zu zahlen;
3. den Beklagten weiter zu verurteilen, dem Kläger ab dem 01.10.2016 längstens bis zum 31.08.2031 eine monatliche garantierte Berufsunfähigkeitsrente in Höhe von 725,64 € über die bisherige monatliche Berufsunfähigkeitsrente von 282,91 € hinaus zu zahlen.

Der Beklagte beantragt die Zurückweisung der Berufung.

Der Beklagte verteidigt die Entscheidung des Arbeitsgerichts. Er hält dem Kläger vor, dieser verkenne die rechtliche tatsächliche Funktion eines Leistungsausweises im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung. Hierbei handele es sich nach ständiger Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts um eine Auskunft nach § 2 Abs. 6 BetrAVG, nunmehr § 4 a BetrAVG und mithin um eine Wissenserklärung, die dem Arbeitnehmer lediglich einen aktuellen Kenntnisstand, jedoch keine zukunftsbindende Erklärung abgeben könne. Eine Bindung an die erteilte Auskunft liege nicht vor und sie sei auch kein Schuldanerkenntnis, weder ein abstraktes noch deklaratorisches nach der Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts. Der Leistungsausweis dokumentiere allenfalls das aktuelle Wissen des Arbeitgebers über die betriebliche Altersversorgung, deren Rechtsgrundlagen und der sich daraus ergebenden Anwartschaft des Arbeitnehmers. Zu Lasten des Klägers ginge, dass er jedwede Mitwirkung gegenüber der Deckungsversicherung, die Vertragspartner des Beklagten ist und ohne die die Beklagte keine Versicherungsleistung erbringen könne, ignorierte und eine entsprechende Mitwirkung verweigerte. Der Kläger habe von Anfang an seine Mitwirkungspflicht gerade für die von ihm als Leistungsoption A6 gewünschten Versicherungsinhalte verletzt, so dass ihm von Anfang an durchgehend bewusst gewesen sei, dass die Leistungsoption A6 ohne erforderliche Gesundheitsprüfung an ihn nicht gewährt werden könne. Soweit der Kläger aus dem M.-C.-Concept zitiere, gehe es

um die arbeitgeber- und nicht um die arbeitnehmerfinanzierte Versorgung und darüber hinaus sei die arbeitgeberfinanzierte Altersversorgung/Invaliditätsversorgung aus dem alten Pensionsplan gerade auch für den Kläger längst übertragen worden bzw. übergegangen ohne Gesundheitsprüfung. Im vorliegenden Rechtsstreit gehe es aber um eine neue vom Kläger beantragte neugewählte arbeitnehmerfinanzierte Berufsunfähigkeitsversicherung Ende 2010/Anfang 2011 für die nur und ausschließlich die aktuellen Regelungen der ablösenden Gesamtbetriebsvereinbarung bzw. des Leistungsplans „Life-Cycle-Modell“ gelten können und für die hier zur Verfügung stehenden Leistungsoptionen A2 bis A6 habe der Kläger, wie alle anderen Mitarbeiter auch, die Voraussetzungen für die jeweilige Wahl von Leistungsoptionen zu erfüllen. Für den Kläger könne ein alter Pensionsplan nicht einschlägig sein, da sein neuer Antrag auf Entgeltumwandlung zu dem Zeitpunkt zu dem er diesen vornehmen wollte, unter den Regelungsbereich des Neuplans falle. Daher bleibe es auch dabei, dass die im Leistungsplan unter Ziff. XII. (2) geregelte Verpflichtung, die Gesundheitsfragen des Versicherers zu beantworten und sich gegebenenfalls ärztlich untersuchen zu lassen, Voraussetzung für die Gewährung der Versicherungsleistungen sei (Leistungsplan „Life-Cycle-Modell“). Wie der Kläger darauf komme, dass bei einer elektronischen Antragstellung über das Netz und das zur Verfügung stehende Tool, bei dem der Kläger wiederholt für sich eine arbeitnehmerfinanzierte Berufsunfähigkeitsversicherung auf Basis der Leistungsoption A6 beantragt hat, gleichsam zwingend und unmittelbar eine elektronische „Zurückweisung“ hätte erfolgen müssen, sei nicht nachvollziehbar. Es bleibe aber dabei, dass die Leistungsausweise, die jeweils vom Kläger im Wissen der Nichterfüllung seiner Mitwirkungspflichten und im Wissen der Notwendigkeit einer Gesundheitserklärung über das im Netz generiert wurden Leistungsausweise i. S. d. § 4 a BetrAVG seien. So sei ihm auch am 20.04.2011 durch Herrn T. ausdrücklich mitgeteilt worden, dass er für den Abschluss einer Unterstützungskassenzusage mit Leistungsoption A6 zwingend eine Gesundheitserklärung ausfüllen müsse, was er aber nachhaltig ablehnte. Sodann habe der Kläger nach zahlreichen Schriftsätzen und zahlreichen Telefonsätzen mitgeteilt, dass er nunmehr die Einordnung in den Leistungsplan A2 wünsche (Bl. 249 d. A.). Dass am 24.08.2011 nochmals ein Leistungsausweis mit der Leistungsoption A6 erstellt wurde, sei unerheblich, denn zu diesem Zeitpunkt sei dem Kläger absolut klar gewesen, dass der Leistungsausweis lediglich eine Darstellung von Leistungen unter bestimmten Voraussetzungen (Gesundheitsprüfung) darstelle, die der Kläger bewusst nie erfüllte. Die Beklagte meint auch, dass der Kläger in einer Mail vom 26.05.2011 (Anlage

B4) den Vereinbarungsprozess über die lediglich zur Verfügung stehende Versicherungsmöglichkeit auf Basis der Leistungsoption A2 abgeschlossen habe. Der Beklagte meint zusammenfassend, der Kläger habe keine bindende vertragliche Zusage auf einen bestimmten Tarif im Vorfeld der endgültigen Leistungszusage mit Wirkung 01.01.2014 erhalten.

Hinsichtlich des weiteren Vorbringens der Parteien im Berufungsverfahren wird auf die zwischen ihnen gewechselten Schriftsätze vom 05.09.2016 (Bl. 388-409 d. A.), 06.10.2016 (Bl. 459-476 d. A.), 31.10.2016 (Bl. 485-409 d. A.), 24.01.2017 (Bl. 500-502 d. A.), 20.02.2017 (Bl. 510-514 d. A.), 07.04.2017 (Bl. 518-520 d. A.), 26.04.2017 (Bl. 524-525 d. A.), 03.05.2017 (Bl. 530-532 d. A.), 10.05.2017 (Bl. 533-534 d. A.) und 19.05.2017 (Bl. 535 d. A.) samt ihren Anlagen verwiesen.

Mit Beschluss vom 05.09.2017 (Bl. 551 d. A.) wurde Beweis erhoben zur Frage „Einvernehmliche Festlegung zwischen dem Kläger und dem Beklagten auf Tarif A2, da der Kläger bewusst keine gesundheitsbezogenen Fragen im Zusammenhang mit dem Abschluss eines Versorgungsvertrages beantworten wollte und dass der Kläger die Einordnung in den Leistungsplan A2 gewünscht hat“, durch Einvernahme von Herrn T.. Zum Inhalt der Aussage des Zeugen T. wird auf die Seiten 3 und 4 der Sitzungsniederschrift vom 05.09.2017 (Bl. 551-552 d. A.) verwiesen.

Des Weiteren wird insbesondere zur Prozessgeschichte auf den Inhalt der Gerichtsakte und die Sitzungsniederschriften vom 27.01.2017 (Bl. 503-505 d. A.) und 05.09.2017 (Bl. 549-553 d. A.) Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

I.

Die Berufung ist zulässig. Sie ist nach § 64 Abs. 2 ArbGG statthaft sowie frist- und formgerecht eingelegt und begründet worden (§§ 66 Abs. 1, 64 Abs. 6, 519, 520 ZPO).

II.

Die Berufung ist jedoch nicht begründet. Das Arbeitsgericht hat zutreffend darauf verwiesen, dass die streitgegenständlichen sog. Leistungsausweise lediglich als Wissenserklärung iSv. § 4 a BetrAVG zu bewerten sind und dass ihnen keine eigenständige rechtliche Bindungswirkung zukommt. Weiter hat es zutreffend darauf abgestellt, dass zwischen den Parteien keine vertragliche Bindung über das Zustandekommen eines Versorgungsvertrags mit Tarif A6 erfolgt ist.

1. Auf der Grundlage des vorliegenden Sachverhalts ist nicht feststellbar, dass zwischen den Parteien ein Vertrag zur arbeitnehmerfinanzierten betrieblichen Altersversorgung mit Leistungsoption A6 zustande gekommen ist. Der Kläger unterliegt dem Anwendungsbereich des „Leistungsplans Life-Cycle-Modell“ der Beklagten, in der unter Ziff. III. (1) auch eine Leistungsoption A6 mit einer Berufsunfähigkeitsrente von 500 % der Altersrente geregelt ist. Verweise auf das vormalige M.-C.-Concept zur Begründung der Klage gehen aber ins Leere, denn die darin enthaltenen Regelungen sind durch die bei der Streitverkündeten zu 2 bestehenden „Ablösende Gesamtbetriebsvereinbarung zur betrieblichen Absicherung und Altersversorgung“ abgelöst worden (siehe dazu Präambel und § 2 (1) a) der Gesamtbetriebsvereinbarung).

a) Aus der Benutzung des in § 4 der Gesamtbetriebsvereinbarung beschriebenen Softwaretools, wonach Versorgungsleistungen und Leistungsoptionen ausgewählt werden können, ergibt sich noch keine Rechtsverbindlichkeit gegenüber der Beklagten.

Dem Kläger ist die Nutzung dieses Tools zwar zur Beantragung der Versorgungsleistungen vorgeschrieben, doch die Befolgung dieses Formzwangs - gleichzusetzen mit einem Schriftformzwang- bedeutet für den gestellten Antrag nicht gleichzeitig quasi automatisch, dass damit bereits eine rechtsverbindliche Vereinbarung begründet wird. Eine solche Rechtsfolge regelt § 4 der Gesamtbetriebsvereinbarung nicht, noch lässt sich dies ihrem Sinn und Zweck entnehmen, zumal auch in dem Leistungsplan Life-Cycle-Modell auf den die Gesamtbetriebsvereinbarung verweist, das Nichtzustandekommen von gewählten Leistungsoptionen aus gesundheitlichen Gründen (Ziff. IV. (1)) erwähnt wird. Für einen Umkehrschluss, dass immer dann, wenn eine Gesundheitsprüfung, aus welchen Gründen auch immer, bei der Beantragung unter Verwendung des Tools nicht gefordert wird, bereits eine verbindliche Vereinbarung bzw. Zusage für die Leistungsoption vorliegen soll, wäre willkürlich und nicht interessengerecht. Durch die Nutzung des Tools soll vielmehr offensichtlich ein Papierweg umgangen werden und der Arbeitnehmer in die Lage versetzt werden, ohne großes Nachfragen und ohne Fremdunterstützung möglichst umfassend Informationen zu erhalten. Dieser elektronische Informationsweg fingiert aber nicht das Zustandekommen einer Vereinbarung und damit auch nicht die Einigung auf einen bestimmten Tarif bzw. eine bestimmte Leistungsoption. Letztlich zeigt das Tool nur auf, was an finanzielle Leistungen zu erwarten ist, falls eine verbindliche Vereinbarung erfolgen sollte. So ist insbesondere auch über die Vorgehensweise mit der Benutzung des Tools nicht einmal gewährleistet, dass damit ein verbindlicher Antrag einhergeht. Und Ziff. IV. (1) des Leistungsplans Life-Cycle-Modell zeigt eindeutig, dass die Wahl der Leistungsoption lediglich eine Erklärung gegenüber M., der Streitverkündeten zu 2) ist, die der Arbeitnehmer im Rahmen der Entgeltumwandlungsvereinbarung abzugeben hat. Die erst danach zu treffende Entgeltumwandlungsvereinbarung ist aber weder ersichtlich, noch ist eine solche zwischen dem Kläger und der Streitverkündeten zu 2) feststellbar.

b) Auch wenn zu Gunsten des Klägers unterstellt wird, das mit der Nutzung des Tools und der Eingabe von Daten und der Wahl einer Leistungsoption nicht nur auf elektronischem Weg eine unverbindliche Voranfrage erfolgt ist, sondern ein Antrag iSv. § 145 BGB vorliegt, steht damit noch nicht fest, dass dieser von der Beklagten oder der Streitverkündeten zu 2) angenommen wurde. Die Annahme ist eine einseitige empfangsbedürftige, in Form der §§ 151, 152 BGB ausnahmsweise nicht empfangsbedürftigen Willenser-

klärung. Ihr Inhalt besteht aus der vorbehaltlosen Bejahung des Antrags (vgl. Palandt, BGB, § 147 Rn. 1).

aa) Eine förmliche Annahmeerklärung zum Abschluss einer arbeitnehmerfinanzierten betrieblichen Altersversorgung mit Leistungsplan A6 liegt seitens der Beklagten nicht vor. Es kann auch nicht gem. § 151 BGB davon ausgegangen werden, dass eine Annahme ohne Erklärung - konkludent - gegenüber dem Antragenden erfolgt ist. Gemäß § 151 BGB kommt ein Vertrag durch die Annahme des Antrags zustande, ohne dass die Annahme den Antragenden gegenüber erklärt zu werden braucht, wenn eine solche Erklärung nach der Verkehrssitte nicht zu erwarten ist oder der Antragende auf sie verzichtet hat. Dass hier seitens der Beklagten oder der Streitverkündeten zu 2) auf eine Erklärung verzichtet wurde, ist dem vorliegenden Sachverhalt nicht zu entnehmen. Es kann aber auch nicht nach der Verkehrssitte erwartet werden, dass auf eine solche Erklärung verzichtet wurde, denn vorliegend geht es um den Abschluss einer Berufsunfähigkeitsrente in Höhe von 500 % der Altersrente, für die gem. Ziff. VIII. (2) des Leistungsplans Life-Cycle-Modell der Begünstigte - hier der Kläger - die Verpflichtung hat, alle für den Abschluss einer Versicherung notwendigen Unterlagen vorzulegen und er danach zudem verpflichtet ist, seine Einwilligung zum Abschluss des Versicherungsvertrages zu erklären, die Gesundheitsfragen des Versicherers zu beantworten und sich ggf. ärztlich untersuchen zu lassen. Weiter ist festgelegt, dass die Gewährung von Leistungen nach diesem Leistungsplan ausgeschlossen ist, wenn der Begünstigte seine Mitwirkung beim Abschluss oder der Durchführung eines Versicherungsvertrages verweigert. Damit ist es offensichtlich, dass jedenfalls auf eine stillschweigende Annahme nicht abzustellen ist und es vielmehr einer ausdrücklichen Annahmeerklärung zum Zustandekommen eines entsprechenden Vertrages bedarf.

bb) Da die Leistungsoption A6 - was der Kläger auch selbst nicht bestreitet - einer Gesundheitsprüfung für ihren Abschluss bedarf, die er unstreitig verweigert hat, ist auch ein entsprechender Vertrag zwischen den Parteien nicht zustande gekommen, da die Voraussetzung dafür, eine Gesundheitsprüfung, nicht eingehalten wurde. In diesem Zusammenhang ist es auch unerheblich, dass bei der Eingabe unter Anwendung des Tools und dem Anklicken der Leistungsoption A6 keine Sperre, Zurückweisung oder ein sonstiger Hinweis erfolgt, dass Voraussetzung für den Abschluss nach Leistungsoption A6 die Durchführung einer Gesundheitsprüfung ist. Denn die Durchführung einer Gesundheits-

prüfung ist unabdingbare Voraussetzungen für das Zustandekommen eines entsprechenden Vertrages mit Leistungsoption A6. Dass darauf, wohl fehlerhaft, bei der Verwendung des Tools nicht hingewiesen wurde, macht die notwendige Annahmeerklärung der Beklagten nicht entbehrlich. Und dass zwischen den Parteien letztlich ein Vertrag zur arbeitnehmerfinanzierten betrieblichen Altersversorgung nach Leistungsplan A2 zustande gekommen ist, ist für das Nichtzustandekommen eines entsprechenden Vertrages nach Leistungsplan A6 unerheblich, denn für dessen Zustandekommen ist der Kläger darlegungs- und beweispflichtig.

cc) Dass in Gehaltsabrechnungen der Streitverkündeten zu 2) bestimmte Beträge in Zusammenhang mit einer Entgeltumwandlung bezeichnet wurden, führt für den Kläger zu keinem günstigeren Ergebnis. Eine Lohnabrechnung stellt regelmäßig nur eine Wissens- und keine rechtsgestaltende Willenserklärung dar (vgl. BAG 05.07.2017 - 4 AZR 867/16; 10.03.1987 - 8 AZR 610/84). Daher kann der Kläger aus den Abläufen in Zusammenhang mit den Gehaltsabrechnungen das Zustandekommen eines Vertrags mit Leistungsoption A6 nicht begründen.

dd) Dass trotz der fehlenden vertraglichen Vereinbarung über das Zustandekommen eines vertraglichen Vereinbarung zur arbeitnehmerfinanzierten betrieblichen Altersversorgung mit Leistungsoption A6 im Rahmen einer Entgeltumwandlung die Streitverkündeten zu 2) bestimmte Beträge an die Beklagte weitergeleitet hat, ist unschädlich und begründet ebenfalls nicht den Abschluss des vom Kläger begehrten Vertrags. Diese Zahlungsvorgänge erfolgten lediglich im Vorgriff auf das Zustandekommen eines Vertrags, der gerade noch nicht vorlag mangels der dazu zwingend durchzuführenden (positiven) Gesundheitsprüfung. Die im Vorgriff erfolgten Zahlungen waren daher jederzeit für eine Rückabwicklung offen, wie es auch im Rahmen der Anpassung an die Leistungsoption A2 für die keine Gesundheitsprüfung Voraussetzung ist, erfolgte. Diese Handhabung hat auch der Zeuge T., an dessen Glaubwürdigkeit keinerlei Veranlassung für Zweifel bestand, bestätigt. Er hat wörtlich ausgesagt, dass es auch sein kann, dass Beiträge schon erhoben werden, obwohl noch kein Vertrag zustande gekommen ist.

2. Der Kläger kann sich, worauf das Arbeitsgericht bereits zutreffend verwiesen hat, auch nicht darauf berufen, dass die von der Beklagten erstellten Leistungsausweise eine rechtliche Bindungsqualität haben, noch dass sie als Annahmeerklärungen zu bewerten sind.

a) Das Bundesarbeitsgericht hat bereits zur Vorgängerregelung des § 4 a BetrAVG, § 2 Abs. 6 BetrAVG entschieden, dass die Auskunft nach § 2 Abs. 6 BetrAVG weder ein abstraktes noch ein deklaratorisches Schuldanerkenntnis ist. Sie ist eine Wissenserklärung, die dem Arbeitnehmer Klarheit über die Höhe der zu erwartenden Betriebsrente verschaffen soll. Hingegen dient die Auskunft nicht dazu, einen Streit über den Inhalt des Versorgungsanspruchs zu beseitigen. Sie soll lediglich Meinungsverschiedenheiten über die Berechnungsgrundlagen aufdecken und den ausgeschiedenen Arbeitnehmern Gelegenheit geben, derartige Streitigkeiten noch vor Eintritt des Versorgungsfalles durch eine Klage auf Feststellung des Inhalts und der Höhe der Versorgungsanwartschaft zu bereinigen (vgl. BAG 09.12.1997 - 3 AZR 695/96; ebenso 17.06.2003 - 3 AZR 462/02).

b) Dem Kläger ist zuzustimmen, dass es irritierend ist, dass die Beklagte ihm mit Schreiben vom 01.10.2010, 20.07.2011 und 24.08.2011 jeweils einen Leistungsausweis zur arbeitnehmerfinanzierten betrieblichen Altersversorgung übersandt hat, in denen unter dem gewählten Leistungsplan A6 stand. Dies ist aber zunächst im Zusammenhang mit der bereits zitierten Ziff. IV. (1) des „Life-Cycle-Modells“ zu sehen, wonach die Leistungsoptionen vom Mitarbeiter durch schriftliche Erklärung zu wählen sind. Insofern gibt der Leistungsausweis auch nur das wieder, was der Kläger gewählt hat, aber nicht, dass durch seine Wahl ein entsprechend verbindlicher Vertrag zustande gekommen ist.

c) Dass es sich bei diesen als Leistungsausweisen bezeichneten Mitteilungen um eine reine Wissenserklärung und um keine rechtsverbindliche Auskunft handelt, zeigt bereits die Formulierung am Ende, in der steht: „Die Höhe der tatsächlich fällig werdenden Versorgungsleistungen wird endgültig bei Eintritt des Versorgungsfalles ermittelt.“ Für die Rechtsunverbindlichkeit der Wissenserklärungen spricht zudem der weitere Passus in dem Schreiben, wonach „im Übrigen die jeweiligen Leistungspläne und die Kollektivrahmenverträge gelten“. Somit ergibt sich aus dem Text des Leistungsausweises ohne weiteres, dass ein gewählter Leistungsplan detaillierten Regelungen nach den Kollektivrah-

menverträgen unterliegt und sich daher gerade nicht bereits aus der Erwähnung zu „gewählter Leistungsplan“ eine verbindliche Festlegung auf einen bestimmten Tarif, hier A6, ergibt. Somit ergibt sich aus der gebotenen Auslegung, dass die vorliegenden Leistungsausweise von ihrer rechtlichen Qualität her reine Wissenserklärungen iSv. § 4 a BetrAVG sind und ihnen keine Geschäftswille des Ausstellers, der Beklagten zukommt.

3. Schadenersatzansprüche des Klägers insbesondere unter dem Gesichtspunkt eines Vertrauensschadens wegen des Nichtzustandekommens eines Vertrags mit einem Leistungsplan nach A6 bestehen nicht, denn der Kläger hat das Zustandekommen des Vertrags durch die Verweigerung einer Gesundheitsprüfung vereitelt und der Kläger hat auch nicht dargelegt, wie bei dieser Sachlage und bei Berücksichtigung seines Gesundheitszustandes ein entsprechenden Vertrag hätte zustande kommen können.

III.

Der Kläger hat gem. § 97 Abs. 1 ZPO die Kosten seines erfolglosen Rechtsmittels zu tragen.

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen dieses Urteil kann der Kläger Revision einlegen.

Für den Beklagten ist gegen dieses Urteil kein Rechtsmittel gegeben.

Die Revision muss innerhalb einer Frist von einem Monat eingelegt und innerhalb einer Frist von zwei Monaten begründet werden.

Beide Fristen beginnen mit der Zustellung des in vollständiger Form abgefassten Urteils, spätestens aber mit Ablauf von fünf Monaten nach der Verkündung des Urteils.

Die Revision muss beim

Bundesarbeitsgericht
Hugo-Preuß-Platz 1
99084 Erfurt

Postanschrift:
Bundesarbeitsgericht
99113 Erfurt

Telefax-Nummer:
0361 2636-2000

eingelegt und begründet werden.

Die Revisionschrift und die Revisionsbegründung müssen von einem Rechtsanwalt unterzeichnet sein.

Es genügt auch die Unterzeichnung durch einen Bevollmächtigten der Gewerkschaften und von Vereinigungen von Arbeitgebern sowie von Zusammenschlüssen solcher Verbände

- für ihre Mitglieder
- oder für andere Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder

oder

von juristischen Personen, deren Anteile sämtlich in wirtschaftlichem Eigentum einer der im vorgenannten Absatz bezeichneten Organisationen stehen,

- wenn die juristische Person ausschließlich die Rechtsberatung und Prozessvertretung dieser Organisation und ihrer Mitglieder oder anderer Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder entsprechend deren Satzung durchführt
- und wenn die Organisation für die Tätigkeit der Bevollmächtigten haftet.

In jedem Fall muss der Bevollmächtigte die Befähigung zum Richteramt haben.

Zur Möglichkeit der Revisionseinlegung mittels elektronischen Dokuments wird auf die Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr beim Bundesarbeitsgericht vom 09.03.2006 (BGBl. I, 519 ff.) hingewiesen. Einzelheiten hierzu unter <http://www.bundesarbeitsgericht.de/>.

Karrasch

Groeger

Plath