

Tatbestand: Am 25. Juli 1987 stellte der Kläger der Beklagten einen Antrag zum Abschluss eines Lebensversicherungsvertrages. Mit Abschluss des Vertrages wurde dem Kläger die Lebensversicherungspolice Nr. ... ausgestellt. In der Folge wurde der Leistungsumfang dieser Versicherung verschiedentlich erhöht und geändert. Am 16. August 1990 erfolgte ein zweiter Antrag, der zum Abschluss einer Lebensversicherung mit neuer Policennummer ... führte. Mit einem dritten Antrag vom 18. Oktober 1993 wurde diese Lebensversicherung mit Versicherungspolice vom 15. Februar 1994 erneut angepasst.

Da der Kläger seit Jahren unter Rückenschmerzen leidet, stellte Dr. med. M. T., in T., mit Schreiben an die Beklagte vom 10. Juli 1995 eine vollständige und dauernde Erwerbsunfähigkeit rückwirkend auf März 1993 fest. Daraufhin machte der Kläger bei der Beklagten gestützt auf die erwähnte Lebensversicherung Ansprüche infolge Erwerbsunfähigkeit geltend. In der Folge verweigerte die Versicherung die Leistungen aus der Lebensversicherung und trat mit Schreiben vom 29. August 1995 von den Versicherungsverträgen mit der Begründung zurück, der Kläger habe seine Anzeigepflicht verletzt. Sie berief sich dabei auf Klinikaufenthalte des Klägers in den Jahren 1985 und 1988, die er bei der Antragstellung an die Versicherung auf den entsprechenden Fragebogen nicht aufgeführt hatte.

Am 30. August 1996 meldete der Kläger die vorliegende Streitsache beim Vermittleramt des Kreises Disentis an. Die am 27. September 1996 durchgeführte Vermittlungsverhandlung verlief erfolglos, weshalb der Leitschein am 30. September 1996 ausgestellt wurde. Der Kläger prosequierte die Klage mit Prozesseingabe vom 21. Oktober 1996 an das Bezirksgericht Vorderrhein. Dabei stellte er folgende Rechtsbegehren:

"1. Die Beklagte sei zu verpflichten, dem Kläger seit dem 01.03.1995 für die Dauer seiner Erwerbsunfähigkeit, längstens bis zum 31.07.2015 eine jährliche Erwerbsausfallrente von Fr. 12'000.-, zuzüglich Leistungsbonus zu bezahlen (alles gemäss Police Nr. ...).

2. Die Beklagte sei zu verpflichten, den Kläger für die Dauer seiner Erwerbsunfähigkeit, längstens bis zum 31.07.2015 von der Bezahlung der Versicherungsprämie zu befreien und dem Kläger die seit dem 01.06.1993 geleisteten Prämien zu erstatten (alles gemäss Police Nr. ...).

3. Es sei festzustellen, dass der von der Beklagten mit Schreiben vom 29.08.1995 erklärte Vertragsrücktritt von der Police Nr. ... (samt Anschlussverträgen) nichtig ist.

4. Unter gerichtlicher und aussergerichtlicher Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beklagten."

Die Beklagte beantragte in ihrer Prozessantwort vom 16. Dezember 1996 die kosten- und entschädigungsfällige Abweisung der Klage, sofern überhaupt darauf eingetreten werden könne. Mit Replik vom 25. Februar 1997 bestätigte der Kläger seine Rechtsbegehren gemäss Prozessantwort, worauf die Beklagte am 19. März 1997 duplizierend ebenfalls an ihrem Standpunkt festhielt.

Die Hauptverhandlung vor dem Bezirksgericht Vorderrhein fand am 14. November 1997 statt. Die Vorinstanz fällte folgendes Urteil:

"1. Die Klage von F. C. gegen die Winterthur-Versicherungsgesellschaft wird gutgeheissen.

Es wird festgestellt, dass der von der Beklagten mit Schreiben vom 29.08.1995 erklärte Vertragsrücktritt von der Police Nr. ... (samt Anschlussverträgen) nichtig ist.

2. Die Beklagte wird verpflichtet, dem Kläger seit dem 01.03.1995 für die Dauer seiner Erwerbsunfähigkeit, längstens bis zum 31.07.2015 eine jährliche Erwerbsausfallrente von Fr. 12'000.-, zuzüglich Leistungsbonus zu bezahlen (alles gemäss Police Nr. ...).

3. Die Beklagte wird verpflichtet, den Kläger für die Dauer seiner Erwerbsunfähigkeit, längstens bis zum 31.07.2015 von der Bezahlung der Versicherungsprämie zu befreien und dem Kläger die seit dem 01.06.1993 geleisteten Prämien zu erstatten (alles gemäss Police Nr. ...).

4. (Kosten und ausseramtliche Entschädigung)

5. (Mitteilung)"

Die Vorinstanz hielt fest, der Kläger habe die Fragen des Versicherers nach allfälligen Behandlungen, Operationen oder Untersuchungen in einem Krankenhaus, Sanatorium oder einer Kuranstalt in den verschiedenen Antragsformularen zu recht mit "nein" beantworten dürfen. Nicht entscheidend sei, dass der Kläger sich mehrmals für wenige Stunden in der Klinik B. aufgehalten habe, zumal er nach Lehre und Praxis lediglich länger-dauernde Aufenthalte in Kliniken etc. habe angeben müssen. In der Klinik B. sei er jedoch nie beziehungsweise kaum behandelt worden. Die Beklagte müsse sich die diesbezügliche Ungenauigkeit ihrer Frage nach allfälligen Krankenhaus-, Sanatorium- oder Kuranstaltsaufenthalten entgegenhalten lassen, was sich auch in Berücksichtigung des Umstandes rechtfertige, dass der Kläger auf dem kaufmännischen Sektor keine Bildung aufweise und dass er romanischer Muttersprache sei, was das Verstehen von Versicherungsfragen nicht erleichtere. Den an der Hauptverhandlung erhobenen Einwand des Klägers, die Versicherung sei nicht rechtzeitig vom Versicherungsvertrag zurückgetreten, wies die Vorinstanz zurück. Diese Behauptung finde sich nirgends in den Rechtsschriften und könne somit gestützt auf Art. 108 (recte: 118) ZPO nicht mehr berücksichtigt werden.

Gegen dieses Urteil liess die Beklagte am 14. Januar 1998 Berufung an das Kantonsgericht von Graubünden erheben mit dem Begehren um Aufhebung des angefochtenen Urteils des Bezirksgerichtes Vorderrhein und Abweisung der Klage des Klägers und Berufungsbeklagten (im nachfolgenden als Berufungsbeklagter bezeichnet) unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten des Berufungsbeklagten.

Am 4. Mai 1998 fand vor dem Kantonsgericht von Graubünden die mündliche Hauptverhandlung statt. Die Beklagte und Berufungsklägerin (im nachfolgenden als Berufungsklägerin bezeichnet) begründete ihre Berufung gegen das Urteil des Bezirksgerichtes Vorderrhein im wesentlichen damit, dass die Versicherung dem Berufungsbeklagten vier Hospitalisierungen (1978, 1979, 1980 und 1990) habe nachweisen können, die letzterer auf sämtlichen drei Anträgen an die Versicherung trotz entsprechender Frage nicht erwähnt hatte. Verschwiegen habe er zudem auf dem dritten Antrag eine Erwerbsunfähigkeit ab März 1992 eventuell März 1993, also eine Erwerbsunfähigkeit, die damals bereits eineinhalb beziehungsweise ein halbes Jahr bestanden hatte. Bei den vier nachgewiesenen Hospitalisierungen wegen Tabletten- und Alkoholmissbrauchs in Suizidabsicht handle es sich gemäss gesetzlicher Vermutung um Gefahrstatsachen, deren Verschweigen eine klare Verletzung der Anzeigepflicht darstelle. Der Auffassung der Vorinstanz, nur längerdauernde Klinikaufenthalte würden als erhebliche Gefahrstatsachen vermutet, könne nicht gefolgt werden, weshalb deren Urteil aufzuheben und die Klage abzuweisen sei.

Der Rechtsvertreter des Berufungsbeklagten führte seinerseits aus, ein Klinikaufenthalt stelle nur dann eine erhebliche Gefahrstatsache dar, wenn er medizinisch notwendig war und eine Behandlung erfolgt sei. Dies treffe im vorliegenden Fall nicht zu, weshalb der Berufungsbeklagte seine Anzeigepflicht nicht verletzt habe. Es handle sich bei den von der Gegenpartei angeführten Ereignissen um isolierte Vorkommnisse; zudem sei zu berücksichtigen, dass der Berufungsbeklagte seit dem Jahre 1980 keine Selbstmordversuche mehr unternommen habe. In ihren neuen Antragsformularen verlange die Versicherung nur noch Auskunft über Ereignisse und Befunde der letzten zehn Jahre, womit sie anerkenne, dass weiterzurückliegen-

de Ereignisse eben keine erheblichen Gefahrstatsachen darstellten. Ferner sei anhand der sehr rudimentären medizinischen Akten nicht erstellbar, was sich anlässlich der betreffenden Vorkommnisse genau ereignet habe; der Tablettenmissbrauch sei jedenfalls nicht erwiesen. Weiter stützte sich der Berufungsbeklagte zur Begründung seiner Anträge auf die Behauptung, der Vertragsrücktritt sei zu spät erfolgt. Da es sich bei der von Art. 6 VVG festgesetzten Frist von vier Wochen um eine Verwirkungsfrist handle, sei sie vom Richter von Amtes wegen zu beachten, eine Anrufung in den Rechtsschriften, wie dies die Vorinstanz verlangt habe, sei somit nicht notwendig.

Replizierend hielt der Rechtsvertreter der Berufungsklägerin an seinen Ausführungen fest und bekräftigte die Ansicht der Berufungsklägerin, dass es sich vorliegend um einen gravierenden Fall einer Anzeigepflichtverletzung handle. Immerhin seien innerhalb der gesamten Vertragsdauer vier Suizidversuche vorgekommen und der Berufungsbeklagte sei insgesamt mehrere Tage in Spitälern und Kliniken hospitalisiert worden. In seiner Duplik verwarf der Rechtsvertreter des Berufungsbeklagten die Thesen der Gegenpartei und bekräftigte die mit seiner Stellungnahme vorgebrachten Aussagen.

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). 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 Kriterium auf. Dies bedeutet, dass darüber hinaus auch Gefahrstatsachen meldepflichtig sind, die dem Antragsteller zwar noch nicht bewusst sind, die ihm aber bewusst werden, wenn er ernsthaft darüber nachdenkt (Maurer, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 3. Aufl., Bern 1995, S. 254). Bei der Anwendung dieses an sich objektiven Kriteriums sind die Umstände des einzelnen Falles, insbesondere die persönlichen Eigenschaften (Intelligenz, Bildungsgrad, Erfahrung) und die persönlichen Verhältnisse des Antragstellers zu berücksichtigen. Die herr-

schende Lehre verlangt 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 wie weit 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 ist jedoch nicht verpflichtet, Erkundigungen einzuholen (Maurer, a.a.O., S. 254).

Zusammenfassend bedeutet dies, dass der Antragsteller seiner Anzeigepflicht nur genügt, wenn er auf dem Antragsformular der Versicherung 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). Dies setzt voraus, dass die Fragen im Versicherungsantrag allgemeinverständlich formuliert sind (BGE 101 II 340). 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.

Aufgrund des Beweisergebnisses steht fest, dass der Berufungsbeklagte am 25. Juli 1987 erstmals und anschliessend am 16. August 1990 und 18. Oktober 1993 der Berufungsklägerin einen Antrag auf Abschluss einer Vorsorge-Versicherung gestellt hat.

Ebenso steht fest, dass der Berufungsbeklagte am 17. Februar 1978 einen ersten Suizidversuch unternahm, worauf er vom 18. - 20. Februar 1978 im Spital I. hospitalisiert war. Vom 19. - 22. Oktober 1979 war der Berufungsbeklagte wegen einer Vergiftung mit Alkohol und Benzodiazepinen erneut im Spital Ilanz hospitalisiert. Dort wurde er nochmals vom 21.-22. April 1980 und am 14. August 1980 hospitalisiert; der Grund der Hospitalisation war jeweils eine Intoxikation mit Benzodiazepinen teilweise in Kombination mit Alkoholkonsum. Am 8. Mai 1985 wurde der Berufungsbeklagte in die Klinik B. gebracht, die er am anderen Morgen verliess. Die Diagnose der Klinik lautete auf Alkohol- und Tablettenabusus bei infantiler, neurotischer Persönlichkeit. Ähnliches ereignete sich am 4. Oktober 1988, als der Berufungsbeklagte auf eigenen Wunsch hin erneut in die Klinik B. einbeliefert wurde, die er wiederum nach wenigen Stunden verliess.

Ferner traten beim Berufungsbeklagten nach eigenen Angaben seit 1989 Rückenbeschwerden auf, deretwegen er am 5. November 1990 erstmals Dr. med. U. N., in I., konsultierte. Weitere Konsultationen wegen Rückenbeschwerden erfolgten bei Dr. med. M. T., in T., erstmals am 7. September 1992. Dieser attestierte dem Berufungsbeklagten mit ärztlichem Zeugnis vom 10. Juli 1995 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit seit März 1992 beziehungsweise 1993. Gemäss Arztbericht vom 10. Juli 1995 an die ebenfalls involvierte Rentenanstalt Swiss Life besteht die Erwerbsunfähigkeit seit März 1992, wogegen der gleichentags datierte Bericht an die Berufungsklägerin von einer Erwerbsunfähigkeit seit März 1993 ausgeht. Aus den Akten ist nicht ersichtlich, welches Datum zutreffend ist. Dies kann im vorliegenden Fall offenbleiben, trat doch die Versicherung nicht wegen der angeblich verschwiegenen, der Versicherung aber bereits vor den fraglichen Hospitalisationen bekannten Erwerbsunfähigkeit, sondern wegen den nicht aufgeführten Spital- und Klinikaufhalten vom Vertrag zurück.

Auf dem Antragsformular vom 18. Oktober 1993 beantwortete der Berufungsbeklagte die Frage Nr. 27 "Wurden Sie schon in einem Krankenhaus, Sanatorium oder einer Kuranstalt behandelt, operiert oder untersucht?" mit nein. Dieselbe Antwort gab der Berufungsbeklagte auf die gleichlautende Frage auf den Fragebogen zu den Anträgen vom 25. Juli 1987 und vom 16. August 1990. Vorerst ist festzuhalten, dass diese jeweils auf allen Fragebogen gleichlautende Frage durchaus bestimmt und unzweideutig im Sinne von Art. 4 Abs. 3 VVG

ist, und dass die Gefahrstatsachen, auf die sich diese Frage richtete, somit als erheblich vermutet werden können. Der diesbezüglichen Auffassung der Vorinstanz, wonach sich die Frage nur auf längerdauernde Einweisungen, nicht aber auf Aufenthalte von wenigen Stunden beziehe, kann nicht gefolgt werden. Massgebend ist richtigerweise, wie der Antragsteller eine Frage des Versicherers nach Treu und Glauben verstehen durfte. Dabei ist vorderhand auf den Wortlaut abzustellen. Die Frage, ob der Berufungsbeklagte in einem Krankenhaus, Sanatorium oder in einer Kuranstalt behandelt, operiert oder untersucht worden sei, hat keine zeitliche Beschränkung zum Inhalt. Auch nach Treu und Glauben ist die entsprechende Frage nach Spital- und Klinikaufenthalten ohne zeitliche Begrenzung zu verstehen; ein entsprechender Hinweis für eine derartige Einschränkung fehlt im Fragebogen und ist auch nicht aus dem Zusammenhang der Fragen heraus erkennbar. Somit waren vom Berufungsbeklagten sämtliche Behandlungen, Operationen und Untersuchungen in einem Krankenhaus, Sanatorium oder in einer Kuranstalt, denen er sich je unterzogen hatte, auf dem Antragsformular aufzuführen.

Die Angaben des Berufungsbeklagten auf den Fragebogen der Versicherung widersprechen der Tatsache, dass der Berufungsbeklagte seit dem Jahre 1978 mehrmals sowohl im Spital I. wie auch in der Klinik B. hospitalisiert worden war. Wie dem Bericht von Dr. med. U. N. vom 27. April 1996 zu entnehmen ist, war der Berufungsbeklagte anlässlich der Hospitalisation vom 18. - 20. Februar 1978 im Spital I. mindestens soweit untersucht worden, dass er nach zwei Tagen wieder entlassen werden konnte; abgemacht wurde dabei, der Patient solle sich einer Psychotherapie beim inzwischen verstorbenen Oberarzt der psychiatrischen Klinik B. Dr. J. unterziehen. Für die Aufenthalte im Spital I.: vom 19. - 22. Oktober 1979, vom 21. - 22. April und vom 14. August 1980 sind ausführliche Austrittsberichte des Spitals vorhanden. Gemäss diesen Berichten wurde der Berufungsbeklagte jeweils einer eingehenden Untersuchung unterzogen, sodass eine Diagnose gestellt und eine Therapie vorgeschlagen werden konnten. Auch anlässlich der Einweisungen in die psychiatrische Klinik B. vom 8. Mai 1985 und vom 4. Oktober 1988 wurde beim Berufungsbeklagten jeweils eine Diagnose gestellt, was eine minimale Untersuchung des Patienten voraussetzt.

Objektiv gesehen kann somit die Frage des Versicherers, ob der Antragsteller schon in einem Krankenhaus, Sanatorium oder einer Kuranstalt behandelt, operiert oder untersucht worden sei, angesichts des festgestellten Sachverhaltes nur mit "ja" beantwortet werden. Ohne Zweifel ist der Berufungsbeklagte sowohl im Spital I. als auch in der Klinik B. mehrere Male untersucht worden, wobei jeweils auch Gespräche im Hinblick auf eine geeignete Therapie stattgefunden hatten. In subjektiver Hinsicht bestreitet denn der Berufungsbeklagte auch nicht, die Frage des Versicherers richtig verstanden und tatsächlich von diesen Aufenthalten und Untersuchungen gewusst zu haben; er verneint lediglich deren Qualifizierung als erhebliche Gefahrstatsachen. Bei diesem Kenntnisstand des Berufungsbeklagten kann auch der Umstand nicht berücksichtigt werden, dass der Berufungsbeklagte auf dem kaufmännischen Sektor nicht bewandert und romanischer Muttersprache ist. Aber selbst wenn sich der Berufungsbeklagte nicht mehr an die Spital- und Klinikaufenthalte hätte erinnern können, hätten ihm diese bei ernsthaftem Nachdenken über die Frage des Versicherers bekannt sein müssen. Der Berufungsbeklagte konnte seiner Anzeigepflicht somit nur genügen, indem er ausser den ihm ohne weiteres bekannten Tatsachen auch die Hospitalisationen im Spital I. und in der Klinik B. aus den Jahren 1978 - 1988 angab; deren Vorhandensein konnte ihm nicht entgehen, wenn er über die Fragen des Versicherers ernsthaft nachgedacht hätte (vgl. BGE 116 II 341; 96 II 211 mit Hinweisen).

Die Frage nach Spital-, Santatorium- oder Kurhausaufenthalten wurde unabhängig vom Grund des jeweiligen Aufenthaltes gestellt und musste auch unabhängig davon beantwortet werden. Es ist deshalb irrelevant, ob der Berufungsbeklagte sich allein wegen Alkoholexzessen und Suizidgefahr oder aber aus anderen Gründen im Spital I. und in der Klinik B. befunden hatte. Unbeachtet müssen auch die Beweggründe dieser Aufenthalte bleiben, zumal sie keinen Einfluss auf die objektiv und subjektiv richtige Antwort auf die von der Versicherung

gestellte Frage haben können. Insofern ist auch nicht von Bedeutung, wie der Berufungsbeklagte geltend machen lässt, dass die medizinischen Akten äusserst rudimentär sind. Entscheidend ist lediglich, ob der Berufungsbeklagte sich tatsächlich je in einem Krankenhaus, Sanatorium oder Kurhaus aufgehalten hatte und dort behandelt, operiert oder untersucht worden war oder nicht. Diese Frage konnte der Berufungsbeklagte angesichts der oben dargestellten Krankengeschichte, wie bereits erwähnt, nur mit ja beantworten. Es wäre dann nämlich an der Versicherung gelegen, abzuklären und zu entscheiden, welche Gründe zu den verschiedenen Aufenthalten geführt hatten und ob diese auf den Abschluss des Versicherungsvertrages einen Einfluss haben würden oder nicht. Darüber musste und konnte der Berufungsbeklagte anlässlich der Ausfüllung des Fragebogens nicht urteilen; zweifellos hätte er die Aufenthalte im Spital I. und in der Klinik B. aufführen müssen. Indem er dies unterliess, hat der Berufungsbeklagte seine Anzeigepflicht verletzt, sofern nicht weitere, nachstehende Gründe zur Verneinung dieser Verletzung führen.

Nebst der Frage nach einem Krankenhaus-, Sanatorium- oder Kurhausaufenthalt erkundigte sich der Versicherer zudem auf allen drei Fragebogen danach, ob der Antragsteller in den letzten zwei Jahren die Arbeit wegen einer Krankheit oder eines Unfalles für mehr als zwei Wochen ganz oder teilweise aussetzen musste (Frage Nr. 3 beziehungsweise 23). Auch diese Frage beantwortete der Berufungsbeklagte unrichtigerweise mit "nein", obwohl er seit dem März 1992 beziehungsweise 1993 100%-ig arbeitsunfähig war. Diese Erwerbsunfähigkeit ab März 1992 eventuell März 1993 hat der Berufungsbeklagte ebenfalls verschwiegen, obwohl sie bei der Ausstellung des letzten Antragsformulars vom 18. Oktober 1993 bereits einige Zeit gedauert hatte und ihm somit nicht unbekannt sein konnte. Hätte der Berufungsbeklagte auch über diese Frage des Versicherers ernsthaft nachgedacht, hätte er diese Erwerbsunfähigkeit nicht verschweigen können (BGE 116 II 341; 96 II 211 mit Hinweisen). Auch in dieser Hinsicht ist dem Berufungsbeklagten somit eine Anzeigepflichtverletzung vorzuwerfen. Allerdings gereicht dieses Verschweigen allein dem Berufungsbeklagten nicht zum Nachteil, da die Versicherung bereits Mitte Juli 1995 über diese Erwerbsunfähigkeit unterrichtet war und sie innert der Frist von vier Wochen offensichtlich nicht darauf reagiert hat, sondern erst nach Bekanntwerden weiterer verschwiegener Tatsachen vom Vertrag zurückgetreten ist. Die Versicherung behält jedoch, selbst wenn sie wegen der im Antragsformular zu unrecht nicht aufgeführten Erwerbsunfähigkeit vom Vertrag nicht zurückgetreten ist, das Recht, dies unter Berufung auf weitere Verletzungen der Anzeigepflicht bezüglich einer anderen Gefahrstatsache, - hier wegen der verschwiegenen Hospitalisationen -, zu tun (Entscheidung schweizerischer Gerichte in privaten Versicherungsstreitigkeiten, XV, 1982-1985, No. 17 und XVI

1986-1987, N° 8). Dabei läuft die vierwöchige Frist ab Kenntnissnahme der massgebenden Anzeigepflichtverletzung, nämlich ab dem Zeitpunkt der Kenntnis, dass der Berufungsbeklagte mehrmals in Spitälern und Kliniken eingeliefert und untersucht worden war.

Gemäss Art. 4 Abs. 3 VVG stellt die Erheblichkeit derjenigen Gefahrstatsachen, nach denen im Antragsformular des Versicherers in bestimmter, unzweideutiger Fassung gefragt wird, eine blosse Vermutung dar, die der Antragsteller widerlegen kann. Dem Versicherungsnehmer steht somit der Beweis offen, dass eine Angabe über diese Tatsache den Willensentschluss des Versicherers im konkreten Fall in Wirklichkeit nicht beeinflusst hat. Dies bedeutet, dass der 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). Diesen Einwand erhebt der Berufungsbeklagte denn auch und macht geltend, ein Klinikaufenthalt stelle nur dann eine erhebliche Gefahrstatsache dar, wenn er medizinisch notwendig war und dort eine Behandlung erfolgt sei. Dies sei beim Berufungsbeklagten jedoch nicht der Fall gewesen, da dieser in der Klinik B. im Jahre 1985 und 1988 jeweils lediglich seinen Rausch ausgeschlafen hätte. Eine medizinische Behandlung sei weder angezeigt, noch notwendig gewesen. Bei den Selbstmordversuchen in den Jahren 1978 - 1981 handle es sich ferner um isolierte Ereignis-

se, die sich vor rund zwanzig Jahren abgespielt hätten. Je weiter derartige Ereignisse zurückliegen, desto weniger könnten sie als erhebliche Gefahrstatsachen beurteilt werden, was die Berufungsklägerin mit ihren neuen Antragsformularen für Lebensversicherungen selbst beweise, in denen sie nunmehr nur noch nach Ereignissen und Befunden der letzten zehn Jahre frage. Dieser Begründung ist auch die Vorinstanz im angefochtenen Urteil im wesentlichen gefolgt.

Erheblich ist eine Gefahrstatsache, die geeignet ist, auf den Entschluss des Versicherers, den Vertrag überhaupt oder zu den vereinbarten Bedingungen abzuschliessen, einen Einfluss auszuüben (Art. 4 Abs. 2 VVG); als erheblich werden diejenigen Gefahrstatsachen vermutet, auf welche die schriftlichen Fragen des Versicherers in bestimmter, unzweideutiger Weise gerichtet sind (Art. 4 Abs. 3 VVG). Die Fragen der Berufungsklägerin auf sämtlichen drei vom Berufungsbeklagten ausgefüllten Formularen richten sich in allgemeiner Form nach Behandlungen, Operationen oder Untersuchungen in Krankenhäusern, Sanatorien oder Kurhäusern und sind in zeitlicher Hinsicht nicht begrenzt. Folglich hat der Antragsteller sämtliche Spital- und Klinikaufenthalte anzuführen, denen er sich in seinem Leben unterzogen hat. Dabei ist zwar nicht von der Hand zu weisen, dass Ereignisse und Befunde, die bereits sehr lange Zeit zurückliegen in den Augen des Antragstellers und möglicherweise auch für die Beurteilung durch die Versicherung gegebenenfalls eine geringere Rolle als spätere Tatsachen spielen dürften. Auch hier gilt jedoch, dass es nicht beim Antragsteller liegt, die Erheblichkeit einer tatsächlich vorliegenden Gefahrstatsache beim Ausfüllen des Antragsformulars zu beurteilen. Vielmehr obliegt diese Prüfung allein der Versicherung. Der Berufungsbeklagte könnte seine Ansprüche trotz Anzeigepflichtverletzung nur dann erfolgreich geltend machen, wenn er dartun könnte, dass die Berufungsklägerin denselben Vorsorgevertrag auch in Kenntnis der später herausgefundenen und hier zur Diskussion stehenden Tatsachen abgeschlossen hätte. Diesen Beweis, der in der Regel nicht leicht zu erbringen sein dürfte, hat der Berufungsbeklagte nicht angetreten. Den Akten können keine Hinweise darauf entnommen werden, dass die Versicherung denselben Vertrag auch in Kenntnis der Spital- und Klinikaufenthalte des Berufungsbeklagten unverändert abgeschlossen hätte. Daran ändert auch die Tatsache nichts, dass die Versicherung angeblich die hier interessierende Frage auf ihren neuesten Fragebogen abgeändert und heute nur noch nach Ereignissen und Befunden forscht, die lediglich zehn Jahre zurückliegen. Der Berufungsbeklagte musste die Fragen gemäss denjenigen Fragebogen ausfüllen, die ihm zur Verfügung standen; diese sind auch für die vorliegende Prüfung der Erheblichkeit von Gefahrstatsachen allein massgeblich. Dass heute lediglich nach zehn Jahre zurückliegenden Ereignissen und Befunden gefragt wird, hat somit keinen Einfluss auf die Frage, ob der Vorsorgevertrag mit dem Berufungsbeklagten damals bei Kenntnis seiner Spital- und Klinikaufenthalte abgeschlossen worden wäre oder nicht.

Ferner muss auch nicht abgeklärt werden, ob anlässlich der Spital- und Klinikaufenthalte des Berufungsbeklagten eine medizinische Behandlung indiziert war oder nicht. Es steht fest, dass der Berufungsbeklagte dort zumindest untersucht worden war. Auch über die Notwendigkeit einer medizinischen Untersuchung oder Behandlung hat nicht der Antragsteller beim Ausfüllen des Fragebogens der Versicherung, sondern letztere bei allfälligen späteren Abklärungen im Hinblick auf den Abschluss der Vorsorgeversicherung, in der Regel nach der Einholung entsprechender Arztberichte, zu entscheiden.

Zusammenfassend steht somit fest, dass der Berufungsbeklagte seiner Anzeigepflicht nicht rechtsgenügend nachgekommen ist, dass die Fragen der Berufungsklägerin sich auf erhebliche Gefahrstatsachen bezogen haben und dass der Berufungsbeklagte diese Vermutung nicht zu entkräften vermochte, sodass die Versicherung innert vier Wochen vom Vertrag zurücktreten durfte. Fraglich bleibt lediglich, ob die Berufungsklägerin diesen Vertragsrücktritt rechtzeitig erklärt hat oder nicht.

Anlässlich der Hauptverhandlung vor der Vorinstanz machte der klägerische Rechtsvertreter erstmals geltend, der Rücktritt der Versicherung vom Versicherungsvertrag sei zu spät

erfolgt. Die Vorinstanz trat auf diesen Einwand mit der Begründung, dass er sich nirgends in den Rechtsschriften finde und somit verspätet erhoben worden sein, nicht ein.

Die Rücktrittserklärung nach Art. 6 VVG ist verspätet, wenn sie nicht innert vier Wochen seit Kenntnis von der Verletzung der Anzeigepflicht vom Versicherer erklärt wird. Der Versicherer muss beweisen, dass er die Frist eingehalten hat (Maurer, a.a.O., S. 254 N 553). Bei dieser Frist handelt es sich nicht um eine Verjährungs-, sondern um eine Verwirkungsfrist, deren Lauf weder gehemmt noch unterbrochen werden kann (BGE 118 II 338; 116 V 229). Ob ein Anspruch verwirkt und somit nicht mehr klagbar ist, muss durch Sachurteil entschieden werden; das Fehlen von Verwirkung stellt keine Prozessvoraussetzung (Vogel, Grundriss des Zivilprozessrechts, 3. Aufl., Bern 1992, §7 N 75), sondern eine materiellrechtliche Voraussetzung dar. Der Richter hat eine Verwirkungsfrist auch ohne Einrede im technischen Sinn (aber doch nur auf Antrag oder Behauptung des Schuldners hin) von Amtes wegen zu berücksichtigen (BGE 111 V 136; 112 V 7, 113 V 181 zit. in: Gauch, Allgemeiner Teil OR, Bd. II, 5. Aufl., Zürich 1991, N3506, und BGE 101 1b 350). In PKG 1968 Nr. 9 und 1977 Nr. 11 hat das Kantonsgericht von Graubünden festgehalten, dass die Einrede der mangelnden Sachlegitimation der Parteien, die nicht prozessrechtlicher Natur, sondern eine Frage des materiellen Rechts ist, nicht bereits im Zeitpunkt des Schriftenwechsels erhoben werden muss. Als die Sache betreffende Einrede könne sie in jedem Stadium des Prozesses, so auch im Berufungsverfahren geltend gemacht werden. In PKG 1996 Nr. 9 hat das Kantonsgericht diese Rechtsprechung präzisiert und auch materiellrechtliche Einreden, die im Zeitpunkt des Rechtsschriftenwechsels geltend gemacht werden können und nicht von Amtes wegen berücksichtigt werden müssen, der kantonalrechtlichen Eventualmaxime von Art. 118 ZPO unterworfen. Demnach müssen derartige Einreden gestützt auf Art. 82 Abs. 1 Ziff. 3 und Art. 87 Abs. 3 ZPO bei Verwirkung im Unterlassungsfalle in den Rechtsschriften angebracht werden. Insofern werden an die Einreden materiellrechtlicher Natur dieselben Anforderungen bezüglich des Zeitpunktes der Geltendmachung gestellt, wie dies für die Darstellung des Sachverhaltes gilt (PKG 1996 Nr. 9). Im zitierten Entscheid bekräftigte das Kantonsgericht hingegen seine Praxis hinsichtlich der von Amtes wegen zu berücksichtigenden Einrede der mangelnden Sachlegitimation, welche nach wie vor auch in jedem späteren Stadium des Verfahrens erhoben werden kann. Dies stehe nicht im Widerspruch zur erwähnten Praxis des Kantonsgerichtes bezüglich derjenigen materiellrechtlicher Einreden, die nicht von Amtes wegen zu berücksichtigen sind. Denn im Gegensatz zu der erst auf entsprechende Einrede hin zu beachtenden Verjährung (Art. 142 OR) und Verrechnung sei die Frage der Sachlegitimation als materiellrechtliche Voraussetzung des eingeklagten Anspruches von Amtes wegen zu prüfen; "da es diesfalls um die Frage der Rechtsanwendung von Amtes wegen geht, vermag diese Praxis auch nichts an den vorstehenden Erwägungen zu ändern." (PKG 1996 Nr. 9).

Dasselbe muss für die hier zu beurteilende Frage der rechtzeitigen Geltendmachung des Vertragsrücktrittes nach Art. 6 VVG gelten. Mangels einschlägiger Bestimmungen im Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag und in der kantonalen Vollziehungsverordnung zum Schweizerischen Obligationenrecht ist auf die kantonalrechtlichen Bestimmungen der Zivilprozessordnung und auf die diesbezügliche Rechtsprechung abzustellen. Als Verwirkungsfrist und materiellrechtliche Voraussetzung, die von Amtes wegen geprüft werden muss, unterliegt die Frage der Rechtzeitigkeit des Vertragsrücktrittes der Eventualmaxime der Art. 82, 87 und 118 ZPO nicht. Vielmehr hat das Gericht bei der Rechtsanwendung die Frage der Rechtzeitigkeit auch dann zu prüfen, wenn die Parteien diesen Einwand in den Rechtsschriften nicht erhoben haben, stellt der rechtzeitige Rücktritt eben eine materiellrechtliche Voraussetzung des Rechtes der Versicherung dar, den Vertrag mit ihrer Rücktrittserklärung einseitig aufzuheben. Der Einwand der Verwirkung des Rücktrittsrechtes der Versicherung wegen verspäteter Geltendmachung kann demnach ungeachtet der in der Bündnerischen Zivilprozessordnung herrschenden strengen Verhandlungs- und Eventualmaxime auch erst vor Schranken erhoben werden. Allerdings verbleibt die Beweislast für die Rechtzeitigkeit des Rücktrittes trotzdem bei der Versicherung (Maurer, a.a.O., S. 254 Fn 553), welche die tatsächlichen Vor-

aussetzungen für die innert der vierwöchigen Frist erfolgte Rücktrittserklärung im Rahmen der Verhandlungs- und Eventuaimaxime in den Rechtsschriften rechtzeitig vorzubringen hat. Folglich ist zu prüfen, ob die Versicherung die vierwöchige Frist, innert der sie vom Vertrag zurücktreten konnte, eingehalten hat oder nicht.

Bei dieser Prüfung ist gestützt auf Art. 100 VVG auf die Regeln des allgemeinen Teils des Obligationenrechtes zur Berechnung von Fristen abzustellen. Nach Art. 100 Abs. 1 VVG finden nämlich auf den Versicherungsvertrag, soweit das Gesetz keine Vorschriften enthält, die Bestimmungen des Obligationenrechtes Anwendung.

Soll die Erfüllung einer Verbindlichkeit oder eine andere Rechthandlung mit dem Ablaufe einer bestimmten Frist nach Abschluss des Vertrages erfolgen, so fällt ihr Zeitpunkt, wenn die Frist nach Wochen bestimmt ist, auf denjenigen Tag der letzten Woche, der durch seinen Namen dem Tage des Vertragsabschlusses entspricht (Art. 77 Abs. 1 Ziff. 2 OR). In gleicher Weise wird die Frist auch dann berechnet, wenn sie nicht von dem Tage des Vertragsabschlusses, sondern von einem andern Zeitpunkt an zu laufen hat (Art. 77 Abs. 2 OR).

Dr. med. U. N. teilte der Berufungsklägerin am 28. Juli 1995 mit, dass der Berufungsbeklagte sich im Mai 1985 und im Oktober 1988 kurzfristig in der Psychiatrischen Klinik B. aufgehalten hatte. Das Antwortschreiben von Dr. med. U. N. trägt den Eingangsstempel vom 2. August 1995. Daraufhin trat die Berufungsklägerin mit Schreiben vom 29. August 1995 gestützt auf Art. 6 VVG vom Versicherungsvertrag zurück.

Der 28. Juli 1995 war ein Freitag, sodass davon auszugehen ist, dass das Schreiben des Arztes erst zu Beginn der folgenden Woche bei der Versicherung eingegangen ist. Unter Berücksichtigung, dass der 1. August 1995 ein Nationalfeiertag ist und mit Rücksicht auf den von der Versicherung angebrachten Eingangsstempel, darf angenommen werden, dass das Schreiben sich erst am Mittwoch, 2. August 1995, in Händen der Berufungsklägerin befand. Zwar wurde diese Behauptung von der Berufungsklägerin in den Rechtsschriften nicht vorgebracht; sie behauptete in ihrer Prozesseingabe lediglich, vom Schreiben von Dr. med. N. "Mitte August" Kenntnis erhalten zu haben. Da jedoch nicht behauptete, aber durch das Beweisverfahren erwiesene Tatsachen berücksichtigt werden dürfen (PKG 1990 Nr. 13; 1988 Nr. 5), ist bei der Fristberechnung vom 2. August 1995 als Tag der Kenntnisnahme der Anzeigepflichtverletzung auszugehen. Von diesem Tag an hatte die Versicherung vier Wochen Zeit, vom Vertrag zurückzutreten. Diese vierwöchige Frist endete nach der Berechnung gemäss Art. 77 OR am Mittwoch, den 30. August 1995.

Das Rücktrittsschreiben der Versicherung vom 29. August 1995 kann dann als rechtzeitig betrachtet werden, wenn es spätestens am 30. August 1995 im Machtbereich des Berufungsbeklagten eingegangen ist. Für die Prüfung der Rechtzeitigkeit ist auf den Empfang dieses Schreibens abzustellen. Die Rücktrittserklärung stellt nämlich eine empfangsbedürftige Willenserklärung des Versicherers dar, die beim Versicherungsnehmer oder seinem Rechtsnachfolger eintreffen muss und auf Gefahr des Versicherten reist (Roelli/Keller, Kommentar zum Schweizerischen Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, Bd. I, Bern 1968, S. 132 mit Hinweisen). In der vorliegenden Angelegenheit trägt die Berufungsklägerin, auch wenn die Rechtzeitigkeit des Rücktrittes von Amtes wegen geprüft wird, die Beweislast, dass die Rücktrittserklärung rechtzeitig beim Versicherungsnehmer eingegangen ist (Maurer, a.a.O., S. 254 Fn 553).

Die Rücktrittserklärung der Berufungsklägerin datiert vom 29. August 1995 und wurde mit eingeschriebener Post gesandt. Ob das Schreiben tatsächlich am 30. August 1995 beim Berufungsbeklagten eingegangen ist oder ob er von der siebentägigen Abholfrist Gebrauch gemacht hat, ist aus den Akten nicht erkennbar. Entsprechende Behauptungen und Beweise fehlen auch in den Rechtsschriften. Aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung und dem üblichen Lauf der Dinge besteht jedoch eine natürliche Vermutung, dass dieses Schreiben am nächsten Tag beim Berufungsbeklagten eingegangen ist. Einerseits ist dies vom Berufungsbeklagten nicht bestritten worden und andererseits hat dieser auch nicht behauptet, die Rücktrittserklärung später erhalten zu haben, weshalb als erwiesen gelten kann, dass die

Versicherung die Frist des Art. 6 VVG eingehalten hat (vgl. dazu auch Entscheide schweizerischer Gerichte in privaten Versicherungssachen, XIV, 1974-1981, No. 12). Gemäss der nach bündnerischer Zivilprozessordnung Anwendung findenden Verhandlungsmaxime (Art. 118 ZPO) darf unter anderem der Tatbestand nicht von Amtes wegen ergänzt oder berichtigt werden; andererseits hat das Gericht Tatsachenbehauptungen, die von der Gegenpartei nicht bestritten sind, grundsätzlich ohne weitere Prüfung als richtig hinzunehmen (PKG 1988 Nr. 5 mit Hinweisen). Zudem dürfen nicht behauptete, aber durch das Beweisverfahren bewiesene Tatsachen berücksichtigt werden (PKG 1990 Nr. 13; 1988 Nr. 5). Beweise werden nur über erhebliche und, soweit der Sachverhalt nicht von Amtes wegen zu erforschen ist, nur über bestrittene Tatsachen erhoben (Art. 156 Abs. 1 ZPO). Auch in Anwendung dieser der bündnerischen Zivilprozessordnung innewohnender Verfahrensgrundsätze lässt sich der Schluss ziehen, dass der Berufungsbeklagte den Zugang der Rücktrittserklärung, also das Eintreffen des Schreibens der Versicherung in seinen Machtbereich, am 30. August 1995, nämlich am letzten Tag der Frist nicht rechtsgenügend bestritten hat. Insofern kann hier offen bleiben, ob auch noch die siebentägige Abholfrist für eingeschriebene Sendungen berücksichtigt werden muss, wie dies auch nach der vergleichsweise beizuziehenden Lehre und Rechtsprechung im Arbeits- und Mietrecht kontrovers diskutiert wird (vgl. dazu Zihlmann, Kommentar zum Schweizerischen Privatrecht, Obligationenrecht I, Basel 1992, Art. 266a N 5; Art. 314 N 2 mit Hinweisen; Art. 335 N 3; SVIT-Kommentar zum Schweizerischen Mietrecht, Zürich 1991, Vorbemerkungen zu Art. 266-266o, N 5; Streiff/von Kaenel, Arbeitsvertrag, Zürich 1992, Art. 335 N 5; BGE 100 III 3 und 107 II 191).

Diese Schlussfolgerung rechtfertigt sich auch im Hinblick darauf, dass nach Einholung zusätzlicher Informationen bei den behandelnden Ärzten durch die Versicherung, nebst den Einlieferungen in die Klinik B., weitere Anzeigepflichtverletzungen, nämlich die nicht angegebenen Hospitalisationen im Spital I. zutage traten. Da die Versicherung bei jeder neu auftauchenden Anzeigepflichtverletzung bezüglich einer anderen Gefahrs-tatsache erneut vom Vertrag zurücktreten kann, steht es ihr auch offen, nach einem bereits erfolgten Rücktritt an diesem auch wegen der neu in Kenntnis gebrachten Gründe weiter festzuhalten, ohne eine weitere Rücktrittserklärung abzugeben. So ergeht weiter aus den Akten, dass die Versicherung am 2. Mai 1996 durch Dr. med. U. N. auch über die Aufenthalte des Berufungsbeklagten im Spital I. orientiert worden war, worauf die Versicherung in einem Schreiben vom 3. Mai 1996 diese Gründe nachlieferte und bestätigte, dass sie an ihrer Rücktrittserklärung festhalte. Hätte die Berufungsklägerin den Rücktritt wegen der erst zu diesem Zeitpunkt bekanntgewordenen Spitalaufenthalte erklärt, müsste auch dieser als rechtzeitig betrachtet werden. Aus all diesen Gründen steht fest, dass die Berufungsklägerin rechtzeitig vom Vertrag zurückgetreten ist.

Weitere Tatbestände nach Art. 8 VVG, wonach der Versicherung aus anderen Gründen ein Rücktritt verwehrt ist, sind im vorliegenden Fall nicht erkennbar. Somit ist der Rücktritt innert den gesetzlich geforderten vier Wochen und folglich rechtzeitig erfolgt. Die Berufung der Versicherung ist deshalb gutzuheissen, das angefochtene Urteil des Bezirksgerichtes Vorderrhein aufzuheben und die Klage des Versicherungsnehmers und Berufungsbeklagten ist vollumfänglich abzuweisen.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens gehen die Kosten des Vermittleramtes Disentis, des Bezirksgerichtes Vorderrhein und des Berufungsverfahrens zu Lasten des Klägers und Berufungsbeklagten, der die Beklagte und Berufungsklägerin ausseramtlich angemessen zu entschädigen hat.

Demnach erkennt die Zivilkammer

1. Die Berufung wird gutgeheissen, das angefochtene Urteil wird aufgehoben und die Klage abgewiesen.
2. Die Kosten des Vermittleramtes Disentis von Fr. 175.-, des Bezirksgerichtes Vorderrhein von Fr. 5'850.- und des Berufungsverfahrens von Fr. 6'000.-- gehen zu Lasten des

Klägers und Berufungsbeklagten, der die Beklagte und Berufungsklägerin aussergerichtlich für beide Verfahren mit Fr. 10'000.- zu entschädigen hat.