

Kantonsgericht von Appenzell Ausserrhoden, 20. Mai 1996,
I. c. Allianz Lebensversicherung (Schweiz) AG, Zürich

Tatbestand: Der Beklagte unterzeichnete am 15. November 1984 ein Antragsformular zur Kollektiv-Krankenversicherung der Klägerin (damals Continentale Lebensversicherungs-Gesellschaft, Zürich) mit dem Verband Schweizerischer Naturärzte. Das Formular enthielt unter Ziff. 4 unter anderem folgende Frage:

"An welchen Krankheiten, Krankheits- oder Unfallfolgen leiden Sie oder haben Sie jemals gelitten?" Der Beklagte gab in der für die Antwort vorgesehenen Spalte eine Lungenlobektomie aus dem Jahre 1959 an, welche sechs Monate gedauert habe und am Kantonsspital Z. operiert worden sei. Der Vertrag wurde über den Aussendienstmitarbeiter W. abgeschlossen.

Gemäss Vertrag Nr. .. der Klägerin mit dem Verband Schweizerischer Naturärzte sind alle Angehörigen des Verbandes Schweiz. Naturärzte zwischen 20 und 65 Jahren versicherbar. Die Aufnahme in die Versicherung erfolgt mit einem vom Antragsteller auszufüllenden Antragsformular, welches von der CONTINENTALE-Leben zur Verfügung gestellt wird. Vorbestandene Erkrankungen oder Gebrechen sind gemäss den Zusatzbedingungen für Versicherungen mit Deckung nach doppelter Berner Skala mitversichert. Letztere Bestimmung war ebenfalls in der aktuellen Police des Klägers aufgeführt worden und zwar als Vorbehalt.

Der Beklagte reichte der Klägerin ein Arztzeugnis vom 24. Oktober 1993 von Dr. med. H. U. R. ein, welches ihm eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit ab 1. Oktober 1993 bis auf weiteres, mindestens aber einen Monat ab Ausstellung, bescheinigte. Die Klägerin richtete daraufhin ab 1. Oktober 1993 Taggelder à Fr. 120.-- aus.

Wegen der langen Krankheitsdauer veranlasste die Klägerin medizinische Abklärungen. Aufgrund des Gutachtens von Dr. med. R. B.-S. vom 20. Februar 1995 erfuhr die Klägerin, dass der Beklagte zufolge Unruhe, Depressivität und Nervosität ab 1976 längerzeitig arbeitsunfähig war, und während 720 Tagen Taggelder von der Krankenkasse Grütli bezogen hatte. Aufgrund dieses Umstandes trat die Klägerin am 28. Februar 1995 vom Vertrag mit dem Beklagten zurück und forderte die bereits geleisteten Taggelderleistungen von insgesamt Fr. 45'861.-- zurück.

Am 10. Oktober 1995 ersuchte die Klägerin um Abhaltung eines Vermittlungsvorstandes. Nach erfolglos verlaufener Vermittlung stellte das Vermittleramt Trogen am 6. November 1995 den Leitschein aus. Mit Klageschrift vom 5. Dezember 1995 (act. 2) liess die Klägerin die Streitsache beim erkennenden Gericht anhängig machen. Die Klageantwort ging am 9. Februar 1996 beim Gericht ein, worauf am 20. Mai 1996 in Herisau die Hauptverhandlung durchgeführt werden konnte.

Zur Begründung ihrer Klage liess die Klägerin durch ihren Rechtsvertreter in der Klageschrift im wesentlichen ausführen, mit dem Anmeldeschein habe der Beklagte zur Kenntnis genommen, dass die Versicherungsgesellschaft im Falle von falschen Erklärungen nicht an den Vertrag gebunden sei, wenn sie innert vier Wochen seit sie von dieser Tatsache Kenntnis erhalten habe, vom Vertrag zurücktrete. Gestützt auf Art. 6 VVG sei die Klägerin deshalb am 28. Februar 1995 infolge Anzeigepflichtverletzung vom Kollektiv-Krankenversicherungsvertrag zurückgetreten. Nachdem sie erst nach Eingang des Gutachtens von Dr. med. R. B.-S. am 23. Februar 1995 von der falschen Antragsdeklaration erfahren habe, sei der Vertragsrücktritt innerhalb der Frist von Art. 6 VVG erfolgt.

Demgegenüber liess der Beklagte in der Klageantwort hauptsächlich vorbringen, beim Ausfüllen der Anmeldung zur Kollektiv-Krankenversicherung habe W. dem Beklagten versichert, dass er das Formular lediglich bei den beiden Kreuzen zu unterzeichnen habe. Vorbe-

standene Krankheiten müssten nicht deklariert werden, da die Aufnahme ohne Wenn und Aber erfolge. Dass diese Aussagen den Tatsachen entsprechen würden, ergebe sich aus dem Kollektiv-Versicherungsvertrag sowie den Versicherungspolice. Weil die Klägerin vorbehaltlos bereit gewesen sei, Angehörige des Verbandes Schweizerischer Naturärzte in die Kollektiv-Versicherung aufzunehmen, habe sie auf ihr Rücktrittsrecht infolge Anzeigepflichtverletzung nach Versicherungsvertragsgesetz (Art. 8 Ziff. 5 i.V.m. Art. 6 VVG) verzichtet. Die Versicherungsgesellschaft bezahle das Krankentaggeld höchstens während der in einer Skala vorgesehenen Dauer, wenn die Arbeitsunfähigkeit durch das erneute Auftreten (Rezidiv) einer erheblichen Krankheit verursacht werde, die schon vor dem Eintritt in die Versicherung bestanden habe. Vorliegend werde bestritten, dass es sich bei der jetzigen Erkrankung um das erneute Auftreten einer vorbestandenen Krankheit handle.

An Schranken ergänzte RA lic. iur. E. N. namens der Klägerin, es treffe nicht zu, dass im Rahmen des mit dem Verband Schweizerischer Naturärzte abgeschlossenen Grundvertrages jeder Antragsteller vorbehaltlos in die Versicherung aufgenommen werde. Er gebe einen entsprechenden Rahmenvertrag zu den Akten. Richtig sei, dass Personen innerhalb einer Altersgrenze von 20 bis 65 Jahren versicherbar seien. Die Aufnahme erfolge mit einem vom Antragsteller auszufüllenden Formular. Es liege auf der Hand, dass dieses Formular zur Risikobeurteilung dafür diene, ob der Antragsteller versichert werde und wenn ja, zu welchen Bedingungen. Es seien bei anderen Versicherten im gleichen Kollektiv-Vertrag Vorbehalte angebracht oder diese abgewiesen worden. Weil das Formular der Risikobeurteilung diene, werde ein unvollständig ausgefülltes Formular umgehend zur Ergänzung zurückgeschickt. Unter Ziff. 4 habe der Beklagte auf dem von ihm ausgefüllten Antragsformular eine detaillierte Antwort gegeben. Weshalb habe der Beklagte genaue Angaben gemacht, wenn er überzeugt gewesen sei, solche Auskünfte nicht liefern zu müssen? W. sei deshalb sehr wohl mit dem Beklagten die Anmeldung durchgegangen und habe ihn gefragt, ob es nicht noch mehr Krankheiten gegeben habe. Es sei unglaublich, dass der Beklagte sich an eine Krankheit vor 26 Jahren erinnere, aber an eine solche vor 6 Jahren nicht. Im übrigen handle es sich bei der Erkrankung 1976/78 um eine ernsthafte. Die Police sei nicht mit der Begründung gekündigt worden, bei der Krankheit handle es sich um das erneute Auftreten einer früheren Krankheit. Es sei gekündigt worden, weil eine frühere Krankheit verschwiegen worden bzw. die Antragsdeklaration des Beklagten falsch gewesen sei.

RA lic. iur. S. F. erklärte an Schranken unter anderem, die Taggeldversicherung habe allen Mitgliedern des Verbandes Schweiz. Naturärzte offen gestanden. Dies ergebe sich aus dem Schreiben der Versicherung, wonach die Aufnahme mit dem Antragsformular erfolge. Die doppelte Berner Skala komme für "vorbestandene Erkrankungen und Gebrechen" zur Anwendung, womit eine Risikobegrenzung erfolge. Im Ergebnis führe dies dazu, dass die Aufnahme in jedem Fall erfolge, und man auf den Fragebogen hätte verzichten können. Daraus sei zu folgern, dass der Beklagte überhaupt keine Anzeigepflicht habe verletzen können. Man könne sich allenfalls auf den Standpunkt stellen, der Beklagte hätte die psychische Überlastungssituation als vorbestandene Erkrankung oder Gebrechen deklarieren müssen. Die angebliche Erkrankung sei bei Vertragsbeitritt sechs Jahre zurück gelegen. Es habe sich um eine Überlastungssituation gehandelt, welche der Beklagte nicht als eigentliche Erkrankung erlebt habe. 1984 sei die Situation eine völlig andere gewesen. Der Beklagte habe den Beruf gewechselt und sei als erfolgreicher Naturarzt tätig gewesen. Die frühere "Erkrankung" sei für ihn eine Lebenskrise gewesen und keine Erkrankung. Der Beklagte habe keinen Anlass gehabt, die damalige berufliche Krise als Krankheit zu deklarieren. Das lehre auch die Lebenserfahrung. Der Abstand zwischen den beiden Erkrankungen betrage immerhin 20 Jahre. Die erste Krankheit habe eine berufliche, die heutige eine familiäre Lebenskrise dargestellt. Es sei so, dass man sich an Spitalaufenthalte immer erinnern könne, an anderes hingegen nicht. Was die abgewiesenen Personen anbelange, hätten diese ihre Rechte nicht gekannt.

Auf weitere tatsächliche Gegebenheiten sowie auf weitere Vorbringen der Parteien wird, soweit erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen eingegangen.

Gründe: Gemäss Art. 116 Abs. 1 Ziff. 3 ZPO hat das Gericht seine Zuständigkeit bei zwingenden Vorschriften von Amtes wegen zu prüfen. Gestützt auf Art. 9 Abs. 1 lit. c des Gesetzes über die Verwaltungsgerichtsbarkeit vom 25. April 1993, in Kraft seit 1. Januar 1995 (bGS 143.6), ist das Verwaltungsgericht bei Verfügungen im Gebiete der Sozialversicherungen die zuständige Gerichtsinstanz. Nachdem es sich jedoch vorliegend um eine privatversicherungsrechtliche Streitsache handelt, liegt die Zuständigkeit beim Kantonsgericht.

Klärungsbedürftig ist als erstes die Frage, ob die Aufnahme in die Kollektiv-Krankenversicherung des Verbandes Schweiz. Naturärzte mit der Klägerin vorbehaltlos mit dem Ausfüllen des Antragsformulars erfolgte oder nicht. Als bekanntes Beispiel für eine vorbehaltlose Aufnahme ist die Fahrradversicherung zu nennen. Der Antrag geht jedoch nur gelegentlich vom Versicherer aus. Einmal da, wo der Versicherer an einen unbestimmten Personenkreis verbindliche Anträge richtet, die von jedermann durch Vornahme der vorgeschriebenen Annahmehandlung akzeptiert werden können (Ticket- und Automatenversicherung, Reiseunfall- und Reisegepäckversicherung). Wenn der Antrag vom Versicherungsinteressenten ausgeht, was die Regel bildet, wird in der Versicherungspraxis durchwegs ein Antragsschein verwendet (H. Roelli, Kommentar zum Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, 2. Auflage, Bern 1968, S. 29/30).

Dem Rahmenvertrag Nr. K .. kann nichts Eindeutiges entnommen werden. Es findet sich folgender Passus: "Die Aufnahme in die Versicherung erfolgt mit einem vom Antragssteller auszufüllenden Vertragsformular, welches von der CONTINENTALE-Leben zur Verfügung gestellt wird. Dieser lässt jedoch offen, ob man als Verbandsmitglied bereits mit Ausfüllen des Formulars dem Kollektivvertrag beigetreten ist oder erst mit dem positiven Entscheid der Versicherung. Weiter heisst es im Rahmenvertrag: "Versicherbar sind alle Angehörigen des Verbandes Schweizerischer Natur-ärzte innerhalb der Altersgrenze von 20 bis 65 Jahren." Aus der Spezifizierung des Personenkreises kann man ebenfalls nichts herleiten, da damit lediglich die mitzubringenden Minimalvoraussetzungen für eine Aufnahme festgelegt sind.

Im Rahmenvertrag wird bestimmt, dass dieser den Allgemeinen Bedingungen unterliegen soll. In Art. 6 b der Allgemeinen Bedingungen für die Kollektiv-Taggeldversicherung wird festgehalten, dass Arbeitgeber einen Anmeldeschein einzureichen haben, und erst nach Erhalt der schriftlichen Deckungsbestätigung der Gesellschaft versichert sind. Obwohl bei der Auslegung des Vertrages die Regel gilt, dass die Besonderen Bedingungen den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) vorgehen, wird diese Regel in der Praxis nicht selten durchbrochen. Deshalb ist bei Widersprüchen zwischen den AVB und den Besonderen Bedingungen stets sorgfältig zu prüfen, ob nach dem gesamten Zusammenhang die erwähnte Regel anzuwenden sei oder ob nicht ausnahmsweise die AVB vorgehen (A. Maurer, Schweiz. Privatversicherungsrecht, 3. Auflage, Bern 1995, S. 158). Art. 6 der Allgemeinen Bedingungen für die Kollektiv-Taggeldversicherung darf im vorliegenden Fall nach Meinung des Gerichtes mindestens als Auslegungshilfe für die unklare Aufnahmebestimmung im Rahmenvertrag herangezogen werden. Dies führt zum Ergebnis, dass ein Antragsformular eingereicht werden muss, worauf dann die Versicherung über die Aufnahme des Antragstellers entscheidet.

Selbst wenn man die Vertragsbestandteil bildenden AVB nicht in Betracht zieht, führen folgende Überlegungen zum gleichen Resultat. Die Tatsache nämlich, dass im Antragsformular der Klägerin detaillierte Fragen nach dem aktuellen Gesundheitszustand, aufgetretenen Krankheiten sowie Unfällen des Bewerbers gestellt werden, ist ein gewichtiges Indiz dafür, dass die Versicherung noch über das Gesuch befinden will. Andernfalls würde bereits die

Einholung von Name, Adresse, Alter und Beruf für die Ausstellung einer Police genügen. In diesem Lichte ist auch die Klausel, dass "vorbestandene Krankheiten nach doppelter Berner Skala mitversichert sind", zu sehen. Nachdem die Versicherung gestützt auf die Angaben im Aufnahmegesuch eine Risikobeurteilung vorgenommen hat, entscheidet sie über die Aufnahme. Willigt sie trotz vorbestehenden Krankheiten in eine Aufnahme ein, und tritt diese Krankheit später wieder auf, kommt die doppelte Berner Skala zur Anwendung.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Versicherung gestützt auf das Antragsformular über die Aufnahme entscheidet bzw. die Aufnahme nicht automatisch mit Ausfüllen des Formulars erfolgt.

In einem weiteren Schritt ist der Einwand des Beklagten zu untersuchen, wonach der Aussendienstmitarbeiter der Klägerin dem Beklagten versichert habe, er müsse den Anmeldechein lediglich bei den beiden Kreuzen (Datum und Unterschrift) unterzeichnen. Vorbestandene Krankheiten müssten nicht deklariert werden, da die Aufnahme vorbehaltlos erfolge.

Für den hypothetischen Fall, dass der Beklagte im Antragsformular zu "Krankheiten und Unfälle" auch keine negative Aussage (etwa durch einen Strich) gemacht hätte, hätte die Klägerin reklamieren oder andernfalls das Formular, so wie sie es erhalten hätte, gegen sich gelten lassen müssen. Der Beklagte hat jedoch in der betreffenden Rubrik eine Krankheit aus dem Jahre 1959 mit allen nötigen Angaben, wie Zeitpunkt, Dauer, Heilung, behandelndes Spital usw. aufgeführt.

Nachdem der Beklagte eine Krankheit angegeben hat, ist das Gericht der Meinung, dass er in diesem Fall sämtliche Erkrankungen hätte lückenlos offenlegen müssen. Es kann nicht angehen, dass ein Antragssteller eine Auswahl trifft und nach Gutdünken Krankheiten transparent macht und andere wiederum nicht. In einem solchen Vorgehen wäre ein Verstoss gegen das Prinzip des Handelns nach Treu und Glauben (Art. 2 ZGB) zu erblicken. Wie nachfolgend ausgeführt wird, stuft das Gericht die Erkrankung im Jahre 1976/78 nämlich als eine erhebliche ein, welche der Beklagte hätte deklarieren müssen.

Gestützt auf Art. 100 des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908 (SR 221.229.1; VVG) ist dieses auch auf das vorliegende Vertragsverhältnis anwendbar. Das VVG regelt den Krankenversicherungsvertrag zwar nicht, ist aber grundsätzlich gleichwohl auf ihn anwendbar (A. Maurer, a.a.O., S. 495/496).

Wenn der Anzeigepflichtige beim Abschlusse der Versicherung eine erhebliche Gefahrstatsache, die er kannte oder kennen musste, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen hat, so ist der Versicherer an den Vertrag nicht gebunden, wenn er binnen vier Wochen, nachdem er von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat, vom Vertrage zurücktritt (Art. 6 VVG). Vorerst ist abzuklären, ob es sich bei der Krankheit 1976/78 um eine "erhebliche Gefahrstatsache" handelt. Sodann ist zu prüfen, ob der Beklagte diese kannte oder hat kennen müssen, und ob die Klägerin rechtzeitig vom Vertrag zurückgetreten ist.

Erheblich sind diejenigen Gefahrstatsachen, die geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers, den Vertrag überhaupt oder zu den vereinbarten Bedingungen abzuschliessen, einen Einfluss auszuüben (Art. 4 Abs. 2 VVG). Gefahrstatsachen sind alle Tatsachen, die bei der Beurteilung der Gefahr in Betracht fallen müssen und den Versicherer über den Umfang der zu deckenden Gefahr aufklären können (Pra 79 [1990] Nr. 273). Es wird auf die zahlreiche Rechtsprechung hiezu verwiesen (z.B. Pra 82 [1993] Nr. 210; Entscheidungen schweiz. Gerichte in privaten Versicherungsstreitigkeiten, 14. Sammlung: 1974-1981, No. 12 und 13).

Der Beklagte hat ab 1976 Taggelder von der Krankenkasse Grütli bezogen und zwar im Rahmen einer psychischen Überforderung zufolge Unruhe, Depressivität und Nervosität. Die Taggelder wurden während 720 Tagen ausgerichtet. Der beklagtische Rechtsvertreter stellt sich auf den Standpunkt, es habe sich damals um eine berufliche Lebenskrise und um keine eigentliche Erkrankung gehandelt. Dem muss entgegengehalten werden, dass nach allge-

meiner Lebenserfahrung Depressionen und nervöse Störungen sehr wohl eine solche Intensität erreichen können, dass sie zur Arbeitsunfähigkeit des Betroffenen führen. Dies war beim Beklagten 1976 der Fall. Die Tatsache, dass er während zwei Jahren arbeitsunfähig war und Taggelder bezog, sprengt jeden normalen Rahmen. Es kann längst nicht mehr in guten Treuen von einer blossen Lebenskrise gesprochen werden. Alles andere würde eine Bagatellisierung von psychischen Krankheiten schlechthin bedeuten. Auch der Einwand, die sog. Lebenskrise liege für den Beklagten weit zurück, wird dadurch entkräftet, dass er sich an eine Erkrankung aus dem Jahre 1959 genauestens erinnern konnte, hingegen an eine solche von 1976 nicht mehr. Für die Versicherung wäre die Kenntnis der Krankheit zur Beurteilung eines realistischen Deckungsrisikos von eminenter Wichtigkeit gewesen. Ihr wären verschiedene Möglichkeiten offen gestanden, da die Beurteilungsgrundlage eine ganz andere gewesen wäre. Denkbar wäre, dass sie den Vertrag nicht abgeschlossen oder aber in die Besonderen Bestimmungen einen entsprechenden Vorbehalt aufgenommen hätte. Das Gericht kommt zum Schluss, dass die Erkrankung des Beklagten 1976/78 eine erhebliche Gefahrstatsache im Sinne von Art. 6 VVG darstellt.

Entscheidend ist, wie der Antragsteller eine Frage des Versicherers nach Treu und Glauben verstehen durfte. Wenn dieses an sich objektive Kriterium geprüft wird, müssen freilich die Umstände des Einzelfalls berücksichtigt werden, ebenfalls die Eigenschaften des Antragsstellers wie Intelligenz, Bildung, Erfahrung sowie seine Situation (A. Maurer, a.a.O., S. 254).

Der beklagte Rechtsvertreter ist der Auffassung, es habe für den Beklagten keinen Anlass gegeben, die damalige berufliche Krise als Krankheit zu deklarieren. Das Gericht kann diese Ansicht nicht teilen. Der Beklagte war ab 1976 während voller zweier Jahre zu 100 % arbeitsunfähig. Selbst der medizinische Laie wird eine solch langandauernde, psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit nicht mehr als blosser Lebenskrise sondern als Krankheit empfinden. Beim Beklagten darf der Beurteilungsmassstab im übrigen noch etwas höher angesetzt werden, ist er doch als selbständig praktizierender Naturarzt tätig und verfügt deshalb über ein gewisses Sachwissen. Im vorliegenden Fall kann mithin nicht mehr vom Verschweigen vereinzelt aufgetretener Unpässlichkeiten gesprochen werden (vgl. Pra 79 [1990], Nr. 273), sondern von einer schweren, gesundheitlichen Störung. Es wird davon ausgegangen, dass dem Beklagten beim Ausfüllen des Anmeldescheins die Erkrankung 1976/78 als ernsthafte Gesundheitsstörung bekannt war oder zumindest bekannt sein musste.

Das Gutachten von Dr. med. R. B.-S. datiert vom 20. Februar 1995 und ging in Fotokopie an die Klägerin. Wann genau die Klägerin diese in Empfang genommen hat, ist aus den Akten nicht ersichtlich. Der Rücktritt ist am 28. Februar 1995 erfolgt, d.h. rechtzeitig innerhalb der Monatsfrist gemäss Art. 6 VVG.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Klägerin rechtsgültig vom Taggeld-Versicherungsvertrag mit dem Beklagten zurückgetreten ist. Der Beklagte hat deshalb die bereits bezogenen Taggelder von insgesamt Fr. 45'861.-- zurückzuerstatten. Die Höhe der Taggeldleistungen wird von ihm im übrigen nicht bestritten.

Die Klägerin macht einen Verzugszins in der Höhe von 5 % seit 17. Juli 1995, also seit Ausstellung des Zahlungsbefehls, geltend. Der Beklagte befindet sich jedoch erst ab Erhalt des Zahlungsbefehls in Verzug (vgl. Art. 102 Abs. 1 OR). Nachdem dem Beklagten der Zahlungsbefehl am 18. Juli 1995 zugestellt worden ist, ist somit ein Verzugszins von 5 % ab 19. Juli 1995 ausgewiesen.

Die Rechtskosten werden in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt (Art. 81 Abs. 1 ZPO). Dem Prozessausgang entsprechend werden die amtlichen Kosten dem Beklagten auferlegt. Das Gericht hält eine Gerichtsgebühr von Fr. 1'800.-- für angemessen (Art. 17 lit. b Gebührenordnung).

Entsprechend sind auch die ausseramtlichen Kosten zu verlegen (Art. 86 ZPO). Die Kostennote von RA N. vom 20. Mai 1996 ist tarifkonform mit Ausnahme der darin enthaltenen

Auslagen für den Leitschein und die Einschreitgebühr von insgesamt Fr. 500.--. Diese stellen Kostenvorschüsse und kein Honorarguthaben dar. Im Betrag von Fr. 8'264.10 hat der Beklagte die Klägerin ausseramtlich zu entschädigen.

Aufgrund eines Versehens wurde die Verlegung der ausseramtlichen Kosten in das am 24. Mai 1996 versandte Urteilsdispositiv nicht aufgenommen. Gestützt auf Art. 206 Abs. 6 ZPO wurde dieser Fehler korrigiert. Bedeutung und Erkennbarkeit des Fehlers liessen es als angezeigt erscheinen, den Parteien die Rechtsmittelfrist im berichtigten Entscheid neu zu eröffnen (M. Ehrenzeller, Komm. zur ZPO des Kantons Appenzell Ausserrhoden, Speicher 1988, N. 4 zu Art. 206 ZPO).

Demnach hat das Kantonsgericht
erkannt:

1. In Gutheissung der Klage wird der Beklagte verpflichtet, der Klägerin Fr. 45'861.-- 1995 zu bezahlen zuzüglich Zins zu 5 % seit 19. Juli 1995 zu bezahlen.

2. Für den Betrag von Fr. 45'861.-- zuzüglich Zins zu 5 % seit 19. Juli 1995 ist der Rechtsvorschlag in der Betreibung Nr. .. des Betreibungsamtes Appenzeller Mittelland vom 17. Juli 1995 aufgehoben.

3. Die amtlichen Kosten, bestehend aus

Fr. 200.--	Vermittlungsgebühr
<u>Fr. 1'800.--</u>	Gerichtsgebühr
Fr. 2'000.--	insgesamt,

werden dem Beklagten auferlegt, unter Anrechnung der von der Klägerin geleisteten Vorschüsse von Fr. 500.--. Im Betrage von Fr. 500.-- wird der Klägerin das Rückgriffsrecht auf den Beklagten eingeräumt.

4. Der Beklagte hat die Klägerin mit Fr. 8'264.10 ausseramtlich zu entschädigen.

5. Zustellung an die Parteien über ihre Rechtsvertreter.

Urteil nicht mündlich eröffnet. Appellation angemeldet seitens des Beklagten durch RA lic.oec. S. F. am 30. Mai 1996.