

Zivilgericht Basel-Stadt, 31. Januar 2000,  
C. c. Allianz Lebensversicherung, Zürich

**Tatbestand:** Der Kläger ist in B. wohnhaft. Er ist italienischer Herkunft und von Beruf Glacéverkäufer. Die Beklagte ist eine im Versicherungssektor tätige Aktiengesellschaft mit Sitz in Z.

Der Kläger stellte am 12. Juli 1994 einen Antrag für eine Lebensversicherung bei der Beklagten. Dieser Antrag wurde von Herrn P. De N., Angestellter der Generalagentur Basel Stadt, aufgenommen. Bestandteil dieses Antrages bildeten Fragen zur Gesundheit des Klägers, welche der Kläger alle beantwortete. Der Kläger verwies dabei einzig auf eine Grippe vom Januar 1994. Aufgrund der beträchtlichen Höhe der zu versichernden Leistungen wurde eine unabhängige ärztliche Untersuchung durch Herrn Dr. med. J. M., den vom Kläger angegebenen Hausarzt, angeordnet. Diese Untersuchung wurde am 20. Juli 1994 durchgeführt und durch eine "Fahrradergometrie" vom 21. Juli 1994 und einen HIV-Test vom 19. Juli 1994 ergänzt. Die Erklärungen der zu versichernden Person im ärztlichen Untersuchungsbericht ging Dr. M. mit dem Kläger durch. Der Kläger machte dabei Angaben über eine chronische Bronchitis von März bis Mai 1994, einen grippalen Infekt mit Bronchitis von 1994, eine 14 Jahre alte Augenverletzung und eine 10 Jahre alte Sinusitisoperation. Als zuletzt konsultierten und über den Gesundheitsstand des Klägers am besten informierten Arzt gab der Kläger Herrn Dr. M. an. Die Frage 10 b): "Haben Sie in den letzten 5 Jahren bisher nicht genannte Ärzte/Ärztinnen konsultiert?" verneinte der Kläger. Bei der ärztlichen Untersuchung durch Dr. M. wurden ausser einem Flachrücken und Senkfüssen keine krankhaften oder abnormen Befunde diagnostiziert. Als Schlussbeurteilung stellte Dr. M. fest, dass kein erhöhtes Risiko vorliege. Gestützt auf den vom Kläger gestellten Antrag und den ärztlichen Untersuchungsbericht wurde eine Lebensversicherung ab dem 01. August 1994 abgeschlossen (Police-Nr. ..).

Am 07. November 1994 stellte der Kläger einen Antrag für eine Kollektiv-Taggeldversicherung und eine Anmeldung zur Kollektiv-Krankenversicherung. Die Fragen nach Krankheiten und Unfällen auf dem Anmeldeformular zur Kollektiv-Krankenversicherung beantwortete der Kläger jedesmal mit "nein" und verwies für den zuletzt konsultierten Arzt auf die Untersuchung von Dr. M. So kam in der Folge ab dem 01. Dezember 1994 ein Kollektiv-Krankentaggeldversicherungsvertrag zustande (Vertrag Nr. ..).

Im Jahre 1995 erkrankte der Kläger dann an einer "Periarthropathia humeroscapularis / rechts" (mit Verdacht auf Osteoporose), welche sich im Sommer 1995 erstmals manifestierte und vom 01. November 1995 bis 08. Januar 1996 zu einer 100%-igen Arbeitsunfähigkeit und ab dem 09. Januar 1996 zu einer 50%-igen Arbeitsunfähigkeit führte. Dies wurde am 18. Januar 1996 mit dem Formular "Anmeldung eines Schadenfalles" der Kollektiv-Krankenversicherung gemeldet. Die Beklagte bezahlte in der Folge Fr. 25'266.90, gestützt auf die Lebensversicherung und Fr. 32'155.50, gestützt auf die Kollektiv-Krankentaggeldversicherung.

Mit Schreiben vom 05. Dezember 1996 erklärte die Beklagte gestützt auf Art. 2 Abs. D der Allgemeinen Bedingungen für die Lebensversicherungen sowie Art. 6 des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG) ihren Rücktritt vom Lebensversicherungsvertrag rückwirkend ab Beginn per 01. August 1994. Vom Kollektiv-Krankenversiche-

rungsvertrag wurde der Kläger ab Beginn per 01. Dezember 1994 ausgeschlossen. Im weiteren verlangte die Beklagte die ihrer Ansicht nach zu Unrecht erbrachten Beträge von Fr. 32'155.50 aus der Taggeldversicherung und Fr. 25'299.90 aus der Lebensversicherung zurück. Begründet wurden Rücktritt und Ausschluss damit, dass der Kläger in seinen Versicherungsanträgen und im ärztlichen Untersuchungsbericht wichtige Tatsachen betreffend seinen Gesundheitszustand verschwiegen habe.

Im nachfolgenden Betreibungsverfahren wurde gegen den Kläger mit Valuta vom 21. Mai 1997 ein Verlustschein in der Höhe von Fr. 58'389.80 ausgestellt.

Mit Klage vom 04. Mai 1998 stellte der Kläger die Rechtsbegehren, es sei die Beklagte zu verurteilen, dem Kläger Fr. 50'000.-- zu bezahlen, nebst Zins zu 5% seit dem 05. Dezember 1996, im Sinne einer Teilklage; eine Mehrforderung blieb vorbehalten. Ferner sei festzustellen, dass der im Verlustschein vom 05. Juni 1997 verurkundete Betrag von Fr. 58'389.80 nicht geschuldet sei. Er stellte weiter den Antrag, die Beklagte habe die ordentlichen und ausserordentlichen Kosten des Verfahrens zu tragen, und ihm selber sei der Kostenerlass zu bewilligen.

Mit Klagantwort vom 13. August 1998 verlangt die Beklagte die vollumfängliche, kostenfällige Abweisung der Klage. Eventualiter sei das Rechtsbegehren Ziffer 2, (recte wohl: Rechtsbegehren Ziff. 1) der Klage bedingt abzuweisen unter Kosten und Entschädigungsfolge.

Am 23. Dezember 1998 schloss der Instruktionsrichter den Schriftenwechsel.

Am 17. Juni 1999 ging die Erklärung des Klägers ein, dass er Herrn Dr. M. gegenüber dem Gericht von seiner ärztlichen Schweigepflicht entbinde.

Mit Replik vom 22. Dezember 1998 hielt der Kläger an seinen Rechtsbegehren fest.

An der Hauptverhandlung vom 17. September 1999 nahmen Frau lic.iur. I. K. (Substitutin von Dr. St. S.) mit dem Kläger sowie Herr lic.iur. B. D. für die Beklagte teil.

Herr P. De N. wurde als Auskunftsperson, Herr Dr. J. M. als Zeuge einvernommen.

Anschliessend gelangten die Parteivertreter zum Schlussvortrag.

In der Folge schlossen die Parteien eine Vereinbarung unter Ratifikationsvorbehalt ab.

Für sämtliche Aussagen und Ausführungen wird auf das Verhandlungsprotokoll und die nachfolgenden Entscheidungsgründe verwiesen.

Am 21. September 1999 widerrief der Kläger innert Frist den am 17. September 1999 geschlossenen Vergleich.

Die Beratung des Urteils durch die Kammer des Zivilgerichts fand am 15. Oktober 1999 statt.

**Gründe:** Der Kläger und die Beklagte schlossen eine Lebensversicherung und eine Kollektiv-Krankentaggeldversicherung ab. Diese Verträge werden im Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) geregelt. Der Antragsteller ist verpflichtet, dem Versicherer anhand eines Fragebogens oder auf sonstiges schriftliches Befragen alle für die Beurteilung der Gefahr erheblichen Tatsachen, soweit und so wie sie ihm beim Vertragsschluss

bekannt sein müssen, schriftlich mitzuteilen (Art. 4 Abs. 1 VVG). Als erheblich gelten diejenigen Gefahrstatsachen, die geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers, den Vertrag abzuschliessen, einen Einfluss auszuüben (Art. 4 Abs. 2 VVG). Gefahrstatsachen, auf welche die schriftlichen Fragen des Versicherers in bestimmter, unzweideutiger Fassung gerichtet sind, werden als erheblich vermutet (Art. 4 Abs. 3 VVG). Wenn der Anzeigepflichtige beim Abschluss der Versicherung eine erhebliche Gefahrstatsache, die er kannte oder kennen musste, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen hat, so ist der Versicherer an den Vertrag nicht gebunden, wenn er binnen vier Wochen, nachdem er von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat, vom Vertrage zurücktritt (Art. 6 VVG). Der Kläger macht in Ziff 1 seiner Rechtsbegehren eine Forderung über Fr. 50'000.- nebst Zins geltend; Mehrforderung vorbehalten. Er stützt diese Forderung auf den mit der Beklagten geschlossenen Lebensversicherungs- und Kollektiv-Krankentaggeldversicherungsvertrag. Seiner Auffassung nach war die Beklagte nicht berechtigt, vom Vertrag gestützt auf Verletzung der Anzeigepflicht zurückzutreten, weshalb ihre Leistungspflicht gegenüber dem Kläger weiterhin Bestand habe und sie ihm den geforderten Betrag schulde.

Bezüglich dieser Forderung trifft den Kläger die Substantiierungslast. Er muss insbesondere die rechtserheblichen Tatsachen umfassend und klar darlegen, so dass darüber die erforderlichen Beweise abgenommen werden können (vgl. Adrian Staehelin/Thomas Sutter, Zivilprozessrecht, § 11 Rz. 16).

Dieser Pflicht kommt der Kläger im vorliegenden Fall nicht nach. Die Forderung in der Höhe von Fr. 50'000.- wird in keiner Weise substantiiert, geschweige denn nachgewiesen. Es wird weder dargelegt, inwiefern und in welcher Höhe Versicherungsansprüche ab Anfang 1997 fällig geworden seien, noch werden insbesondere Angaben über Dauer und Grad einer Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit des Klägers oder über allfällige Leistungen der Invalidenversicherung gemacht. Die Teilklage über Fr. 50'000.-- ist daher schon aus diesen Gründen abzuweisen.

In Ziffer 2 seiner Rechtsbegehren verlangt der Kläger, dass festzustellen sei, dass der im Verlustschein vom 21.05.1997 verurkundete Betrag von Fr. 58'389.80 nicht geschuldet sei. Für eine Feststellungsklage wird ein rechtliches Interesse an der gerichtlichen Feststellung eines Rechts oder Rechtsverhältnisses verlangt. Dieses Rechtsschutzinteresse ist Prozessvoraussetzung. Es ist deshalb zuerst zu prüfen, ob in casu der Kläger ein solches Rechtsschutzinteresse besitzt.

Das Rechtsschutzinteresse ist insbesondere immer dann gegeben, wenn für den Kläger eine Ungewissheit, Unsicherheit oder Gefährdung seiner Rechtsstellung besteht, deren Behebung gerechtfertigt und nicht auf andere Weise möglich ist. In der Regel ist ein Rechtsschutzinteresse dann nicht gegeben, wenn das gleiche Resultat mit einer Leistungsklage erreicht werden kann. Doch selbst wenn eine Leistungsklage möglich ist, wird die Feststellungsklage dann neben dieser als zulässig erachtet, wenn die richterliche Feststellung eine Ungewissheit über Bestand und Inhalt des Rechtsverhältnisses zwischen den Parteien beseitigen kann. (BGE 99 II 172 ff, Staehelin/Sutter, a.a.O., § 13, Rz 21).

Diese Konstellation ist im vorliegenden Fall gegeben. Der Kläger verbindet seine Leistungsklage mit dem Feststellungsbegehren, dass der im Verlustschein verurkundete Betrag nicht geschuldet sei. Die Feststellungsklage zielt damit auf die Prüfung des der Beziehung der Parteien zugrundeliegenden Rechtsverhältnisses, nämlich auf die Frage des Fortbestandes der strittigen Versicherungsverträge. Es ist deshalb im vorliegenden Fall ein

rechtliches Interesse an der Feststellung, dass der im Verlustschein vom 21. Mai 1997 verurkundete Betrag von Fr. 58'389.80 nicht geschuldet sei, gegeben. Auf die Feststellungsklage des Klägers kann deshalb eingetreten werden.

Die Beklagte stellt sich auf den Standpunkt, dass der Kläger in seinen Versicherungsanträgen wie auch im ärztlichen Untersuchungsbericht erhebliche Gefahrstatsachen verschwiegen habe, weshalb sie berechtigt gewesen sei, vom Lebensversicherungs- wie auch vom Kollektivkrankenversicherungsvertrag zurückzutreten. Die Rückforderung der an den Kläger erbrachten Leistungen sei demzufolge zu Recht erfolgt und der im Verlustschein verurkundete Betrag vom Kläger geschuldet.

Namentlich berief sich die Beklagte in ihrem Schreiben vom 5. Dezember 1996 auf einen Bericht von Dr. St. vom 11. November 1996, sowie die Kopien zweier weiterer Berichte des selben Arztes an Dr. R. vom 29. April 1996 und an die Basler Versicherungsgesellschaft vom 3. September 1990. Gemäss diesen Schreiben wurde im Jahre 1988 beim Kläger eine Hämorrhoiden-Operation vorgenommen. Im weiteren wird in den genannten Schreiben eine Behandlung wegen Bindehautentzündung (1992), wegen Hautkrankheit (Purigo, Januar 1993), Bronchitis (März 1993) sowie Lumbalgie (Oktober 1994) releviert.

Fest steht, dass diese Erkrankungen und Behandlungen im Formular "ärztlicher Untersuchungsbericht/Erklärungen der zu versichernden Person nicht erwähnt, sondern die Fragen 3. des Formulars

"Bestehen oder bestanden bei Ihnen jemals Krankheiten, Störungen oder Beschwerden a) der Atmungsorgane ....., d) der Verdauungsorgane .....,

h) der Haut ..., j) der Augen ...und l) andere Krankheiten ...?"

jeweils mit Nein beantwortet wurden; lediglich bei der Frage 3 a) betreffend Krankheiten der Atmungsorgane wurde auf eine chronische Bronchitis, allerdings im Jahre 1994, hingewiesen. Auch in der Anmeldung zur Kollektivkrankenversicherung wurden alle Fragen nach Krankheiten, Krankheits- oder Unfallfolgen mit Nein beantwortet.

Ebenfalls mit Nein wurde die Frage 10 d) des ärztlichen Untersuchungsberichts/Erklärungen der zu versichernden Person

"Haben Sie in den letzten 5 Jahren bisher nicht genannte Ärzte/Ärztinnen konsultiert?" beantwortet. Als behandelnder Arzt wurde lediglich Dr. J. M. aufgeführt und dementsprechend die weitere Behandlung durch Dr. St. verschwiegen.

Somit ist von einer objektiven Unrichtigkeit verschiedener Angaben in den Versicherungsanträgen des Klägers resp. den von ihm abzugebenden Erklärungen auszugehen.

Der Kläger macht geltend, trotz der oben dargelegten objektiven Unrichtigkeit einzelner Angaben gegenüber der Versicherung liege keine Anzeigepflichtverletzung vor, welche die Beklagte vom Rücktritt zum Vertrag gemäss VVG berechtige. Im Einzelnen bringt der Kläger folgende Argumente vor:

Der Kläger wendet zunächst ein, es liege schon deshalb keine Verletzung der Anzeigepflicht vor, weil die im Antragsformular nicht angegebenen Fakten auf keinen Fall erhebliche Gefahrstatsachen im Sinne des VVG darstellten.

Zunächst ist dazu auf Art. 4 Abs. 3 VVG zu verweisen, der einzelne Gefahrstatsachen, auf welche die schriftlichen Fragen des Versicherers in bestimmter, unzweideutiger Fassung gerichtet sind, als erheblich vermutet. Soweit dies der Fall ist, obliegt die Beweispflicht dafür, dass die verschwiegenen Tatsachen nicht als erheblich zu beurteilen wären, somit dem Kläger.

Der Kläger ist der Auffassung, die Fragen der Versicherung könnten nicht so weit reichen, dass auch unwesentliche, längst verheilte Erkrankungen aufzuführen seien. Besonders gelte dies etwa für die von der Beklagten ins Feld geführte Hämorrhoiden-Operation im Jahre 1988.

An der Hauptverhandlung des Zivilgerichts vom 17. September 1999 wurde Herr Dr. J. M., Hausarzt des Klägers ab 1974, als Zeuge einvernommen. Dr. M. erklärte dabei, er habe die angeblich von einem Dr. Sch. vorgenommene Hämorrhoidenbehandlung selber vorgenommen. Es habe sich dabei nicht um eine eigentliche Hämorrhoiden-Operation, sondern um einen entlastenden Eingriff gehandelt, der eine Banalität dargestellt habe. Deshalb habe er, Dr. M., diesen im für den Kläger ausgefüllten Versicherungsbogen nicht erwähnt, ebensowenig wie andere Bagatellverletzungen oder -Krankheiten. Zu der in Bericht von Dr. St. ebenfalls aufgeführten starken Purigo meinte der Zeuge, dies sei schwieriger zu beurteilen; habe das Medikament Cortison tatsächlich lege artis eingesetzt werden müssen, so habe es sich dabei wohl um eine ernsthafte Erkrankung gehandelt, die er selber auf dem Antrag angegeben hätte, wenn sie ihm bekannt gewesen wäre (vgl. Verhandlungsprotokoll).

Die Rechtsprechung des Bundesgerichts hinsichtlich der Erheblichkeit einer verschwiegenen Gefahrstatsache ist streng. So wurde etwa im Entscheid BGE 96 II 204 ff. entschieden, dass die Frage nach einer Bronchitis bei einem Lebensversicherungsantrag eine erhebliche Gefahrstatsache betreffe.

Im vorliegenden Fall kann jedoch im einzelnen offengelassen werden, ob und welche der vom Kläger nicht angegebenen Krankheiten erhebliche Gefahrstatsachen darstellen, da der Kläger mit unrichtig beantworteten Frage nach anderen, in den letzten 5 Jahren konsultierten Ärztinnen oder Ärzten auf jeden Fall klar die Anzeigepflicht verletzt hat. Die Angabe anderer behandelnder Ärzte muss insofern als erheblich bezeichnet werden, als die Möglichkeit besteht, dass diese Ärzte Krankheiten behandelt haben und Informationen über den Gesundheitszustand des Antragstellers besitzen, die der Versicherungsgesellschaft noch nicht bekannt sind, und die deshalb einen Einfluss auf den Abschlusswillen oder zumindest auf die Abschlussbedingungen haben können. Gemäss der Zeugenaussage von Dr. M. wäre auch die Schlussfolgerung des ärztlichen Untersuchungsberichtes, wonach "kein erhöhtes Risiko" beim Kläger bestehe, ohne Rücksprache mit anderen behandelnden Ärzten nicht so abgefasst worden. Wenn der Kläger andere Ärzte angegeben hätte, hätte Dr. M. verlangt, dass diese angefragt werden müssten (vgl. Verhandlungsprotokoll). Die Nichterwähnung anderer behandelnder Ärzte, insbesondere von Dr. St., unter Punkt 10.b) auf dem Formular "ärztlicher Untersuchungsbericht/Erklärung der zu versichernden Person" stellt somit objektiv die Verschweigung einer erheblichen Gefahrstatsache dar.

Nach dem Wortlaut von Art. 4 und Art. 6 VVG hat der Antragsteller dem Versicherer in Beantwortung entsprechender Fragen nicht nur die ihm tatsächlich bekannten (von seinem positiven Wissen erfassten) erheblichen Gefahrstatsachen mitzuteilen, sondern auch die

jenigen, die ihm bekannt sein müssen. Damit stellt das Gesetz ein objektives, vom tatsächlichen Wissen des Antragstellers über den konkreten Sachverhalt unabhängiges Kriterium auf, bei dessen Anwendung jedoch die Umstände des einzelnen Falles, insbesondere die persönlichen Eigenschaften wie Intelligenz, Bildungsgrad und Erfahrung und die persönlichen Verhältnisse des Antragstellers, zu berücksichtigen sind. Entscheidend ist somit, ob und inwieweit ein Antragsteller nach seiner Kenntnis der Verhältnisse und gegebenenfalls nach den ihm von fachkundiger Seite erteilten Aufschlüssen eine Frage des Versicherers in guten Treuen verneinen bzw. wie er eine Frage des Versicherers nach Treu und Glauben verstehen durfte (vgl. Maurer, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 3. Auflage Bern 1995, S. 254; BGE 118 II 337, 116 V 227, 96 II 209 ff.). Man kann daher nicht von einer absoluten, sondern nur von einer relativen Objektivierung des Kriteriums sprechen.

Unter diesem Titel macht der Kläger geltend, dass er sich insbesondere wegen seiner mangelnden Deutschkenntnisse nicht über die Tragweite der gestellten Fragen im Klaren sein konnte und vom Agenten der Beklagten, Herrn de N., beim Ausfüllen des Antrages auch nicht genügend aufgeklärt worden sei. Der "Senderhorizont" des Klägers als Glacé-Verkäufer entspreche zudem auch nicht demjenigen eines Arztes.

Die Befragung von Herrn P. de N. als Auskunftsperson an der Hauptverhandlung des Zivilgerichts vom 17. September 1999 hat indessen ergeben, dass Herr de N. die beiden Versicherungsanträge selber ausgefüllt, aber Punkt für Punkt auf italienisch mit dem Kläger durchgegangen ist. Herr de N. spricht fließend italienisch; es handelt sich dabei um seine Muttersprache. Herr de N. arbeitete auch nicht auf Provisionsbasis, wie vom Kläger behauptet wurde, sondern hatte eine fixe Entschädigung; er hatte deshalb kein persönliches Interesse am Abschluss der Versicherung (vgl. Verhandlungsprotokoll).

Auch Herr Dr. M. besprach gemäss seiner Zeugenaussage beim Ausfüllen des Formulars "ärztlicher Untersuchungsbericht/Erklärungen der zu versichernden Person" alle Punkte des Fragebogens sorgfältig mit dem Kläger, zumindest streckenweise wohl ebenfalls auf Italienisch. Er mache die Patienten jeweils nachdrücklich auf die strenge Praxis bei einer Anzeigepflichtverletzung aufmerksam und sei so auch mit dem Kläger die Krankengeschichte sorgfältig durchgegangen. Die Schrift auf dem Versicherungsbogen sei die Seine (vgl. Verhandlungsprotokoll).

Aufgrund dieser Aussagen erweist sich der Einwand des Klägers, er habe Fragen der Versicherungsanträge nicht verstanden und diese seien ihm auch nicht erläutert worden, nicht als stichhaltig. Insbesondere ist auch hier wieder festzustellen, dass jedenfalls auch dem Kläger als Glacé-Verkäufer die klar formulierte und einfache Frage "Haben Sie in den letzten 5 Jahren bisher nicht genannte Ärzte/Ärztinnen konsultiert?" verständlich sein musste.

Im weiteren bringt der Kläger vor, die im Bericht von Dr. St. erwähnten und von der Beklagten geltend gemachten Krankheiten bzw. Behandlungen hätten keinerlei Zusammenhang mit der jetzt festgestellten Osteoporose. Schon aus diesem Grund liege keine Verletzung der Anzeigepflicht vor.

Auch dieser Auffassung ist jedoch nicht beizupflichten. In Rechtsprechung und Literatur ist unbestritten, dass jedenfalls de lege lata ein Kausalzusammenhang zwischen unrichtig beantworteten Fragen zur Gesundheit des Versicherungsnehmers und anderen Anzeigepflichtverletzungen und der den Versicherungsfall bewirkenden Krankheit nicht erforderlich ist (vgl. Maurer, a.a.O., S. 255).

Deshalb ist auch im vorliegenden Fall entgegen der Meinung des Klägers nicht von Bedeutung, dass die im Bericht von Dr. St. aufgeführten Krankheiten und die Behandlungen durch ihn ausgeheilt sind resp. keine weiteren Konsequenzen nach sich gezogen haben, und, wie von Dr. M. bestätigt, auch nicht in einem ersichtlichen Zusammenhang zu einer Osteoporose stehen.

Schliesslich mach der Kläger eventualiter noch eine Verwirkung des Rücktrittsrechts der Beklagten geltend.

Gemäss Art. 6 VVG hat die Versicherung innert vier Wochen seit Kenntnis der Anzeigepflichtverletzung vom Vertrag zurückzutreten. Nach BGE 118 II 333 ff. handelt der Versicherer, der eine Verletzung der Anzeigepflicht vermutet, innert nützlicher Frist, wenn er versucht, genaue Angaben zu erhalten und vom Vertrag zurücktritt, sobald er sie bekommen hat. Die Frist von vier Wochen des Art. 6 VVG beginnt erst dann zu laufen, wenn der Versicherer vollständig über alle Punkte, welche die Verletzung der Anzeigepflicht betreffen, orientiert ist.

Im vorliegenden Fall ist die Beklagte gemäss ihrer Darstellung aufgrund des Berichtes von Dr. med. St. vom 11. November 1996 und der diesem Bericht beiliegenden Berichten desselben Arztes vom 29. April 1996 und vom 3. September 1990), alle eingegangen bei ihr am 15. November 1996, vom Vertrag zurückgetreten. Mit ihrem am 5. Dezember 1996 erklärten Rücktritt vom Vertrag hat sie damit die vierwöchige Frist gemäss Art. 6 VVG eingehalten. Die Behauptung des Klägers, die Beklagte habe schon früher von diesen Berichten, insbesondere vom Bericht Dr. St. vom 3. September 1990, Kenntnis gehabt, ist in keiner Weise nachgewiesen. Insbesondere ist festzuhalten, dass der erwähnte Bericht vom 3. September 1990 an die Basler Versicherungsgesellschaft und nicht an die Beklagte gerichtet war. Ebenso wenig sind die Voraussetzungen von Art. 8 Ziff. 3 und 4 VVG vom Kläger dargetan worden, wonach der Versicherer auch bei einer Verletzung der Anzeigepflicht nicht vom Vertrag zurücktreten kann, wenn er die verschwiegene oder die unrichtig angezeigte Tatsache gekannt bzw. richtig gekannt oder gekannt haben muss. Der Kläger kann sich in diesem Zusammenhang nicht auf den ärztlichen Untersuchungsbericht von Dr. M. vom 20. Juli 1994 mit Beilagen berufen, weil dieser ja, wie oben dargelegt wurde, zum Teil auf unrichtigen Angaben des Klägers, insbesondere auf der Verschweigung der Behandlung durch Dr. St., beruht hat.

Vorstehende Erwägungen führen zur Schlussfolgerung, dass die Beklagte zu Recht vom Versicherungsvertrag gemäss Art. 6 VVG zurückgetreten ist und somit auch der im Verlustschein verurkundete Rückforderungsanspruch gegenüber dem Kläger zu Recht besteht. Das Feststellungsbegehren des Klägers ist deshalb abzuweisen.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat grundsätzlich der Kläger dessen ordentlichen Kosten zu tragen. Zuzufolge Bewilligung des Kostenerlasses an ihn gehen sie jedoch zu Lasten des Staates.

Seinem Vertreter ist ein angemessenes Honorar aus der Gerichtskasse auszuweisen. Dieses berechnet sich in Abweichung zu der vom Vertreter des Klägers eingereichten Kostennote wie folgt: Grundhonorar gemäss Honorarordnung Fr. 5'200.--, zuzüglich Zuschlag für Replik 30% und für Verhör 10%, d.h. Zuschlag von Fr. 2'080.-- = Total Fr. 7'280.--, zuzüglich 7,5% MWSt. = Fr. 7'826.--. Dem Vertreter des Klägers steht praxisgemäss die Hälfte dieses Betrages, somit Fr. 3'913.-, als Kostenerlasshonorar zu.

Demgemäss hat das Zivilgericht

erkannt:

://: Die Klage wird abgewiesen.

Die ordentlichen Kosten des Verfahrens, bestehend aus einer Gerichtsgebühr von Fr. 2'200.-- inkl. den Auslagen, gehen zufolge Bewilligung des Kostenerlasses an den Kläger zu Lasten des Staates.

Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

Dem Vertreter des Klägers im Kostenerlass, Herr Dr. St. S., wird ein Honorar von Fr. 3'913.-- inkl. MWSt. aus der Gerichtskasse ausgewiesen.