

Geschäftsnummer:  
16 O 214/11



122070

Verkündet am  
19. Dezember 2011

  
als-Urkundsbeamtin  
der Geschäftsstelle

**Landgericht Stuttgart**  
16. Zivilkammer  
**Im Namen des Volkes**  
**Urteil**

Im Rechtsstreit

  
- Kläger -

Prozessbevollmächtigter:

  
gegen

  
- Beklagte -

Prozessbevollmächtigte:

  
wegen Feststellung infolge Rücktritt und Anfechtung

hat die 16. Zivilkammer des Landgerichts Stuttgart auf die mündliche Verhandlung vom  
17. Oktober 2011 durch

Richter 

als Einzelrichter

für **Recht** erkannt:

1. Die Klage wird abgewiesen.
2. Die Kosten des Rechtsstreits trägt der Kläger.
3. Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar. Der Kläger darf die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 110 % des aufgrund des Urteils vollstreckbaren Betrages abwenden, wenn nicht die Beklagte vor der Vollstreckung Sicherheit in Höhe von 110 % des jeweils zu vollstreckenden Betrages leistet.

Streitwert: 11.151,16 €

## Tatbestand

Der Kläger will den Fortbestand eines privaten Krankenversicherungsvertrages festgestellt wissen, nachdem die Beklagte den Rücktritt vom Vertrag und dessen Anfechtung wegen arglistiger Täuschung erklärt hat.

Der Kläger schloss bei der Beklagten aufgrund der Vermittlung von Herrn [REDACTED] eine Krankheitskostenvollversicherung ab. Ausweislich des Versicherungsscheins vom 03.08.2009 (K 2) begann der Versicherungsschutz am 01.11.2009. Die Krankenversicherung umfasste den Tarif „Economy“ für eine Grundabsicherung im ambulanten und stationären Bereich sowie den Tarif „SG II 2/100“, der die Unterbringung im Zweibettzimmer und die privatärztlichen Behandlung im Krankenhaus betraf; außerdem war eine Pflegeversicherung nach dem Tarif PVN vorgesehen.

Einen dementsprechenden Antrag unterzeichnete der Kläger am 07.07.2009 (K 1). Die dabei gestellten Gesundheitsfragen beantwortete der Kläger dahin, dass in den letzten fünf Jahren lediglich ein Routinecheck, der keine krankhaften Ergebnisse hervorgebracht habe, durchgeführt worden sei. Die Frage, ob Krankheiten oder Beschwerden bestünden, beantwortete der Kläger mit „nein“.

Nach Erhalt der Annahmestätigung seitens der Beklagten kündigte der Kläger eine Ergänzungsversicherung bei der [REDACTED]. Seit dem 1.10.1987 hatte der Kläger mit dieser seine bei der [REDACTED] seit Jahrzehnten bestehende Krankenversicherung ergänzt; vom Schutz der Ergänzungsversicherung waren die Unterbringung im Zweibettzimmer und die privatärztliche Behandlung im Krankenhaus abgedeckt.

In der Folge erfuhr die Beklagte im Rahmen der Leistungsprüfung, dass der Kläger über den im Versicherungsantrag angegebenen Umfang hinaus in ärztlicher Behandlung gewesen war (B 3).

Ausweislich eines Attests von Herrn Dr. [REDACTED] vom 28.01.2011 ist der Kläger am 15.05.2008 wegen Koxarthrose behandelt worden, nachdem er zuvor bereits seit einigen Monaten an Schmerzen in der Hüfte gelitten hatte. Weiterhin befand sich der Kläger wegen Hypertonie, Linksherzhypertrophie, Hypercholesterinämie sowie Diabetes Mellitus bei Herrn Dr. [REDACTED] in Behandlung (14.03.2005, 02.11.2005, 27.06.2006, 29.01.2007, 06.11.2007, 05.05.2008 und 05.12.2008). Ausweislich der Angaben von Herrn Dr. [REDACTED] ist die Bluthochdruckerkrankung sowie Fettstoffwechselstörung

beim Kläger schon länger bekannt. Auch wegen vorbenannter Krankheiten war der Kläger bei Frau Dr. [REDACTED] in Behandlung, und zwar z. B. am 16.10.2007, 17.10.2007, 26.11.2007, 26.03.2008, 13.10.2008, 12.01.2005, 14.01.2005 und 17.09.2005. Darüber hinaus war der Kläger dort am 06.08.2008 wegen eines Tinnitus in ärztlicher Behandlung. Schließlich war der Kläger vom 19.03. bis 24.03.2007 bei Herrn Dr. [REDACTED] wegen rezidivierender Prostatitis, einem Prostatasyndrom sowie einer erektilen Dysfunktion in Behandlung. Im März 2009 suchte der Kläger diesen Arzt erneut auf.

Am 21.06.2005 stellte sich der Kläger bei Herrn Dr. [REDACTED] in der Schelztorklinik (B 3) vor. Dabei wurde eine Läsion der Rotatorenmanschette der rechten Schulter und ein Impingementyndrom der Schulter rechts diagnostiziert. Daraufhin erfolgte am 13.09.2005 eine Operation der rechten Schulter; postoperativ erfolgte eine Physiotherapie und Schmerzmedikation. Nachbehandlungstermine bei Herrn Dr. [REDACTED] fanden am 14.9.2005, 26.9.2005, 3.11.2005, 12.1.2006, 1.2.2006 und 5.5.2006 statt. In der Folge wurde auch Ibuprophen sowie Physiotherapie wegen HWS-Beschwerden verordnet. Am 16.6.2008 wurde der Kläger nochmals von Herrn Dr. [REDACTED] wegen Tendinose am Trochometer major behandelt. Am 15.9.2010 wurden in der Schelztorklinik ambulante Behandlungsmaßnahmen hinsichtlich einer beginnenden Koxarthrose sowie eine dementsprechende Physiotherapie eingeleitet.

Die Beklagte erklärte mit Schreiben vom 16.02.2011 (K 3) den Rücktritt vom Versicherungsvertrag wegen Anzeigepflichtverletzung; mit Schreiben vom 02.03.2011 (K 4) erklärte sie zudem dessen Anfechtung wegen arglistiger Täuschung. Streitgegenständlich ist nunmehr die Frage, ob die Voraussetzungen für einen Rücktritt bzw. eine Anfechtung gegeben sind.

Der Kläger behauptet, er habe gegenüber dem Versicherungsvermittler [REDACTED] erklärt, dass er an erhöhtem Cholesterin sowie Bluthochdruck leide und deswegen bei Herrn Dr. [REDACTED] in Behandlung sei. Der Vermittler habe indes entgegnet, dass dies für die Antragstellung ohne Bedeutung sei. Ohnedies seien die in Rede stehenden Gesundheitsfragen aus der Sicht eines durchschnittlichen Versicherungsnehmers dahin zu verstehen, ob aktueller Behandlungsbedarf bestehe. Im Hinblick auf die Diabeteserkrankung hebt der Kläger hervor, dass erst nach der Antragstellung eine dahingehende Diagnose gestellt worden sei. Zuvor sei lediglich eine Teilnahme an einem

Ernährungsprogramm der [REDACTED] erfolgt; die fraglichen Blutzuckerwerte hätten im oberen Toleranzbereich gelegen. Hinsichtlich des Tinnitus habe der Kläger tatsächlich seit Jahren keinerlei Beschwerden mehr; er habe gelernt, das Ohrgeräusch zu unterdrücken. Zu keiner Zeit sei über eine Behandlung gesprochen worden. Vor dem Hintergrund des Alters des Klägers sei einer leichten erektilen Dysfunktion kein Krankheitswert zuzumessen. Dem Kläger sei auch nicht bekannt gewesen, dass er an einer Linksherzhypertrophie leide. Vielmehr sei der Kläger bei bester Gesundheit. Im Übrigen sei der Rücktritt vom 16.02.2011 bereits deshalb ausgeschlossen, weil die nach § 19 Abs. 5 VVG erforderliche Belehrung unzureichend gewesen sei. Der Versicherungsvermittler habe den Kläger auch dazu veranlasst, die [REDACTED] zu verlassen und habe das entsprechende Kündigungsschreiben vom 07.07.2004 (K 6) vorformuliert.

Der Kläger beantragt:

- 1. Es wird festgestellt, dass der Krankenversicherungsvertrag des Klägers bei dem Beklagten mit der Mitgliedsnummer 370.140152223 weder durch den Rücktritt des Beklagten vom 16.02.2011 noch durch die Anfechtungserklärung des Beklagten vom 02.03.2011 beendet wurde, sondern unverändert bis mindestens 28.02.2011 fortbestanden hat und nach diesem Zeitpunkt als Anwartschaftsversicherung fortgeführt werden kann oder - nach noch zu treffender Wahl des Klägers - im Tarif SG II 2/100 für hundertprozentige Erstattung der Wahlleistungen Zweibettzimmer und privatärztliche Behandlung fortgeführt werden kann.**
- 2. Der Beklagte wird verurteilt, an den Kläger vorgerichtliche Rechtsanwaltskosten in Höhe von 1.085,04 € zu erstatten.**

Die Beklagte beantragt hingegen wiederum,

**die Klage vollumfänglich kostenpflichtig abzuweisen.**

Die Beklagte behauptet, der Kläger habe ein unzutreffendes Bild bezüglich seines Gesundheitszustandes, seiner Vorerkrankungen und der insoweit durchgeführten ärztlichen Behandlungen gezeichnet und damit arglistig getäuscht. Eine ordnungsgemäße

Belehrung im Sinne von § 19 Abs. 5 VVG sei erfolgt. Auf Seite 2 des streitgegenständlichen Versicherungsantrags werde ausdrücklich und textlich hervorgehoben auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen; eine Erklärung auf einem gesonderten, nicht fest mit dem Antrag verbundenen Blatt sei nicht erforderlich.

Bezüglich des weiteren Vortrags der Parteien wird auf die gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen sowie auf das Protokoll der mündlichen Verhandlung vom 17.10.2011 (Bl. 133 ff. d. A.) verwiesen.

## Entscheidungsgründe

Die zulässige Klage ist unbegründet.

Sowohl die Voraussetzungen für einen Rücktritt vom Versicherungsvertrag als auch die Voraussetzungen für dessen Anfechtung wegen arglistiger Täuschung sind gegeben, so dass die Klage keinen Erfolg hat.

1. Die Rücktrittsvoraussetzungen sind gegeben.

a) Es liegt eine Anzeigepflichtverletzung im Sinne von § 19 Abs. 1 S. 1 VVG vor.

Seitens des Klägers wurden gefahrerhebliche Umstände, nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, nicht angezeigt. Die Gesundheitsfrage *„Fanden in den letzten 3 Jahren Untersuchungen oder Behandlungen statt? Wenn ja, welche, wann, wegen welcher Beschwerden, was wurde festgestellt, wer kann Auskunft geben?“* wurde nicht den objektiven Gegebenheiten entsprechend beantwortet.

Der Kläger hat zum einen eine Schulteroperation, die im Jahre 2005 durchgeführt worden war, nicht angegeben hat. Das Gericht vermag in den Beschwerden und Befunden betreffend der Schulter keine vernachlässigbare Bagatelle erkennen. Es fand eine Reihe von Nachsorgeterminen in der Schelztorklinik statt; dabei wurden neben einer Schmerzmedikation auch physiotherapeutische Maßnahmen verordnet. Auf die Ursachen der Schulterbeschwerden kommt es angesichts der objektiven Fragestellung und deren Sinn und Zweck nicht an. In der Schelztorklinik wurde der Kläger des weiteren wegen einer HWS-Problematik behandelt.

Zum anderen gab der Kläger weitere Arztbesuche und Befunde nicht an: Dabei ist zunächst auf die Aussage der Zeugin Dr. [REDACTED] zu verweisen. Diese beschrieb den als Anlage B 3 vorgelegten Auszug aus ihrer Patientendatei als zutreffend. In der mündlichen Verhandlung erläuterte sie, dass am 26.11.2007 Diabetes mellitus diagnostiziert worden sei. Eine medikamentöse Behandlung sei allerdings nicht nötig gewesen; eine Gewichtsreduktion, Umstellung der Er-

nahrung und Sport hätten ausgereicht. Damit lag bereits vor der Antragstellung insoweit ein pathologischer Befund vor, wenngleich keine schwerwiegende Form von Diabetes mellitus ausgemacht worden war.

Herr Dr. [REDACTED] behandelte den Kläger am 15.05.2008 wegen einer Koxarthrose, nachdem er zuvor bereits seit einigen Monaten an Schmerzen in der Hüfte gelitten hatte. Dieser Behandlung kann schon deshalb nicht nur geringfügige Bedeutung beigemessen werden, da nach Abschluss des streitgegenständlichen Vertrages, namentlich am 15.9.2010, weitere Behandlungs- und Physiotherapiemaßnahmen eingeleitet wurden.

Überdies sind urologische Untersuchungen bei Herrn Dr. [REDACTED] durchgeführt worden. Auf die Frage, ob dabei veritable Krankheitsbilder ausgemacht worden sind, kommt es angesichts der generellen Fragestellung nicht an.

Inwieweit der Kläger den Zeugen [REDACTED] über die Cholesterin- und Bluthochdruckproblematik in Kenntnis gesetzt hat, kann vor diesem Hintergrund auf sich beruhen.

Dass der Kläger die vorbenannten Beschwerden bzw. Krankheiten als harmlos und sich selbst als „kerngesund“ betrachtet, berührt das Vorliegen einer Anzeigepflichtverletzung im Sinne von § 19 Abs. 1 S. 1 VVG nicht (vgl. Prölss/Martin, VVG, 28. Aufl. § 19 Rn. 11 m. w. N.).

- b) Das Rücktrittsrecht ist auch nicht nach § 19 Abs. 2 VVG ausgeschlossen, da der Kläger wenigstens grob fahrlässig die Anzeigepflicht verletzte.

Der Kläger hat sich über präzise Fragen hinweggesetzt (vgl. Prölss/Martin, VVG, 28. Aufl. § 19 Rn. 63 m. w. N.). Der Kläger kann sich nicht darauf berufen, dass aus der Sicht eines durchschnittlichen Versicherungsnehmers die fraglichen Gesundheitsfragen lediglich dahin zu verstehen seien, ob akuter Behandlungsbedarf bestünde. Dies ergibt sich zum einen aus den klar formulierten Fragen. Zum anderen gab der Kläger in der mündliche Verhandlung (Seite 3 des Protokolls) selbst an, dass die Gesundheitsfragen aus seiner Sicht darauf abzielten, in Erfahrung zu bringen, ob generell Behandlungen und Untersuchungen durchgeführt worden seien.



Im Übrigen hat der Kläger weder vorgetragen noch unter Beweis gestellt, dass er sich unter den zuvor unter 1. a) genannten Arztbesuche bzw. Beschwerden nicht mehr erinnern kann. Dass der Kläger zum Verlassen der [REDACTED] und [REDACTED] veranlasst worden war und insoweit „überrumpelt“ worden war, konnte die Beweisaufnahme nicht bestätigen.

- c) Der Kläger wurde auch durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung im Sinne von § 19 Abs. 5 S. 1 VVG hingewiesen. Ein insoweit vom übrigen Text deutlich hervorgehobener Hinweis findet sich auf Seite 2 des Versicherungsantrags. Dies genügt den Erfordernissen des § 19 Abs. 5 VVG. Eine Erklärung auf einem gesonderten, nicht fest mit dem Antrag verbundenen Blatt ist nicht erforderlich (vgl. Prölss/Martin, VVG, 28. Aufl. § 19 Rn. 75 m. w. N.). Im Übrigen wurde ein entsprechender Hinweis nochmals unmittelbar vor der Unterschriftszeile wiederholt.
- d) Die formellen Rücktrittsvoraussetzungen gemäß § 21 VVG sind ebenfalls gegeben: die Monatsfrist des § 21 Abs. 1 S. 1 VVG wurde eingehalten; der Rücktritt wurde ausführlich begründet und dem Kläger die vorvertragliche Anzeigepflichtverletzung im Sinne von § 21 Abs. 1 S. 3 VVG deutlich vor Augen geführt (K 3).

2. Außerdem sind die Voraussetzungen für eine Anfechtung des Versicherungsvertrages wegen arglistiger Täuschung gemäß § 123 Abs. 1 BGB in Verbindung mit § 22 VVG gegeben, so dass der streitgegenständliche Versicherungsvertrag von Anfang an nichtig ist, § 142 Abs. 1 BGB.

- a) Die Jahresfrist des § 124 BGB ist gewahrt (K 4).
- b) Auch ist ein Anfechtungsgrund gegeben, nachdem die Beklagte zur Abgabe einer Willenserklärung - der Vertragsannahme - durch arglistige Täuschung bestimmt wurde.

Voraussetzung für das Vorliegen einer arglistigen Täuschung des Versicherungsnehmers ist, dass er bei der Beantwortung der Gesundheitsfragen wissentlich falsche Angaben von Tatsachen gemacht bzw. anzeige- bzw. offenbarungs-

pflichtige Umstände verschwiegen hat, hierdurch auf die Entschließung des Versicherers, seinen Versicherungsantrag anzunehmen, Einfluss nehmen wollte und sich bewusst war, dass der Versicherer möglicherweise seinen Antrag nicht oder nur unter erschwerten Bedingungen annehmen werde, wenn er wahrheitsgemäße Angaben machte (vgl. etwa OLG Hamm, VersR 2000, Seite 878). Hierbei ist nach ständiger obergerichtlicher Rechtsprechung zu berücksichtigen, dass es keinen allgemein Satz der Lebenserfahrung des Inhalts gibt, dass eine bewusst unrichtige Beantwortung von Fragen nach dem Gesundheitszustand oder früheren Behandlungen immer oder nur in der Absicht gemacht zu werden pflegen, auf den Willen des Versicherers einzuwirken. denn häufig werden unrichtige Angaben über den Gesundheitszustand auch aus falsch verstandener Scham, aus Gleichgültigkeit, aus Trägheit oder einfach in der Annahme gemacht, dass die erlittenen Krankheiten bedeutungslos seien. Der Versicherer muss deshalb entsprechend den allgemeinen Beweislastregeln nachweisen, dass der Versicherungsnehmer für die Abgabe einer falschen Erklärung auf den Willen des Versicherers einwirken wollte, sich also bewusst war, der Versicherer werde seinen Antrag nicht oder möglicherweise nur mit erschwerten Bedingungen annehmen, wenn der Versicherungsnehmer die Fragen wahrheitsgemäß beantworten würde. dieser Beweis kann meist nur durch einen Indizienbeweis durchgeführt werden, da es sich bei dem Bewusstsein des Versicherungsnehmers um eine innere Tatsache handelt. In der Regel ist ein solches Bewusstsein anzunehmen, wenn schwere Erkrankungen oder erkennbare chronische Erkrankungen oder Krankenhausaufenthalte verschwiegen wurden. Dagegen wird der Beweis als nicht geführt angesehen werden müssen, wenn leichtere Krankheiten oder solche verschwiegen werden, die vom Versicherungsnehmer als solche angesehen werden (vgl. etwa OLG Koblenz, OLGR 2002, Seite 219; OLG Frankfurt, NVersZ 2001, Seite 115). Hierbei ist jedoch ferner zu berücksichtigen, dass der Versicherungsnehmer bei vorliegen objektiver Falschangaben gehalten ist, in nachvollziehbarer Weise plausibel darzulegen, warum und wie es zu den objektiven Falschangaben gekommen ist (vgl. OLG Frankfurt, a. a. O.).

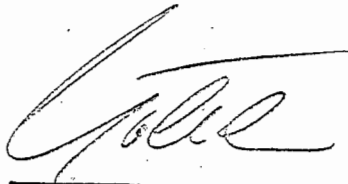
Hiernach erkennt das Gericht im vorliegenden Fall einen Anfechtungsgrund.

Zwar kann nicht darauf abgestellt werden, dass der Kläger die Cholesterin- bzw. Bluthochdruckproblematik nicht angegeben hat. Dies ergibt sich daraus, dass der Versicherer die Beweislast für das Vorliegen eines Anfechtungsgrundes trägt. Dieser konnte er nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme nicht genügen. Vielmehr haben sich die Ehefrau des Klägers und der Zeuge [REDACTED] in diesem Punkt widersprochen. Auch unter Berücksichtigung des emotionalen Näheverhältnis zwischen der Zeugin [REDACTED] und dem Kläger gelangt das Gericht nicht zu der Überzeugung, dass der Kläger tatsächlich die Cholesterin- bzw. Bluthochdruckerkrankung verschwiegen hat. Denn auch auf Seiten des Zeugen [REDACTED] kann ein Eigeninteresse an der Aussage nicht gänzlich von der Hand gewiesen werden; überdies räumte er selbst ein, dass er dem Kläger gegenüber erklärt habe, er sei bei Herrn Dr. [REDACTED] in Behandlung. Dies fügte sich in die Darstellung des Klägers ein. Vor diesem Hintergrund ergibt sich in diesem Punkt ein non liquet.

Der Kläger hat aber ohnedies eine ganze Reihe von ärztlichen Untersuchungen nicht angegeben (vgl. vorstehend unter 1. a ). Der Kläger gab nicht an, dass er im relevanten Zeitraum etwa acht mal in der Schelztorklink und mindestens ebenso oft bei Frau Dr. [REDACTED] gewesen war. Gleiches gilt für sieben Arztbesuche bei Herrn Dr. [REDACTED] und für weitere Arztbesuche bei Herrn Dr. [REDACTED]. Damit wurden über zwei Dutzend Arztbesuche verschwiegen, während lediglich ein „Rotunecheckup“ bei Herrn Dr. [REDACTED] angegeben wurde.

Der Kläger legte nicht in nachvollziehbarer Weise dar, weshalb es zu diesen Falschangaben gekommen ist. Der Kläger gab lediglich einen „Routinecheckup“ an, der zu keinem pathologischen Ergebnis geführt habe. Damit zeichnet er tatsächlich ein völlig unzutreffendes Bild betreffend seines Gesundheitszustandes. Eine Vielzahl von Arztbesuchen wurde verschwiegen. Vielfältige Krankheits- und Beschwerdebilder (vgl. vorstehend unter 1. a ) ) wurden nicht angegeben. Vor diesem Hintergrund muss auf ein arglistiges Verschweigen geschlossen werden. Dass sich der Kläger subjektiv als „kerngesund“ begreift, vermag hieran nichts zu ändern.

- c) Die Kausalität zwischen Täuschung und Abgabe der Willenserklärung unterliegt keinen Bedenken.
3. Damit kann der Kläger auch keinen Ersatz von Rechtsverfolgungskosten ersetzt verlangen.
4. Die Entscheidungen betreffend der Kosten und der vorläufigen Vollstreckbarkeit folgen aus den §§ 91 Abs. 1 S. 1; 708 Nr. 11, 711 S. 2 in Verbindung mit § 709 S. 2 ZPO.



  
Richter