

Tatbestand: Am 19. März 1991 stellte die Klägerin der Beklagten einen Antrag auf Abschluss eines Einzelversicherungsvertrages. Am 3. Mai 1991 wurde der Vertrag abgeschlossen. Die Vertragsdauer war auf zehn Jahre festgelegt, beginnend am 1. April 1991.

Nach einem Ägyptenaufenthalt im Jahre 1987 traten bei der Klägerin Bauchschmerzen auf. In der Folge musste sie sich einer Blinddarm- und Bauchoperation im Kreisspital O. in S. unterziehen. Dennoch verspürte sie weiterhin gelegentlich diffuse Schmerzen in der Bauchgegend. Nach Abklärungen im Jahre 1988 im Kantonsspital Chur wurde die Klägerin als gesund entlassen. Eine weitere Untersuchung im Spätsommer 1989 im Kreisspital O. in S. ergab dasselbe Ergebnis.

Im Sommer 1991 begab sich die Klägerin zu Dr. med. H. W., Spezialarzt für Tropenkrankheiten, in Behandlung. Dieser stellte bei ihr eine Amöbencolitis fest. Die Klägerin befand sich vom 28. Juni bis 9. Dezember in seiner Behandlung.

Im Herbst 1991 überwies Dr. med. R. E. die Klägerin an den Psychiater Dr. med. Ch. H. zur Behandlung psychischer und psychosomatischer Störungen. Die Klägerin brach die Behandlung bei Dr. med. H. jedoch ab und entschied sich für einen Kuraufenthalt in der B.-B. Klinik in Z. Am 24. September 1992 trat sie in diese Klinik ein. Die Beklagte leistete am 24. September 1992 Kostengutsprache für diesen Aufenthalt.

Nachdem die B.-B. Klinik der Beklagten Ende November/Anfang Dezember 1992 ein ärztliches Zeugnis sowie das Eintrittszeugnis zugestellt hatte, wandte sich letztere an Dr. med. H. Am 3. Januar 1993 erteilte dieser der Beklagten eine schriftliche Auskunft, wonach die Klägerin an einer Agarophobie bei narzistischer Persönlichkeitsstörung leide. Mit Schreiben vom 22. Januar 1993 trat die Beklagte vom Versicherungsvertrag mit der Klägerin zurück.

Im Mai 1993 übernahm die Beklagte einen Anteil der Klinikkosten im Umfang von Fr. 82'591.30 auf freiwilliger Basis. Eine weitergehende Kostenübernahme lehnte die Beklagte ab. Am 24. April 1994 betrieb die Klägerin die Beklagte über einen Betrag von Fr. 117'662.80.

Am 14. November 1995 meldete die Klägerin die vorliegende Streitsache beim Vermittleramt des Kreises O. an. Die am 5. Dezember 1995 durchgeführte Vermittlung verlief erfolglos, weshalb der Leitschein am 21. Dezember 1995 ausgestellt wurde. Die Klägerin prosequierte die Klage mit Prozesseingabe vom 16. Januar 1996 an das Bezirksgericht M. Dabei stellte sie folgendes Rechtsbegehren:

"1. Es sei die Beklagte zu verpflichten, der Klägerin Franken 117'662.80 nebst 5% Zins seit 24. April 1994 zu bezahlen.

2. Es sei festzustellen, dass die von der Beklagten für die Klägerin ausgestellte Versicherungspolice Nr. .. vom 3. Mai 1991 weiterhin und ohne Vorbehalt gültig sei.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beklagten. "

Die Beklagte beantragte in ihrer Prozessantwort vom 8. März 1996 die kosten- und entschädigungsfällige Abweisung der Klage.

Die Hauptverhandlung vor dem Bezirksgericht M. fand am 2. Juli 1996 statt. Die Vorinstanz fällte folgendes Urteil:

- "1. Die Klage wird vollumfänglich gutgeheissen und die Beklagte verpflichtet, der Klägerin einen Betrag von Fr. 117'662.80, zuzüglich 5% Zins seit 24. April 1994, zu bezahlen.
2. Es wird festgestellt, dass die von der Beklagten für die Klägerin ausgestellte Versicherungspolice Nr. .. vom 3. Mai 1991 weiterhin und ohne Vorbehalt gültig ist.
3. (Kosten)
4. (ausseramtliche Entschädigung)
5. (Rechtsmittel)
6. (Mitteilung)"

Die Vorinstanz hielt fest, dass die Klägerin die Fragen 5, 6, 8 und 12 sowie teilweise die Frage 3 des von ihr unterzeichneten Antragsformulars unrichtig beantwortet und somit ihre Anzeigepflicht gegenüber der Beklagten mehrmals verletzt hatte. Keine Rolle spiele, dass zwischen der Anzeigepflichtverletzung und dem den Rücktritt vom Vertrag auslösenden Ereignis kein Kausalzusammenhang bestanden habe. Sie betonte, dass nur eine verschwiegene oder unrichtig mitgeteilte Gefahrstatsache, die erheblich sei, die Versicherung zum Rücktritt vom Versicherungsvertrag berechtige. Die Versicherungsnehmerin habe im vorliegenden Fall nachweisen können, dass die verschwiegenen Tatsachen für die Versicherung nicht erheblich waren, da diese der Klägerin kurz nach dem Rücktritt vom ursprünglichen Vertrag eine Offerte für den Abschluss eines identischen Versicherungsvertrages unterbreitet hatte, wobei lediglich ein Deckungsausschluss für neurovegetative und psychische Krankheiten vorgesehen war. Gerade dieser Punkt sei aber nicht Gegenstand der von der Klägerin unrichtig beantworteten Fragen gewesen, was zeige, dass die unrichtigen Angaben der Klägerin den damaligen Willensentschluss der Beklagten nicht beeinflusst hatten. Der am 3. Mai 1991 abgeschlossene Versicherungsvertrag sei demnach noch gültig, und die geltend gemachten Kosten müssten gemäss Kostengutsprache ersetzt werden, da deren Höhe nicht bestritten sei.

Gegen dieses Urteil liess die Beklagte am 26. Juli 1996 Berufung an das Kantonsgericht von Graubünden erheben mit dem Begehren um Aufhebung des angefochtenen Urteils des Bezirksgerichtes M. und Abweisung der Klage der Klägerin und Berufungsbeklagten unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Berufungsbeklagten.

Am 1. Oktober 1996 reichte die Berufungsklägerin die schriftliche Begründung der Berufung ein. Sie beanstandete, dass die Vorinstanz zwar zutreffenderweise eine Anzeigepflichtverletzung bejaht, jedoch daraus den falschen Schluss gezogen hatte. Entscheidend sei, dass aufgrund der falschen Angaben der Versicherungsnehmerin die Möglichkeit eines anderen rechtsgeschäftlichen Willens bestanden hatte. Wären die Fragen richtig beantwortet worden, so hätte die Versicherung den Vertrag sicher nicht oder nicht in der erfolgten Art und Weise abgeschlossen. Dies zeige auch die Tatsache, dass der offerierte Versicherungsvertrag nicht mit demjenigen aus dem Jahre 1991 identisch sei, sondern vielmehr einen entsprechenden Vorbehalt in bezug auf neurovegetative und psychische Krankheiten enthalte.

Die Berufungsbeklagte reichte am 3. Dezember 1996 die Berufungsantwort ein, mit der sie die kosten- und entschädigungsfällige Abweisung der Berufung beantragte. Sie machte geltend, die Versicherung habe in ihrem Antragsformular nicht nach psychischen Störungen gefragt. Die Frage 3a habe keine derartigen gesundheitlichen Beschwerden zum Inhalt. Im Übrigen hätte die Berufungsbeklagte diese Frage auch nicht bejahen können, da sie zum damaligen Zeitpunkt keine Kenntnis der psychischen Ursachen ihres Leidens hatte. Zu den restlichen Fragen, brachte die Berufungsbeklagte vor, habe sie entsprechende Angaben gemacht. Hätte die Versicherung bei den angegebenen Ärzten nachgefragt, so hätte sie vollständige Informationen erhalten. Eine Kontaktaufnahme sei jedoch unterblieben. Die Tatsache, dass die Berufungsklägerin ein zweites Mal denselben Versicherungsvertrag offeriert habe, bedeute, dass die nicht beantworteten Fragen für sie nicht erheblich waren. Die Berufungsbeklagte habe seit dem 1. April 1993 weiterhin Versicherungsprämien bezahlt. Diese

seien von der Versicherung nie zurückerstattet worden, was zeige, dass sie auf einen Rücktritt vom Vertrag verzichtet habe.

Auf die weiteren Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften sowie auf die Erwägungen im vorinstanzlichen Urteil wird, sofern entscheiderelevant, im nachfolgenden eingegangen.

Gründe: Die Berufungserklärung ist innert der peremptorischen Frist von 20 Tagen von der schriftlichen Mitteilung des erstinstanzlichen Urteils dem Präsidenten der ersten Instanz in dreifacher Ausfertigung zu erklären. Sie hat die formulierten Anträge auf Abänderung des erstinstanzlichen Urteils und der Beurteile sowie neue Einreden, soweit solche noch zulässig sind, zu enthalten (Art. 218ff ZPO). Diese Voraussetzungen sind im vorliegenden Fall erfüllt, weshalb auf die frist- und formgerecht eingereichte Berufung eingetreten werden kann.

Gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG) hat der Antragsteller 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 (Abs. 1). Erheblich sind diejenigen Gefahrstatsachen, die geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers, den Vertrag überhaupt oder zu den vereinbarten Bedingungen abzuschliessen, einen Einfluss auszuüben (Abs. 2). Die Gefahrstatsachen, auf welche die schriftlichen Fragen des Versicherers in bestimmter, unzweideutiger Fassung gerichtet sind, werden als erheblich vermutet (Abs. 3). Gefahrstatsachen sind alle Tatsachen, die bei der Beurteilung der Gefahr in Betracht fallen und den Versicherer demzufolge über den Umfang der zu deckenden Gefahr aufklären können; dazu sind nicht nur jene Tatsachen zu rechnen, welche die Gefahr verursachen, sondern auch solche, die bloss einen Rückschluss auf das Vorliegen von Gefahrenursachen gestatten (BGE 116 II 339; 116 V 226 mit Hinweisen).

Dies setzt voraus, dass die Fragen im Versicherungsantrag allgemeinverständlich formuliert sind (BGE 101 II 340). Nach konstanter Rechtsprechung ist weder nach rein subjektiven noch nach rein objektiven Kriterien zu beurteilen, ob ein Antragsteller seine Anzeigepflicht erfüllt oder verletzt hat. Indem das Gesetz sich nicht damit begnügt, dass der Antragsteller dem Versicherer in Beantwortung entsprechender Fragen die ihm tatsächlich bekannten (von seinem positiven subjektiven Wissen erfassten) erheblichen Gefahrstatsachen mitteilt, sondern darüber hinaus vorschreibt, der Antragsteller habe auch die erheblichen Gefahrstatsachen anzuzeigen, die ihm bekannt sein müssen, stellt es ein objektives (vom tatsächlichen Wissen des Antragstellers über den konkreten Sachverhalt unabhängiges) Kriterium auf. Bei der Anwendung dieses Kriteriums sind die Umstände des einzelnen Falles, insbesondere die persönlichen Eigenschaften (Intelligenz, Bildungsgrad, Erfahrung) und die persönlichen Verhältnisse des Antragstellers zu berücksichtigen. Die herrschende Lehre verlangt dabei nicht objektive, sondern subjektive Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben des Anzeigepflichtigen (BGE 96 II 209f; bestätigt in BGE 109 II 62f und 116 II 340; BGE 118 II 337). Entscheidend ist, ob und wieweit ein Antragsteller nach seiner Kenntnis der Verhältnisse und gegebenenfalls auch den ihm von fachkundiger Seite erteilten Aufschlüssen eine Frage des Versicherers in guten Treuen verneinen durfte. Er genügt seiner Anzeigepflicht nur, wenn er ausser den ihm ohne weiteres bekannten Tatsachen auch diejenigen angibt, deren Vorhandensein ihm nicht entgehen kann, wenn er über die Fragen des Versicherers ernsthaft nachdenkt (BGE 116 II 341; 96 II 211 mit Hinweisen). Die Frage der Anzeigepflichtverletzung beurteilt sich verschuldensunabhängig (BGE 118 II 338; 109 II 63). Ein Kausalzusammenhang zwischen der Anzeigepflichtverletzung und dem Eintritt des befürchteten Ereignisses muss nicht vorliegen (BGE 109 II 64).

Folge der Verletzung der Anzeigepflicht ist gemäss Art. 6 VVG das Recht des Versicherers, vom Vertrag zurückzutreten, wenn er dies binnen vier Wochen, nachdem er von dieser

Verletzung Kenntnis erhalten hat, erklärt. In Art. 8 VVG sind diejenigen Tatbestände aufgeführt, bei deren Vorliegen der Versicherer trotz Anzeigepflichtverletzung nicht vom Vertrage zurücktreten darf.

Die Berufungsklägerin hatte die Berufungsbeklagte in ihrem Antragsformular nach Geisteskrankheiten, nervösen Depressionen, Epilepsie und Schwindelanfällen (Frage 3.a), nach Augen-, Ohren-, Nasen oder Rachenleiden, Kropf und Asthma (Frage 3.b), nach Lungen- oder Brustfellentzündungen, Tuberkulose, Herzkrankheiten und hohem Blutdruck (Frage 3.c), nach jemals erlittenen Unfällen (Frage 5), nach jemals durchgeführten Operationen (Frage 6), nach weiteren Spitalaufenthalten (Frage 8) und nach weiteren konsultierten Ärzten (Frage 12) gefragt.

Auf die Frage 3 gab die Berufungsbeklagte an, unter anderem nie an Schwindelanfällen, Augen- und Ohrenleiden und Herzkrankheiten gelitten zu haben. Gemäss Schreiben von Dr. med. R. E. vom 7. August 1989, bei welchem die Berufungsbeklagte seit 1988 in Behandlung war, klagte die Patientin seit diesem Zeitpunkt über rezidivierende Anfälle mit Angstgefühl, Klaustrophobie, Kollapsreaktionen mit kaltem Schweiß, Schwindel, Seh- und Hörstörungen, Nausea und Herzklopfen, selten mit kurzdauerndem Bewusstseinsverlust bei orthostatischem Kollaps. Dies bestätigte der behandelnde Arzt auch in seinem Schreiben an die Berufungsklägerin vom 3. Mai 1994. Der Krankengeschichte des Kantons- und Regionalspitals Ch. vom 7. Mai 1988 kann ebenfalls entnommen werden, dass die Patientin zur Abklärung rezidivierender Anfälle von paroxysmalen Schweißausbrüchen sowie Übelkeitsempfindungen gefolgt von subjektivem Herzklopfen, Angst und gelegentlich Schüttelanfällen eingewiesen wurde. Im Austrittsbericht des Kreisspitals O. vom 6. September 1989 wird als zu behandelndes Leiden das plötzliche Auftreten von Schweißausbrüchen, Nausea, Blässe, Schwindel und Tachykardie erwähnt. Diese Anfälle seien seit November 1987 immer wieder aufgetreten. Aufgrund dieser Aktenlage steht fest, dass die Berufungsbeklagte seit dem erwähnten Zeitpunkt an diesen körperlichen Symptomen litt und deswegen mehrere Ärzte aufsuchte sowie zur näheren Abklärung der Leiden zweimal hospitalisiert wurde. Die Berufungsbeklagte war sich ihrer Beschwerden bewusst, ansonsten sie sich nicht derart intensiv um die Abklärung der Ursache bemüht hätte. Die verschiedenen Arztvisiten und die Spitalaufenthalte konnte sie, hätte sie auf die entsprechenden Fragen der Berufungsklägerin hin ernsthaft nachgedacht, anlässlich der Antragsunterzeichnung am 19. März 1991 nicht vergessen haben. Die Berufungsbeklagte hat die Frage 3.a) unrichtig beantwortet, da sie die Frage nach Schwindelanfällen mit "nein" beantwortete. Ob die Fragen 3.b) und c) unrichtig beantwortet worden sind, ob folglich die mit den oberwähnten Anfällen im Zusammenhang stehenden Seh- und Hörstörungen sowie das Herzklopfen bereits als Augen- und Ohrenleiden sowie als Herzkrankheit bezeichnet werden dürfen, kann vorliegendenfalls offenbleiben; aus dem Nachfolgenden ergibt sich nämlich, dass die Berufungsbeklagte jedenfalls auch weitere Fragen unrichtig beantwortet hat.

Gemäss Frage 5 des Antragsformulars hatte die Berufungsbeklagte Auskunft darüber zu geben, ob sie jemals einen Unfall erlitten habe, was sie verneinte. Im Schreiben des Kantons- und Regionalspitals Ch. vom 7. Mai 1988 an Dr. med. P. F. S., im Schreiben von Dr. med. R. E. vom 7. August 1989 an das Kreisspital O. sowie im Schreiben des Kreisspitals O. vom 6. September 1989 an Dr. med. R. E. werden mehrere Unfälle aufgeführt, welche die Berufungsbeklagte in den Jahren 1971 - 1988 erlitt. Dies betrifft Unterschenkel-, Mittelfuss- und Fersen- sowie Vorderarmfrakturen und eine Bandruptur. Insbesondere erwähnt Dr. med. R. E., dass die Patientin ihn im Jahre 1988 wegen eines Sturzes vom Pferd konsultiert hatte, bei welchem sie sich starke Rücken- und Beckenkontusionen zugezogen hatte. Dies wurde auch im ärztlichen Zeugnis von Dr. med. R. E. vom 3. Mai 1994 an die Versicherung bestätigt. Offensichtlich hat die Berufungsbeklagte es unterlassen, diese verschiedenen Unfälle anzugeben, womit sie die Frage 5 des Antragsformulars unrichtig beantwortet hat. Dass einige Unfälle bereits etliche Jahre vor der Antragsunterzeichnung erfolgt waren, tut nichts zur

Sache, hätten diese doch der Berufungsbeklagten bei ernsthaftem Nachdenken über die Frage des Versicherers nicht entgehen können. Der letzte Unfall lag zudem lediglich drei Jahre zurück; an diesen hätte sich die Berufungsbeklagte in jedem Fall noch erinnern müssen.

In Frage 6 des Antragsformulars wurde die Berufungsbeklagte nach erfolgten Operationen gefragt. In ihrer Antwort verwies diese auf die Antwort in Frage 3.d), wonach sie sich im Jahre 1987 einer Darmoperation bei Dr. F. im Kreisspital O. unterzogen hatte. In den Berichten des Kantons- und Regionalspitals Ch. vom 7. Mai 1988 sowie des Kreisspitals O. vom 6. September 1989 und dem Schreiben von Dr. med. Ch. H. vom 3. Januar 1993 an den Vertrauensarzt der Versicherung wird eine Hospitalisation im Jahre 1988 erwähnt, an der sich die Patientin zwei Bauchoperationen unterziehen musste. Da diese im Antragsformular nicht aufgeführt sind, hat die Berufungsbeklagte auch in dieser Hinsicht die ihr gestellte Frage unrichtig beantwortet.

Dasselbe ergibt sich bei der Beantwortung der Frage 8 des Antragsformulars. Die Berufungsbeklagte verwies auf die Antwort in Frage 3.d) und gab an, sich im Jahre 1987 einem Spitalaufenthalt unterzogen zu haben. Auch diese Angaben sind unvollständig. Tatsächlich hielt sich die Berufungsbeklagte gemäss den vorliegenden ärztlichen Berichten mindestens zwei weitere Male im Spital auf, nämlich vom 26. April - 3. Mai 1988 im Kantons- und Regionalspital Ch. sowie vom 14. - 18. August 1989 im Kreisspital O. in S. Nach Angaben der behandelnden Ärzte hat die Berufungsbeklagte über all die Jahre hinweg medizinische Hilfe zur Abklärung ihrer Bauchschmerzen gesucht. In dieser Zeit verbesserte sich ihr Gesundheitszustand jeweils höchstens kurzfristig. Aufgrund des Verlaufs der Krankengeschichte konnte die Berufungsbeklagte unmöglich vergessen haben, dass sie deswegen auch zweimal in ein Spital zur weiteren Abklärung eingewiesen worden war. Folglich hat die Berufungsbeklagte auch diese Frage nicht richtig und vollständig beantwortet.

Schliesslich hat die Berufungsbeklagte auch die Frage 12 des Antragsformulars falsch beantwortet, indem sie angab, keine weiteren Ärzte konsultiert zu haben. Gemäss den Angaben auf dem Antragsformular hat sie lediglich die Ärzte Dr. med. F. und Dr. R. E. aufgesucht. Wie dem Schreiben von Dr. med. Ch. H. vom 24. Februar 1994 an den Vertrauensarzt der Berufungsklägerin entnommen werden kann, war die Berufungsbeklagte während der Jahre 1987 - 1991 bei etlichen weiteren Ärzten in Behandlung.

Die an die Antragstellerin gestellten Fragen des Versicherers sind einfach, klar und allgemeinverständlich formuliert. Die Berufungsbeklagte hätte die Fragen 5, 6, 8 und 12 und teilweise die Frage 3 anders beantworten müssen. Die entsprechenden Fakten mussten der Berufungsbeklagten ohne weiteres bekannt gewesen sein, zumindest hätte sie deren Vorhandensein nicht ausser acht lassen dürfen, wenn sie über die Fragen der Berufungsklägerin ernsthaft nachgedacht hätte. Da Gefahrstatsachen, auf welche die schriftlichen Fragen des Versicherers in bestimmter und unzweideutiger Fassung gerichtet sind, als erheblich vermutet werden (Art. 4 Abs. 3 VVG), hat die Berufungsbeklagte ihre Anzeigepflicht verletzt, sofern sie die Vermutung von Art. 4 Abs. 3 VVG nicht umzustossen vermag.

Die Erheblichkeit von Tatsachen, nach denen im Antragsformular unzweideutig und bestimmt gefragt wird, ist eine blosser Vermutung, die der Antragsteller widerlegen kann. Dem Versicherungsnehmer steht der Beweis offen, dass eine Angabe über diese Tatsache den Willensentschluss des Versicherers im konkreten Fall in Wirklichkeit nicht beeinflusst hat. Dies bedeutet, dass die Berufungsbeklagte beweisen muss, dass der Versicherer den Vertrag so, wie er zustande kam, auch dann abgeschlossen hätte, wenn die Angabe über die betreffende Tatsache gefehlt oder anders gelautet hätte (vgl. dazu BGE 99 II 82). Die Vorinstanz geht davon aus, dass die Versicherung, indem sie der Berufungsbeklagten einen neuen, mit dem alten identischen Vertrag anbot, die von letzterer verschwiegenen Gefahrstatsachen nicht als erheblich betrachtete. Damit, dass lediglich psychiatrische und neurovegetative Krankheiten, nach denen im Antragsformular nicht gefragt worden war, vom Angebot aus-

genommen waren, habe die Berufungsklägerin bestätigt, dass sie den ursprünglichen Versicherungsvertrag auch in Kenntnis der verschwiegenen Tatsachen abgeschlossen hätte.

Das Antragsformular der Versicherung wurde im Jahre 1991 von der Berufungsbeklagten unterzeichnet. Entscheidend für die vorliegende Frage ist nun, ob die Berufungsbeklagte beweisen kann, dass die Berufungsklägerin zu jenem Zeitpunkt denselben Vertrag auch in Kenntnis der verschwiegenen Daten abgeschlossen hätte. Das von der Antragstellerin am 19. März 1991 ausgefüllte Formular ergibt ein von der Wirklichkeit erheblich abweichendes Gesundheitsbild der Berufungsbeklagten. Auf die Fragen der Versicherung hin wurden lediglich eine Darmoperation und die Durchführung eines Aidstestes angegeben. Von den seit 1987 bestehenden gesundheitlichen Problemen, dessetwegen die Berufungsbeklagte zahlreiche Ärzte aufgesucht hatte, ist keine Rede. Angesichts der zweifellos ernst zu nehmenden gesundheitlichen Beschwerden der Antragstellerin darf angenommen werden, dass die Versicherung zumindest weitere Abklärungen vorgenommen und einen Vertrag erst nach deren Vorliegen abgeschlossen hätte. Die Berufungsbeklagte hat den Beweis, dass die Versicherung denselben Vertrag auch in Kenntnis sämtlicher Umstände abgeschlossen hätte, nicht erbracht. Dass die Berufungsklägerin der Versicherungsnehmerin am 13. Mai 1993 das Angebot zum Abschluss eines neuen Versicherungsvertrages mit Rückwirkung ab dem 1. April 1991 machte, vermag an dieser Feststellung nichts zu ändern. Zu beachten ist nämlich, dass die Versicherung ausdrücklich psychiatrische und neurovegetative Krankheiten und Beschwerden vom angebotenen Vertrag ausgenommen hatte. Der neue Vertrag war somit nicht identisch mit dem ursprünglichen. Da eine Kausalität zwischen der unterlassenen Anzeige im Antragsformular und dem Eintritt des befürchteten Ereignisses nicht erforderlich ist, bleibt es ohne Bedeutung, welche Punkte die Berufungsklägerin beim Abschluss des neuen Vertrages tatsächlich davon ausklammerte. Ferner ist relevant, dass die Berufungsklägerin im Zeitpunkt des Rücktrittes vom Versicherungsvertrag effektiv zusätzliche Abklärungen vorgenommen hatte. Insbesondere war die Behandlung der Versicherungsnehmerin im Jahre 1993 weiter fortgeschritten als noch zwei Jahre zuvor. Die Ursache ihrer Beschwerden war zu diesem späteren Zeitpunkt im psychischen Bereich lokalisiert worden, was bei Vertragsunterzeichnung im Jahre 1991 noch nicht bekannt gewesen war. Es ist also durchaus nicht abwegig anzunehmen, dass die Versicherung damals weitere Vorbehalte angebracht hätte. Auf jeden Fall ist nicht erwiesen, dass die Versicherung denselben Vertrag wirklich abgeschlossen und somit die falsch beantworteten Fragen als nicht erheblich betrachtet hätte. Die Berufungsbeklagte bringt hingegen nichts vor, was ihre gegenteilige Behauptung erhärten würde. Im Übrigen hat die Versicherung in ihrem Schreiben vom 13. Mai 1993 ausdrücklich darauf hingewiesen, dass sie den Vertrag lediglich im Hinblick auf die guten Geschäftsbeziehungen zwischen der Familie der Berufungsbeklagten und der Versicherungsgesellschaft aufrechterhalten würde.

Die Berufungsklägerin hat der Berufungsbeklagten den Abschluss eines neuen Vertrages aufgrund von für sie erheblich anderen Verhältnissen angeboten, so dass keineswegs erwiesen ist, dass derselbe Vertrag im Jahre 1991 auch bei Kenntnis der verschwiegenen Gefahrstatsachen abgeschlossen worden wäre. Die Berufungsbeklagte hat die Vermutung von Art. 4 Abs. 3 VVG nicht umstossen können, so dass feststeht, dass sie eine Anzeigepflichtverletzung begangen hat, welche die Versicherung zum Rücktritt vom Versicherungsvertrag berechtigt.

Mit Schreiben vom 22. Januar 1993 trat die Versicherung vom Versicherungsvertrag zurück. Sie berief sich dabei auf den ausführlichen Bericht von Dr. med. H., den dieser dem Vertrauensarzt der Berufungsklägerin am 3. Januar 1993 zukommen liess. Dadurch erfuhr letztere erstmals von den verschiedenen Arztkonsultationen und Hospitalisationen der Berufungsbeklagten im Zusammenhang mit dem seit 1987 bestehenden Leiden. Somit ist der Rücktritt innert den gesetzlich geforderten vier Wochen und folglich rechtzeitig erfolgt. Ein Tatbestand gemäss Art. 8 VVG, wonach der Versicherer trotz Anzeigepflichtverletzung nicht

vom Verträge zurücktreten darf, liegt nicht vor. Dies bedeutet, dass der zwischen der Berufungsbeklagten und der Berufungsklägerin geschlossene Vertrag vom 3. Mai 1991 von Beginn weg nichtig ist (Maurer, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 2. Aufl., Bern 1986, S. 236), weshalb letztere auch nicht verpflichtet werden kann, die übrigen Kosten der B.-B.-Klinik zu übernehmen. Damit muss die Berufung der beklagten Versicherungsgesellschaft gutgeheissen, das angefochtene Urteil der Vorinstanz aufgehoben und die Klage der Versicherungsnehmerin abgewiesen werden.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens gehen die Kosten des Vermittleramtes O., des Bezirksgerichtes M. und des Berufungsverfahrens zu Lasten der Klägerin und Berufungsbeklagten, welche die Beklagte und Berufungsklägerin ausseramtlich zu entschädigen hat.

Demnach erkennt das Kantonsgericht:

1. Die Berufung wird gutgeheissen, das angefochtene Urteil aufgehoben und die Klage abgewiesen.