

Bezirksgericht Untertoggenburg, 23. November 1999,
K. c. Schweizerische Mobiliar Versicherung, Bern

Tatbestand/Gründe: Gestützt auf den Leitschein des Vermittleramtes M. vom 13. November 1999 machte die Klägerin am 12. Januar 1999 beim Bezirksgericht Untertoggenburg die Klage anhängig. Der Beklagte erstattete am 26. Februar 1999 die Klageantwort. Am 22. Juni 1999 ging die Replik und am 17. September 1999 die Duplik ein. Nach einem Versuch des Gerichtspräsidenten, die Sache vergleichsweise zu erledigen, wurden die Parteien zur heutigen Hauptverhandlung geladen.

Am 15. September 1991 beantragte der Beklagte bei der Klägerin eine Kollektiv-Kranken- und eine Einzel-Unfallversicherung. Bei beiden Anträgen musste der Beklagte verschiedene Fragen beantworten. Unbestrittenermassen beantwortete der Beklagte die Frage 18 "Sind Ihnen von einem Arzt eine Operation, ein Spitalaufenthalt, eine Kur oder andere Massnahmen empfohlen worden?" im Formular der Unfallversicherung mit "Nein". Gleichzeitig mit dem Antrag für die Unfallversicherung füllte der Beklagte die Anmeldung für die Krankenversicherung aus.

Unter Ziff. 5.7 wird nach Krankheiten der Knochen, Gelenke, Muskeln, wie z.B. Muskelschwund, Rheumatismus, Wirbelsäulebeschwerden, Bandscheibenschäden, Ischias" gefragt. Der Beklagte kreuzte auch bei dieser Frage das Feld "Nein" an.

Aufgrund der Anträge des Beklagten schloss die Klägerin zwei Versicherungsverträge mit demselben ab. Dabei handelt es sich um den Kollektiv-Krankenversicherungsvertrag, Policen-Nr. ... und um den Einzel-Unfallversicherungsvertrag, Police-Nr. ... Beide Vertragsverhältnisse begannen am 1. Januar 1992.

3. Die Klägerin macht im wesentlichen geltend, dass der Beklagte Ende April 1994 und am 7. Januar 1997 gemeldet habe, er beanspruche Leistungen aus den beiden Versicherungsverträgen. Bei der Unfallschadensmeldung vom 7. Januar 1997 habe er angegeben, dass er mit Wirkung ab dem 5. Dezember 1996 wegen einer Blutung im Knie arbeitsunfähig und bei Dr. med. H. F., in M., sowie bei der St. L.-Klinik in St. G. in Behandlung sei. Sie habe daraufhin Taggeldleistungen über Fr. 19'635.-- aus dem ersten Ereignis im Jahre 1994 erbracht und für Heilungskosten Fr. 75.10 vergütet. Aus dem zweiten Ereignis habe sie Leistungen über Fr. 3060.-- erbracht. Aus der Kollektiv-Kranken-Police habe sie Fr. 4'273.10 geleistet. Insgesamt habe sie dem Beklagten aus den beiden Versicherungspolice Leistungen von Fr. 27'043.20 erbracht.

Am 13. Januar 1997 habe Dr. med. H. F. die Arbeitsunfähigkeit des Beklagten aus dem zweiten Ereignis vom 4. Dezember 1996 bestätigt. Dr. med. H. F. habe die Angaben des Beklagten über die Entstehung des Ereignisses wiedergegeben, wonach es bei der Arbeit des Beklagten wiederholt zu leichteren Kontusionen des rechten Knies gekommen sei und dabei immer wieder posttraumatische Positiden und Hämorrhagien aufgetreten seien, besonders intensiv schliesslich am 4. Dezember 1996. Dies sei im wesentlichen im Operationsbericht der Chirurgie St. L. vom 10. Dezember 1996 bestätigt worden. Daraufhin habe sie sich am 2. April 1997 an Dr. med. G. S. von der Chirurgie St. L. gewendet und um ein ärztliches Zeugnis ersucht. Am 7. April 1998 habe Dr. med. M. Fi., leitender Arzt bei der Chirurgie St. L., im wesentlichen berichtet, dass eine Bursitis präpatellaris am rechten Knie des Beklagten behandelt worden sei. Dabei habe es sich um ein Leiden des Beklagten "seit 1989" gehandelt. Weiter habe er ausgeführt, dass am 5. Dezember 1996 eine Bursektomie durchgeführt worden sei. Am 17. April 1997 habe sie dem behandelnden Arzt, Dr. med. H. F., geschrieben und habe ihn um nähere Auskünfte über die Bursitis präpatellaris am rechten Knie des Beklagten ersucht. Dr. med. H. F. habe dieses Schreiben am 22. April 1997 beantwortet und habe ihr mitgeteilt, dass er den Beklagten erstmals wegen einer Bursitis am rechten Knie im Februar und April 1989 behandelt habe. Am 25.

April 1989 habe er den Beklagten schriftlich für eine Bursektomie am rechten Knie beim Spital W. angemeldet. Da dann die akuten Symptome abgeklungen seien und der Beklagte arbeitsmässig belastet gewesen sei, habe dieser die Operation selber abgesagt. Die Klägerin habe somit mit diesem Schreiben verlässlich erfahren, dass der Beklagte die Gesundheitsfragen in den beiden Versicherungsanträgen nicht wahrheitsgemäss beantwortet habe. Daraufhin habe die Klägerin dem Beklagten mit eingeschriebenem Brief vom 2. Mai 1997 mitgeteilt, dass sie wegen Verletzung der Anzeigepflicht im Sinne von Art. 4 ff. VVG von den Versicherungsverträgen zurücktrete und keine weiteren Leistungen mehr erbringen würde. Am 22. Oktober 1997 habe die Klägerin den Beklagten aufgefordert, ihr die zu Unrecht erbrachten Leistungen in der Höhe von Fr. 27'043.20 zurückzuzahlen.

Im Schadensfall von Ende April 1994 habe die Klägerin für ihre Leistungen aus der Einzel-Unfallversicherung nicht auf eine Haftpflichtversicherung regressiert oder regressieren können. Im Umfang der Taggelderleistungen von Fr. 19'635.-- sei der Regress ausgeschlossen gewesen, da eine Summenversicherung vorgelegen sei und demzufolge Art. 96 VVG zur Anwendung komme, wonach der Regress ausgeschlossen sei. Die Heilungskosten von Fr. 75.10 wären zwar ein regressfähiger Schaden gewesen, dafür sei jedoch die Bagatellklausel zur Anwendung gekommen, nach der Kleinstforderungen nicht regressiert würden, da der Aufwand grösser als der Ertrag gewesen wäre.

Demgegenüber erklärte der Beklagte, dass es sich beim Versicherungsfall vom 29. April 1994 um einen Motorradunfall, welcher Leistungen der Klägerin aus der bestehenden Einzel-Unfallversicherung auslöste, gehandelt habe. Beim Versicherungsfall vom 4. Dezember 1996 habe es sich nach den medizinischen Unterlagen, welche die Klägerin eingereicht habe, ebenfalls um ein Unfallereignis gehandelt. Dr. med. H. F. in M., spreche im Arzzeugnis zur Unfallmeldung vom 13. Januar 1997 von "leichten Kontusionen des Knie rechts". Auch im Operationsbericht der Chirurgie St. L., in welche Dr. med. H. F. den Beklagten damals eingewiesen habe, sei von einer "traumatischen Bursitis präpatellaris re." die Rede gewesen. "Traumatisch" bedeute begrifflich eine durch äussere Gewalteinwirkung entstandene Gesundheitsschädigung und erfülle damit den Unfallbegriff. Einzig Dr. med. M. Fi. habe in seinem Schreiben an die Klägerin vom 7. April 1999 die Auffassung vertreten, das Ereignis vom 4. Dezember 1996 sei "eher berufsbedingt" durch die Arbeit des Beklagten als Küchenbauer entstanden.

Des Weiteren führte der Beklagte aus, dass ihm im Antrag zur Einzel-Unfallversicherung in Ziff. 18 u.a. die Frage gestellt wurde, ob ihm von einem Arzt "eine Operation, ein Spitalaufenthalt, eine Kur oder andere Massnahmen" empfohlen worden seien, was er verneinte. Daraus habe die Klägerin eine Anzeigepflichtverletzung abgeleitet, weil der Beklagte gemäss Auskunft von Dr. med. H. F. vom 22. April 1997 im April 1989 zu einer "Bursektomie re Knie" im Spital W. angemeldet worden sei. Diese Frage habe der Beklagte jedoch zu Recht mit Nein beantworten können, denn er sei im Februar 1989 bei der Montage einer Kücheneinrichtung auf eine am Boden liegende Schraube gekniet und habe sich dabei einen Bluterguss im Knie zugezogen. Der behandelnde Arzt, Dr. med. H. F., habe ihm damals keine Diagnose bekannt gegeben. Insbesondere habe er nie den Begriff "Bursitis" erwähnt. Er habe dem Beklagten bei einer späteren Kontrolle mitgeteilt, dass er ihn im Spital W. anmelden würde. Dass er den Beklagten für eine Bursektomie angemeldet habe, gab er dem Beklagten nicht bekannt. Mangels ausreichender Aufklärung durch Dr. med. H. F. habe der Beklagte zweieinhalb Jahre später bei der Beantwortung der betreffenden Gesundheitsfrage im Antrag zur Einzel-Unfallversicherung nicht, dass er die Frage möglicherweise (nach Auffassung der Klägerin) hätte bejahen müssen.

Die im Zusammenhang mit dem Verkehrsunfall vom 29. April 1999 erbrachten Leistungen von Fr. 19'635.-- und Fr. 75.10 seien aus der Einzel-Unfallversicherung erbracht worden. Für diese vertraglichen Leistungen sei der Klägerin der Rückgriff auf den Unfall-Mitverursacher, die Schlosserei St. AG, bzw. auf ihre Haftpflichtversicherung zugestanden. Gemäss Schreiben an den Beklagten vom 10. Oktober 1994 sei die Klägerin nach Massgabe der Polizeiakten von einem hälftigen Verschulden beider Unfallbeteiligter ausgegangen. Die Klägerin habe daher dem Beklagten 50% des Sachschadens vergütet.

Ihre Leistungen aus der bestehenden Unfallversicherung (Fr. 19'635.-- für Taggelder und Fr. 75.10 für Heilungskosten) habe sie gestützt auf Art. 72 VVG und Art. 51 Abs. 2 OR zur Hälfte von der St. AG zurückfordern können. Es sei davon auszugehen, dass die Klägerin diesen Regress tatsächlich ausgeübt bzw. eine entsprechende Umbuchung vorgenommen habe (da beide Unfallbeteiligte bei der Klägerin gegen Haftpflicht versichert gewesen seien). Im Umfang des Regresses sei ihr eine Rückforderung der Leistungen aus der Einzel-Unfallversicherung des Beklagten nicht möglich gewesen, da sie diese bereits von einem Dritten erhalten bzw. (wirtschaftlich betrachtet) gar nicht erbracht hätte.

Zur geltend gemachten Anzeigepflichtverletzung im Antrag zur Kollektiv-Krankenversicherung äusserte sich der Beklagte dahingehend, dass in diesem Antrag die Gesundheitsfrage 5.7 darauf zielte, ob der Beklagte jemals an "Krankheiten der Knochen, Gelenke und Muskeln..." gelitten habe. Der Beklagte habe diese Frage zu Recht verneint, da eindeutig nach einer "Krankheit" gefragt worden sei. Das Schadenereignis vom Februar 1989 sei als Unfallereignis zu qualifizieren und demnach sei die Bursitis präpatellaris rechts keine Krankheit. Des Weiteren handle es sich beim Beklagten um einen medizinischen Laien, der von einer unfallbedingten Entstehung seiner Kniebeschwerden ausgehen durfte. Hinzu komme, dass auch Dr. med. H. F. und die Chirurgie St. L. von einer traumatischen Genese der Kniebeschwerde ausgegangen seien. Einzig der leitende Arzt der Chirurgie St. L. habe davon gesprochen, dass das Knie Trauma "eher" von einer berufsbedingten Krankheit herrühre.

Der Beklagte beantragt, dass das Schreiben von Dr. med. H. F. vom 22. April 1997 aus dem Recht zu weisen sei, da es sich dabei um ein rechtswidrig erlangtes Beweismittel handle. Der Beklagte habe nämlich weder die Klägerin zur Anfrage an Dr. med. H. F. ermächtigt noch habe er diesen Arzt von seiner Schweigepflicht entbunden.

Gemäss Art. 97 Abs. 2 ZPO berücksichtigt der Richter in der Regel keine rechtswidrig beschafften Beweismittel. Beim vorgenannten Schreiben handelt es sich jedoch nicht um ein rechtswidrig erlangtes Beweismittel, da der Versicherer im Rahmen eines Versicherungsfalles von jedermann Beweismittel einverlangen kann. Ob der Arzt hingegen berechtigt war, der Versicherung die gewünschten Informationen mitzuteilen, kann hier ausser Betracht bleiben. Im Übrigen verpflichtete sich der Beklagte mit Übernahme der Allgemeinen Bestimmungen der Klägerin bereit, alle Ärzte, die der Versicherte konsultiert hat, vom ärztlichen Berufsgeheimnis zu entbinden. Die Klägerin ist zudem berechtigt, über das versicherte Ereignis und über allfällige frühere Unfälle oder Krankheiten alle Auskünfte und Unterlagen, insbesondere ärztliche Zeugnisse, zu verlangen und Untersuchungen durch von ihr bezeichnete Ärzte anzuordnen (vgl. AVB Ausgabe 1991).

Am 15. September 1991 beantragte der Beklagte bei der Klägerin eine Kollektiv-Krankenversicherung. Im Antragsformular musste der Beklagte einige Gesundheitsfragen beantworten. Unter Ziff. 5.7 wurde nach "Krankheiten der Knochen, Gelenke und Muskeln, wie z.B. Muskelschwund, Rheumatismus, Wirbelsäulebeschwerden, Bandscheibenschäden, Ischias" gefragt. Der Kläger kreuzte bei dieser Frage das Feld "Nein" an und brachte damit zum Ausdruck, dass er noch nie an einer solchen Krankheit gelitten habe.

Mit Schreiben vom 7. April 1997 teilte Dr. med. M. Fi., leitender Arzt bei der St. L.'s Klinik, der Klägerin mit, dass der Beklagte schon seit 1989 an einer Bursitis präpatellaris rechts leide. Daraus leitete die Klägerin eine Anzeigepflichtverletzung (Art. 4 VVG) des Klägers ab und kündigte den Kollektiv-Krankenversicherungsvertrag ex tunc gemäss Art. 6 ff. VVG und forderte daraufhin alle bereits erfolgten Leistungen vom Beklagten zurück.

Gemäss Art. 4 Abs. 1 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 Vertragsabschlusse bekannt sind oder bekannt sein müssen, schriftlich mitzuteilen. Als erheblich gelten jene Gefahrstatsachen, die geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers, den Vertrag überhaupt oder zu den vereinbarten Bedingungen abzuschliessen, einen Einfluss ausüben. Die Gefahrstatsachen, auf welche die schriftlichen Fragen des Versicherers in bestimmter, un- zweideutiger Fassung gerichtet sind, werden als erheblich vermutet. Der Antragsteller

muss die Fragen so beantworten, wie sie eine Person in seinen Verhältnissen nach Treu und Glauben verstehen konnte (vgl. A. Maurer, Einführung in das schweizerische Privatversicherungsrecht, Bern 1976, S. 173). Der Antragsteller ist jedoch nicht verpflichtet, von sich aus auf Gefahrstatsachen hinzuweisen (vgl. A. Maurer, a.a.O., S. 170). Wenn jedoch der Anzeigepflichtige beim Abschluss der Versicherung eine erhebliche Gefahrstatsache, die er kannte oder kennen musste, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen hat, ist eine Verletzung nach Art. 6 VVG gegeben und der Versicherer kann vom Vertrag zurücktreten.

Im Antrag zur Kollektiv-Krankenversicherung wurde nach "Krankheiten" gefragt. Der Beklagte verneint diese Frage, da er davon ausgehen durfte, dass ein Gesundheitsschaden, der durch das Knien auf eine Schraube entstanden ist, unfallbedingt war und somit keine Krankheit darstelle. Die Klägerin wirft nun aber dem Beklagten vor, er habe diese Frage nicht korrekt beantwortet, weil einem Laien nicht zugemutet werden könne, zwischen einer Krankheit und einer unfallbedingten Gesundheitsschädigung zu unterscheiden. Die Frage sei denn auch dahingehend zu verstehen, dass nach allen früheren Gesundheitsschäden gefragt worden sei.

Die Frage im Antragsformular war somit missverständlich, wenn sie das von der Klägerin behauptete ausdrücken sollte. Der weder medizinisch noch juristisch ausgebildete Beklagte durfte nach Treu und Glauben annehmen, dass in einem Antragsformular einer Krankenversicherung nach Krankheiten im landläufigen Sinne und nicht nach unfallbedingten Gesundheitsschäden gefragt wird. Wenn die Frage auf sämtliche Gesundheitsschäden des Beklagten abzielte, hätte die Klägerin die Frage auch so stellen können und müssen. Die Klägerin sollte fachkundig sein und daher klare Fragen stellen. Wenn sie nach Krankheiten fragt, darf jeder Adressat auch Krankheiten (und nicht Unfälle oder sonst etwas) verstehen. Es gibt keinen Grund, weshalb die Klägerin, wenn sie Krankheiten und Unfälle meint, nicht auch nach Krankheiten und Unfällen fragt. Zudem definiert die Klägerin den Begriff "Krankheit" in Ziff. B1 ihrer Allgemeinen Bedingungen (AVB) Ausgabe 1991 selber als "die medizinisch wahrnehmbare, vom Willen des Versicherten unabhängige Störung der Gesundheit, die nicht auf einen Unfall zurückzuführen ist".

Somit verletzte der Beklagte die Anzeigepflicht bezüglich der Kollektiv-Krankenversicherung nicht und die Klägerin kann von diesem Versicherungsvertrag nicht aufgrund von Art. 6 VVG zurücktreten.

Der Beklagte beantragte ebenfalls am 15. September 1991 eine Einzel-Unfallversicherung bei der Klägerin. Im auszufüllenden Antragsformular wurden ihm wiederum einige Gesundheitsfragen gestellt. In Frage 18 wurde gefragt, ob dem Antragsteller "von einem Arzt eine Operation, ein Spitalaufenthalt, eine Kur oder andere Massnahmen empfohlen worden" sind. Der Kläger beantwortete die Frage in dem er das Feld "Nein" ankreuzte.

Mit Schreiben vom 22. April 1997 gab der Hausarzt des Beklagten, Dr. med. H. F., der Klägerin bekannt, dass er nach einer Behandlung im Februar und April 1989 den Beklagten am 25. April 1989 zur Bursektomie re Knie beim Spital W. angemeldet habe. Da dann jedoch die akuten Symptome abgeklungen seien und der Beklagte arbeitsmässig stark belastet gewesen sei, habe der Beklagte die chirurgische Therapie "selbständig" abgesehen.

Der Beklagte beantragte die Krankenversicherung rund 2 1/2 Jahre nach der Anmeldung für die Bursektomie und es kann nach Treu und Glauben angenommen werden, dass sich der Beklagte noch an die vom Arzt empfohlenen chirurgische Therapie erinnern konnte und musste. Auch wenn der Beklagte zum damaligen Zeitpunkt nicht wusste, was eine Bursektomie ist oder wenn ihn sein Hausarzt nicht über sein Leiden aufgeklärt hatte, musste der Beklagte die in Frage stehende Gesundheitsfrage mit "Ja" beantworten, denn im Antragsformular wurde klar nach einer von einem Arzt empfohlenen Massnahme gefragt. Eine Anmeldung in einem Spital musste der Beklagte als eine empfohlene Massnahme erkennen und somit beim Antrag anzeigen (vgl. BGE 110 II 499).

Damit beging der Beklagte in Bezug auf die Einzel-Unfallversicherung eine Anzeigepflichtverletzung gemäss Art. 6 VVG, und die Klägerin durfte somit vom Einzel

Unfallversicherungsvertrag zurücktreten. Dass die Klägerin den Vertragsrücktritt rechtzeitig erklärt hat, ist unbestritten. Es wird somit festgestellt, dass der Einzel-Unfallversicherungsvertrag, Police-Nr. ..., mit Wirkung 1. Januar 1992

aufgehoben ist.

Gemäss Art. 6 VVG kann der Versicherer bei einer Anzeigepflichtverletzung vom Vertrag zurücktreten. Der Vertrag ist damit ab Beginn nichtig und der Versicherer kann daher sämtliche Versicherungsleistungen zurückfordern, die er aufgrund des nichtigen Vertrages in früheren Versicherungsfällen erbracht hat (vgl. A. Maurer, a.a.O., S. 172).

Somit kann die Klägerin die aus der Einzel-Unfallversicherung bezahlten Leistungen vom Beklagten zurückfordern. Die Klägerin leistete aus dem Unfallereignis vom 29. April 1994 Taggelder in der Höhe von Fr. 19'635.-- und Heilungskosten von Fr. 75.10, gesamt-haft Fr. 19'710.10.

Da die Klägerin im Lauf dieses Verfahrens den Schadensfall vom 28. Juli 1996 als Krankheit qualifizierte, kann sie die daraus geleisteten Taggelder von Fr. 3'060.-- nicht zurückfordern, obwohl diese gemäss EDV-Auszug vom 7. Januar 1999 aufgrund der Einzel-Unfallversicherung bezahlt worden seien.

Die Leistungen im Umfang von Fr. 19'710.10 wurden von der Klägerin wegen eines Motorradunfalls bezahlt. Beim Unfall wird unbestritten und zu Recht von einer Haftungsquote des Mitverursachers bzw. seiner Versicherung von 50% ausgegangen. Da die Klägerin die Haftpflichtversicherung des Mitverursachers ist, schuldete sie aufgrund dieser Versicherung 50%. Ob und wie sie dies auf die Versicherungsverträge verteilt, ist nicht ausgewiesen. Jedenfalls darf aus der Doppelvertretung durch die Versicherung dem Versicherungsnehmer kein Nachteil erwachsen. Im Zeitpunkt des Unfalls hatte der Beklagte gegenüber der Klägerin als Versicherer des Kollisionsgegners Anspruch auf 50% des Schadens. Wie die Klägerin dies intern behandelt ist ohne Bedeutung. Sie kann diese aus der Haftpflichtversicherung geschuldete Schadensdeckung nicht über die nichtige Unfallversicherung zurückfordern.

Im Umfang von Fr. 8'550.-- wird in der Betreuung Nr. .. des Betreibungsamtes M. definitive Rechtsöffnung erteilt.

Die Prozesskosten (Gerichts- und Parteikosten) hat zu tragen, wer mit seinem Begehren unterliegt (Art. 264 Abs. 1 ZPO). Die Klage wurde vorliegend zu rund einem Drittel des Streitwertes geschützt, im übrigen abgewiesen. Es erscheint demnach angemessen, der Klägerin 2/3, dem Beklagten 1/3 der Gerichtskosten von Fr. 5'100.-- aufzuerlegen. Der Klägerin wird die geleistete Einschreibgebühr von Fr. 700.-- angerechnet.

Dem Kläger wurde die unentgeltliche Rechtsverteidigung gewährt. Nach Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes wird bei unentgeltlicher Prozessführung das Honorar des Rechtsvertreters um einen Fünftel gekürzt. Somit muss das vom beklagtischen Anwalt, Dr. H.P. M., tarifgemäss eingereichte Honorar auf Fr. 4'773.-- angepasst werden. In diesem Umfang wird er vom Staat entschädigt.

Da der Beklagte zu 2/3 obsiegt hat, hat die Klägerin ihm unter Berücksichtigung der kantonsgerichtlichen Rechtsprechung (GVP 1983 Nr. 56) 1/3 (2/3 - 1/3) seiner Parteikosten zu entschädigen. Der Drittel wird vom tarifgemässen Honorar des beklagtischen Rechtsvertreter berechnet. Zuzufolge Rückgriffsrecht hat die Klägerin dem Staat demzufolge Fr. 1'964.-- zu bezahlen.

Entscheid

1. Der Beklagte wird verpflichtet, der Klägerin Fr. 9'855.- nebst Zins zu 5% seit 22. Oktober 1997 zu bezahlen.

2. In diesem Umfang wird in der Betreuung Nr. .. des Betreibungsamtes M. definitive Rechtsöffnung erteilt.

3. Es wird festgestellt, dass die Einzel-Unfallversicherung Police Nr. .. zwischen den Parteien mit Wirkung ab 1. Januar 1992 aufgehoben ist.

4. Im übrigen wird die Klage abgewiesen.

5. Die Gerichtskosten von Fr. 5'100.- werden zu 2/3 der Klägerin (unter Anrechnung ihrer Einschreibgebühr von Fr. 700.--) und zu 1/3 dem Beklagten auferlegt. Zuzufolge unentgeltlicher Prozessführung tritt anstelle des Beklagten vorläufig der Staat ein.

6. Zuzufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung entschädigt der Staat den beklagten Rechtsanwalt Dr. H.P. M. mit Fr. 4'773.--.

7. Zuzufolge Rückgriffsrecht hat die Klägerin dem Staat Fr. 1'964.- zu bezahlen.