

Obergericht von Appenzell Ausserrhoden, 18. März 1997,
I. c. Allianz Continentale Lebensversicherungs-AG, Zürich

Tatbestand: Der Beklagte unterzeichnete am 15. November 1984 ein Antragsformular zur Kollektiv-Krankenversicherung Vertrag Nr. ..., welche die Continentale Lebensversicherungs-Gesellschaft Zürich, mit dem Verband Schweizerischer Naturärzte abgeschlossen hatte. Das Formular enthielt in 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 an, er sei im Jahre 1959 an Tuberkulose erkrankt. Die Krankheit habe sechs Monate gedauert, und er habe sich am Kantonsspital Z. einer Lungenlobektomie unterziehen müssen. Der Versicherungsvertrag des Beklagten kam unter Mitwirkung des Aussendienstmitarbeiters E. W. zustande.

Gemäss Kollektivversicherungsvertrag sind alle Angehörigen des Verbandes Schweizerischer Naturärzte zwischen 20 und 65 Jahren versicherbar. Vorbestehende Erkrankungen oder Gebrechen sind gemäss den Zusatzbedingungen für Versicherungen mit Deckung nach doppelter Berner Skala mitversichert. Diese Bestimmung war als Vorbehalt auch in der Police des Beklagten enthalten.

Ende Oktober 1993 reichte der Beklagte der Klägerin ein Arztzeugnis von Dr.med. H.U. R. vom 24. Oktober 1993 ein, welches ihm eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit ab 1. Oktober 1993 bis auf weiteres, mindestens aber für einen Monat ab Ausstellung, bescheinigte. Die Versicherung begann daraufhin, dem Beklagten rückwirkend ab 1. Oktober 1993 Taggelder zu Fr. 120.-- auszurichten.

Wegen der langen Krankheitsdauer veranlasste die Versicherung medizinische Abklärungen. Aufgrund den Gutachtens von Dr. med. R. B.-S. vom 20. Februar 1995 ergab sich, dass der Beklagte zufolge Unruhe, Depressivität und Nervosität ab 1976 längerzeitig arbeitsunfähig gewesen war, und die Versicherung erfuhr, dass er während 720 Tagen Taggelder von der Krankenkasse Grütli bezogen hatte. Die Klägerin trat deshalb am 28. Februar 1995 vom Vertrag zurück und forderte vom Beklagten die seit 1. Oktober 1993 geleisteten Taggelder in der Höhe von Fr. 45'861.-- zurück.

Mit Vermittlungsbegehren vom 10. Oktober 1995, Leitschein des Vermittleramtes Trogen vom 6. November 1995 und Eingabe ihres Rechtsvertreters vom 5. Dezember 1995 erhob die Allianz Lebensversicherung (Schweiz) AG gegen I. R. beim Kantonsgericht von Appenzell Ausserrhoden Forderungsklage im Betrag von Fr. 45'681.--. Nach Durchführung eines einfachen Schriftenwechsels fand am 20. Mai 1996 die Hauptverhandlung statt.

Mit Urteil des Kantonsgerichtes, 4. Abteilung, vom 20. Mai 1996 wurde die Klage vollumfänglich geschützt und der Beklagte verpflichtet, der Klägerin Fr. 45'861.-- zuzüglich Zins zu 5 % seit 19. Juli 1995 zu bezahlen. In diesem Betrag (samt Zins) wurde ausserdem der Rechtsvorschlag in der Betreuung Nr. .. des Betreibungsamtes Appenzeller Mittelland aufgehoben. Die amtlichen Kosten im Betrage von Fr. 2'000.-- (Fr. 200.-- Vermittlungsgebühr, Fr. 1'800.-- Gerichtsgebühr) wurden dem Beklagten auferlegt, der ausserdem zur Leistung einer ausseramtlichen Entschädigung von Fr. 8'264.10 an die Klägerin verpflichtet wurde.

In formeller Hinsicht erkannte sich das Kantonsgericht als zuständig zur Beurteilung einer Streitigkeit aus Privatversicherungsvertrag.

Materiellrechtlich klärte die Vorinstanz zunächst die Frage, ob der Beklagte mit dem Ausfüllen des Formulars vorbehaltlos in die Versicherung aufgenommen worden sei. Aus dem Rahmenvertrag konnte sie keine entsprechenden Hinweise entnehmen, und sie führte aus, der Vertrag lasse offen, ob jemand bereits mit dem Ausfüllen des Formulars der Versicherung beigetreten sei. Gemäss den laut Rahmenvertrag für anwendbar erklärten allgemeinen

Bedingungen, konkret Art. 6 lit. b, bestehe Versicherungsschutz erst nach Einreichung eines Anmeldescheins und nach Erhalt der schriftlichen Deckungsbestätigung der Gesellschaft. Dies gelte auch im vorliegenden Fall. Auch der Umstand, dass noch detaillierte Fragen zum Gesundheitszustand zu beantworten waren, sei ein Indiz, dass der Versicherer noch über das Gesuch befinden wolle. In diesem Licht sei auch die Klausel zu verstehen, wonach vorbestehende Krankheiten nach doppelter Berner Skala mitversichert seien. Dem Einwand des Beklagten, aufgrund der Äusserungen des Aussendienstmitarbeiters habe er eine Pflicht zur Deklaration vorbestehender Krankheiten ausschliessen dürfen, hielt die Vorinstanz entgegen, dass dann auch kein Grund bestanden hätte, eine Erkrankung im Jahre 1959 anzugeben. Somit sei davon auszugehen, dass der Beklagte eine erhebliche Tatsache im Sinne von Art. 4 Abs. 2 VVG verschwiegen habe. Die Dauer der gesundheitlichen Beeinträchtigung, welche zur Auszahlung von 720 Taggeldern geführt habe, sprengte jeden Rahmen und schliesse eine mit dem Beruf in Zusammenhang stehende Lebenskrise aus. Bei einer derart langen Zeitspanne könne nach Treu und Glauben selbst von einem medizinischen Laien erwartet werden, dass er den Zustand als Krankheit erkenne. An den Beklagten, der als selbständiger Naturarzt tätig sei, könnten diesbezüglich umso höhere Erwartungen gestellt werden.

Gegen dieses Urteil, das ihm in begründeter Ausfertigung am 11. November 1996 zugestellt worden war, liess der Beklagte mit Eingabe vom 25. November 1996 innert Frist die Appellation erklären.

Der Beklagte begründet seine Appellation im wesentlichen damit, entgegen den Ausführungen des Kantonsgerichtes erfolge gemäss Rahmenvertrag Nr. .. mit dem Ausfüllen des Vertragsformulars die Aufnahme in die Kollektivversicherung ohne Vorbehalt. Dass dem so sei, unterstreiche die Klausel, wonach vorbestehende Krankheiten nach doppelter Berner Skala mitversichert sind. Diese Bestimmung sei im Wortlaut klar und bedürfe keiner Auslegung mittels der Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Die vorbehaltlose Aufnahme sei beim Abschluss des Kollektivversicherungsvertrags auch die Absicht des Verbandes Schweizerischer Naturärzte gewesen. Dafür werde Frau B. G., damaliges Vorstandsmitglied des Verbandes, als Zeugin angeboten.

Für eine vorbehaltlose Aufnahme aller Naturärzte zwischen 20 und 65 Jahren spreche weiter, dass der Versicherungsagent der Klägerin, E. W., den Beklagten beim Ausfüllen des Formulars darauf hingewiesen habe, dass er die Spalte für allfällige vorbestehende Krankheiten nicht auszufüllen brauche und das Formular lediglich zu unterzeichnen habe. Auch W. sei von einer vorbehaltlosen Aufnahme ausgegangen, wofür er als Zeuge offeriert werde. Die Versicherung habe sich das Verhalten ihres Agenten als ihr eigenes anrechnen zu lassen. Damit stehe fest, dass der Versicherungsvertrag von der Klägerin unter keinem Titel aufgelöst werden könne und der Beklagte die Taggelder zu Recht bezogen habe.

Bei der Erkrankung des Beklagten handle es sich nicht um ein erneutes Auftreten einer vorbestehenden Krankheit. Für diese Behauptung sei die Klägerin beweispflichtig. Da sie den entsprechenden Beweis nicht erbringe, bleibe sie zur Leistung der Taggelder verpflichtet.

In der Appellationsantwort führt die Klägerin im wesentlichen aus, vom versicherbaren Personenkreis aller Naturärzte im Alter zwischen 20 und 65 Jahren werde im konkreten Fall aufgrund der Angaben eines Interessenten auf dem Antragsformular über den Beitritt zur Versicherung entschieden. Die Beantwortung der Gesundheitsfragen sei damit wesentlich für die Risikoselektion. Gestützt auf die Angaben im Anmeldeformular seien schon bei Versicherten Vorbehalte angebracht worden. Aus den ins Recht gelegten Akten gehe nicht hervor, dass der Verband Schweizerischer Naturärzte als Versicherungsnehmer seinerzeit von einer vorbehaltlosen Aufnahme aller Mitglieder ausgegangen sei, und er habe wiederholt Ausnahmen akzeptiert.

Es sei korrekt, dass die Vorinstanz für die Auslegung des Rahmenvertrags die allgemeinen Versicherungsbedingungen beigezogen habe. In deren Art. 6 lit. b stehe, dass Arbeitgeber einen Anmeldeschein einzureichen hätten, und dass sie erst nach Erhalt der schriftlichen Deckungsbestätigung der Gesellschaft versichert seien. Selbst aus einer vorbehaltlosen Aufnahme des Versicherten könne nicht auf einen Verzicht der Versicherungsgesellschaft auf ihr Recht zum Rücktritt vom Versicherungsvertrag gemäss Art. 6 VVG bei Entdeckung einer Falschdeklaration geschlossen werden, da im vorliegenden Fall entscheidend sei, dass der Beklagte das Formular nicht unvollständig sondern falsch ausgefüllt habe.

Wie in der Appellationserklärung ausgeführt, seien die Fragen des Formulars Schritt für Schritt durchgegangen und vom Beklagten ausgefüllt worden. Inwiefern der Aussendienstmitarbeiter E. W. den Beklagten aus seiner Situation herausmanövrieren könne, sei nicht ersichtlich, denn selbst bei einer Falschinstruktion hätte der Beklagte nicht darauf vertrauen dürfen, dass er das Formular nicht vollständig auszufüllen brauche. Unvollständige Formulare würden von der Versicherung zur Ergänzung zurückgeschickt. Der Beklagte gebe keine überzeugende Erklärung dafür, weshalb er eine Krankheit aus dem Jahre 1959 präzise mit Ort, Datum und Dauer aufgeführt habe, wenn er annahm, er müsse nicht alle Fragen auf dem Formular beantworten.

Die Ausführungen der Parteien an der mündlichen Appellationsverhandlung vom 18. März 1997 halten sich im Rahmen der schriftlichen Eingaben.

Gründe: Die Ausführungen des Kantonsgerichtes zur sachlichen Zuständigkeit sind zutreffend und werden von keiner Partei bestritten. Der Streitwert ist in Übereinstimmung mit der Vorinstanz auf Fr. 45'861.-- festzusetzen, was dem eingeklagten Forderungsbetrag entspricht.

Unbestritten ist, dass die Parteien am 15. November 1984 einen Krankenversicherungsvertrag mit Wirkung per 1. Januar 1985 abgeschlossen haben, und dass dem Beklagten vom 1. Oktober 1993 bis zum 28. Februar 1995 aufgrund einer 100%-igen Arbeitsunfähigkeit (vgl. Arztzeugnis von Dr. med. H.U. R. vom 24. Oktober 1993) Taggelder zu Fr. 120.-- ausgerichtet worden sind.

Streitig ist zwischen den Parteien, ob die Allianz Lebensversicherung (Schweiz) AG zu Recht am 28. Februar 1995 vom Versicherungsvertrag zurückgetreten ist und daher vom Beklagten die Bezahlung von Fr. 45'861.-- fordert.

Als erstes ist zu prüfen, ob der Beklagte von der Versicherungsgesellschaft vorbehaltlos in die Kollektivversicherung aufgenommen wurde. Der Beklagte führt dazu aus, er habe aufgrund der Bestimmung des Rahmenvertrages, wonach Arbeitsunfähigkeit infolge vorbestehender Krankheiten gemäss den Zusatzbedingungen für Versicherungen mit Deckung nach doppelter Berner Skala mitversichert sei, davon ausgehen dürfen, die Aufnahme in die Kollektivversicherung erfolge ohne Vorbehalt. Dies habe auch der Versicherungsagent E. W. angenommen, der ihm erklärt habe, er brauche die Fragen zum Gesundheitszustand nicht zu beantworten.

Hierzu führt die Vorinstanz in den Erw. 2 und 3 des Urteils zutreffend aus, dass allein aus dem Rahmenvertrag nicht hervorgeht, ob alle Personen im Alter von 20 bis 65 Jahren ohne weitere Abklärungen in die Versicherung aufgenommen werden. Art. 6 lit. b der allgemeinen Vertragsbedingungen (act. 8/6) sieht betreffend Beginn und Dauer der Versicherung vor, dass Arbeitgeber und in der Firma regelmässig mitarbeitende Familienangehörige ein Aufnahmege such zu stellen haben und erst nach Erhalt der schriftlichen Deckungsbestätigung der Gesellschaft versichert sind. Daraus ergibt sich, dass die Versicherungsgesellschaft vor der Aufnahme eines Gesuchstellers dessen Versicherungsrisiko prüfen und über die Aufnahme in die Kollektivversicherung je nach Versicherungsrisiko entscheiden kann. Der Beklagte geht folglich zu Unrecht von einer vorbehaltlosen Aufnahme aus.

Es ist nicht ersichtlich, inwiefern die Einvernahme des beantragten Zeugen E. W. die Behauptung des Beklagten, die Aufnahme in die Versicherung erfolge ohne Vorbehalt, bestätigen könnte. Nach Meinung des Gerichtes ging aus den Umständen des Vertragsschlusses und aus den Allgemeinen Vertragsbedingungen, die dem Beklagten übergeben wurden, klar hervor, dass die Aufnahme in die Versicherung aufgrund der Angaben im Antragsformular erfolgen werde. Die Zeugenaussage stünde zudem im Widerspruch dazu, dass der Beklagte die Lungenlobektomie aus dem Jahre 1959 auf dem Formular aufführte.

Aufgrund welcher Wahrnehmungen die Zeugin B. G. die vorbehaltlose Aufnahme aller Mitglieder des Verbandes Schweizer Naturärzte bestätigen könnte, hat der Beklagte nicht dargelegt. Insbesondere macht die Klägerin in diesem Zusammenhang geltend, Frau G. habe an den Vertragsverhandlungen gar nicht teilgenommen.

Auf die Einvernahme der beantragten Zeugen wird daher verpflichtet.

Der Appellant bestreitet die Befugnis der Klägerin, gestützt auf Art. 6 des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG) nach Bekanntwerden der Tatsache, dass der Beklagte in den Jahren 1976 bis 1978 während 720 Tagen Taggelder der Grütliversicherung bezogen hatte, vom Vertrag zurückzutreten und die von ihr erbrachten Leistungen zurückzufordern.

Das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908 (SR 221.229.1) regelt einen privatrechtlichen Vertrag. Die Frage, welche Verträge unter das VVG fallen, wird in Art. 101 VVG negativ umschrieben: "Das Gesetz findet keine Anwendung: 1. auf Rückversicherungsverträge; 2. auf die privaten Rechtsverhältnisse zwischen den Versicherungseinrichtungen, die gemäss Art. 4 lit. a bis e und g des Versicherungsaufsichtsgesetzes von der Aufsicht ausgenommen oder einer vereinfachten Aufsicht unterstellt sind, und ihren Versicherten. Für diese Rechtsverhältnisse gilt das Obligationenrecht. "Sofern ein privater Versicherungsvertrag nicht unter die genannten Ausnahmen fällt, ist auf ihn das VVG anwendbar. (Maurer, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 3. A., Bern 1995, S. 144 ff.). Auf den privaten Krankenversicherungsvertrag ist das VVG grundsätzlich anwendbar (Maurer, S. 495 f.)

Ein Antragsteller hat dem Versicherer gemäss Art. 4 VVG alle Tatsachen, die für die Beurteilung des Versicherungsrisikos erheblich sind, soweit sie ihm bei Vertragsschluss bekannt sind oder bekannt sein müssen, anhand eines Fragebogens oder auf sonstiges schriftliches Befragen schriftlich mitzuteilen. Gemäss Art. 4 Abs. 2 VVG gelten jene Tatsachen als erheblich, die geeignet sind, den Entschluss des Versicherers, den Vertrag überhaupt oder zu den vereinbarten Bedingungen abzuschliessen, zu beeinflussen. Kommt der Antragsteller seiner Anzeigepflicht nicht nach und verschweigt er beim Abschluss der Versicherung eine erhebliche Gefahrstatsache oder teilt er eine solche unrichtig mit, kann der Versicherer gestützt auf Art. 6 VVG binnen 4 Wochen, nachdem er von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat, vom Vertrag zurücktreten.

In Übereinstimmung mit der Vorinstanz geht das Gericht davon aus, dass der Beklagte bei Versicherungsabschluss am 15. November 1984 seine Arbeitsunfähigkeit in den Jahren 1976/1978 zufolge einer psychischen Überlastung und den daraus resultierenden Taggeldbezug der Versicherung hätte auf dem Antragsformular schriftlich bekannt geben müssen. Die Tatsache, dass der Appellant während 720 Tagen Versicherungsleistungen bezog, ist ohne Zweifel als erheblich im Sinne von Art. 4 Abs 2 VVG anzusehen, hätte sich doch die Klägerin in Kenntnis der langen Arbeitsunfähigkeit des Beklagten überlegt, ob sie ihn zu den üblichen Konditionen versichern würde.

In diesem Zusammenhang ist wesentlich, dass der Beklagte auf dem Antragsformular zwar eine sechsmonatige Krankheit aus dem Jahre 1959 vermerkte, die länger dauernde und weniger lang zurückliegende Nervosität und Depressivität jedoch nicht angab. Damit erzeugte er das Bild einer vollständigen Beantwortung der vom Versicherer als wichtig erachteten Fragen, womit dieser in guten Treuen annehmen durfte, alle für die Versicherungsgefahr erheblichen Tatsachen zu kennen.

Eine zweite Voraussetzung der Anzeigepflicht ist die subjektive Kenntnis der erheblichen Tatsache. Dem Antragsteller muss die Gesundheitsstörung bekannt sein, und er muss sie als erheblich erkennen. Dazu ist in Art. 4 Abs. 3 VVG präzisiert, dass jene Gefahrstatsachen als erheblich vermutet werden, auf welche die schriftlichen Fragen des Versicherers in bestimmter, unzweideutiger Fassung gerichtet sind.

Auch in diesem Punkt kann den Erwägungen der Vorinstanz gefolgt werden. Selbst für eine Person, die über keine besonderen medizinischen Kenntnisse verfügt, ist bei einer zweijährigen Arbeitsunfähigkeit, während der Taggelder einer Krankenversicherung bezogen werden, erkennbar, dass es sich um eine Gesundheitsstörung handeln muss, die im Sinne von Art. 4 VVG für einen Versicherungsabschluss von Bedeutung ist. An den Beklagten als Naturarzt konnten diesbezüglich umso höhere Anforderungen gestellt werden. Er hätte folglich erkennen müssen, dass er auf die Frage, an welchen Krankheiten, Krankheitsfolgen oder Unfallfolgen er leide oder gelitten habe, nicht nur seine Erkrankung an Tuberkulose aus dem Jahre 1959, sondern auch die zweijährige Arbeitsunfähigkeit aus den Jahren 1976/78 anzugeben hatte. Er hat folglich die in Art. 4 VVG festgelegte Anzeigepflicht verletzt.

Der Einwand des Beklagten, bei seiner Krankheit im Jahre 1993/95 habe es sich nicht um eine rezidivierende gehandelt, ist in diesem Zusammenhang unerheblich, da die Klägerin nicht wegen Eintritts eines Versicherungsrisikos vom Vertrag zurücktrat, sondern weil der Beklagte, wie oben ausgeführt, bei Vertragsabschluss seine Anzeigepflicht verletzt hatte. Es ist somit im vorliegenden Fall nicht von Bedeutung, ob im Versicherungsfall die doppelte Berner Skala zur Anwendung käme.

Gemäss Art. 6 VVG steht der Versicherungsgesellschaft als Folge der verletzten Anzeigepflicht ein Rücktrittsrecht vom Versicherungsvertrag zu. Sie hat innert 4 Wochen, nachdem sie von der Verletzung der Anzeigepflicht durch den Versicherten Kenntnis erhalten hat, vom Vertrag zurückzutreten, wenn sie durch den Vertrag nicht gebunden sein will. Auf dieses Rücktrittsrecht der Versicherung wurde der Beklagte ebenfalls auf dem Antragsformular ausdrücklich aufmerksam gemacht. Er hat auf dem Formular mit seiner Unterschrift bestätigt, dass er vom Rücktrittsrecht der Versicherung gemäss Art. 6 VVG Kenntnis genommen hatte.

Die Versicherung hat von der Tatsache, dass der Beklagte in den Jahren 1976/78 im Rahmen einer psychischen Überforderung 720 Taggelder von der Grütli-Versicherung bezog, nach dem 20. Februar 1995 Kenntnis erhalten (vgl. das Gutachten von Dr. med. R. B.-S. vom 20. Februar 1995. Sie trat mit Schreiben vom 28. Februar 1995 vom Vertrag zurück. Der Rücktritt erfolgte damit innert der gesetzlichen Frist.

Die Folge der Rücktrittserklärung der Versicherung ist eine Vertragsauflösung ex tunc. Bei Vertragsauflösung zufolge Rücktritts einer Partei hat grundsätzlich jede Partei Anspruch auf Rückerstattung der bereits erbrachten Leistungen (vgl. Gauch/Schluop, Schweizerisches Obligationenrecht Allgemeiner Teil, 6. A., Zürich 1995, Bd. 2 N 3086). Art. 25 Abs. 1 VVG sieht jedoch als spezielle Bestimmung vor, dass bei einseitiger Vertragsauflösung, insbesondere aus Art. 6 VVG, dem Versicherer der Anspruch auf die vom Beklagten geleisteten Prämien bleibt (Maurer, a.a.O., S. 232). Folglich hat die Klägerin dem Beklagten die geleisteten Versicherungsprämien nicht zurückzuerstatten.

Die Appellation ist abzuweisen und die Klage im Betrag von Fr. 45'861.-- zuzüglich Zins zu 5 % seit 19. Juli 1995 gutzuheissen. In diesem Betrag ist auch der Rechtsvorschlag in der Betreuung Nr. .. des Betreibungsamtes Appenzeller Mittelland vom 17. Juli 1995 aufzuheben. Bezüglich der Zahlungspflicht für den Verzugszins von 5 % kann auf Erw. 4c der Vorinstanz verwiesen werden. Der Verzugszins ist ab Erhalt des Zahlungsbefehls, somit ab dem 19. Juli 1995, geschuldet (Art. 102 Abs. 1 OR).

Bei diesem Ausgang des Verfahrens wird der Beklagte kostenpflichtig für die amtlichen Kosten erster und zweiter Instanz (Art. 81 ZPO). Der erstinstanzliche Kostenspruch ist zu bestätigen; die Gerichtsgebühr für das Appellationsverfahren wird auf Fr. 2'000.-- festgelegt.

Ausserdem hat der Beklagte die Klägerin für die Parteikosten zu entschädigen (Art. 86 ZPO). Zu dem von der Vorinstanz zugesprochenen Betrag von Fr. 8'264.10 ist ein Zuschlag von Fr. 6'127.90 angemessen. Der Betrag entspricht der eingereichten Honorarnote und ist tarifkonform (Art. 20 lit. b AT). Die Entschädigung an die Beklagte wird somit für beide Instanzen auf Fr. 14'392.-- festgesetzt.

Demgemäss wird
erkannt:

1. In Abweisung der Appellation wird der Beklagte verpflichtet, der Klägerin Fr. 45'861.-- 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 Betreuung Nr. .. des Betreibungsamtes Appenzeller Mittelland vom 17. Juli 1995 aufgehoben.
3. Der erstinstanzliche Kostenspruch wird betätigt.
4. Die Kosten des Appellationsverfahrens, bestehend aus einer Gerichtsgebühr von Fr. 2'000.--, werden dem Beklagten auferlegt.
5. Der Beklagte wird verpflichtet, die Klägerin für das Verfahren vor beiden Instanzen mit insgesamt Fr. 14'392.-- ausseramtlich zu entschädigen.
6. Rechtsmittel steht den Parteien steht innert einer Frist von 30 Tagen seit Zustellung des begründeten Urteils die Berufung an das Schweizerische Bundesgericht offen. Die Berufung ist bei der Obergerichtskanzlei von Appenzell A.Rh., 9043 Trogen, schriftlich einzureichen (Art. 54 Abs. 1 OG).
7. Mitteilung an die Parteien über deren Rechtsvertreter sowie nach Eintritt der Rechtskraft an das Betreibungsamt Appenzeller Mittelland.