

OLG Stuttgart: Urteil vom 19.04.2012 - 7 U 157/11

Leitsatz:

Wurden einem Versicherungsnehmer bei Vertragsschluss komplexe Gesundheitsfragen so schnell vorgelesen, dass ihre richtige Erfassung nicht gewährleistet war, kann eine unvollständige Antwort nicht Grundlage einer Anfechtung wegen arglistiger Täuschung oder eines Rücktritts vom Versicherungsvertrag sein. (amtlicher Leitsatz)

Normenkette:

VVG a. F. § 16; VVG a. F. § 22; BGB § 123

Rechtsgebiete:

Privatversicherungsrecht

Rechtskraft:

rechtskräftig

Oberlandesgericht Stuttgart

Geschäftsnummer: 7 U 157/11

Im Namen des Volkes

Urteil

Verkündet am 19. April 2012

22 O 627/10 Landgericht Stuttgart

Rechtskräftig: ja

7. Zivilsenat

W., JAng.e als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle

Normenkette:

VVG a. F. § 16; VVG a. F. § 22; BGB § 123

Leitsatz:

Wurden einem Versicherungsnehmer bei Vertragsschluss komplexe Gesundheitsfragen so schnell vorgelesen, dass ihre richtige Erfassung nicht gewährleistet war, kann eine unvollständige Antwort nicht Grundlage einer Anfechtung wegen arglistiger Täuschung oder eines Rücktritts vom Versicherungsvertrag sein.

Im Rechtsstreit

...

wegen Feststellung fortbestehenden Versicherungsverhältnisses

hat der 7. Zivilsenat des Oberlandesgerichts Stuttgart auf die mündliche Verhandlung vom 05. April 2012 unter Mitwirkung von Vors. Richter am Oberlandesgericht Gramlich, Richter am Oberlandesgericht Schindler, Richter am Amtsgericht Fischer für Recht erkannt:

Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Landgerichts Stuttgart vom 30.06.2011 - Az. 22 O 627/10 - abgeändert und wie folgt neu gefasst:

Es wird festgestellt, dass die Rentenversicherung nebst Todesfall- und Berufsunfähigkeitsschutz, welche die Beklagte unter der Versicherungsnummer ...führt, nicht durch deren Erklärung vom 13.05.2008 beendet oder geändert wurde, sondern darüber hinaus zu unveränderten Bedingungen fortbesteht.

Die Kosten des Rechtsstreits in beiden Rechtszügen trägt die Beklagte.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Berufungsstreitwert: bis 13.000,00 €

Gründe

I.

Die Klägerin verfolgt in der Berufung ihre in erster Instanz abgewiesene Klage auf Feststellung des Fortbestehens einer Berufsunfähigkeitszusatzversicherung weiter.

Am 16.08.2004 stellte die Klägerin bei der Versicherungsvertreterin S. B., die bei der Hauptvertretung A. M. der Beklagten beschäftigt war, einen Antrag auf Abschluss einer Rentenversicherung mit Todesfallschutz und Berufsunfähigkeitszusatzversicherung (Anlage K 1, Bl. 9). Für den Fall der Berufsunfähigkeit war neben der Beitragsbefreiung für die Rentenversicherung auch eine monatliche Rente in Höhe von 400,00 € vorgesehen.

Das Antragsformular enthielt unter der Überschrift „Gesundheitserklärung der zu versichernden Person“ mehrere Fragen zum Gesundheitszustand. Der schriftliche Fragenkatalog wurde von der Vermittlerin B. im Beisein der Klägerin ausgefüllt. Eine der Fragen lautete:

„Haben oder hatten Sie in den letzten 5 Jahren Beschwerden, Störungen, Krankheiten oder Vergiftungen? (z. B. Herz oder Kreislauf, Atmungs-, Verdauungs-, Harn- oder Geschlechtsorgane, Nerven, Rückenmark, Gehirn, Psyche, Sucht, Augen, Ohren, Haut, Allergien, Drüsen, Schilddrüse, Milz, Blut, Infektionskrankheiten, Tumore, Stoffwechsel, Gicht, Blutfette, Diabetes, Bewegungsapparat, Wirbelsäule, Knochen, Gelenke, Rheuma)“

Diese Frage wurde in dem Antrag mit „Nein“ beantwortet. Ebenso wurden die weiteren Fragen verneint mit Ausnahme der Frage „Haben Sie in den letzten 10 Jahren Unfälle, Verletzungen erlitten?“, die mit „Ja“ beantwortet wurde. In dem hierfür vorgesehenen Ergänzungsfeld wurde eine Verletzung am Fuß („eine Kuh stand auf einem Zeh“) sowie eine Krampfaderentfernung am linken Bein angegeben. Den Antrag unterzeichnete die Klägerin mit ihrer Unterschrift.

Zudem unterschrieb die Klägerin mit gleichem Datum eine ergänzende „Erklärung der zu versichernden Person“ (Bl. 16). Die dort enthaltene Frage „Welche Medikamente nahmen oder nehmen Sie ein?“ wurde mit „Keine“ beantwortet. Die Frage „Mussten Sie Fachärzte (z. B. Orthopäden, Röntgen- und Nervenärzte) oder Kliniken aufsuchen?“ wurde mit „Nein“ beantwortet.

Mit Schreiben vom 16.09.2004 übersandte die Beklagte der Klägerin drei weitere „Erklärungen der zu versichernden Person“, die sich auf die landwirtschaftliche Tätigkeit der Klägerin, die als Tierwirtin tätig war, auf Beinerverkrankungen sowie auf Unfälle bezogen (Anlage B 2, Bl. 62). In der Erklärung zur landwirtschaftlichen Tätigkeit war erneut die Frage nach einem Besuch bei Fachärzten oder Kliniken enthalten, die jedoch schriftlich nicht beantwortet wurde. Sämtliche Erklärungen unterzeichnete die Klägerin mit Datum vom 06.10.2004.

Nachdem die ergänzenden Erklärungen der Beklagten zugegangen waren, nahm diese den Antrag der Klägerin an und fertigte den Versicherungsschein Nr. 300 ... aus. Der Versicherung lagen unter anderem die „Besondere Bedingungen für die Bausteine zur Berufsunfähigkeitsvorsorge: Beitragsbefreiung und Berufsunfähigkeitsrente E 5“ (Anlage B 1, Bl. 46) zugrunde.

Tatsächlich befand sich die Klägerin wegen einer Depression und des Verdachts auf Schizophrenie von Juli 1998 bis März 2002 in Behandlung bei der Nervenärztin Frau Dr. W. In diesem Zeitraum fanden ca. 17 Behandlungstermine statt, wobei die Klägerin nach anfänglich kürzeren Intervallen ab dem Jahr 1999 etwa vierteljährlich Termine bei Frau Dr. W. wahrnahm. Während des gesamten Zeitraums wurde die Klägerin medikamentös behandelt. Ab dem Jahr 1999 bis zum Ende der Behandlung im März 2002 verschrieb Frau Dr. W. ihr ein Antidepressivum, das einmal täglich einzunehmen war.

Im März 2008 beanspruchte die Klägerin wegen Rückenproblemen Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung. Nachdem die Beklagte im Rahmen der Leistungsprüfung einen Behandlungsbericht von Frau Dr. W. (Anlage B 3, Bl. 69) erhalten hatte, erklärte sie mit Schreiben vom 13.05.2008 hinsichtlich der Berufsunfähigkeitszusatzversicherung die Anfechtung wegen arglistiger Täuschung sowie den Rücktritt vom Vertrag (Anlage K 3, Bl. 18).

Die Klägerin hat vor dem Landgericht behauptet, die Versicherungsvertreterin B. habe die in dem Antrag und der Erklärung vom 16.08.2004 enthaltenen Fragen, insbesondere die dort genannten Beispiele, nicht vollständig vorgelesen und lediglich nach körperlichen Erkrankungen gefragt. Im Anschluss habe die Klägerin beide Dokumente unterschrieben, ohne diese erneut ausführlich durchzulesen. Frau Dr. W. habe gegenüber der Klägerin nicht von einer Depression, sondern lediglich von einer Antriebsschwäche gesprochen, so dass die Klägerin sich selbst nicht als psychisch krank empfunden habe. Im Übrigen stelle die vorübergehende psychische Erkrankung der Klägerin keinen für den Vertragsschluss relevanten Umstand dar, was bereits daran deutlich werde, dass die Beklagte trotz der Nichtbeantwortung der Frage nach Facharztbesuchen in dem ergänzenden Fragebogen keine Rückfragen gestellt habe. Auch diese ergänzenden Erklärungen habe die Klägerin nicht eigenhändig

ausgefüllt, sondern diese lediglich unterschrieben und der Versicherungsvertreterin B. zur Vervollständigung übergeben. Eine Anfechtung nur der Berufsunfähigkeitsversicherung sei rechtlich nicht möglich, weil ein einheitlicher Versicherungsvertrag bestanden habe. Zudem sei der Rücktritt der Beklagten nicht innerhalb der Monatsfrist erklärt worden, weil dieser bereits am 12.04.2008 der Arztbericht von Frau Dr. W. zugegangen sei.

Die Beklagte hat vor dem Landgericht behauptet, die Versicherungsvertreterin B. habe die im Antragsformular und der Erklärung enthaltenen Gesundheitsfragen vollständig vorgelesen und erklärt. Die Klägerin habe ihre Behandlung bei Frau Dr. W. jedoch arglistig verschwiegen, was sich bereits aus der Anzahl der Arztbesuche und der täglichen Medikamenteneinnahme ergebe. Zudem deute der Umstand, dass die Klägerin hingegen vergleichsweise belanglose Beeinträchtigungen wie die Verletzungen am Fuß und die Krampfaderoperation angegeben habe, ebenfalls auf ein arglistiges Handeln hin. Die beiden an die Klägerin übersandten ergänzenden Fragebögen habe diese selbst ausgefüllt und unmittelbar an die Beklagte zurückgesandt, ohne dass die Agentur M. oder die Vertreterin B. hieran beteiligt gewesen wären. Bei einer wahrheitsgemäßen Angabe der nervenärztlichen Behandlung hätte die Beklagte den Versicherungsvertrag nicht abgeschlossen. Im Übrigen sei die erhobene Feststellungsklage unzulässig, weil der Klägerin eine weitergehende Leistungsklage möglich sei.

Auf die tatsächlichen Feststellungen des erstinstanzlichen Urteils wird ergänzend Bezug genommen.

Das Landgericht hat die Klage durch Urteil des Einzelrichters vom 30.06.2011 (Bl. 130 ff.) abgewiesen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt, dass die Klägerin ihre Behandlungen bei Frau Dr. W. arglistig verschwiegen habe. Dies ergebe sich aus der Schwere und Dauer der psychischen Erkrankung sowie den unglaubwürdigen und widersprüchlichen Einlassungen der Klägerin bei ihrer Anhörung in der mündlichen Verhandlung. Auf eine Vernehmung der Zeugin B. komme es nicht an, da die Gesundheitsfragen auch im Falle eines unvollständigen Vorlesens durch die Versicherungsvertreterin klar formuliert und einfach zu erfassen gewesen seien.

Mit ihrer hiergegen gerichteten Berufung trägt die Klägerin ergänzend vor, dass die Gesundheitsfragen entgegen der Auffassung des Landgerichts tatsächlich nur schwer verständlich und verwirrend formuliert seien. Die Angaben der Klägerin während ihrer Anhörung seien dadurch zu erklären, dass diese sich seit dem Jahr 1999 aufgrund der umgestellten Medikation nicht mehr antriebsarm, sondern leistungsfähig und daher ab diesem Zeitpunkt nicht mehr krank gefühlt habe. Im Übrigen wiederholt und vertieft die Klägerin ihr erstinstanzliches Vorbringen.

Die Klägerin beantragt,

Unter Aufhebung des Urteils des LG Stuttgart vom 30.06.2011, Az. 22 O 627/10, wird festgestellt, dass die Rentenversicherung nebst Todesfall- und Berufsunfähigkeitsschutz, welche die Beklagte unter der Versicherungsnummer 300 266 807 führt, nicht durch deren Erklärung vom 13.05.2008 beendet oder geändert wurde, sondern darüber hinaus zu unveränderten Bedingungen fortbesteht.

Die Beklagte trägt die Kosten des Rechtsstreits.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte verteidigt das landgerichtliche Urteil. Ergänzend trägt sie vor, dass der Arztbericht von Frau Dr. W. erst am 15.04.2008 bei der Beklagten eingegangen sei, so dass diese den Rücktritt fristgerecht erklärt habe.

Zur Antragsaufnahme hat der Senat in der mündlichen Verhandlung vom 05.04.2012 die Zeugin B. vernommen (Sitzungsprotokoll Bl. 205 ff.)

II.

Die zulässige Berufung ist begründet.

1. Die erhobene Feststellungsklage ist in Übereinstimmung mit der Auffassung des Landgerichts nach § 256 Abs. 1 ZPO zulässig.

Zwar ist der Beklagten zuzugeben, dass die Klägerin sich vorliegend nicht nur des Fortbestandes des Versicherungsverhältnisses, sondern zugleich einer Leistungspflicht der Beklagten jedenfalls seit Beginn des Jahres 2008 berührt. Da die Beklagte die Berufungsunfähigkeit der Klägerin bestreitet, wäre das tatsächliche Bestehen der Leistungspflicht daher voraussichtlich in einem Folgeprozess zu klären. Dennoch stellt die - insoweit grundsätzlich mögliche - Leistungsklage hier keine einfachere und weitgehendere Möglichkeit der Rechtsverfolgung dar.

Zum einen verkennt die Beklagte, dass die Klägerin vorliegend nicht die Feststellung der Leistungspflicht aus der Berufsunfähigkeitsversicherung, sondern allein die Feststellung des

unveränderten Fortbestandes des Versicherungsvertrages begehrt. Diese Frage wäre im Rahmen einer Leistungsklage - worauf das Landgericht zu Recht hinweist - aber lediglich als präjudizielles Rechtsverhältnis zu qualifizieren, das von der Rechtskraftwirkung eines etwaig ergehenden Leistungsurteils nicht erfasst würde, so dass die Leistungsklage nicht als weitergehender Rechtsbehelf angesehen werden kann (vgl. Zöller/Vollkommer, ZPO, 29. Aufl. 2012, Vor § 322 Rn. 35 f.). Soweit die Beklagte in ihrer Berufungserwiderung diesbezüglich auf die Möglichkeit einer Zwischenfeststellungsklage nach § 256 Abs. 2 ZPO über den Fortbestand des Versicherungsverhältnisses verweist, kann ein solches Vorgehen - weil eine zusätzliche Zwischenfeststellungsklage mit einem anderen Rechtsschutzziel erhoben werden muss - auch gerade nicht als einfacherer Weg der Rechtsverfolgung angesehen werden (vgl. BGH, Urteil vom 03.07.2002 - Az. XII ZR 234/99 = NJW-RR 2002, 1377).

Daneben ist in der höchstrichterlichen Rechtsprechung bei Klagen gegen Versicherungsunternehmen anerkannt, dass selbst im Falle einer möglichen Leistungsklage die Erhebung lediglich einer auf Feststellung der Leistungspflicht gerichteten Klage nach § 256 ZPO zulässig ist, weil bei Versicherungsunternehmen grundsätzlich davon ausgegangen werden kann, dass diese sich auch einem Feststellungsurteil beugen werden und damit die Notwendigkeit eines vollstreckbaren Leistungstitels entfällt (vgl. BGH, Urteil vom 28.09.1999 - Az. VI ZR 195/98 = NJW 1999, 3774 m. w. N.). Folglich ist von einer Zulässigkeit der Feststellungsklage aber erst recht auszugehen, wenn statt der Leistungspflicht des Versicherers lediglich der Fortbestand des Versicherungsvertrages festgestellt werden soll.

2. Die Klage ist begründet. Das streitige Versicherungsverhältnis besteht unverändert fort. Die Beklagte hat das Versicherungsverhältnis nicht mit Schreiben vom 13.05.2008 wirksam angefochten oder widerrufen.

2.1. Eine wirksame Anfechtung des Versicherungsvertrages gemäß §§ 16, 22 VVG a. F. i. V. m. § 123 BGB liegt nicht vor.

2.1.1. Die Anwendbarkeit des VVG in der bis zum 31.12.2007 gültigen Fassung auf den vorliegenden Versicherungsvertrag folgt aus Art. 1 Abs. 1 EGVVG, weil die Beklagte mit Schreiben vom 13.05.2008 die Anfechtung und den Rücktritt erklärt hat und der Sachverhalt damit vor dem 31.12.2008 abgeschlossen war (vgl. Prölss/Martin, VVG, 28. Aufl. 2010, EGVVG Art. 1 Rn. 9).

2.1.2. Die Anfechtungsfristen nach § 123 Abs. 1 und Abs. 3 BGB sind dabei gewahrt.

2.1.3. Die Klägerin hat gegenüber der Beklagten vor Vertragsschluss objektiv weder ihre Erkrankung an einer Depression in den Jahren 1998 bis 2002 noch die damit verbundenen Arztbesuche bei ihrer Nervenärztin Frau Dr. W. noch die regelmäßige Medikamenteneinnahme angegeben. Nach ihrem eigenen Vorbringen hat die Klägerin diese Umstände auch gegenüber der Versicherungsvertreterin B. nicht offengelegt, so dass auch insoweit keine Wissenszurechnung auf die Beklagte nach der „Auge und Ohr“-Rechtsprechung erfolgt (vgl. BGH, Urteil vom 18.12.1991 - Az. IV ZR 299/90 = BGHZ 116, 387 = NJW 1992, 828 und Urteil vom 11.11.1987 - Az. IVa ZR 240/86 = BGHZ 102, 194 = NJW 1988, 973). Bei den nicht angezeigten Tatsachen handelt es sich auch um gefahrerhebliche Umstände im Sinne der §§ 22, 16 VVG a. F., weil diese geeignet waren, die Willensbildung der Beklagten bei Vertragsschluss zu beeinflussen.

2.1.4. Die Klägerin hat die Beklagte aber nicht über diese Umstände getäuscht im Sinne der §§ 22 VVG a. F., 123 BGB. Nach ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs setzt eine arglistige Täuschung eine Vorspiegelung falscher oder ein Verschweigen wahrer Tatsachen gegenüber dem Versicherer zum Zwecke der Erregung oder Aufrechterhaltung eines Irrtums voraus. Der Versicherungsnehmer muss vorsätzlich handeln, indem er bewusst und willentlich auf die Entscheidung des Versicherers einwirkt. Falsche Angaben in einem Versicherungsantrag allein rechtfertigen den Schluss auf eine arglistige Täuschung nicht. Denn es existiert kein allgemeingültiger Erfahrungssatz, dass eine bewusst unrichtige Beantwortung einer Antragsfrage immer und nur in der Absicht erfolgt, auf den Willen des Versicherers einzuwirken (BGH, Urteil vom 24.11.2010 - Az. IV ZR 252/08 = NJW 2011, 1213 und Urteil vom 28.02.2007 - Az. IV ZR 331/05 = NJW 2007, 2041 m. w. N.).

Unstreitig sind der Versicherungsantrag und die weitere Erklärung vom 16.08.2004 im Beisein der Klägerin durch die Versicherungsvertreterin B. ausgefüllt worden, nachdem diese der Klägerin die Fragen vorgelesen hatte.

Unter diesen Umständen hat der Versicherer, der sowohl hinsichtlich der Täuschung als auch hinsichtlich eines arglistigen Handelns des Versicherungsnehmers beweisbelastet ist, den Nachweis zu führen, dass der Versicherungsvertreter dem Antragsteller die Fragen in einer Art und Weise vorgelesen hat, die das Ausfüllen des Formulars durch den Versicherungsvertreter einer eigenverantwortlichen Beantwortung durch den Antragsteller vergleichbar erscheinen lassen (vgl. BGH, Urteil vom 24.11.2010 - Az. IV ZR 252/08 = NJW 2011, 1213 und Urteil vom 13.03.1991 - Az. IV ZR 218/90 = NJW 1991, 1891; OLG Stuttgart, Urteil vom 15.02.2007 - Az. 10 U 168/06 = VersR

2008, 197). Von einer solchen Gleichwertigkeit kann lediglich dann ausgegangen werden, wenn jede Frage vollständig vorgelesen und im Einzelnen mit dem Antragsteller besprochen wird. Macht der Versicherungsvertreter hierbei ergänzende Anmerkungen, welche den Inhalt der schriftlichen Fragen relativieren, so muss der Antragsteller die Fragen allein in dem mündlich gestellten Umfang beantworten (vgl. OLG Stuttgart, Urteil vom 15.02.2007 - Az. 10 U 168/06 = VersR 2008, 197; Prölss/Martin, VVG, 28. Aufl. 2010, § 19 Rn. 27).

Den Nachweis, dass die Versicherungsvertreterin B. der Klägerin die Fragen in einer Art und Weise vorgelesen hat, die das Ausfüllen des Formulars durch die Zeugin B. einer eigenverantwortlichen Beantwortung durch die Klägerin vergleichbar erscheinen lassen, hat die Beklagte nicht geführt. Dabei kann angenommen werden, dass die Zeugin B. entsprechend ihrer Aussage der Klägerin das Antragsformular vollständig vorgelesen hat, also auch die auf S. 3 zitierte Passage. Der Nachweis, dass dies in einer angemessenen und einer eigenverantwortlichen Beantwortung durch die Klägerin gleichkommenden Weise geschehen ist, kann aber nicht als geführt angesehen werden. Denn die Zeugin hat bei ihrer Einvernahme das Vorlesen des Antragsformulars demonstriert und sich dabei selbst mit der Feststellung unterbrochen, dass sie ziemlich schnell vorlese, alles in einem Zug. Dies deckt sich auch mit dem Eindruck des Senats. Es war nicht möglich, der Zeugin so zu folgen, dass Punkt für Punkt der Erklärungsgehalt aller 30 genannten Erkrankungen erfasst werden konnte. Es ist im Ergebnis nicht festzustellen, dass die Klägerin den Erklärungsinhalt erfasst und im Antrag in zurechenbarer Weise falsche Angaben gemacht hat.

Jedenfalls ist nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme eine Fehlvorstellung der Klägerin über den Bedeutungsgehalt der Fragen nicht auszuschließen, so dass es an einem Verschweigen gefahrerheblicher Umstände durch die Klägerin fehlt (vgl. OLG Stuttgart, Urteil vom 15.02.2007 - Az. 10 U 168/06 = VersR 2008, 197). Dies gilt zunächst für die im Versicherungsantrag selbst enthaltene Frage „Haben oder hatten Sie in den letzten 5 Jahren Beschwerden, Störungen, Krankheiten oder Vergiftungen?“. Für einen durchschnittlichen Versicherungsnehmer ist die Reichweite der einzelnen verwendeten Begriffe nicht leicht zu erfassen. Ebenso wird ein Antragsteller nicht davon ausgehen müssen, dass jede Beeinträchtigung des eigenen Wohlbefindens bereits die Erheblichkeitsschwelle zu einer Beschwerde oder Störung überschreitet (vgl. BGH, Urteil vom 19.03.2003 - Az. IV ZR 67/02 = NJW-RR 2003, 1106 und Urteil vom 02.03.1994 - Az. IV ZR 99/93 = NJW-RR 1994, 666). Der in Klammern vorgenommenen Aufzählung von Beschwerden und Körperregionen, die der Klägerin durch die Zeugin B. nicht deutlich vermittelt wurde, kommt deswegen eine ausschlaggebende Bedeutung zu. Nur so kann ein Antragsteller vor seinem geistigen Auge sämtliche Körperregionen nach Beschwerden durchgehen und läuft nicht Gefahr, einzelnen Bereiche auszulassen. Der durchschnittliche Versicherungsnehmer wird sonst gerade psychische Beeinträchtigungen nicht ohne weiteres dem Begriff Krankheit, Störung oder Beschwerde zuordnen, da diese klassischerweise eher mit körperlichen Beeinträchtigungen verknüpft werden (vgl. OLG Hamm, Urteil vom 12.12.1980 - Az. 20 U 184/80 = VersR 1981, 874).

Nachdem nicht festzustellen ist, dass die Antragsfragen ordnungsgemäß gestellt wurden, stellt sich die Frage eines ggf. arglistigen Verhaltens der Klägerin nicht mehr. Aber selbst wenn man von einer sachgerechten Erhebung der Gesundheitsfragen ausgehen müsste, könnte ein arglistiges Verschweigen der früheren psychischen Erkrankung nicht festgestellt werden.

Anders als die Beklagte meint, stellt es kein Indiz für ein arglistiges Verschweigen gefahrerheblicher Umstände dar, wenn die Klägerin in dem Versicherungsantrag vergleichsweise leichte Beschwerden an den Beinen angegeben, die Depressionserkrankung jedoch nicht genannt hat. Es liegt nahe, dass die Zeugin B. nach solchen Verletzungen ausdrücklich gefragt hatte, weil sie wusste, dass die Klägerin in einem landwirtschaftlichen Betrieb arbeitete und einen entsprechenden Versicherungsfall kannte.

Der Nachweis arglistigen Handelns der Klägerin ergäbe sich auch nicht aus der Beantwortung weiterer ergänzender Gesundheitsfragen der Beklagten an die Klägerin.

Zwar hat die Beklagte in der ergänzenden „Erklärung der zu versichernden Person“ vom 16.08.2004 (Bl. 16) die Frage „Welche Medikamente nahmen oder nehmen sie ein?“ mit „Keine“ beantwortet. Die Frage gehört aber erkennbar zu dem Gesamtkomplex der Fragen nach „allergischen Haut- und Atemwegserkrankungen“. So lautet die unmittelbar vorangehende Frage „Wurde eine Desensibilisierungsbildung durchgeführt?“. Daneben fehlt es in der Frage nach den eingenommenen Medikamenten aber auch an der Angabe des für die Beantwortung relevanten Zeitraums. Ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer wird die Frage ohne einen solchen Zusatz indes kaum dahingehend verstehen müssen, dass sämtliche Medikamente, die er jemals eingenommen hat, hier anzugeben sind (vgl. Prölss/Martin, VVG, 28. Aufl. 2010, § 19 Rn. 23 f.).

Ebenso wenig lässt die Beantwortung der Frage „Mussten Sie Fachärzte (z. B. Orthopäden, Röntgen- und Nervenärzte) oder Kliniken aufsuchen?“ den Schluss auf Arglist zu. Denn diese Frage ist erkennbar dem Fragenkomplex „Rückenschmerzen und Gelenksbeschwerden“ zuzuordnen. Es fehlt auch insoweit an einer vorwerfbar falschen Beantwortung.

Ein arglistiges Verschweigen der Klägerin würde überdies nicht aus den Angaben in den mit Datum vom 06.10.2004 unterschriebenen ergänzenden Fragebögen folgen (Anlage B 2, Bl. 63), weil auch die in den Ergänzungsbögen enthaltenen Fragen sich jeweils eindeutig auf bestimmte Beschwerdekompexe beziehen und daher psychische Erkrankungen sowie deren Behandlung nicht anzugeben waren. So entspricht der Fragebogen zum landwirtschaftlichen Beruf (Bl. 63) inhaltlich weitgehend dem bei Antragstellung ausgefüllten Ergänzungsbogen „Erklärung der zu versichernden Person“ (Bl. 16). Die obigen Ausführungen treffen daher auch auf diesen zu. Ebenso verhält es sich bei den Fragebögen zu Beinerkrankungen (Bl. 65) und Unfällen (Bl. 66). Auch hier beziehen sich die Fragen nach weiteren Erkrankungen, Medikamenten oder Behandlungsmaßnahmen erkennbar auf den jeweiligen Themenkomplex und nicht auf sonstige Erkrankungen, insbesondere im psychischen Bereich.

Es kann auch nicht von einer spontanen Offenbarungspflicht der Klägerin hinsichtlich der Depression ausgegangen werden, die unabhängig von einer schriftlichen oder mündlichen Nachfrage der Beklagten bestanden hätte. Denn bei psychischen Erkrankungen muss sich dem Versicherungsnehmer die Bedeutung der Erkrankung für den Versicherer allenfalls bei langjährigen, schwerwiegenden Verlaufsformen aufdrängen (vgl. BGH, Urteil vom 09.12.1992 - Az. IV ZR 232/91 = BGHZ 121, 6 = NJW 1993, 596; OLG Köln, Urteil vom 29.06.1995 - Az. 5 U 245/94 = VersR 1998, 85).

Zwar sprechen die insgesamt hohe Anzahl der Arztbesuche (ca. 17) bei Frau Dr. W. in den Jahren 1998 bis 2002 sowie die laut Verschreibung tägliche Einnahme der entsprechenden Medikamente dafür, dass die Klägerin sich des Krankheitswerts ihrer Depression und deren Behandlung bewusst war (vgl. BGH, Urteil vom 13.03.1991 - Az. IV ZR 218/90 = NJW 1991, 1891). Allerdings hat die Ärztin Dr. W. bei ihrer Vernehmung vor dem Landgericht zugleich ausgesagt, dass die Klägerin nach Umstellung ihrer Medikation gegen Anfang des Jahres 1999 nicht mehr niedergeschlagen und antriebsarm, sondern eher leistungsbereit und euphorisch war. Nur zu Beginn der Therapie habe bei der Klägerin eine schwere Depression vorgelegen, später hingegen lediglich eine leichtere Verlaufsform bestanden. Vor diesem Hintergrund ist es nicht auszuschließen, dass die Klägerin sich ab diesem Zeitpunkt - trotz der regelmäßigen Medikamenteneinnahme - nicht mehr als krank empfunden hat (vgl. OLG Hamm, Urteil vom 12.12.1980 - Az. 20 U 184/80 = VersR 1981, 874). Überdies war die Klägerin - soweit erkennbar - aufgrund ihrer Depression zu keinem Zeitpunkt arbeitsunfähig krankgeschrieben (vgl. OLG Köln, Urteil vom 29.06.1995 - Az. 5 U 245/94 = VersR 1998, 85). Schließlich wurde die Therapie der Depression im März 2002 endgültig abgeschlossen, so dass die Erkrankung zum Antragszeitpunkt schon seit mehr als zwei Jahren als ausgeheilt anzusehen war (vgl. OLG Bamberg, Urteil vom 10.10.2002 - Az. 1 U 19/02 = OLGR 2003, 213).

2.2. Die Beklagte hat den Vertrag auch nicht durch ihre Rücktrittserklärung vom 13.05.2008 für die Zukunft beendet.

Der Klägerin wurden aus den oben genannten Gründen die Gesundheitsfragen bei dem Termin am 16.08.2004 durch die Zeugin B. nicht ausreichend klar vorgelesen. Deswegen war die Klägerin anhand der konkret gestellten Fragen nicht zur Anzeige der Depressionserkrankung verpflichtet. Jedenfalls ist aber ein Verschulden nach § 16 Abs. 3 VVG a. F. auszuschließen. Verbleibende Zweifel wirken sich auch hier zulasten des Versicherers aus (vgl. BGH, Urteil vom 13.03.1991 - Az. IV ZR 218/90 = NJW 1991, 1891).

Führen demnach weder die Anfechtungs- noch die Rücktrittserklärung der Beklagten zu einer Nichtigkeit bzw. Beendigung des Vertrages, kann die Klägerin die begehrte Feststellung verlangen, so dass die Klage vollumfänglich begründet ist.

III.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 91 Abs. 1 ZPO.

Die Entscheidung zur vorläufigen Vollstreckbarkeit folgt aus den §§ 708 Nr. 10, 711, 713 ZPO, § 26 Nr. 8 EGZPO.

Gründe für die Zulassung der Revision nach § 543 Abs. 2 ZPO liegen nicht vor. Die zu entscheidenden Fragen haben keine grundsätzliche Bedeutung und eine Entscheidung des Revisionsgerichts ist weder zur Fortbildung des Rechts noch zur Sicherung einer einheitlichen Rechtsprechung erforderlich.

Der Berufungswert ist auf bis zu 13.000,00 € festzusetzen, §§ 63 Abs. 2, 48 Abs. 1 GKG, §§ 3, 9 ZPO. Auszugehen ist nach ständiger Rechtsprechung des BGH bei der Zusatzversicherung von dem 3,5-fachen Jahresbetrag der begehrten monatlichen Rentenleistung und der monatlichen Prämie. Hiervon ist ein Abschlag von jeweils 50% vorzunehmen, weil der behauptete Eintritt des Versicherungsfalles, mithin der Berufsunfähigkeit im Sinne der vereinbarten Bedingungen, hier noch nicht geklärt scheint (vgl. BGH NJW-RR 2005, 259).

Demnach berechnet sich der Streitwert vorliegend wie folgt:

$487,88 \text{ €} \times 42 \text{ Monate} = 20.490,96 \text{ €}$

davon 50 Prozent = 10.245,48 €