

Tatbestand: B. sel. unterzeichnete am 17.7.1985 einen Antrag an die Beklagte für den Abschluss einer Todesfallversicherung. Im Fragekatalog der Beklagten sind unter dem Titel: „2. Fragen zum Gesundheitszustand“ verschiedene Fragen aufgelistet, die B. nach Auffassung der Beklagten nicht korrekt beantwortet haben soll. Insbesondere machte die Beklagte nach dem Tode B.'s – er starb am 30.12.1994 wegen eines Herzkreislaufversagens – gegenüber der anspruchsberechtigten Klägerin geltend, B. habe den Myocardinfarkt von 1972 und auch die seit 1981 bestehende Hypertonie, die auch Therapien nötig gemacht habe, im Antrag mit keinem Wort erwähnt; es sei lediglich eine „Kontrolle“ deklariert worden. Die Beklagte trat daher mit Schreiben vom 2.3.1995 in Anwendung von Art. 6 VVG vom Vertrag zurück, bezahlte aber entgegenkommenderweise die Hälfte des versicherten Todesfallkapitals von Fr. 100'000.-, mithin Fr. 50'000.- (abzüglich Verrechnungssteuer von Fr. 4'000.-), an die Klägerin aus. Strittig ist die B. von der Beklagten vorgeworfene Anzeigepflichtverletzung.

Mit Klage vom 12.9.1995 verlangte die Klägerin von der Beklagten die Bezahlung der zweiten Hälfte des versicherten Kapitals von Fr. 50'000.- nebst 5 % Zins seit 24.3.1995 sowie die Auszahlung der ihr zustehenden Überschussbeteiligung. Zur Begründung führte sie im wesentlichen an, die von der Beklagten geltend gemachte Anzeigepflichtverletzung liege nicht vor. B. sei 1985 zu 100 % als Bauarbeiter bzw. Maler tätig gewesen und habe sich dabei vollständig gesund gefühlt. Wegen zu hohen Blutdruckwerten sei B. bei Dr. med. M. zur Kontrolle gegangen. Er habe dem zu hohen Blutdruck jedoch nicht Krankheitswert beigemessen.

Nach einem am 4.9.1986 erlittenen Motorradunfall sei B. bleibend arbeitsunfähig geblieben und daher in bezug auf die streitgegenständliche Police prämienbefreit worden. In der Folge habe sich die Beklagte über die Beschwerden von B. laufend informieren lassen. Die Beklagte habe somit bereits im Jahre 1987 Kenntnis der Hypertonie und auch der chronischen asthmoiden Bronchitis des Versicherungsnehmers erlangt, so dass die Rücktrittserklärung verspätet sei. Der von der Beklagten ebenfalls erwähnte, angeblich 1972 erlittene Myocardinfarkt sei übrigens weder der langjährigen Partnerin B., also der Klägerin, noch dessen Hausarzt, Dr. med. M., bekannt. Die Beklagte habe denn auch richtigerweise zwischenzeitlich die Behauptung aufgegeben, B. habe 1972 eine derartige gesundheitliche Störung erlitten, schiebe nun aber andere Gründe vor, um die Anzeigepflichtverletzung zu rechtfertigen.

Mit Klageantwort vom 3.11.1995 verlangte die Beklagte die vollumfängliche Klageabweisung und widerklageweise die Bezahlung von Fr. 45'043.70 nebst 5 % Zins seit 7.3.1995 als Rückerstattung grundlos bezahlter Leistungen (Fr. 46'000.- abzüglich Prämienanteil). Zur Begründung führte sie aus, B. habe nicht nur die Hypertonie verschwiegen, sondern auch weitere Anzeigepflichtverletzungen begangen, wie sich nun aufgrund des ausführlichen Arztberichts von Dr. med. M. vom 23.10.1995 ergebe. So seien die Fragen 2.2, 2.5, 2.6, 2.7, 2.10 und 2.14 nicht korrekt beantwortet worden. Von der Anzeigepflichtverletzung betreffend Hypertonie habe sie erstmals mit Eingang des Arztberichts von Dr. med. M. am 8.2.1995, also nicht bereits im Jahr 1987 erfahren.

Mit Replik und Widerklageantwort vom 5.2.1996 erneuerte die Klägerin die Anträge gemäss Klageschrift und verlangte die Abweisung der Widerklage. Hauptsächlich wurde geltend gemacht, B. habe den Fragebogen wahrheitsgemäss ausgefüllt. Er sei im Juli 1985 gesund und zu 100 % arbeitsfähig gewesen (mit Ausnahme von kurzfristigen unfallbedingten Arbeitsunfähigkeiten) und habe deshalb keinerlei Anlass gehabt zur Annahme, er sei in regelmässiger und intensiver ärztlicher Behandlung. Ein

Rückforderungsrecht werde grundsätzlich und masslich bestritten. Selbst wenn von einem rechtzeitigen und begründeten Vertragsrücktritt auszugehen wäre, könne von einem Rückforderungsanspruch nicht die Rede sein, da die Beklagte eine allfällige Nichtschuld freiwillig bezahlt habe.

In ihrer Duplik hielt auch die Beklagte an ihren Anträgen und ihrer Begründung fest.

An der Verhandlung vom 2.7.1996 erklärte die Klägerin die Frage der Überschussbeteiligung als erledigt, so dass ihr Klageantrag Ziff. 2 zufolge Anerkennung durch die Beklagte gegenstandslos geworden sei (Man. S. 2).

Beide Parteien verzichteten auf eine Stellungnahme zum Beweisergebnis (Man. S. 2 i.V.m. amtl. Bel. 16 und 17).

Gründe: a) *Zuständigkeit:* Aufgrund der Höhe des Klagebegehrens ist das ange-rufene Gericht sachlich zuständig (§§ 9 lit. a und 18 ZPO). Die örtliche Zuständigkeit ergibt sich aus Ziff. 13.8 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für Lebensversicherungen, wonach der schweizerische Wohnort des Anspruchsberechtigten als Gerichtsstand anerkannt wird. Anspruchsberechtigt ist im vorliegenden Fall die Klägerin als Erstbegünstigte.

Prozessuales: a) *Friedensrichter:* Mit Bezug auf die Widerklage der Beklagten verzichtete die Klägerin auf die Durchführung eines weiteren Aussöhnungsversuchs in der Sache (§ 187 lit. b ZPO);

Überschussbeteiligung: Der klägerische Antrag gemäss Ziffer 2 der Klage betreffend Auszahlung der Überschussbeteiligung hat sich zufolge Bereinigung zwischen den Parteien erledigt und steht hier deshalb nicht mehr am Recht.

Beweiserhebungen: Im Beweisverfahren wurden die aufgelegten Urkunden zu den Akten genommen. Die Beklagte edierte das Original des von B. ausgefüllten Fragebogens vom 17.7.1985. Damit ist der Sachverhalt hinreichend abgeklärt. Weitere Beweise sind nicht beantragt.

Anzeigepflichtverletzung: Die Klägerin stützt ihre Forderung auf die Versicherungspolice vom 20.8.1985 betreffend „Temporäre Todesfallversicherung mit Prämiendepot“, in der sie im Todesfall von B. als Erstbegünstigte aufgelistet ist. Die im Todesfall zu bezahlende Versicherungssumme beläuft sich danach auf Fr. 100'000.- Fr. 50'000.- (abzüglich Fr. 4'000.- Verrechnungssteuer) wurden der Klägerin von der Beklagten unbestrittenermassen bereits ausbezahlt. Die Beklagte widersetzt sich der klägerischen Forderung unter Berufung auf eine Anzeigepflichtverletzung seitens B. und fordert das bereits Geleistete zurück. Die Beklagte behauptet, sie hätte einen Prämienzuschlag von 50 % erheben müssen, wenn sie Kenntnis gehabt hätte von der seit 1981 bestehenden Hypertonie. Indem B. diese beim Abschluss der Versicherung nicht deklariert habe, habe er seine Anzeigepflicht verletzt. Für diese Darstellung trägt die Beklagte die Beweislast (Art. 8 ZGB).

Der Antragsteller ist gemäss Art. 4 VVG gehalten, dem Versicherer an Hand eines Fragebogens oder auf sonstiges schriftliches Befragen alle für die Beurteilung der Gefahr erheblichen Tatsachen, soweit und so wie sie ihm beim Vertragsabschluss bekannt sind oder bekannt sein müssen, schriftlich mitzuteilen. Erheblich sind dabei diejenigen Gefahrstatsachen, die geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers, den Vertrag überhaupt oder zu den vereinbarten Bedingungen abzuschliessen, einen Einfluss auszuüben. Gefahrstatsachen, auf welche die schriftlichen Fragen des Versicherers in bestimmter, unzweideutiger Fassung gerichtet sind, werden dabei als erheblich vermutet. Als nicht erheblich und somit auch nicht meldepflichtige Gefahrstatsachen gelten geringfügige Gesundheitsstörungen des Antragstellers. Vereinzelt aufgetretene Unpässlichkeiten, die der Antragsteller in guten Treuen als belanglose, vorübergehende Beeinträchtigungen des Wohlbefindens betrachten darf und bei der gebotenen Sorgfalt nicht als Erscheinungen eines ernsthaften Leidens

beurteilen muss, braucht er nicht anzuzeigen (Maurer, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 3. Aufl. 1995, Fn 547, mit Hinw.). Zu den Gefahrstatsachen sind hingegen nicht nur Risikofaktoren, sondern auch solche Tatsachen zu rechnen, die bloss einen Rückschluss auf das Vorliegen von Gefahrenursachen gestatten (BGE 116 V 226, mit Hinw.; Pra 79 <1990> Nr. 273).

Ob der Antragsteller seine Anzeigepflicht erfüllt hat oder nicht, ist nach ständiger Rechtsprechung weder nach einem rein subjektiven noch nach einem rein objektiven Kriterium zu beurteilen (Pra 79 <1990> Nr. 273; 82 <1993> Nr. 210; Maurer, a.a.O., S. 254). Immer ist den Umständen des Einzelfalls Rechnung zu tragen, namentlich der Eigenschaften wie falls Rechnung zu tragen, namentlich der Eigenschaften wie Intelligenz, Bildung, Erfahrung sowie der Situation und den persönlichen Verhältnissen des Antragstellers. Entscheidend ist schliesslich die Frage, ob und inwieweit der Antragsteller eine Frage des Versicherers in gutem Glauben verneinen konnte gemäss der Kenntnis, die er von der Situation hatte, und gegebenenfalls gemäss der Auskünfte, die er von fachkundigen Personen erhalten hatte: Das VVG verlangt vom Antragsteller, dass er sich ernsthaft fragt, ob es eine Tatsache gibt, auf welche die Fragen des Versicherers gerichtet sind, es verlangt von ihm jedoch nicht, dass er Erkundigungen über das Vorliegen einer solchen Tatsache einholt. Der Anzeigepflichtige darf sich nicht einfach mit der Anzeige der anormalen, ungewöhnlichen Gefahrstatsachen begnügen. Um dem Versicherer eine sorgfältige Prüfung aller erheblichen Momente zu ermöglichen, bedarf es stets der Klarlegung der Gefahrstatsachen überhaupt (Röllli/Keller, Kommentar zum Schweizerischen Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, 2. Aufl. 1968, S. 105). Der Antragsteller erfüllt seine Anzeigepflicht, wenn er auch jene Tatsachen anzeigt, die ihm nicht entgehen können, wenn er über die Fragen des Versicherers ernsthaft nachdenkt (Pra 82 <1993> Nr. 210; 79 <1990> Nr. 273; BGE 116 V 227 E. 5b; 96 II 210 f.). Den in diesen Fragen allenfalls verwendeten Fachausdrücken darf er, wenn er ihren technischen Sinn nicht kennt, und darüber nicht belehrt wird, die Bedeutung beilegen, die ihnen nach den in seinem Lebenskreis herrschenden Sprachgebrauch zukommt. Auch darf er die Fragen mit den ihm geläufigen Ausdrücken beantworten (BGE 96 II 211). Das Vorliegen einer Verletzung der Anzeigepflicht darf mit Blick auf die strengen, gesetzlich vorgesehenen Folgen nach Ansicht des Bundesgerichts jedenfalls nur mit grösster Zurückhaltung angenommen werden (Pra 82 <1993> Nr. 210; 79 <1990> Nr. 273).

Hat der Anzeigepflichtige beim Abschluss der Versicherung eine erhebliche Gefahrstatsache, die er kannte oder kennen musste, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen, 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 Vertrag zurücktritt (Art. 6 VVG). Ausgeschlossen ist der Rücktritt, wenn der Versicherer die verschwiegene oder unrichtig angezeigte Tatsache gekannt hat oder gekannt haben muss (Art. 8 Ziff. 3 und 4 VVG).

b) Frage 2.2: Die Frage 2.2. des Versicherungsantrags „Halten sie sich gegenwärtig für vollständig gesund und arbeitsfähig?“ bejahte B. Die Beklagte behauptet, diese Antwort sei falsch gewesen. Aus dem Arztzeugnis von Dr. med. M. vom 23.10.1995 ergebe sich, dass bei B. seit 21.11.1981 eine gravierende Hypertonie bestanden habe, weshalb er ständig in Behandlung gewesen sei. Ausserdem sei in diesem Arztzeugnis auch die Rede von einem chronischen Bronchopulmonalinfekt am 17.5.1982. Dem Arztzeugnis von Dr. med. F. vom 19.1.1988 sei zudem zu entnehmen, dass B. seit Jahren an asthmatischen Beschwerden, die mit „Rezidivierenden bronchopulmonalen Infekten und zunehmender asthmatischer Bronchitis“ beschrieben würden, gelitten habe. Er habe chronisch unter Atemnot gelitten und inhalieren müssen.

Die Klägerin hält entgegen, entsprechend der Fragestellung sei allein der Zeitpunkt der Ausfüllung des Fragebogens massgebend. Aus den erwähnten Unterlagen gehe zudem hervor, dass B. vor dem 17.7.1985 letztmals am 19.1.1985 bei Dr. M. wegen des zu hohen Blutdrucks in Kontrolle gewesen sei, wobei ihm keine Medikamente verabreicht worden seien. Nach diesbezüglichen Kontrollen Ende 1981 und anfangs 1982 sei B. bis Mitte 1984 nie mehr wegen zu hohen Blutdrucks bei Dr. M. gewesen. Bis zur Ausfüllung des Fragebogens habe nachher auch keine Kontrolle mehr stattgefunden, weshalb die beklagte Behauptung, der Kläger sei ständig in Behandlung gewesen, unzutreffend sei. Die asthmatischen Beschwerden seien erstmals am 13.2.1986 diagnostiziert worden. Bezüglich der Bronchitis seien für den Zeitraum vor dem 17.7.1985 bloss zwei ärztliche Befunde festgehalten, nämlich am 17.5.1982 und am 20.8.1984. Im hier massgebenden Zeitpunkt sei der Versicherungsnehmer indes zu 100 % arbeitsfähig gewesen. Die Arbeitsunfähigkeit vom März 1985 und Ende Dezember 1984 seien unfallbedingt gewesen.

Die obenstehende Frage darf bejaht werden, wenn keine Leiden oder Gebrechen vorhanden sind, die als dauernde Störungen des Allgemeinbefindens empfunden werden müssen. Gesundheitsstörungen, die allgemein als vorübergehend gelten (Kopfschmerzen, Magenschmerzen, Schmerzen an einzelnen Gliedern usw.) würden nur dann eine Verneinung der Frage fordern, wenn sie vom Anzeigepflichtigen als Symptome eines eigentlichen Leidens aufgefasst werden müssten (Roelli/Keller, a.a.O., S. 110).

Die Frage der Beklagten richtet sich ausschliesslich nach dem Zeitpunkt des Ausfüllens des Fragebogens, mithin auf den 17.7.1985. In diesem Zeitraum war der damals 50jährige B. als Bauarbeiter bzw. Maler, mithin in einem körperlich sehr anstrengenden Beruf, unbestrittenermassen zu 100 % arbeitsfähig. Die damals letzten Arbeitsunfähigkeiten datierten vom 26.12.1984 bis 6.1.1985 und 4.3.1985 bis 8.4.1985 und waren nicht krankheits- sondern ausschliesslich unfallbedingt. Unabhängig von allenfalls überhöhten Blutdruckwerten ist bei dieser Sachlage vorab verständlich, dass sich B. für vollständig gesund hielt, zumal er aus seiner Sicht nicht an einer langwierigen Krankheit litt, die er als Gesundheitsbeeinträchtigung betrachtete. Ein in einem körperlich anstrengenden Beruf tätiger Durchschnittsbürger dürfte sich denn auch durch Bluthochdruck jedenfalls solange nicht gesundheitlich beeinträchtigt fühlen, als eine dauernde medikamentöse Behandlung deswegen nicht nötig ist und er voll arbeitsfähig ist. Somit ist aus der Sicht von B. ohne weiteres erklärbar, dass er die volle Arbeitsfähigkeit mit vollständiger Gesundheit gleichsetzte bzw. für ihn die Frage nach der Arbeitsfähigkeit subjektiv klar im Vordergrund stand.

In objektiver Hinsicht ist sachverhaltsmässig erstellt, dass die letzte Konsultation bei Dr. M. wegen des zu hohen Blutdrucks im Zeitpunkt der Antragsunterzeichnung bereits ein halbes Jahr zurücklag. Aus dem Arztbericht von Dr. M. vom 23.10.1995 ergibt sich nicht, dass B. im Zeitpunkt der Antragsunterzeichnung wegen Hypertonie in ständiger Behandlung gestanden hat. Auch bestanden zwischen den von November 1981 bis Januar 1985 verzeichneten acht Arztkonsultationen wegen Hypertonie längere Zeiträume ohne Arztbesuche. Namentlich fällt auf, dass zwischen dem 1.2.1982 bis 1.6.1984, also über eine Zeitspanne von 28 Monaten, überhaupt kein Arztbesuch stattfand. Schliesslich geht aus dem erwähnten Bericht nicht klar hervor, ob es sich bei den Konsultationen lediglich um kurze Kontrolluntersuchungen aus Präventionsgründen handelte oder tatsächlich um weitergehende Behandlungen, wie die Beklagte sinngemäss vorbringt. Diese Unklarheiten muss sich die Beklagte, die sich auf diesen Arztbericht beruft, anrechnen lassen.

Die subjektive Auffassung von der Schwere einer Gesundheitsstörung spielt zweifellos eine Rolle (Pra 79 <1990> Nr. 273 S. 989). Ein Gesuchsteller verschweigt die Anzeigepflicht bloss dann schuldhaft, wenn er trotz Befragung bestehende oder vorbestandene gesundheitsheitliche Störungen verschweigt, denen er bei der ihm

zumutbaren Sorgfalt Krankheitscharakter beimessen musste (Pra 70 <1981> Nr. 97 S. 245). Dass B. dem zu hohen Blutdruck keinerlei Krankheitswert beimass, ist seitens der Beklagten unbestritten geblieben. Ihm fehlte diesbezüglich offenbar die Vorstellung einer ernstlichen Erkrankung, was sich in seiner Fragebeantwortung niederschlug. Da B. letzte Blutdruckkontrolle bereits ein halbes Jahr zurücklag und er im übrigen laut Arztbericht vom 23.10.1995 nicht dauernd Medikamente einnehmen musste und vollumfänglich arbeitsfähig war, fasste er die zu hohen Blutdruckwerte scheinbar nicht als Symptome eines eigentlichen Leidens auf und durfte sich daher subjektiv gesund fühlen. Unter diesen mitzuberücksichtigenden persönlichen Umständen durfte er die Frage 2.2, die nicht danach fragt, ob der Antragsteller vollständig gesund ist, sondern ob er sich für vollständig gesund hält, in guten Treuen bejahen. Eine Anzeigepflichtverletzung kann ihm daher nicht angelastet werden.

Der Umstand, dass am 17.5.1982 ein chronischer Bronchopulmonalinfekt diagnostiziert wurde, bedeutet nicht, dass dieser Infekt mehr als drei Jahre später immer noch bestand. Vielmehr wurde erstmals am 13.2.1986 eine asthmatische Bronchitis diagnostiziert, die sich zudem erst in den nachfolgenden Jahren zu einer chronisch rezidivierenden asthmatischen Bronchitis ausweitete und zu akuten Schüben führte. Auch wurde eine entsprechende Inhalationsbehandlung erstmals am 19.9.1986 angeordnet. Daraus den Schluss ziehen zu wollen, bereits im Sommer 1985 sei B. nicht mehr vollständig gesund und arbeitsfähig gewesen, geht nicht an, zumal sich aus den Akten nichts dergleichen ergibt. Vielmehr ergab die kreisärztliche Untersuchung der SUVA vom 11.1.1984 nach dem Motorradunfall vom 8.12.1983 einen guten Allgemeinzustand. Ausserdem ist dem Schreiben von Dr. F. vom 19.1.1988 zu entnehmen, dass sich die bronchopulmonalen Infekte und die asthmatische Bronchitis offenbar erst 1988 derart verstärkten, dass sie weiterer Abklärung bedurften. Eine schwerste asthmoide Bronchitis diagnostizierte der zuständige SUVA-Kreisarzt ebenfalls erst anlässlich der ärztlichen Abschlussuntersuchung vom 10.3.1988 betreffend den Motorradunfall vom 4.9.1986. Mit dieser Ausgangslage 1988 ist indes für den Gesundheitszustand von B. im Sommer 1985 nichts gewonnen. Unter Würdigung sämtlicher Umstände kann B. hier keine Verletzung der Anzeigepflicht zur Last gelegt werden.

c) Frage 2.5: Auf die Frage „Wann befanden Sie sich zuletzt in ärztlicher Behandlung oder Kontrolle?“ antwortete B. mit „Nein“. Die Beklagte wirft ihm deshalb vor, er habe seine regelmässigen Arztbesuche, insbesondere auch jene vom 3.3. und 12. sowie 19.1.1985 verheimlicht. Die Klägerin wendet ein, B. habe den Blutdruckwerten keinen Krankheitswert beigemessen, da er seiner körperlich schweren Berufstätigkeit uneingeschränkt habe nachgehen können.

Tatsache ist, dass B. Dr. M. wegen der Hypertonie am 12. und 19.1.1985 konsultierte. Hätte er ernsthaft über die Frage nachgedacht, hätte er sich eigentlich zumindest an diese letzten beiden Arztbesuche erinnern müssen. Korrekterweise hätte B. zu dieser Frage unter der Rubrik „Wann“ eigentlich „Januar 1985“ oder etwas Ähnliches eintragen müssen, was er nicht tat. Dennoch kann B. keine Anzeigepflichtverletzung vorgeworfen werden, weil sich aus den unmittelbar nachfolgenden Fragen 2.6 und 2.7, die beide mit „Ja“ beantwortet wurden, ohne weiteres ergibt, dass B. in den letzten fünf Jahren vor Antragsunterzeichnung Dr. M. zwecks Kontrollen konsultierte. Aus diesem Grund musste für die Beklagte ohne weiteres klar sein, dass es sich bei der Frage 2.5 um eine unkorrekte Deklaration handelte. Hätte sie diesbezüglich mehr oder Genaueres wissen wollen, hätte sie zwingend nähere Angaben einholen müssen. Nachdem sie sich mit der vorliegenden Beantwortung jedoch zufriedengab, kann sie sich nicht nachträglich auf eine Anzeigepflichtverletzung berufen.

Sodann ist in diesem Zusammenhang wiederum die unbestrittene Argumentation der Klägerin zu beachten, B. habe die Hypertonie nie als eigentliche Krankheit empfunden. Da aus seiner Sicht die beiden Kontrolluntersuche vom 12. und

19.1.1985 objektiv nicht wesentlich erschienen, liess er sie gegenüber der Beklagten daher in guten Treuen unerwähnt. Dies kann ihm nicht zum Vorwurf gemacht werden, da sich wie erwähnt die korrekte Antwort aus den nachfolgenden Fragen ergibt und das Vorliegen einer Anzeigepflichtverletzung nur mit grösster Zurückhaltung angenommen werden kann (Pra 82 <1993> Nr. 210 E. 2b).

Die Beklagte wirft B. weiter vor, er sei am 3.3.1985 wegen einer Thoraxkontusion beim Arzt gewesen, was er ebenfalls hätte erwähnen müssen. Dazu ist jedoch zunächst festzuhalten, dass sich aus dem Arztbericht vom 23.10.1995 nicht ausdrücklich ergibt, dass zufolge der Thoraxkontusion am 3.3.1985 bzw. einige Tage danach eine Behandlung oder Kontrolle stattfand. Zum andern handelte es sich dabei erwiesenermassen um einen Unfall. Wie sich schon aus dem Obertitel des Fragebogens deutlich ergibt, beziehen sich jedoch sämtliche Fragen unter der Ziffer 2 desselben, also alle hier zur Beurteilung stehenden Fragen, auf den Gesundheitszustand des Versicherungsnehmers. Die üblicherweise verwendeten Ausdrücke „Krankheit“ und „Gesundheitszustand“ sind als Ausdrücke des täglichen Lebens bestimmt gefasst; wird nach ihnen gefragt, so steht fest, dass der Versicherer wissen will, ob die zu versichernde Person frei von krankhaften Erscheinungen sei. Dabei ist aber der Begriff „Krankheit“ nicht schon auf jede allgemein als rasch vorübergehend zu betrachtende Leiden anzuwenden (Röllli/Keller, a.a.O., S. 109). Die Frage 2.5 wie auch die übrigen Fragen unter der Ziffer 2 des Fragebogens dürfen daher dahingehend verstanden werden, dass sie auf Vorkommnisse wegen Krankheiten und nicht auf eigentliche Unfallereignisse abzielen. B. war somit aus den erwähnten Gründen nicht verpflichtet, eine allfällige Behandlung oder Kontrolle wegen der Thoraxkontusion anzuzeigen.

d) Frage 2.6: Die Frage „Standen Sie ausserdem in den letzten fünf Jahren in ärztlicher Behandlung oder unter ärztlicher Kontrolle?“ beantwortete B. mit „Ja“. Unter der Rubrik „Warum? Krankheit?“ fügte er „Kontrolle“ ein, und in der Spalte „Behandelnder Arzt, Spital“ gab er seinen Arzt Dr. M. an. Die Beklagte wirft ihm vor, er habe mit der blossen Angabe „Kontrolle“ seinen angeschlagenen Gesundheitszustand verharmlost und ihr wichtigste Informationen verheimlicht.

Soweit die Beklagte argumentiert, B. hätte die Behandlungen nach einem Töffli-Sturz im Sommer 1983 und nach einem Mofaunfall im Dezember 1983 sowie die Hornhautverletzung rechts mit Verdacht auf Perforation aufgrund eines Arbeitsunfalls am 3.5.1984 bei Beantwortung dieser Frage anführen müssen, ist mit der Klägerin und unter Verweis auf die Erwägungen 4.2. davon auszugehen, dass diese Unfallereignisse nicht angezeigt werden mussten.

Die Beklagte trägt ferner vor, B. sei wegen starker Hypertonie nicht nur in Kontrolle, sondern in ständiger ärztlicher Behandlung gewesen und auch entsprechend therapiert worden. Die Klägerin hält wiederum entgegen, B. habe den zu hohen Blutdruckwerten keinen Krankheitswert beigemessen und sei auch nicht in ständiger Behandlung gewesen.

Wesentlich ist in diesem Zusammenhang, dass B. die Frage mit einem klaren „Ja“ beantwortete. Dass er in der Rubrik, die nach dem Grund der Behandlung bzw. der Art der Krankheit fragte, bloss „Kontrolle“ angab, kann B. aus den folgenden Gründen nicht angelastet werden:

Wenn die Deklaration des Anzeigepflichtigen sichtbar keine erschöpfende Antwort auf die gestellte Frage enthält, wie dies hier der Fall ist, liegt keine Anzeigepflichtverletzung vor. In derartigen Fällen ist es Sache des Versicherers, vor Vertragsabschluss auf eine vollständige und klare Beantwortung der gestellten Fragen zu drängen. Begnügt sich dagegen der Versicherer wie im vorliegenden Fall die Beklagte mit der erteilten Antwort, liegt keine Anzeigepflichtverletzung vor; denn der Anzeigepflichtige hat in einem solchen Fall weder eine falsche Aussage gemacht noch insbesondere eine Tatsache verschwiegen (Röllli/Keller, a.a.O., S. 124/125). Die Be-

klage wäre daher aufgrund der ungenügenden Beantwortung ihrerseits verpflichtet gewesen, sich über den Grund der Kontrollen Klarheit zu verschaffen. Dies gilt umso mehr, als ihr der behandelnde Arzt notifiziert wurde. Die Folgen der Unterlassung hat sie jedenfalls selber zu tragen.

Dieselben Überlegungen und Ausführungen müssen gelten mit Bezug auf die von der Beklagten gerügte Nichtanzeige des chronischen Bronchopulmonalinfekts vom 17.5.1982, der Konsultation von Dr. M. am 20.8.1984 wegen Bronchitis und der Behandlung durch Dr. W. Entscheidend ist allein, dass B. die Frage in ihrem Grundsatz uneingeschränkt bejahte und durch Angabe seines Arztes der Beklagten die Möglichkeit eröffnete, mehr Details zu erfragen. Dazu wäre die Beklagte unter den gegebenen Umständen verpflichtet gewesen, weil sie hätte erkennen müssen, dass die Frage nach dem Grund der Behandlung bzw. der Art der Krankheit nicht erschöpfend beantwortet war. Die beklagte Behauptung, B. habe mit der blossen Angabe „Kontrolle“ wichtigste Informationen bewusst verheimlicht und seinen Gesundheitszustand verharmlost, wird durch die Tatsache widerlegt, dass B. den Namen seines Arztes angab. Dass B. die Absicht gehabt habe, Wesentliches zu verschweigen, muss daher als blosser, nicht bewiesener Behauptung der Beklagten gelten.

Die hier konkret vorliegende Situation ist im übrigen durchaus vergleichbar mit dem Fall, wo der Anzeigepflichtige eine ihm gestellte Frage überhaupt nicht beantwortet. Jedenfalls durfte die Beklagte die Antwort „Kontrolle“ auf die Frage nach dem Grund der Behandlung bzw. nach der Krankheit nicht ernsthaft als genügende Auskunft betrachten. Vielmehr hätte ihr klar sein müssen, dass ihre Frage mit dieser Antwort eigentlich gar nicht beantwortet war. Selbst bei einer Verletzung der Anzeigepflicht seitens von B. könnte die Beklagte somit nicht vom Vertrag zurücktreten (Art. 8 Ziff. 6 1. Satz VVG).

e) Frage 2.7: Die Frage „Haben Sie sich während dieser Zeit besonderen ärztlichen Untersuchungen unterzogen (Urinuntersuchung, Durchleuchtung, Blutdruckmessung, EKG)?“ beantwortete B. mit genau denselben Worten wie die vorangehende Frage 2.6. Die Beklagte hält dafür, bei den ärztlichen Konsultationen habe es sich nicht um blosser Kontrollen, sondern um sehr regelmässige und intensive Behandlungen unter Medikamententherapie gehandelt, was die Klägerin bestreitet.

Es kann hier vollumfänglich auf die vorhergehenden Ausführungen (Erw. 4.3.) verwiesen werden. Nachdem B. die Frage bejaht, jedoch keine genaueren Angaben gemacht hatte, wäre es an der Beklagten gelegen, bei Dr. med. M. weitere Erkundigungen einzuziehen bzw. nachzufragen. Dass sich die Frage ausdrücklich auch auf Blutdruckmessungen bezieht und B. diese nicht explizit erwähnte, kann sodann aufgrund seiner gesamten Situation wie schon mehrfach erwähnt nicht zu seinen Ungunsten ausgelegt werden. Da er in der Lage war, 100 % zu arbeiten, ist durchaus nachvollziehbar, dass die diesbezüglichen Arztkonsultationen für ihn reine Kontrolluntersuchungen mit stützender Funktion und keine eigentlichen Behandlungen darstellten, zumal diese Kontrollen in unregelmässigen Abständen durchgeführt wurden. Diesem Bild entsprechend deklarierte er letztere denn auch. Es kann ihm auch aus diesem Grund keine Anzeigepflichtverletzung vorgeworfen werden.

f) Frage 2.10: Die Frage „Mussten Sie in den letzten fünf Jahren aus gesundheitlichen Gründen länger als vier Wochen mit der Arbeit aussetzen?“ verneinte B., was die Beklagte als falsch bemängelt.

Es ist erstellt, dass B. in der besagten Phase zweimal länger als vier Wochen mit der Arbeit aussetzen musste, nämlich vom 8.12.1983 bis 15.1.1984 sowie vom 4.3. bis 8.4.1985. Wie die Klägerin indes zu Recht und von der Beklagten unbestritten ausführt, hatten diese beiden Arbeitsunfähigkeiten ihren Grund in den Unfällen vom 8.12.1983 und vom 3.3.1985. Aus den bereits dargelegten Gründen waren daher die entsprechenden Arbeitsunfähigkeiten nicht anzuführen. Die Frage bezieht sich denn auch ausdrücklich auf Arbeitsunfähigkeiten aus „gesundheitlichen Gründen“; nach

unfallbedingten Arbeitsunfähigkeiten wird nicht gefragt. Eine Anzeigepflichtverletzung liegt auch hier nicht vor. Eine andere Betrachtungsweise wäre allenfalls dann angezeigt, wenn die erwähnten Arbeitsunfähigkeiten nicht ausschliesslich auf Unfälle, sondern auch auf gesundheitliche Gründe zurückzuführen wären.

g) Frage 2.14: Auf die Frage „Nehmen Sie regelmässig Medikamente? Wenn ja, welche, weshalb, Dosis?“ antwortete B. mit „Nein“. Die Beklagte hält ihm vor, er sei gemäss Gutachten von Dr. M. vom 21.11.1981 bis zur Ausfüllung des Fragebogens dauernd mit zwei Medikamenten therapiert worden. Insgesamt würden acht Arztbesuche angegeben. Die Klägerin vertritt die Ansicht, die Frage habe auf den Zeitpunkt der Ausfüllung des Fragebogens abgezielt. Damals aber habe B. keine Medikamente eingenommen. Im übrigen habe er – wenn überhaupt – die Medikamente immer nur kurze Zeit, jedenfalls nicht regelmässig eingenommen.

Die Frage der Beklagten ist zufolge Verwendung der Präsensform eindeutig auf die Gegenwart gerichtet. In der Literatur findet sich hierzu das Beispiel mit der Fragestellung „Leiden“ oder „Litten Sie?“, wobei je nach Art der Fragestellung anzunehmen sei, der Versicherer wolle nur nach gegenwärtig noch dauernden oder nur nach vergangenen, ausgeheilten Krankheiten fragen (Rölli/Keller, a.a.O., S. 111, mit Hinw.). B. durfte demnach die Fragestellung der Beklagten dahingehend verstehen, dass sie von ihm wissen wollte, ob er im Zeitpunkt der Ausfüllung des Fragebogens regelmässig Medikamente einnehme, was er verneinte. Entgegen der Behauptung der Beklagten ergibt sich aus dem Arztbericht vom 23.10.1995 von Dr. M. keineswegs, dass der Versicherungsnehmer im Juli 1985 regelmässig Medikamente einnahm. Nachgewiesen ist lediglich, dass B. am 21.11.1981, also rund vier Jahre zuvor, Tenormin und am 1.6.1984, also rund ein Jahr zuvor, Tenoretic verschrieben wurde. Daraus allein lässt sich indes noch nicht mit Bestimmtheit sagen, B. habe in jener Zeit, geschweige denn im Sommer 1985 regelmässig Medikamente eingenommen, zumal sich der Arztbericht über die Dauer der jeweiligen Medikamenteneinnahme ausschweigt. Die Folgen dieser Beweislosigkeit hat die Beklagte zu tragen. Auch hier kann B. keine Anzeigepflichtverletzung zur Last gelegt werden.

h) Zusammenfassung: Bei keiner der von der Beklagten gerügten Antworten kann B. eine Verletzung der Anzeigepflicht vorgeworfen werden. Da die Gültigkeit des Versicherungsvertrags im weitern nicht bestritten ist, wurde die Versicherungssumme von Fr. 100'000.- mit dem Tod von B. am 30.12.1994 fällig. Die Klägerin anerkennt, von der Beklagten bereits Fr. 50'000.- bzw. unter Abzug der Verrechnungssteuer Fr. 46'000.- ausbezahlt erhalten zu haben. Ausstehend sind somit noch Fr. 50'000.-. Die Klage ist daher gutzuheissen.

Bei dieser Sachlage kann dahingestellt bleiben, ob der Vertragsrücktritt der Beklagten rechtzeitig erfolgte oder nicht. Ebenso erübrigen sich Ausführungen zur Widerklage der Beklagten. Mangels Geltendmachung durch die Beklagte ist schliesslich auch nicht zu prüfen, ob sich nach Vertragsabschluss die Gefahr erhöhte und B. dies der Beklagten gegebenenfalls hätte anzeigen müssen.

Verzugszinse: Die Klägerin verlangt 5 % Verzugszins seit 24.3.1995, was die Beklagte weder grundsätzlich noch masslich substantiiert bestreitet (KA S. 2).

Ist eine Verbindlichkeit fällig, so wird der Schuldner durch Mahnung des Gläubigers in Verzug gesetzt (Art. 102 Abs. 1 OR). Ist der Schuldner mit der Zahlung einer Geldschuld in Verzug, so hat er Verzugszinse zu fünf vom Hundert für das Jahr zu bezahlen, selbst wenn die vertragsmässigen Zinse weniger betragen (Art. 104 Abs. 1 OR). Die Beklagte wurde für den eingeklagten Betrag unbestrittenermassen mit Schreiben vom 23.3.1995 gemahnt. Die Beklagte schuldet daher antragsgemäss 5 % Verzugszins seit 24.3.1995.