

Bezirksgericht Liestal, 29. Januar 1998,
A. c. La Suisse Lebens-Versicherungs-Gesellschaft, Lausanne

Tatbestand: Am 6.5.1993 hatte der Kläger bei der Beklagten einen Antrag für eine Lebensversicherung eingereicht. Dabei hatte er, beraten durch den Vertreter der Beklagten, P. H., alle Fragen, ob er bei guter Gesundheit sei, mit ja und alle übrigen Fragen nach allfälligen Gesundheitsstörungen zufolge Krankheit oder Unfall mit nein beantwortet.

Aufgrund dieses Antrags hatte die Beklagte am 26.5.1993 eine Police Nr. ... ausgestellt, eine gemischte Versicherung auf ein Leben, mit einem Kapital von Fr. 42'555.- bei Erleben oder Tod, sowie Prämienbefreiung und eine jährliche Rente von Fr. 6000.-- bei Erwerbsunfähigkeit. Nachdem der Kläger einen Invaliditätsfall angemeldet hatte, erklärte die Beklagte mit Schreiben vom 10.4.1996 gemäss Art. 6 VVG wegen falscher Antragsdeklaration ihren Rücktritt vom Versicherungsvertrag.

Sie machte geltend, der Kläger habe die Gesundheitsfragen im Versicherungsvertrag nicht richtig beantwortet. Konkret warf sie ihm vor, er habe folgende Fragen wahrheitswidrig verneint: 1.2.: Leiden Sie an den Folgen einer Krankheit, eines Unfalls oder angeborenen Gebrechens?" 1.4.: "Waren Sie in den letzten 3 Jahren krank oder haben Sie einen Arzt ... konsultiert?" Sind Sie in einem ... Spital gepflegt worden?" 1.5.: Haben Sie sich in den letzten 3 Jahren besonderen Kontrollen unterzogen: Blutdruck, Elektrokardiogramm, Röntgenaufnahme, AIDS-Test?" Sie berief sich dabei auf zwei ärztliche Zeugnisse von Herrn Dr. med. W. St. in H., aus denen u.a. ersichtlich war, dass der Kläger seit Jahren an Rückenbeschwerden litt und deswegen in Behandlung war. Das erste Zeugnis vom 19.2.1996, bei der Beklagten eingegangen am 5.3.1996 lautet: "Seit mehreren Jahren Rückenbeschwerden. Intensivierung im Mai 94. Medio-rechts laterale Discushernie L4/L5, grosse medio-links laterale Discushernie L5/SL St. n. Ruptur der Strecksehnen Dig. IV rechts mit Arthrodesese." Das zweite Zeugnis vom 25.3.1996, bei der Beklagten eingegangen am 27.3.1996 enthielt eine Liste von Befunden, unter denen der Kläger zwischen Juni 1988 und März 1996 gelitten hatte. Als für innerhalb dreier Jahre vor Antragstellung relevante Gebrechen werden aufgezählt: "Lumbalgien im Zusammenhang mit der bekannten Diskushernie L4/L5 und L5/S1, Atemwegsinfekt, Supinationstrauma linkes Sprunggelenk, Contusio Dig. IV linke Hand, Otitis media links." Ihren Rücktritt stützte die Beklagte ausdrücklich auf das zweite Zeugnis vom 25.3.1996. Aufgrund der weiteren Befunde in diesem zweiten Zeugnis habe gemäss Art. 6 VVG eine neue Frist zu laufen begonnen. Mit Rücktritt am 10.4.1996 sei die Frist von vier Wochen eingehalten worden.

Mit Klage vorn 9. Januar 1997 beantragte der Kläger:

1. Es sei festzustellen, dass der Kläger bei der Beklagten im Rahmen der Police Nr. ... vom 26.5.1993 versichert ist und dass der Rücktritt der Beklagten vom Vertrag vom 10.4.1996 unwirksam ist.

2. Die Beklagte sei zur Zahlung sämtlicher Gerichts- und Anwaltskosten des Verfahrens, einschliesslich der Kosten des Akzessscheins von Fr. 75.-- zu verurteilen. "

Der Kläger bestreitet die falsche Antragsdeklaration und vertritt die Ansicht, aus dem ersten Zeugnis vom 19.2.1996 gehe deutlich genug hervor, dass er zur Zeit der Antragsstellung unter Rückenbeschwerden gelitten und eine verletzte Hand gehabt habe. Der Versicherer müsse nicht sämtliche Einzelheiten aus den medizinischen Akten kennen, sondern es genüge, dass er aus den ihm zur Verfügung stehenden Unterlagen Gewissheit habe, dass eine Anzeigenpflichtverletzung vorliege, die den Rücktritt vom Vertrag erlaube.

Es sei zutreffend, dass nach Kenntnis weiterer medizinischer Befunde grundsätzlich eine neue Frist von vier Wochen gemäss Art. 6 VVG zu laufen beginne. Mit dem ersten Zeugnis vom 19.2.1996 sei der Beklagten aber eine klare ärztliche Diagnose bezüglich der Rückenbeschwerden und der verletzten Hand zur Kenntnis gebracht worden, die ihr erlaubt hätte, vom Vertrag zurückzutreten. Der zweite Bericht von Dr. St. ergebe bezüglich dieser beiden Befunde keine weiteren Erkenntnisse. Die zusätzlichen relevanten Befunde innerhalb von drei Jahren vor dem Antrag im zweiten Attest, eine Erkältung, ein verstauchtes Bein, eine Quetschung des linken Ringfingers und eine Ohrenentzündung seien nicht als "Krankheiten" im Sinne des Antragsformulars zu qualifizieren. Der Begriff "Krankheit" sei nicht schon auf jede allgemein als rasch vorübergehend zu betrachtende Störung des Wohlbefindens, sondern nur auf eigentliche Leiden anzuwenden. Deshalb habe die Frist aufgrund des zweiten Zeugnisses nicht neu zu laufen begonnen. Es sei im übrigen davon auszugehen, dass der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis dieser "Krankheiten" abgeschlossen hätte. Der Rücktritt vom Vertrag hätte somit vier Wochen nach Eingang des ersten Zeugnisses erfolgen müssen, dies sei mit Schreiben vom 10.4.1996 zu spät erfolgt.

Ausserdem sei zu berücksichtigen, dass der Kläger dem Vertreter des Beklagten ausführlich über seinen Gesundheitszustand berichtet habe. Dieser habe jedoch die vorübergehenden Beschwerden als Bagatellen qualifiziert und im Antrag nicht erwähnt. Der Vertreter hätte den Kläger darauf hinweisen müssen, was im Antrag zu beantworten sei. Dieser verstehe kein Deutsch, könne nur mangelhaft lesen und schreiben und habe keine speziell gute Ausbildung.

Mit Klageantwort vom 30. Mai 1997 beantragt die Beklagte die Klageabweisung, unter o/e Kostenfolge. Sie begründet ihr Begehren wie folgt: Vorab sei die Klage schon deshalb abzuweisen, da eine Feststellungsklage insofern subsidiär sei, als es dem Kläger, wenn er mit einer Leistungsklage ans gewünschte Ziel komme, am erforderlichen Interesse fehle. Ab dem 720. Tag seit dem Zeitpunkt, wo ein Arzt den Beginn seiner Erwerbsunfähigkeit festgestellt habe, stehe dem Kläger die Möglichkeit einer Leistungsklage zu. Je nach Ausgang eines solchen Verfahrens stehe ihm unter Umständen auch eine Feststellungsklage zu. Vor Ablauf der 720-Tagesfrist könne der Kläger jedoch kein Feststellungsinteresse geltend machen. In dieser Zeitspanne stehe ihm auf jeden Fall keinerlei Leistung der Beklagten zu. Ein heutiges Feststellungsinteresse könne nicht mit dem Argument begründet werden, dass der Kläger allenfalls andernorts um Versicherungsdeckung nachsuchen könne. Für den gleichen Invaliditätsfall würde er nämlich mit Sicherheit nachträglich keine Deckung mehr finden. Seine finanzielle und familiäre Zukunft müsse er während der 720-Tagesfrist ohnehin alleine planen.

Erst aufgrund des zweiten ärztlichen Zeugnisses von Dr. St. vom 25.3.1996 habe sie im erforderlichen Sinn Kenntnis von der ersten erheblichen Gefahrentatsache und somit von der Verletzung der Anzeigepflicht erhalten. Andererseits habe das zweite ärztliche Zeugnis von Dr. St. neue erhebliche Gefahrentatsachen enthalten, welche allein zum Rücktritt berechtigt hätten. Bei diesen neuen Befunden handle es sich keineswegs nur um "rasch vorübergehende Störungen des Wohlbefindens". Es habe sich durchwegs um Krankheiten oder Verletzungen gehandelt, die einer längeren ärztlichen Behandlung bedurft hätten und entsprechenden Arbeitsausfall zur Folge gehabt hätten. Somit habe die Frist nach Eingang des zweiten Zeugnisses neu zu laufen begonnen. Mit dem Rücktrittsschreiben vom 10.4.1996 sei die Frist von vier Wochen eingehalten worden.

Aufgrund des ersten Zeugnisses habe die Beklagte keine erstellte Sicherheit gehabt, dass eine Verletzung der Anzeigepflicht vorgelegen habe. Es sei aus diesem nicht hervorgegangen, in welchem Zeitpunkt das Rückenleiden begonnen habe und entsprechend von Dr. St. behandelt worden sei. Die Beklagte habe sich angesichts dieser unklaren Umstände bemüht, die zeitlichen Unsicherheiten zu beseitigen, um die geforderte sichere Kenntnis zu erlangen, welche zum Rücktritt berechtige. Erst aufgrund des zweiten Zeugnisses habe sie feststellen können, dass der Kläger die Fragen 1.1. bis 1.5. der "Erklärungen über der Gesundheitszustand" des Versicherungsantrages tatsächlich nicht korrekt beantwortet habe.

Bezüglich des klägerischen Einwands, dass der Antrag von einem Vertreter der Beklagten aufgenommen worden sei und dieser die vorübergehenden Beschwerden als Bagatellen qualifiziert und im Antrag deshalb nicht erwähnt habe, entgegnet die Beklagte, der Kläger habe ihr gar nichts über seinen Gesundheitszustand mitgeteilt. Er habe ihr lediglich zu Kenntnis gebracht, dass er absolut gesund sei.

Mit Schlusseinleitungsverfügung vom 4. Juni 1997 wurde eine amtliche Erkundigung angeordnet bei Dr. med. W. St. zur Frage, welche Erkenntnisse seine Zeugnisse vom 19.2.1996, vom 25.3.1996 und 20.8.1996 gebracht haben.

Ausserdem wurde eine Expertise über die Aussagekraft derselben Arztzeugnisse bei Prof Dr. med. M. G. eingeholt.

Dr. St. hielt fest, dass der Beklagten mit seinem Arztzeugnis vom 19.2.1997 eine klare ärztliche Diagnose bezüglich Rückenleiden und Verletzung der linken Hand des Klägers in vollem Umfang bekannt gewesen sein musste.

Die Schreiben vom 25.3. und 20.8.1996 hätten lediglich erweiterte anamnesische Angaben über den Kläger an den Vertrauensarzt der La Suisse-Versicherung beinhaltet.

Der Experte Prof Dr. G. stellte fest, aus dem ersten Zeugnis vom 19.2.1996 gehe eine präzise Diagnose bezüglich Rückenbeschwerden, welche sich im Mai 1994 intensiviert hatten, hervor. Es werde unmissverständlich auf das Vorhandensein einer Diskushernie L4/L5 und L5/S1 hingewiesen als Ergebnis einer am 6.5.1994 durchgeführten Computertomografie im Kantonsspital B. Die Diagnose der Handverletzungsfolgen sei unvollständig. Tatsächlich liege als Folge der 1986 erlittenen Kreissägeverletzung eine Arthrodese im Daumengelenk, eine Amputation des Mittel- und Endgliedes des rechten Mittelfingers und eine Ankylose im Endgelenk des rechten Ringfingers vor. Es sei anzunehmen, dass der Patient mindestens seit Mai 1994 in Behandlung bei Dr. St. gestanden habe.

Aus dem zweiten Zeugnis vom 25.3.1996 gehe hervor, dass der Patient Dr. St. seit seinem Aufenthaltsbeginn in der Schweiz bekannt sei und dass Dr. St. zwischen Juni 1988 und März 1996 verschiedene Erkrankungen des Patienten behandelt habe. Dabei handle es sich unter anderem wesentlich um eine Erkältung, ein verstauchtes Bein, eine Quetschung des linken Ringfingers und eine Ohrenentzündung. Bezüglich der Diskushernie L4/L5 und L5/S1 oder der Handverletzungsfolgen bringe es keine weiteren Erkenntnisse.

Ein drittes Zeugnis vom 20.8.1996 bringe Hinweise für Röntgenaufnahmen zwischen 1987 und 1994. Ferner ergebe es, dass der Patient von Dr. St. am 26.4.1994 zur weiteren Behandlung an Dr. B. überwiesen worden sei. Es beschäftige sich ausschliesslich mit den Rückenleiden und bringe nicht Neues.

Anlässlich der Hauptverhandlung vom 29. Januar 1998 wurde der damalige Versicherungs-Vertreter, Herr P. H. als Zeuge befragt. Auf dessen Aussagen wird - soweit erforderlich - in den Erwägungen eingegangen.

Die Parteien bekräftigten die bereits in ihren Rechtsschriften vorgetragenen Standpunkte und hielten an ihren Begehren fest. Die Beklagte wies noch einmal darauf hin, dass aufgrund der Feststellung im ersten Zeugnis, dass der Kläger "seit mehreren Jahren Rückenschmerzen" habe, nicht klar hervorgehe, zu welchem Zeitpunkt die Rückenschmerzen bestanden hätten. Es habe ja sein können, dass bei Vertragsabschluss keine oder nicht relevante Rückenbeschwerden vorhanden gewesen seien. Die erforderliche sichere Kenntnis sei erst aus dem zweiten Zeugnis klar hervorgegangen.

Gründe: Zufolge Wohnsitzes des Klägers im hiesigen Gerichtsbezirk ist die örtliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts nach Art. 28 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes und nach Art. 19.2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Einzel-Lebensversicherung gegeben. Die sachliche und funktionelle Zuständigkeit der Kammer ergibt sich aus § 2 und § 8 ZPO sowie aus dem rechtzeitig dem Gericht eingereichten Akzessschein. Auf die Klage ist daher einzutreten.

Die Beklagte bestreitet, dass der Kläger ein Feststellungsinteresse hat und beantragt deshalb, dass die Feststellungsklage schon aus diesem Grund vollumfänglich abzuweisen sei. Unbestritten ist, dass der Kläger mit der Beklagten am 26.5.1993 einen Einzel-Lebensversicherungsvertrag abgeschlossen hat und dass die Beklagte am 10.4.1996 vom Vertrag zurückgetreten ist. Grundsätzlich kann Gegenstand einer Feststellungsklage das Bestehen oder Nichtbestehen eines bestimmten Rechts oder Rechtsverhältnisses sein. Sie ist nur zulässig, sofern ein rechtliches Interesse an der alsbaldigen gerichtlichen Feststellung vorhanden ist. Ein schutzwürdiges Interesse wird bejaht, wenn die Ungewissheit der Rechtsbeziehung zwischen den Parteien durch die richterliche Feststellung behoben werden kann und ihre Fortdauer für den Kläger unzumutbar ist (BGE 123 III 51). Beispielsweise kann auf Feststellung geklagt werden, dass ein Vertragsverhältnis gekündigt sei und auf einen bestimmten, in der Zukunft liegenden Zeitpunkt erlösche (Guldener, Schweizerisches Zivilprozessrecht, 3. Auflage 1979 S. 209). Ebenso ist die Feststellungsklage möglich, wenn es darum geht, nicht nur die fällige Leistung zu erhalten, sondern die Gültigkeit des ihr zugrunde liegenden Rechtsverhältnisses auch für dessen künftige Abwicklung feststellen zu lassen (BGE 84 II 692). Ein Feststellungsinteresse ist allerdings in der Regel nicht gegeben, wenn eine Leistungsklage möglich ist (BGE 123 III 51, 119 II 371), Voraussetzung für die Feststellungsklage ist, dass das Feststellungsinteresse im Zeitpunkt des Urteils besteht. Es kann im Laufe des Prozesses wegfallen, wenn der Kläger in die Lage kommt, seine sämtlichen Leistungsansprüche einklagen zu können (Guldener, Schweizerisches Zivilprozessrecht, S. 211).

Gemäss der Versicherungspolice hat der Kläger bei Erwerbsunfähigkeit nach einer Wartefrist von 720 Tagen Anspruch auf eine jährliche Rente von Fr. 6000.--. Laut ärztlichem Zeugnis, von Dr. W. St. ist der Kläger seit 1.6.1995 zu 100% arbeitsunfähig. Im Februar 1996 hat er die Rente beantragt. Somit ist die Frist von 720 Tagen im Zeitpunkt des Urteils abgelaufen und die jährliche Rente ist bereits fällig geworden. Das heisst, das Leistungsinteresse hat bezüglich der ersten Zahlungen das Feststellungsinteresse verdrängt. Der behandelnde Arzt kann aber in Zeugnis vom 19.2.1996 keine sicheren Angaben darüber machen, ob mit der Wiederaufnahme der Berufstätigkeit gerechnet werden kann. Somit ist der zeitliche Rahmen unsicher, in welchem die Jahresrente von Fr. 6'000.-- zu leisten ist. Auch bezüglich der Leistungspflicht der Hauptleistung von Fr. 42'555.-- im Todesfall oder bei Erleben im Jahre 2019 bestehen Unsicherheiten. Der gesamte Leistungsanspruch steht zur Zeit des Urteils somit nicht fest, weshalb ein Feststellungsinteresse des Klägers zu bejahen ist.

Der Kläger bestreitet zunächst grundsätzlich, eine Anzeigepflichtverletzung begangen zu haben.

Eine Verletzung von Art. 6 VVG ist gegeben, "wenn der Anzeigepflichtige beim Abschluss der Versicherung eine erhebliche Gefahrentatsache, die er kannte oder kennen musste, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen hat". "...die er kannte" bedeutet, dass sie ihm wirklich bewusst war. "...kennen musste", heisst, dass meldepflichtig darüber hinaus auch Gefahrentatsachen sind, die dem Antragsteller zwar noch nicht bewusst sind, die ihm aber bewusst werden, wenn er ernsthaft darüber nachdenkt. Entscheidend ist, wie der Antragsteller eine Frage des Versicherers nach Treu und Glauben verstehen durfte. Dabei sind die Umstände des Einzelfalls zu berücksichtigen sowie Eigenschaften des Antragstellers wie Intelligenz, Bildung, Erfahrung sowie seine Situation. Man spricht von einer relativen Objektivierung des Kriteriums. (Maurer, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 3. Auflage 1995, S. 254). Beweispflichtig für die Anzeigepflichtverletzung ist die Beklagte.

Die Beklagte ist ihrer Beweispflicht dadurch nachgekommen, indem sie beim Vertrauensarzt die verschiedenen Zeugnisse eingeholt hat. Spätestens mit dem zweiten Zeugnis ist deutlich geworden, dass der Kläger während dreier Jahre vor Antragsstellung neben den Rückenschmerzen und der Handverletzung an diversen anderen Beschwerden gelitten hatte, weswegen er in ärztlicher Behandlung war. Diese vergangenen Leiden hätten ihm beim Ausfüllen des Antrags auf jeden Fall wieder in den Sinn kommen müssen, handelt es sich doch um Befunde, derentwegen er einen Arzt hat konsultieren müssen. Dass ihm dies hat bewusst

sein müssen, ändert sich auch nicht dadurch, dass er über keine besondere Bildung verfügt. Gemäss Zeugenaussage sprach er auch genügend gut Deutsch, so dass er die Fragen des Versicherungs-Vertreters ohne weiteres verstanden hatte. Der damalige Versicherungs-Verteter bezeugt auch, dass der Kläger ihm über diese Leiden beim Ausfüllen des Antrages nichts erzählt habe. Der Kläger selbst macht denn auch keine weiteren Ausführungen zu diesem Punkt.

In materieller Hinsicht stellt sich daher in erster Linie die Frage, ob die Beklagte ihren Rücktritt gemäss Art. 6 VVG innert den vorgeschriebenen vier Wochen ab Kenntnisnahme der Anzeigepflichtverletzung rechtzeitig bekannt gegeben hat. Die Rücktrittsfrist beginnt erst zu laufen, "wenn der Versicherer über alle Tatsachen vollständig orientiert ist, welche die Verletzung der Aufklärungspflicht betreffen, und er davon sicher Kenntnis hat. Blosser Zweifel oder auch ernsthafte Verdachtsgründe vermöchten die Rücktrittsfrist nicht auszulösen" (BGE 118 II 340, Praxis 82 Nr. 219 S. 794). Keine neue Frist beginnt, wenn der Versicherer aus einem später eingeholten Ergänzungsbericht eines Arztes nur erfährt, was ihm bereits bekannt ist (Urteil des BGer vom 4.2.1988 in SVA XVII Nr. 8, S. 29).

Art. 6 VVG bestimmt weiter, dass für den Versicherer mit jeder Kenntnisnahme einer Anzeigepflichtverletzung eine selbständige Frist zu laufen beginnt, um vom Vertrag zurückzutreten. Dazu auch das Bundesgericht: "Im Falle, dass mehrere erhebliche Tatsachen nicht angegeben wurden und dieselben zu unterschiedlichen Zeitpunkten entdeckt werden, beginnt jedesmal eine Frist von vier Wochen (BGE 109 II 159). Gemäss einschlägiger Lehre muss mit der Erklärung, den Vertrag nicht aufrechterhalten zu wollen, die Mitteilung des konkreten Tatbestandes der Verletzung der Anzeigepflicht nicht verbunden werden. "Erfolgt sie dennoch, so ist der Versicherer nicht gehindert, im Prozess den Rücktritt auf weitere oder andere den Tatbestand der Verletzung der Anzeigepflicht erfüllende Momente zu stützen, vorausgesetzt, dass die Rücktrittserklärung auch hinsichtlich dieser weiteren oder anderer Momente als rechtzeitig erfolgt anzusehen ist (Roelli/Keller, Kommentar zum VVG Band 1 S. 129).

Bestritten ist, ob das Zeugnis vom 19.2.1996 bereits die Rücktrittsmöglichkeit ausgelöst hat. Sowohl die amtliche Erkundigung bei Dr. St. als auch die Expertise bei Prof Dr. G. ergeben ein eindeutiges Bild bezüglich der Rückenleiden des Klägers. Danach liegt aufgrund des ersten Zeugnisses eine präzise Diagnose betreffend dieser Leiden vor. Unklar bleibt allerdings sowohl der Zeitpunkt des Beginns der Leiden als auch die Dauer derselben. Diese Unklarheit wird weder durch das erste noch durch das zweite Zeugnis beseitigt. Unklarheiten bestehen ebenso hinsichtlich der Handverletzung. Die Diagnose von Dr. St. im ersten Zeugnis ist unvollständig. Allerdings ergibt auch das zweite Zeugnis diesbezüglich keine weiteren Erkenntnisse, welche der Beklagten erlaubt hätte, vom Vertrag zurückzutreten.

Bezüglich des Rückenleidens kann aufgrund des ersten Zeugnisses vom 19.2.1996 in Verbindung mit der amtlichen Erkundigung bei Dr. St. sowie der Expertise von Prof Dr. M. G. nicht mit Klarheit festgestellt werden, ob der Kläger bereits im Zeitpunkt des Antrags wegen Rückenbeschwerden in ärztlicher Behandlung war oder nur daran litt. Es konnte folglich vom Kläger nicht nachgewiesen werden, ob der Beklagten mit dem ersten Zeugnis bezüglich Rückenbeschwerden und Handverletzung "sichere Kenntnis" von der Anzeigepflichtverletzung gebracht worden war. Demzufolge kann das erste Zeugnis keine Rücktrittsmöglichkeit ausgelöst haben. Das zweite Zeugnis bringt keine zusätzliche Erkenntnis. Die Handverletzung und die Rückenbeschwerden sind für die Rücktrittsmöglichkeit daher nicht von Relevanz.

Es ist somit zu prüfen, ob das zweite Zeugnis neben dem Rückenleiden und der Handverletzung weitere Befunde zutage gefördert hat, welche Anlass zu Rücktritt gegeben haben.

Dem klägerischen Einwand, dass die Befunde im zweiten Zeugnis für den Vertragsabschluss nicht von Relevanz gewesen seien, wären sie bekannt gewesen und deshalb gestützt darauf ein Vertragsrücktritt nicht zu rechtfertigen sei, kann nicht gefolgt werden. Grundsätzlich hat der Antragsteller gemäss Art. 4 Abs. 1 VVG auf Tatsachen hinzuweisen, die für die Beurteilung der Gefahr erheblich sind. Erheblich sind diejenigen Gefahrentatsachen, die geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers, den Vertrag überhaupt oder zu den vereinbarten

Bedingungen abzuschliessen, einen Einfluss ausüben (Art. 4 Abs. 2 VVG). Als nicht erheblich und somit auch nicht meldepflichtige Gefahrensachen gelten geringfügige Gesundheitsstörungen des Antragstellers; "...vereinzelt aufgetretene Unpässlichkeiten, die er in guten Treuen als belanglose, vorübergehende Beeinträchtigungen des körperlichen Wohlbefindens betrachten darf und bei der gebotenen Sorgfalt nicht als Erscheinungen eines ernsthafteren Leidens beurteilen muss", braucht der Antragsteller nicht anzuzeigen (BGE 116 II 340, 106 V 174). Dem Versicherungsnehmer steht gemäss Art. 3 VVG der Beweis offen, ob der Versicherer den Vertrag, so wie er zustandekam, auch dann abgeschlossen hätte, wenn die Angabe über die betreffende Tatsache gefehlt oder anders gelautet hätte (BGE 99 II 82).

Laut Aussagen des Versicherungs-Vertreters und Zeugen P. H. habe der Kläger beim Ausfüllen des Antrags, bei welchem er mit dem Kläger jede Frage Punkt für Punkt durchgesprochen habe, keine der Erkrankungen, an welchen er innerhalb dreier Jahre vor Antrag gelitten hatte, erwähnt. Er hätte als relevante Befunde, das heisst, abgesehen von den Rückenleiden und der Handverletzung, sowohl eine Verstauchung, eine Quetschung als auch eine Ohrenentzündung aufgeschrieben, wenn der Kläger ihm dies mitgeteilt hätte. Die Versicherung wäre dann möglicherweise nicht zustandegekommen. Im Detail könne er sich jedoch nicht mehr daran erinnern, was der Kläger beim Ausfüllen des Antrages gesagt habe. Dem Kläger gelingt somit der Beweis nicht, dass die Beklagte den Vertrag auch abgeschlossen hätte, wenn er von den Tatsachen gewusst hätte.

Eine Verstauchung, eine Quetschung und eine Ohrenentzündung sind nicht als "belanglose, vorübergehende Beeinträchtigung des körperlichen Wohlbefindens" zu qualifizieren. Da dem Kläger den Beweis für die Mitteilung dieser wesentlichen Tatbestände an den Versicherungsvertreter nicht gelungen ist, ist davon auszugehen, dass die Beklagte erstmals mit Erhalt des zweiten Zeugnisses davon erfahren hat.

Wie bereits in Ziff 4 dargelegt, fängt mit jeder Kenntnisnahme einer Anzeigepflichtverletzung eine neue Frist von vier Wochen zu laufen.

Aufgrund des zweiten Zeugnisses vom 25.3.1996 hat die Beklagte von den anzeigepflichtigen Befunden wie verstauchtes Bein, Quetschung des linken Ringfingers und Ohrenentzündung, an welchen der Kläger innerhalb dreier Jahre vor Vertragsabschluss gelitten hatte, erst am 27.3. 1996 Kenntnis erhalten. Erst dieses Zeugnis gibt eindeutig Aufschluss darüber, dass der Kläger durch das Unterlassen der Anzeige dieser Gesundheitsstörungen Frage 1.4. des Antrags falsch beantwortet hat: "Waren Sie in den letzten 3 krank oder haben Sie einen Unfall erlitten? Haben Sie einen Arzt, einen Psychologen oder einen Chiropraktiker konsultiert? Sind Sie in einem Spital, einer Klinik oder in irgend einer medizinischen Anstalt oder Kuranstalt gepflegt worden?" Der Kläger hätte diese Frage aufgrund der genannten Leiden auf jeden Fall mit ja beantworten müssen.

Mit dem Rücktritt der Beklagten am 10.4.1996 hat die Beklagte die gesetzliche Frist gewahrt. Damit ist der Versicherungsvertrag rückwirkend dahingefallen.

An diesem Umstand ändert auch die Erwägung nichts, wer für die falsche Antragsdeklaration die Verantwortung zu tragen hat. Das VVG verlangt vom Antragsteller, dass er sich ernstlich überlegt, ob eine unter die Fragen des Versicherers fallende Tatsache vorliege (BGE 96 II 211, 109 II 63, 116 II 341, 116 V 227, 118 II 338). Durch Unterzeichnung des Versicherungsantrages, der die vom Agenten eingetragenen Fragen enthält, übernimmt der Antragsteller grundsätzlich die Verantwortung für diese Antworten (BGE Urteil 5C 183/1997 vom 20.10.97, 96 II 208 f, 118 II 338). Der Versicherungsnehmer handelt auf eigene Gefahr, wenn er es unterlässt, die vom Agenten redigierten Antworten auf ihre Richtigkeit nachzuprüfen (Roelli/Keller, Kommentar zum VVG, Band I Bern 1968, S. 157).

Dem Kläger musste klar sein, dass er die Fragen auf dem Antragsformular falsch beantwortet hat. Zwar ist seine Bildung eher unterdurchschnittlich, doch spricht er augenscheinlich und wie sein Prozessvertreter bestätigte, gut genug deutsch, um die Frage, ob er in den letzten drei Jahren einen Arzt konsultiert habe, verstehen zu können. Laut Aussagen des Versicherungs-Vertreters und Zeugen, P. H., habe er mit dem Kläger jede Frage durchgesprochen.

Dass die Kreuze auf dem Antragsbogen nicht vom Kläger stammten, ändere nichts daran, dass dieser genau gewusst habe, was er unterzeichne. Sowohl ein Verstauchung, eine Quetschung als auch eine Ohrenentzündung hätte er, P. H., aufgeschrieben, wenn der Kläger ihn darüber informiert hätte. Dass die Verneinung dieser eindeutigen und einfachen Fragen nicht mit der Wahrheit übereinstimmte, war dem Kläger bekannt bzw. musste ihm bekannt sein. Er kann daher die Verantwortung nicht auf die Beklagte abschieben.

Folglich ist die Klage vollumfänglich abzuweisen. Entsprechend diesem Verfahrensausgang sind die ordentlichen Kosten gemäss § 209 ZPO grundsätzlich dem Kläger zu auferlegen. Hingegen können die Kosten gemäss § 210 ZPO auch anders verteilt werden, dann nämlich, wenn besondere Umstände vorliegen und die unterliegende Partei bei der Führung des Prozesses in guten Treuen hat sein können. In Anbetracht gewisser Unklarheiten bezüglich genügender Kenntnis der Anzeigepflichtverletzung aufgrund des ersten Zeugnisses erscheint die Anwendung dieses Grundsatzes als angebracht und eine verhältnismässige Teilung der Kosten zwischen den Parteien im Verhältnis $\frac{3}{4}$ Kläger, $\frac{1}{4}$ Beklagtenpartei angezeigt.

§ 210 ZPO wird analog für die Parteikosten angewendet. Daher ist der Richter nicht schlechterdings verpflichtet, der obsiegenden Partei eine Parteientschädigung zuzusprechen. Es wird dem Richter eine sehr weitgehende Freiheit in der Gestaltung des Kostenentscheidendes zugestanden (Weibel/Rutz Gerichtspraxis zur basellandschaftlichen Zivilprozessordnung S. 224). Dementsprechend erscheint es angemessen, dass die Beklagte dem Kläger eine reduzierte Parteientschädigung von Fr. 9000.-- zu entrichten hat.

Demnach wird
e r k a n n t

1. Die Klage wird vollumfänglich abgewiesen.

2. Die Gerichtsgebühr von Fr. 5000.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 100.-- und Kosten für das Gutachten von Fr. 1500.-- tragen die Parteien wie folgt: $\frac{1}{4}$ die Klagpartei, $\frac{1}{4}$ die Beklagtenpartei. Überdies hat die Beklagtenpartei der Klagpartei $\frac{1}{4}$ der Friedensrichterkosten von Fr. 75.-- direkt zu bezahlen.

3. Die Beklagtenpartei hat an die Klagpartei eine reduzierte Parteientschädigung von Fr. 9000.-- zu bezahlen. Im übrigen werden die ausserordentlichen Kosten wettgeschlagen.

Mündlich eröffnet. Mit 10-tägiger Appellationsfrist für die Klagpartei. Zustellung an Parteien.

5.2.1998: Gegen das Urteil reicht die Klagepartei mit Schreiben vom 4.2.1998 die Appellation ein.

16.2.1998: Mit Schreiben vom 13.2.1998 reicht die Beklagtenpartei die Anschlussappellation gegen das Urteil ein.