

Gericht:	OLG Koblenz 10. Zivilsenat
Entscheidungsdatum:	11.03.2026
Aktenzeichen:	10 U 629/24
ECLI:	ECLI:DE:OLGKOB:2026:0311.10U629.24.00
Dokumenttyp:	Urteil
Quelle:	
Normen:	§ 123 Abs 1 BGB, § 142 Abs 1 BGB, § 22 VVG, § 286 Abs 1 ZPO

Arglistanfechtung eines Versicherungsvertrags wegen (Falsch-)Beantwortung einer Gesundheitsfrage „ins Blaue hinein“

Leitsatz

Zur Arglistanfechtung eines Versicherungsvertrags wegen der Beantwortung einer Gesundheitsfrage „ins Blaue hinein“ (hier: Verneinung der Frage nach einer Epilepsie während aktuell laufender diagnostischer Untersuchungen).(Rn.48) (Rn.49)

Orientierungssatz

1. Falsche Angaben in einem Versicherungsantrag allein rechtfertigen den Schluss auf eine arglistige Täuschung nicht. Es gibt keinen allgemeinen Erfahrungssatz des Inhalts, dass eine bewusst unrichtige Beantwortung einer Antragsfrage immer in der Absicht erfolgt, auf den Willen des Versicherers einzuwirken. In subjektiver Hinsicht setzt die Annahme von Arglist vielmehr zusätzlich voraus, dass der Versicherungsnehmer erkennt und billigt, dass der Versicherer seinen Antrag bei Kenntnis des wahren Sachverhalts gar nicht oder nur zu anderen Konditionen annehmen werde. Zudem muss die arglistige Täuschung für die Willenserklärung des Versicherers kausal geworden sein (Anschluss BGH, Urteil vom 24. November 2010 - IV ZR 252/08).(Rn.45)
2. Wenn objektiv falsche Angaben vorliegen, trifft den Versicherungsnehmer eine sekundäre Darlegungslast. Er muss plausibel darlegen, wie und weshalb es zu den objektiv falschen Angaben gekommen ist. Erst anschließend ist es Sache des Versicherers, diese zu widerlegen (Anschluss BGH, Urteil vom 25. September 2024 - IV ZR 350/22).(Rn.46)
3. Eine arglistige Täuschung liegt auch dann vor, wenn der Versicherungsnehmer bei der Antragstellung eine gestellte Frage ohne tatsächliche Grundlagen ins Blaue hinein beantwortet, was dann der Fall ist, wenn dem Erklärenden eine hinreichende Erkenntnisgrundlage fehlt, ihm dies bewusst ist und er mit der Möglichkeit rechnet und dies billigt, dass seine Behauptung unrichtig ist (Anschluss BGH, Urteil vom 7. Juni 2006 - VIII ZR 20/05).(Rn.48)
4. Vorliegend war es dem Kläger bewusst, dass die ärztlichen Untersuchungen seines Sohnes, die auch in Richtung des Ausschlusses einer Epilepsie vorgenommen wurden, noch nicht abgeschlossen waren und mithin eine Epilepsie nach ärztlichem Urteil noch nicht verneint werden konnte. Dass der Kläger diese, wie ihm bewusst war, noch unzureichende Erkenntnisgrundlage nicht offenbart und stattdessen die Frage nach einer Epilepsie verneint hat, begründet in rechtlicher Hinsicht den Vorwurf einer arglistigen Täuschung.(Rn.49)

Verfahrensgang

Tenor

1. Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil der 4. Zivilkammer des Landgerichts Mainz vom 05.06.2024 abgeändert und wie folgt neu gefasst:

Die Klage wird abgewiesen.

2. Die Kosten des Rechtsstreits in beiden Rechtszügen hat der Kläger zu tragen.

3. Das Urteil ist ohne Sicherheitsleistung vorläufig vollstreckbar. Der Kläger darf die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 110 % des aufgrund des Urteils vollstreckbaren Betrages abwenden, wenn nicht die Beklagte vor der Vollstreckung Sicherheit in Höhe von 110 % des jeweils zu vollstreckenden Betrages leistet.

Gründe

I.

- 1 Der Kläger begehrt von der Beklagten Leistungen aus einer privaten Pflegezusatzversicherung für seinen am ...2018 geborenen Sohn ...[A] als versicherte Person.
- 2 Im September 2018 zeigte ...[A] gesundheitliche Auffälligkeiten in Form eines starken Refluxes und hiermit einhergehenden krampfartigen Zuständen. Der Kinderarzt Dr. ...[B] vermutete als Ursache zunächst ein aus seiner Sicht nicht bedenkliches Sandifer-Syndrom, stellte jedoch am 17.10.2018 eine Verordnung über eine Krankenhausbehandlung zur weiteren Abklärung aus (Anlage BLD 36). Vom 18.10.2018 bis zum 19.10.2018 befand sich ...[A] deshalb in der Klinik für Kinder und Jugendliche der ...[C] (im Folgenden: ...[C]). Über diesen Aufenthalt, der unter der Leitung des Oberarztes Dr. ...[D] stattfand, stellte die ...[C] mit dem Datum 19.10.2018 einen an den Kinderarzt gerichteten vorläufigen Entlassungsbrief aus (Anlage K 7), in dem die Diagnose eines ausgeprägten Sandifer-Syndroms genannt ist; wegen der Einzelheiten wird auf den vorläufigen Entlassungsbrief Bezug genommen. Darüber hinaus fertigte die ...[C] unter Verwendung des gleichen Datums ein Schreiben an die Familie des Klägers, in dem stattdessen die Diagnosen „Globale Entwicklungsverzögerung, West-Syndrom und Ausschluss Sandifer-Syndrom“ gestellt sind (Anlage BLD 5).
- 3 Vom 30.10.2018 bis zum 03.11.2018 befand sich ...[A] nochmals in stationärer Behandlung in der ...[C] (Bericht vom 03.11.2018, Anlage BLD 6). Zur weiteren Abklärung der Ursache für die gesundheitlichen Auffälligkeiten von ...[A] nahm die ...[C] vom 06.11.2018 bis zum 07.11.2018 erneut Untersuchungen vor; auf den Bericht der ...[C] vom 22.11.2018 wird Bezug genommen (Anlage BLD 7). Unter anderem wurden eine Blutentnahme, ein EEG, ein Langzeit-EEG und eine Lumbalpunktion sowie eine Untersuchung durch eine Humangenetikerin durchgeführt. Für den 13.11.2018 war als weitere Untersuchungsmaßnahme ein MRT vorgesehen.
- 4 Am 11.11.2018 beantragte der Kläger bei der Beklagten online den Abschluss der hier streitgegenständlichen Krankenzusatzversicherung (Pflegezusatzversicherung) mit Versicherungsbeginn am 01.12.2018, die in den Tarifen ... die Zahlung eines Pflegemonatsgeldes bei ambulanter Pflege in Höhe von bis zu 4.000,00 € je Monat sowie in den Tarifen ... die Zahlung eines Pflegemonatsgeldes bei vollstationärer Pflege und im Tarif

... die Erbringung von Sonderleistungen in Form von Einmalzahlungen, Assistance-Leistungen und Beitragsfreistellung für den Fall der Pflegebedürftigkeit vorsieht. In dem Antragsformular (Anlage BLD 1) wurde unter anderem folgende Frage zu 2.1 gestellt:

- 5 „Besteht oder bestand in den letzten 5 Jahren eine der folgenden Erkrankungen oder Fehlbildungen?
- 6 Erkrankung des Gehirns oder des zentralen Nervensystems:
- 7 ..., Epilepsie, ...“.
- 8 Der Kläger beantwortete diese und alle weiteren Gesundheitsfragen mit „Nein“.
- 9 Am gleichen Tag beantragte der Kläger für ...[A], ebenfalls online, bei der ...[E] (gemeint wohl: ...[F]) eine weitere Pflegeergänzungsversicherung.
- 10 Die Beklagte stellte am 13.11.2018 einen Versicherungsschein über den beantragten Versicherungsschutz aus (Anlage K 1), den sie am gleichen Tag per Post an den Kläger versandte.
- 11 Am 13.11.2018 fand in der ...[C] anstelle des geplanten MRT ein Gespräch zwischen dem Kläger, seiner Ehefrau und dem Zeugen Prof. Dr. ...[G] als Chefarzt der Kinderklinik sowie dem Oberarzt Dr. ...[D] statt. Bei diesem Termin teilten die Ärzte dem Kläger und seiner Ehefrau mit, dass ...[A] an einem West-Syndrom leide; dabei handelt es sich um eine frühkindliche Form der Epilepsie. Später wurde bei ...[A] durch eine genetische Untersuchung eine WWOX-Mutation nachgewiesen; es liegt ein WOREE-Syndrom vor (WWOX-related epileptic encephalopathy), das die epileptischen Symptome hervorruft.
- 12 Nachdem die ...[H] als Pflegepflichtversicherer für den Sohn des Klägers mit Wirkung ab dem 01.12.2018 - bei einer Einstufung in den Pflegegrad 4 - Leistungen in der Pflegepflichtversicherung bewilligt hatte (Anlagen K 2 und K 3), beantragte der Kläger bei der Beklagten mit E-Mail vom 30.12.2018 Leistungen aus der privaten Pflegezusatzversicherung. Die Beklagte führte eine Leistungsprüfung durch, in deren Verlauf der Kläger mit E-Mail vom 06.02.2019 Unterlagen übersandte und den Sachverhalt aus seiner Sicht schilderte; auf die Anlage K 6 wird Bezug genommen.
- 13 Mit Schreiben vom 27.12.2019 (Anlage K 9) erklärte die Beklagte die Anfechtung des Vertrages wegen arglistiger Täuschung und erklärte hilfsweise den Rücktritt vom Vertrag; wegen der Einzelheiten wird auf das Schreiben verwiesen.
- 14 Mit seiner Klage begehrt der Kläger Zahlung von Pflegemonatsgeld für die Monate Dezember 2018 und Januar 2019 in Höhe von jeweils 3.200,00 € unter Ansatz des Pflegegrades 4 zuzüglich einer Einmalzahlung von 1.500,00 € nebst Zinsen (Klageantrag zu 1.), Leistungen von Pflegemonatsgeld für die Zeit von Februar 2019 bis einschließlich Januar 2020 aus dem Pflegegrad 4 sowie nach dem Pflegegrad 5 in Höhe von jeweils 4.000 € für die Zeit von Februar 2020 bis einschließlich Dezember 2022 nebst Zinsen (Klageantrag zu 2.), fortlaufende Zahlung von Pflegemonatsgeld ab Januar 2023 in Höhe von jeweils 4.000,00 € (Klageantrag zu 3.) und beantragt Feststellung hinsichtlich weiterer Versicherungsleistungen (Klageantrag zu 4.).
- 15 Im Einzelnen hat der Kläger beantragt,

- 16 1. die Beklagte zu verurteilen, an ihn 7.900,00 € nebst Zinsen hieraus in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit 28.12.2019 zu bezahlen,
- 17 2. die Beklagte ferner zu verurteilen, an ihn weitere 178.400,00 € nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz aus 32.000,00 € seit 28.12.2019, aus 35.200,00 € seit 31.12.2019, aus 38.400,00 € seit 31.01.2020, aus 42.400,00 € seit 28.02.2020, aus 46.400,00 € seit 31.03.2020, aus 50.400,00 € seit 30.04.2020, aus 54.400,00 € seit 31.05.2020, aus 58.400,00 € seit 30.06.2020, aus 62.400 € seit 31.07.2020, aus 66.400,00 € seit 31.08.2020, aus 70.400,00 € seit 30.09.2020, aus 74.400,00 € seit 31.10.2020, aus 78.400,00 € seit 30.11.2020, aus 82.400,00 € seit 31.12.2020, aus 86.400,00 € seit 31.01.2021, aus 90.400,00 € seit 28.02.2021, aus 94.400,00 € seit 31.03.2021, aus 98.400,00 € seit 30.04.2021, aus 102.400,00 € seit 31.05.2021, aus 106.400,00 € seit 30.06.2021, aus 110.400,00 € seit 31.07.2021, aus 114.400,00 € seit 31.08.2021, aus 118.400,00 € seit 30.09.2021, aus 122.400,00 € seit 31.10.2021, aus 126.400,00 € seit 30.11.2021, aus 130.400,00 € seit 31.12.2021, aus 134.400,00 € seit 31.01.2022, aus 138.400,00 € seit 28.02.2022, aus 142.400,00 € seit 31.03.2022, aus 146.400,00 € seit 30.04.2022, aus 150.400,00 € seit 31.05.2022, aus 154.400,00 € seit 30.06.2022, aus 158.400,00 € seit 31.07.2022, aus 162.400,00 € seit 31.08.2021 (offensichtlich gemeint: 31.08.2022), aus 166.400,00 € seit 30.09.2022, aus 170.400,00 € seit 31.10.2022, aus 174.400,00 € seit 30.11.2022 und aus 178.400,00 € seit dem 31.12.2022 zu bezahlen,
- 18 3. die Beklagte weiter zu verurteilen, an ihn monatlich ab Januar 2023 jeweils zum Monatsende ein bedingungsgemäßes Pflegemonatsgeld in Höhe von 4.000,00 € bis zum Wegfall der Pflegebedürftigkeit oder einer sonstigen berechtigten Beendigung des Versicherungsverhältnisses zu bezahlen,
- 19 4. zudem festzustellen, dass die Beklagte verpflichtet ist, dem Kläger weitere berechnete Versicherungsleistungen aufgrund des Versicherungsfalls zu erbringen, soweit diese Leistungen gefordert werden können.
- 20 Die Beklagte hat beantragt,
- 21 die Klage abzuweisen.
- 22 Wegen weiterer tatsächlicher Feststellungen und des Sach- und Streitstandes im ersten Rechtszug wird ergänzend auf den Tatbestand des angefochtenen Urteils Bezug genommen.
- 23 Nach Anhörung des Klägers und Durchführung einer Beweisaufnahme durch Vernehmung des Zeugen Prof. Dr. ...[G] hat das Landgericht der Klage in vollem Umfang stattgegeben. Zur Begründung hat das Landgericht ausgeführt, hinsichtlich des Klageantrags zu 4. bestehe sowohl ein Feststellungsinteresse als auch ein Rechtsschutzbedürfnis des Klägers. Dem Kläger stünden sämtliche geltend gemachten Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag zu. Die von der Beklagten mit Schreiben vom 27.12.2019 erklärte Anfechtung sei nicht wirksam. Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme stehe zur Überzeugung des Gerichts fest, dass der Kläger die von der Beklagten gestellten Gesundheitsfragen nicht falsch beantwortet habe.

- 24 Aus der Anhörung des Klägers ergebe sich, dass er erst am 13.11.2018, somit nach Antragstellung am 11.11.2018, über die Diagnose West-Syndrom durch die behandelnden Ärzte Dr. ...[D] und Prof. Dr. ...[G] informiert worden sei. Diese glaubhaften Angaben des Klägers deckten sich mit den zu den Akten gereichten Unterlagen und der ebenfalls glaubhaften Aussage des Zeugen Prof. Dr. ...[G]. Dieser habe in einem Schreiben an die Beklagte vom 24.10.2019 (Anlage K 8) ausgeführt, er habe die am 06.11.2018 durchgeführte EEG-Ableitung sowie das Langzeit-EEG vom 06.11.2018 bis 07.11.2018 erst am Montag, den 12.11.2018, ausführlich gesichtet. Er habe zu diesem Zeitpunkt erstmalig Kontakt zu den elektroenzephalografischen Ableitungen gehabt. Nach Diskussion mit Dr. ...[D] habe er die EEG-Ableitungen als modifizierte, diskontinuierlich-kontinuierliche Hypsarrhythmie eingestuft. Auch die Bewegungen bzw. klinischen Entäußerungen von ...[A] habe er zu diesem Zeitpunkt als dringend anfallsverdächtig im Sinne epileptischer Anfälle eingestuft. Am 13.11.2018 sei sodann eine ausführliche Besprechung der Befundlage aus seiner Sicht zusammen mit Dr. ...[D] und den Eltern erfolgt. Bis zum 13.11.2018 seien die Eltern nicht mit der Diagnose „West-Syndrom“ konfrontiert worden. Der vorläufige Entlassungsbrief vom 19.10.2018 sei später in einen endgültigen Arztbrief mit den Diagnosen West-Syndrom, globale Entwicklungsstörung, Ausschluss Sandifer-Syndrom geändert worden. Diese Änderung sei erst am 18.12.2018 erfolgt. Die in der Klinik durchgeführte Arztbriefverwaltung habe vorgesehen, dass endgültige Arztbriefe vorläufige Arztbriefe ersetzen würden. Insofern sei erklärlich, dass ein endgültiger Arztbrief („West-Syndrom“), der mit Datum vom 19.10.2018 vorliege, nicht der vorläufigen Einschätzung, die am 19.10.2018 durch Dr. ...[D] vorgenommen worden sei („Sandifer-Syndrom“) entspreche. Durch eine genetische Untersuchung sei bei ...[A] eine sehr seltene WWOX-Mutation nachgewiesen worden. Diese sähen sie als Ursache für das West-Syndrom an. Die initiale Symptomatik entspreche sicher keiner typischen Anfallssituation wie bei einem West-Syndrom. Auch die initiale EEG-Ableitung habe einen Interpretationsspielraum aufgewiesen. Bei seltenen Ursachen für ein West-Syndrom könne die letztendliche Einordnung durchaus schwierig sein. Schlussendlich habe er die Eltern, nachdem er die EEGs vom 06.11. bzw. 06.11.2018 auf den 07.11.2018 analysiert habe, unverzüglich am 13.11.2018 über seine Verdachtsdiagnose und eine daraus resultierende Behandlung informiert. Der Zeuge Prof. Dr. ...[G] habe die Aussage, dass er die Eltern erstmalig am 13.11.2018 über die Diagnose West-Syndrom informiert habe, in seiner Vernehmung in der mündlichen Verhandlung bestätigt. Auch habe er angegeben, dass die Ausführungen in seinem Schreiben vom 24.10.2019 aus seiner Sicht zutreffend seien.
- 25 Aus der Aussage des Zeugen Prof. Dr. ...[G] ergebe sich, dass der Sohn des Klägers zunächst von dem Oberarzt Dr. ...[D] untersucht worden sei, der die Diagnose Sandifer-Syndrom gestellt und eine Epilepsie ausgeschlossen habe. Der vorläufige Arztbrief vom 19.10.2018 sei dem Kläger somit mit der Angabe, dass eine Epilepsie ausgeschlossen sei, ausgehändigt worden. Der Kläger sei mithin bis zur endgültigen Mitteilung der Diagnose am 13.11.2018, wie auch von ihm in der mündlichen Verhandlung geschildert, davon ausgegangen, dass sein Sohn an einem Sandifer-Syndrom leide und sich der geäußerte Verdacht des Kinderarztes Dr. ...[B], dass eine Epilepsie vorliegen könne, nicht bestätigt habe. Der Kläger habe als medizinischer Laie im Hinblick auf die ihm erteilten Informationen nicht davon ausgehen können, dass eine Epilepsie oder eine Erkrankung des Gehirns oder des zentralen Nervensystems vorliege. Auch habe der Kläger nicht auf eine spastische Erkrankung schließen müssen. Vielmehr habe der Kläger aufgrund der ihm mit dem vorläufigen Entlassungsbrief mitgeteilten Diagnose davon ausgehen können, dass die Krampfanfälle und der Reflux mit dem Sandifer-Syndrom zusammenhin-

gen. Bei dem Sandifer-Syndrom handele es sich um eine paroxysmale dystone Bewegungsstörung, bei der gleichzeitig ein gastro-ösophagealer Reflux und manchmal auch eine Hyatushernie bestehe. Symptome der Erkrankung seien ungewöhnliche Bewegungen von Kopf, Nacken und Rücken, wobei die Erkrankung auch als Reaktion auf sauren Reflux vorübergehende Muskelkrämpfe verursachen könne. Der Kläger habe infolge dessen nicht auf eine spastische Erkrankung oder eine Erkrankung des Gehirns oder des zentralen Nervensystems schließen müssen. Er habe die Fragen unter Ziffern 2.1 und 2.7 und auch die übrigen Fragen somit zu Recht mit „Nein“ beantwortet. Dabei sei auch zu berücksichtigen, dass die Beklagte ausdrücklich nach bestehenden oder in den letzten fünf Jahren bestandenen Erkrankungen gefragt habe und nicht nach Untersuchungen, Behandlungen oder Symptomen. Von einer Erkrankung des Kindes an Epilepsie habe der Kläger aber nach den glaubhaften Bekundungen des Zeugen Prof. Dr. ...[G] erst seit dem 13.11.2018 gewusst.

- 26 Soweit die Beklagte behaupte, dass dem Kläger bereits vor dem 11.11.2018 eine Epilepsie mitgeteilt worden sei und sie zu dieser Behauptung mit Schriftsatz vom 03.05.2024 die Zeugen Dr. ...[D] und Dr. ...[I] benenne, sei das Beweisangebot verspätet. Auch gehe aus der Aussage des Zeugen Prof. Dr. ...[G] und den vorgelegten Unterlagen hervor, dass die von der Beklagten unter Beweis gestellte Behauptung unzutreffend sei. Die Behauptung der Beklagten nebst Beweisangebot sei ins Blaue hinein erfolgt.
- 27 Es habe auch keine spontane Offenbarungspflicht wegen der Anfälle des Kindes bestanden. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs komme dies nur in sehr restriktiv zu handhabenden Ausnahmefällen in Betracht. Einen solchen krassen Fall sehe das Gericht vorliegend nicht. Die von der Beklagten gestellten Fragen seien eindeutig formuliert und dokumentierten klar und eindeutig ihr Interesse daran, dass bestehende oder in den letzten fünf Jahren bestandene Erkrankungen angegeben werden müssten. Aufgrund der insoweit eindeutigen Fragestellung habe der Kläger als Versicherungsnehmer nicht davon ausgehen müssen, dass die Beklagte ein Aufklärungsinteresse an den Symptomen gehabt habe, unter denen das Kind zum damaligen Zeitpunkt gelitten habe. Das Sandifer-Syndrom, von dessen Vorliegen der Kläger habe ausgehen können, sei als nicht derart schwerwiegende Erkrankung anzusehen, dass sich für den Kläger habe aufdrängen müssen, dies der Beklagten mitzuteilen. Ein arglistiges Verschweigen und eine auf Arglist beruhende Spontananzeigepflichtverletzung des Klägers seien daher nicht anzunehmen.
- 28 Aus den aufgeführten Gründen stehe der Beklagten auch kein Rücktrittsrecht zu. Soweit die Beklagte außerdem Vorvertraglichkeit einwende, liege bereits kein hinreichender Vortrag vor. Im Übrigen sei gemäß § 1 Abs. 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen die Feststellung der Pflegebedürftigkeit Voraussetzung für den Eintritt des Versicherungsfalls. Vorliegend habe die ...[H] mit Schreiben vom 20.12.2018 die Pflegebedürftigkeit zum 01.12.2018, somit erst nach Vertragsschluss, anerkannt.
- 29 Wegen weiterer Einzelheiten der Begründung wird auf die Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils Bezug genommen.
- 30 Gegen dieses Urteil wendet sich die Beklagte mit ihrer Berufung.
- 31 Die Beklagte macht geltend, ihre mit Schreiben vom 27.12.2019 erklärte Anfechtung sei wirksam, so dass der Vertrag rückwirkend beendet und das Leistungsbegehren des Klägers unbegründet sei. Entgegen der Auffassung des Landgerichts habe der Kläger die

Gesundheitsfrage 2.1 objektiv falsch beantwortet, weil der Sohn des Klägers bereits im Zeitpunkt der Antragstellung an einer Epilepsie in Form des West-Syndroms erkrankt gewesen sei. Der Kläger habe arglistig gehandelt, weil er die Gesundheitsfrage „ins Blaue hinein“ objektiv unrichtig beantwortet habe. Der Kläger habe gewusst, dass zu diesem Zeitpunkt die bereits erhobenen Befunde noch nicht vollständig ausgewertet gewesen seien und hinsichtlich der für den 13.11.2018 geplanten MRT-Untersuchung sogar das Erheben weiterer Befunde noch bevorstanden habe. Das Landgericht habe sich auch mit den Indizien nicht auseinandergesetzt, wonach der Kläger nicht nur bei der Beklagten, sondern auch bei der ...[E] eine Pflegeversicherung abgeschlossen habe und für die ältere Tochter entsprechende Pflegeergänzungsversicherungen nicht abgeschlossen worden seien. Das Landgericht habe sich auch verfahrensfehlerhaft über das Beweisangebot auf Vernehmung der Zeugen Dr. ...[D] und Dr. ...[I] zu der Behauptung hinweggesetzt, der Kläger sei schon vor dem 11.11.2018 über das Vorliegen einer Epilepsie unterrichtet worden. Im Übrigen sei der Kläger auch ohne entsprechende Frage aufgrund einer spontanen Anzeigepflicht verpflichtet gewesen, die gesundheitliche Situation seines Sohnes offenzulegen. Der Gesundheitszustand des Sohns des Klägers, der so besorgniserregend gewesen sei, dass umfangreiche und invasive Untersuchungen mit Sedierung und Lumbalpunktion eines Babys durchgeführt worden seien, deren Ergebnisse allerdings zum Zeitpunkt der Antragstellung noch nicht bekannt gewesen seien, stelle einen spontan offenbarungspflichtigen Umstand dar. Darüber hinaus habe spätestens seit der Mitteilung der Diagnose am 13.11.2018 eine spontane Anzeigepflicht bestanden; hätte der Kläger am 13.11.2018 die Beklagte entsprechend informiert, hätte diese den Versicherungsschein nicht übersandt, zumindest aber dafür gesorgt, dass vor Eingang des Versicherungsscheins eine Erklärung beim Kläger eingegangen wäre, wonach sie vom Abschluss des Versicherungsvertrags Abstand nehme. Das Landgericht habe sich überdies nicht hinreichend damit auseinandergesetzt, dass die Beklagte sich im Zusammenhang mit der Anfechtung auch auf die Nichtangabe einer spastischen Erkrankung gestützt habe, nach der mit der Gesundheitsfrage 2.7 ausdrücklich gefragt worden sei. Jedenfalls sei von der Wirksamkeit des hilfsweise erklärten Rücktritts auszugehen, mit der das Landgericht sich, soweit ersichtlich, nicht befasst habe. Hinsichtlich der vom Landgericht verneinten Vorvertraglichkeit habe es die Darlegungs- und Beweislast verkannt. Auch habe das Landgericht offenbar übersehen, dass die Beklagte den Eintritt des Versicherungsfalles sowie die Höhe des Pflegegrades und damit die Richtigkeit der entsprechenden Feststellung der ...[H] bestritten habe, so dass das Landgericht nicht ohne Beweiserhebung durch Sachverständigengutachten hätte entscheiden dürfen. Schließlich sei der Zinsauspruch fehlerhaft, und für den Feststellungsausspruch zu 4. habe kein Feststellungsinteresse bestanden. Wegen weiterer Einzelheiten wird auf die Berufungsbegründung vom 30.08.2024 sowie die Berufungsreplik vom 06.01.2026 Bezug genommen.

32 Die Beklagte beantragt,

33 unter Abänderung der angefochtenen Entscheidung die Klage insgesamt abzuweisen.

34 Der Kläger beantragt,

35 die Berufung zurückzuweisen.

36 Der Kläger verteidigt das angefochtene Urteil. Er habe die Angaben im Antragsformular nicht „ins Blaue hinein“ getätigt. Er und seine Frau hätten Spezialisten aufgesucht, um

die Auffälligkeiten bei ...[A] vorsorglich abzuklären. Das vorläufige Ergebnis sei der Ausschluss einer Epilepsie und der fachmännisch vermutete Zusammenhang mit einem Sandifer-Syndrom gewesen. Die krampfanfallartigen Symptome seien bis zum 13.11.2018 im Rahmen einer Verdachtsdiagnose dem Sandifer-Syndrom zugeordnet worden. Der behandelnde Oberarzt Dr. ...[D] sei gegenüber dem Kläger sehr klar in seiner Aussage zur Epilepsie gewesen. Dies sei gerade nicht der Grund für die weiterführende Abklärung gewesen. Man habe diagnostisch versucht, verschiedene Erkrankungen auszuschließen, wobei dem Kläger und seiner Frau vermittelt worden sei, dass es in vielen Fällen keine abschließende Aufklärung gebe. Den Abschlussbericht der ...[C] vom 03.11.2018 habe der Kläger nicht vor dem 13.11.2018 zur Kenntnis erhalten. Insbesondere sei nicht mitgeteilt worden, dass zwingend eine Grunderkrankung vorliegen müsse. Die eigentliche Grunderkrankung habe auch erst im April 2019 identifiziert werden können. Der Kläger und seine Ehefrau seien von einem Sandifer-Syndrom mit Reflux ausgegangen und seien zuversichtlich gewesen, dass sich dieses von selbst gebe und keine weiteren Beeinträchtigungen verbleiben würden. Bei der Beantwortung der Gesundheitsfragen seien auch keine zusätzlichen Erläuterungen möglich gewesen. Soweit die Beklagte ausführe, dass sie bei Kenntnis von Epilepsie oder auch nur eines noch nicht abgeklärten Verdachts von Epilepsie den Vertrag nicht abgeschlossen hätte, sei mit Blick auf den Fragenkatalog der Beklagten davon auszugehen, dass allein der Verdacht einer Erkrankung kein maßgebliches Tarifierungsmerkmal gewesen sei. Eine spontane Anzeige nach Abgabe der Vertragserklärung sei auch nicht kurzfristig zumutbar gewesen. Die Familie des Klägers sei nach der Besprechung am 13.11.2018 tief getroffen gewesen. Der Versicherungsschein sei zugegangen, bevor der Kläger überhaupt wieder an vertragliche Aspekte habe denken können. Wegen weiterer Einzelheiten wird auf die Berufungserwiderungsschrift vom 28.10.2024 sowie die Berufungsduplik vom 09.01.2026 verwiesen.

- 37 Der Senat hat den Kläger in der Berufungsverhandlung persönlich angehört. Hierzu haben die Parteien wechselseitig Stellung genommen. Auf diese Schriftsätze und ergänzend auf die weiteren gewechselten Schriftsätze der Parteien nebst Anlagen sowie den weiteren Akteninhalt wird Bezug genommen.

II.

- 38 Die zulässige Berufung der Beklagten hat in der Sache Erfolg. Auf das Rechtsmittel hin ist das angefochtene Urteil abzuändern und die Klage abzuweisen.
- 39 Die Klageanträge zu 1. bis 3. sind als Leistungsanträge zulässig. Hinsichtlich des Feststellungsantrages zu 4. kann dahinstehen, ob das für die Zulässigkeit erforderliche Feststellungsinteresse nach § 256 Abs. 1 ZPO gegeben ist. Es ist anerkannt, dass die Feststellungsklage dann als unbegründet abgewiesen werden kann, wenn die sachlichen Voraussetzungen hierfür vorliegen (BGH, Urteil vom 04.09.2019 - XII ZR 52/18, Rn. 44; Urteil vom 06.07.2021 - VI ZR 40/20, Rn. 32, jeweils m. w. Nachw.; sämtliche Entscheidungen zitiert nach juris). Das ist hier der Fall. Die Klage ist hinsichtlich aller Anträge nicht begründet. Dem Kläger steht aus dem Vertrag über die Pflegezusatzversicherung kein Anspruch auf Versicherungsleistungen zu. Entgegen der Annahme des Landgerichts hat die Beklagte ihre auf den Vertragsschluss gerichtete Willenserklärung wirksam wegen arglistiger Täuschung angefochten, so dass der Vertrag über die Pflegezusatzversicherung als von Anfang an nichtig anzusehen ist (§§ 123 Abs. 1, 142 Abs. 1 BGB; § 22 VVG). Ob die Klage auch, wie die Beklagte meint, wegen der Verletzung einer spontanen Anzeigeobliegenheit abzuweisen wäre, kann dahinstehen.

- 40 1. Der Kläger hat bei der Antragstellung am 11.11.2018 die Gesundheitsfrage 2.1, in der unter anderem nach dem Bestehen einer Erkrankung des Gehirns oder des zentralen Nervensystems in Form einer Epilepsie gefragt war, objektiv unzutreffend verneint (nachfolgend a)) und durch diese Erklärung die Beklagte arglistig getäuscht (b).
- 41 a) Die Erklärung des Klägers, sein Sohn ...[A] als versicherte Person leide nicht an einer Epilepsie, ist objektiv unzutreffend.
- 42 Unstreitig besteht die genetische Disposition von ...[A] in Form einer WWOX-Mutation, die nach ärztlicher Einschätzung für das am 13.11.2018 mitgeteilte Vorliegen einer epileptischen Erkrankung ursächlich ist, bereits seit seiner Geburt. Bei dem damals zunächst diagnostizierten West-Syndrom handelt es sich, wie der Zeuge Prof. Dr. ...[G] in seiner Vernehmung unangegriffen bekundet hat (Sitzungsprotokoll vom 24.01.2024, S. 7, eAkte LG 226) und wie im Übrigen allgemeinkundig ist, um eine frühkindliche Epilepsie. Dass später aufgrund der genetischen Untersuchung das WOREE-Syndrom (was für die Bezeichnung „WWOX-related epileptic encephalopathy“ steht) als Ursache diagnostiziert worden ist, ändert nichts daran, dass die krampfartigen Zustände epileptischer Natur sind, wie bereits aus der Bezeichnung der Erkrankung als „epileptic“ hervorgeht. Dies hat auch keine der Parteien in Frage gestellt. Die ärztlichen Befunde, die der am 13.11.2018 mitgeteilten Diagnose zugrunde lagen, sind unstreitig sämtlich vor dem 11.11.2018 erhoben worden.
- 43 Für die Frage, ob der Kläger die Gesundheitsfrage in objektiver Hinsicht unrichtig verneint hat, kommt es nicht darauf an, ob zu diesem Zeitpunkt bereits eine dem Kläger bekannte ärztliche Feststellung der Krankheit vorlag (anderer Ansicht wohl OLG Celle, Urteil vom 09.11.2015 - 8 U 101/15, Rn. 56). Das von der Beklagten verwendete Antragsformular stellt nach seinem eindeutigen Wortlaut nicht auf „festgestellte“, sondern auf bestehende Krankheiten ab. Die Frage, ob eine solche Erkrankung bereits festgestellt ist, erlangt im Rahmen der vorvertraglichen Anzeigepflicht nur für die Frage Bedeutung, ob dem Antragsteller die erfragten Gefahrumstände bekannt sind (§ 19 Abs. 1 Satz 1 VVG).
- 44 b) Der Kläger hat die Beklagte bei der Beantwortung der Antragsfrage arglistig getäuscht.
- 45 aa) Die arglistige Täuschung setzt eine Vorspiegelung falscher oder ein Verschweigen wahrer Tatsachen gegenüber dem Versicherer zum Zwecke der Erregung oder Aufrechterhaltung eines Irrtums voraus. Der Versicherungsnehmer muss vorsätzlich handeln, indem er bewusst und willentlich auf die Entscheidung des Versicherers einwirkt. Falsche Angaben in einem Versicherungsantrag allein rechtfertigen den Schluss auf eine arglistige Täuschung nicht; einen allgemeinen Erfahrungssatz des Inhalts, dass eine bewusst unrichtige Beantwortung einer Antragsfrage immer und nur in der Absicht erfolgt, auf den Willen des Versicherers einzuwirken, gibt es nicht. In subjektiver Hinsicht setzt die Annahme von Arglist vielmehr zusätzlich voraus, dass der Versicherungsnehmer erkennt und billigt, dass der Versicherer seinen Antrag bei Kenntnis des wahren Sachverhalts gar nicht oder nur zu anderen Konditionen annehmen werde. Weiterhin muss die arglistige Täuschung für die Willenserklärung des Versicherers kausal geworden sein (BGH, Versäumnisurteil vom 24.11.2010 - IV ZR 252/08, Rn. 19 m.w.Nachw.; siehe auch BGH, Beschluss vom 10.05.2017 - IV ZR 30/16, Rn. 16).

- 46 Den ihm nach § 123 BGB obliegenden Beweis von Arglist als innerer Tatsache kann der Versicherer regelmäßig nur auf der Grundlage von Indizien führen. Wenn allerdings - wie hier - objektiv falsche Angaben vorliegen, trifft den Versicherungsnehmer eine sekundäre Darlegungslast. Er muss plausibel darlegen, wie und weshalb es zu den objektiv falschen Angaben gekommen ist. Erst wenn er ihn entlastende Umstände vorträgt, ist es Sache des Versicherers, diese zu widerlegen (vgl. BGH, Urteil vom 25.09.2024 - IV ZR 350/22, Rn. 40 m.w.Nachw.). Bei der Würdigung, ob dem Versicherungsnehmer der Vorwurf arglistigen Handelns gemacht werden kann, ist auf die gesamten Umstände des Einzelfalls abzustellen (vgl. BGH, Urteil vom 26.10.1994 - IV ZR 151/93, Rn. 8 ff.; Rolfs in Bruck/Möller, VVG, 10. Aufl., § 22 VVG Rn. 45).
- 47 bb) Es bedarf keiner Entscheidung, ob dem Kläger bereits bei der Antragstellung am 11.11.2018 die Diagnose des West-Syndroms mitgeteilt worden ist. Nach dem Stand der erstinstanzlichen Beweisaufnahme ist dies indes nicht der Fall. Das Landgericht ist aufgrund der Anhörung des Klägers und der Vernehmung des Chefarztes Prof. Dr. ... [G] als Zeuge zu der Überzeugung gelangt, dass der Zeuge die Diagnose des West-Syndroms aufgrund einer Auswertung der bis dahin durchgeführten EEG-Ableitungen erst am 12.11.2018 gestellt hat - während der zunächst behandelnde Oberarzt Dr. ...[D] bis dahin diese Diagnose nicht gestellt hatte -, und dass die Diagnose einer bei ...[A] vorliegenden Epilepsie erst am 13.11.2018 dem Kläger und seiner Ehefrau eröffnet worden ist. Die Beklagte wendet sich gegen diese Feststellungen mit der Rüge, das Landgericht habe zu ihrer Behauptung, dem Kläger sei gleichwohl bereits vor dem 11.11.2018 (auf anderem, nicht konkret dargestelltem Wege) die Diagnose einer Epilepsie mitgeteilt worden, den Beweisantritt auf Vernehmung der Zeugen Dr. ...[D] und Dr. ...[I] übergangen; insoweit liege entgegen der Annahme des Landgerichts keine unzulässige Behauptung „ins Blaue hinein“ vor. Ob diese Rüge begründet ist, muss nicht entschieden werden.
- 48 cc) Denn ein Versicherungsnehmer kann bei der Antragstellung auch in der Weise arglistig täuschen, dass er eine gestellte Frage ohne tatsächliche Grundlagen ins Blaue hinein beantwortet, was dann der Fall ist, wenn dem Erklärenden eine hinreichende Erkenntnisgrundlage fehlt, ihm dies bewusst ist und er mit der Möglichkeit rechnet und dies billigt, dass seine Behauptung unrichtig ist (vgl. BGH, Urteil vom 07.06.2006 - VIII ZR 20/05, Rn. 13; Erman/Arnold, BGB, 17. Aufl., § 123 Rn. 27, jeweils m.w.Nachw.). Arglistig handelt zwar grundsätzlich nicht, wer gutgläubig unrichtige Angaben macht, mag auch der gute Glaube auf Fahrlässigkeit oder selbst auf Leichtfertigkeit beruhen. Zur Arglist ist aber nicht unbedingt das Wissen erforderlich, dass die angegebene Tatsache nicht der Wahrheit entspricht. Das arglistige Verhalten liegt hier gerade darin, dass dem Erklärenden, was ihm auch bewusst ist, die zur sachgemäßen Beantwortung erforderliche Kenntnis fehlt und er diesen Umstand gegenüber dem anderen Teil verschweigt, wobei er mit der Möglichkeit der Unrichtigkeit seiner Angabe rechnet (vgl. BGH, Urteil vom 08.05.1980 - IVa ZR 1/80, Rn. 23; BGH, Urteil vom 16.03.2012 - V ZR 18/11, Rn. 28 f.).
- 49 So liegt der Fall hier.
- 50 (1) Der Senat ist - auch unter Berücksichtigung der Anhörung des Klägers in der Berufungsverhandlung - davon überzeugt (§ 286 Abs. 1 ZPO), dass der Kläger zumindest ernsthaft mit der Möglichkeit rechnete, dass sein Sohn ...[A] wegen einer aktuell in der ärztlichen Abklärung befindlichen Epilepsie pflegebedürftig werden könnte und er deshalb „sicherheitshalber“ noch vor Abschluss der ärztlichen Untersuchungen entsprechenden Versicherungsschutz beantragte, wobei er wusste und billigte, dass er die Beklag-

te nicht vollständig über den für eine Antragsprüfung bedeutsamen Sachverhalt unterrichtet. Dabei geht der Senat davon aus, dass der Kläger hoffte, diese Diagnose werde sich nicht bestätigen; gleichwohl beantragte er aber in Kenntnis der Möglichkeit der Diagnose einer Epilepsie den Versicherungsschutz, um seinen Sohn gerade auch für diesen Fall abzusichern. Dem Kläger war bewusst, dass die ärztlichen Untersuchungen, die auch in Richtung des Ausschlusses einer Epilepsie vorgenommen wurden, noch nicht abgeschlossen waren, eine Epilepsie mithin nach ärztlichem Urteil noch nicht verneint werden konnte. Dass der Kläger diese, wie ihm bewusst war, noch unzureichende Erkenntnisgrundlage nicht offenbart und stattdessen die Frage nach einer Epilepsie verneint hat, begründet in rechtlicher Hinsicht - ohne dass es insoweit auf die persönliche rechtliche Bewertung durch den Kläger ankommt - den Vorwurf einer arglistigen Täuschung der Beklagten. Zu dieser Feststellung gelangt der Senat nicht mit der Erwägung, dass der Kläger seiner sekundären Darlegungslast nicht genügt hätte (vgl. § 138 Abs. 3 ZPO), sondern aufgrund richterlicher Überzeugungsbildung nach § 286 Abs. 1 ZPO unter Würdigung der gesamten Umstände.

51 (2) Im Einzelnen ergibt sich dies aus folgenden Erwägungen:

52 (a) Der Kläger wusste, dass sein im ... 2018 geborener Sohn seit September des gleichen Jahres an einem starken Reflux und krampfartigen Episoden litt. Nach der Schilderung des Klägers in der Anhörung hat deshalb der Kinderarzt Dr. ...[B] am 17.10.2018 empfohlen, die Eltern sollten abklären, ob wirklich keine Epilepsie vorliege. Seit diesem Zeitpunkt stand, wie dem Kläger bekannt war, der Verdacht einer Epilepsie im Raum. Im Zeitpunkt der Antragstellung am 11.11.2018 hatte sich hinsichtlich des gesundheitlichen Zustandes von ...[A] jedenfalls keine wesentliche Änderung zum Besseren ergeben; anderes macht der Kläger auch nicht geltend. So weist das in der ...[C] gefertigte Verlaufsprotokoll des Langzeit-EEG vom 06.11.2018 (10.18 Uhr) auf den 07.11.2018 (8.00 Uhr) im Zeitraum zwischen 11.10 Uhr und 20.50 Uhr insgesamt acht Phasen von Krampfanfällen aus (Anlage BLD 45).

53 (b) Zwar ist in dem - ausdrücklich als „vorläufig“ bezeichneten - ersten Entlassungsbrief der ...[C] vom 19.10.2018 (Anlage K 7) hinsichtlich der vom 18.10.2018 bis zum 19.10.2018 unter der Federführung des Oberarztes Dr. ...[D] durchgeführten Untersuchungen die Diagnose eines ausgeprägten Sandifer-Syndroms genannt. Unter der Überschrift „Verlauf und Procedere“ ist in dem Bericht ausgeführt, die stationäre Aufnahme sei zur Abklärung bei fraglich tonischen Krampfanfällen erfolgt. Während der EEG-Ableitung habe ...[A] Zuckungen ohne Korrelat im EEG geboten, so dass eine Epilepsie aktuell ausgeschlossen werden könne; bei ...[A] bestehe ein sehr ausgeprägtes Sandifer-Syndrom. Der Senat geht auf der Grundlage des Standes der erstinstanzlichen Beweisaufnahme davon aus, dass dieser Entlassungsbrief dem Kläger und seiner Ehefrau damals sofort oder jedenfalls zeitnah zur Kenntnis gelangt ist, während das Schreiben der ...[B] vom 19.10.2018 mit der geänderten Diagnose „West-Syndrom, Ausschluss Sandifer-Syndrom“ (Anlage BLD 5) nach den insoweit unangegriffenen Feststellungen des Landgerichts erst im Dezember 2018 erstellt worden ist. Hiermit im Einklang stehend hat der Kläger in seiner Anhörung erklärt, sie hätten bereits am 19.10.2018 anlässlich der Entlassung aus der Klinik gesagt bekommen, dass es sich vermutlich um das Sandifer-Syndrom handle und keine epileptischen Symptome sichtbar gewesen seien. Insoweit kann der Senat gut nachvollziehen, dass der Kläger zu diesem Zeitpunkt davon ausging, dass der Verdacht einer Epilepsie sich nicht bestätigt habe, und dass stattdessen ein Sandifer-Syndrom vorliege, welches sich, wie der Kläger in der Anhörung ausgeführt hat, nach

Mitteilung des Kinderarztes Dr. ...[B] regelmäßig im Kleinkindalter innerhalb von ein bis zwei Jahren auswachse.

- 54 (c) Auf diese - ausdrücklich nur vorläufige - Diagnose konnte der Kläger allerdings in der Folgezeit nicht mehr vertrauen. Dass die ...[C] weitere Untersuchungen zur Abklärung auch einer möglichen Epilepsie für erforderlich hielt, war dem Kläger auch bewusst.
- 55 Wie der Kläger in seiner Anhörung ausgeführt hat, hat sich der Oberarzt Dr. ...[D] in der Folgezeit bei ihnen telefonisch gemeldet und erklärt, das EEG sei insgesamt verlangsamt gewesen, er würde sich das gerne nochmals genauer ansehen. Es gehe um die Bestätigung des Sandifer-Syndroms im Wege der Ausschlussdiagnostik. Dies halte er aus ärztlicher Vorsorge für angezeigt. Dr. ...[D] habe gemeint, der EEG-Befund sei auch mit einem Sandifer-Syndrom vereinbar, er wolle dies aber im Wege der Ausschlussdiagnostik nochmals richtig abklären. In seiner E-Mail an die Beklagte vom 06.02.2019 (Anlage K 6) hat der Kläger dieses Telefonat auf den 29.10.2018 datiert. Das Telefonat war Grundlage dafür, dass in der ...[C] weitere Untersuchungen stattfinden sollten.
- 56 Aufgrund dessen war dem Kläger klar, dass es mit der vorläufigen Diagnose eines ausgeprägten Sandifer-Syndroms nicht sein Bewenden hatte, sondern dass es aus ärztlicher Vorsorge des behandelnden Oberarztes doch noch weiterer Untersuchungen bedurfte, um andere Ursachen für den gesundheitlichen Zustand von ...[A] auszuschließen. Dass es dabei erneut um die Abklärung einer möglichen Epilepsie ging, folgt schon daraus, dass Anlass der erstmaligen Aufnahme von ...[A] in der ...[C] der Verdacht einer Epilepsie gewesen war. Dass der Kläger, der als promovierter Volljurist über einen hohen Bildungsgrad und eine hohe Intelligenz verfügt - was dem Eindruck des Senats bei der Anhörung des Klägers entspricht -, den Anlass und die Zielrichtung der erneuten Untersuchung in vollem Umfang verstanden hat, mithin dass weiterhin der Verdacht einer Epilepsie im Raum stand, sieht der Senat nicht als zweifelhaft an. Auf ein etwaiges Fehlverständnis beruft sich der Kläger auch nicht.
- 57 (d) Während des erneuten Aufenthalts in der ...[C] vom 06.11.2018 bis zum 07.11.2018 wurden bei ...[A] sowohl ein Kurzzeit-EEG als auch ein Langzeit-EEG durchgeführt. Darüber hinaus wurde eine Ultraschalluntersuchung des Gehirns von ...[A] vorgenommen, es wurden Blutproben entnommen, eine Lumbalpunktion wurde durchgeführt, und es erfolgte eine visuelle Kontrolle durch eine Humangenetikerin. Nach der Schilderung des Klägers teilte die ...[C] den Eltern bereits verschiedene Befunde mit, die sämtlich (bezüglich einer Epilepsie) unauffällig waren. Dabei handelte es sich um die Sichtuntersuchung der Humangenetikerin, den Ultraschall und eine Teilauswertung der Blutproben sowie der Lumbalpunktion.
- 58 Dem Kläger war allerdings bekannt, dass noch nicht sämtliche Befunde ausgewertet waren. Hierbei handelt es sich um eine Chromosomen-Analyse, eine weitere Untersuchung der Proben aus der Lumbalpunktion, die in der ...[J] in ...[Z] vorgenommen werden sollte, sowie die EEG-Untersuchungen. Außerdem stand noch ein MRT aus, das erst am 13.11.2018 stattfinden sollte. Soweit sich der Kläger in seiner Anhörung dahin geäußert hat, anlässlich der Gespräche mit Dr. ...[D] während des Klinikaufenthalts habe sich nach dessen Mitteilung immer weiter verdichtet, dass es sich um das Sandifer-Syndrom handele, hat der Kläger dies anschließend dahin relativiert, dass sich jedenfalls bis dahin keine gegenteiligen Erkenntnisse gezeigt hätten (Sitzungsprotokoll, S. 4).

- 59 Aus diesem Stand der Untersuchungen folgt für den Senat, dass wesentliche Teile der bereits durchgeführten Untersuchungen noch nicht abschließend befundet worden waren, dass eine MRT-Untersuchung noch ausstand, und dass dies dem Kläger jeweils bewusst war.
- 60 Nach der eigenen Darstellung des Klägers hat zwischen der Entlassung von ...[A] aus der Klinik am 07.11.2018 bis zum 13.11.2018 kein weiterer Kontakt mit der ...[C] stattgefunden, so dass sich daraus weder positive noch negative Erkenntnisse für den Kläger ergeben konnten.
- 61 (e) Hinsichtlich seiner gedanklichen Vorstellung im Zeitpunkt der Antragstellung am Sonntag, 11.11.2018, hat der Kläger in seiner Anhörung erklärt, sie seien bei der Entlassung am 07.11.2018 eigentlich davon ausgegangen, dass die Sache auf einem guten Weg sei und die Untersuchungen mit dem MRT am 13.11.2018 dann „erfolgreich“ abgeschlossen werden könnten. An dem darauffolgenden Sonntag (d.h. am 11.11.2018) sei er dann erstmals zur Ruhe gekommen und habe sich darüber Gedanken gemacht, wie Kinder eigentlich versicherungsmäßig abgesichert seien, wenn sie ernsthaft krank werden, und welche Möglichkeiten es gebe, Kinder zu versichern. Er selbst und seine Ehefrau hätten zu diesem Zeitpunkt bereits eine Pflegezusatzversicherung gehabt, nur für die im Jahr 2014 geborene Tochter und ...[A] hätten sie noch keinen entsprechenden Versicherungsschutz abgeschlossen, weil sie insoweit noch nicht problembewusst gewesen seien (Sitzungsprotokoll, S. 5 und S. 7). Deshalb habe er angefangen zu recherchieren. Er habe danach geschaut, welchen Versicherungsschutz man haben müsse, um insbesondere den Ausfall eines Gehalts zu kompensieren, wenn ein Elternteil zu Hause bleiben müsse, um sich in Vollzeit um ein Kind zu kümmern, oder dass sie als Eltern ihre Arbeit entsprechend reduzierten und dadurch einen geringeren Verdienst hätten. Seine Ehefrau und er seien sich darüber einig geworden, dass es sinnvoll sei, eine Versicherung für ...[A] abzuschließen mit dem Ziel, einen eventuellen Gehaltsverlust zu kompensieren. Zu diesem Zeitpunkt sei er erleichtert gewesen und habe gute Laune gehabt, weil alle bisherigen Untersuchungen im Sande verlaufen seien.
- 62 Auf Frage, aus welchem Grund er an diesem Tag nicht bereits auch für seine Tochter entsprechende Verträge abgeschlossen hat, hat der Kläger erklärt, zu diesem Zeitpunkt sei aufgrund der Erkrankung von ...[A] der Fokus natürlich sehr stark auf seinem Sohn gewesen. Seine Tochter sei ja schon etwas älter, man habe mit ihr damals auch schon kommunizieren können, so dass man Krankheiten vielleicht auch eher erkannt hätte. Er habe vermutlich seine Tochter noch gar nicht so im Fokus gehabt. Nachdem der Prozessbevollmächtigte der Beklagten den Kläger so verstanden hatte, als sei der Vertragsabschluss für die Tochter ihm zu dieser Zeit nicht so dringlich gewesen, hat der Kläger erklärt, das Wort „dringlich“ würde er so nicht gebrauchen. Er habe einen Vertragsabschluss für seine Tochter in dem Moment nicht für so erforderlich gehalten. Seine Tochter habe damals einfach nicht so im Fokus gestanden. Seine Kinder seien ihm natürlich gleich wichtig. Wenn ein Kind ein Problem habe, kümmerten sie sich darum natürlich in gleicher Weise.
- 63 Aus dieser Schilderung folgt für den Senat, dass der Kläger erstmals am 11.11.2018 Anlass gesehen hat, sich über Versicherungsschutz für den Fall ernsthafter Erkrankungen seiner Kinder Gedanken zu machen und sich - nach Abstimmung mit seiner Ehefrau - für seinen Sohn ...[A] um Versicherungsschutz zu bemühen, um den Versicherungsfall einer

künftig eintretenden Pflegebedürftigkeit abzusichern; der Höhe nach sollte der Versicherungsschutz einen Gehaltsausfall bei den pflegenden Eltern abdecken.

- 64 Dass der Kläger zu diesem Zeitpunkt nicht mit der Möglichkeit gerechnet haben will, dass eine Epilepsie vorliegen könne, und er die Gesundheitsfrage nach einer Epilepsie deshalb mit gutem Gewissen verneint habe, hält der Senat angesichts der Umstände für widerlegt.
- 65 Auffällig ist hierbei schon der Zeitpunkt der Antragstellung. Der Kläger hat den Pflegeversicherungsschutz beantragt, als umfängliche Untersuchungen, unter anderem ein Langzeit-EEG, eine Lumbalpunktion und eine Blutentnahme auch zum Zwecke einer Chromosomen-Analyse bei noch nicht ausgeräumtem Verdacht einer Epilepsie durchgeführt worden waren, diese Ergebnisse aber noch nicht vorlagen und eine weitere Untersuchung in Form eines MRT noch ausstand. Wenn der Kläger tatsächlich, wie er ausgeführt hat, der Auffassung war, dass „die Sache auf einem guten Weg ist“ und die Untersuchungen mit dem MRT am 13.11.2018 dann erfolgreich abgeschlossen werden könnten, ist nicht nachvollziehbar, aus welchem Grund der Kläger, der in der Gesundheitsfrage 2.1 ausdrücklich nach einer bestehenden Epilepsie gefragt worden war, mit der Antragstellung nicht noch einige Tage zugewartet hat, bis die für ...[A] günstige Diagnose eines Sandifer-Syndroms sich bestätigen würde. Der Senat hält es für naheliegend, dass der Kläger einerseits auf einen guten Ausgang der ärztlichen Untersuchungen hoffte. Damit ist allerdings ohne weiteres vereinbar, dass der Kläger andererseits - vor dem Hintergrund der noch nicht abgeschlossenen Diagnostik - befürchtete, dass ...[A] letztlich doch aufgrund einer Epilepsie pflegebedürftig werden würde und der Kläger als fürsorgender Vater deshalb noch „in letzter Minute“ versuchte, für diesen Fall seinem Sohn vorsorglich einen auskömmlichen Versicherungsschutz mittels zweier Pflegezusatzversicherungen zu verschaffen. Wesentliches Indiz hierfür ist der Zeitpunkt der beiden Versicherungsanträge.
- 66 Von gleichem Gewicht ist aber auch das hinzutretende Indiz, dass der Kläger an diesem Tag Versicherungsschutz nur für seinen Sohn ...[A] beantragte, nicht aber für die damals vierjährige Tochter. Dies lässt zur Überzeugung des Senats nur den Schluss zu, dass der Kläger in der gegebenen Situation die Beantragung von Versicherungsschutz nur für seinen Sohn ...[A] als erforderlich und als dringlich ansah, nicht dagegen zu diesem Zeitpunkt für dessen gesunde Schwester.
- 67 Die Gesamtschau dieser beiden Indizien - vor dem Hintergrund der überzeugenden Erklärung des Klägers, dass ihm seine Kinder natürlich gleich wichtig sind - lässt nur den Schluss zu, dass der Kläger zu diesem Zeitpunkt in einem für ihn Besorgnis erregenden, ernsthaften Maß mit der Möglichkeit einer Pflegebedürftigkeit von ...[A] rechnete, während ihm ein entsprechender Versicherungsschutz für seine Tochter zu diesem Zeitpunkt noch nicht als dringlich erschien. Dies kommt, auch wenn der Kläger in seiner Anhörung ersichtlich darum bemüht war, seine Worte sorgfältig zu wählen, auch in den Formulierungen zum Ausdruck, er habe vermutlich damals seine Tochter „noch gar nicht so im Fokus gehabt“ und er habe einen Vertragsabschluss für seine Tochter „in dem Moment nicht für so erforderlich gehalten“ (Protokoll, S. 8).
- 68 (f) Soweit der Kläger versucht hat, die unterbliebene Antragstellung für seine Tochter dahin zu erläutern, dass er die dafür benötigten Daten damals noch nicht zur Verfügung gehabt habe, und er auf Nachfrage lediglich anzugeben vermochte, ihm habe damals das Gewicht ihrer Tochter gefehlt, sie hätten damals nämlich keine Waage zu Hause ge-

habt, stellt sich dies für den Senat als nicht glaubhafter Versuch dar, im Nachhinein eine Begründung dafür zu finden, dass er Versicherungsschutz nur für den erkrankten Sohn ...[A] beantragt hat. Ein ernsthaftes Hindernis für eine für beide Kinder synchrone Antragstellung lag in der Unkenntnis über das genaue Körpergewicht der Tochter ersichtlich nicht. Dieses hätte sich - nur beispielhaft - ohne Weiteres aus dem Kinderuntersuchungsheft entnehmen lassen, weil dort bei den Untersuchungen auch das Gewicht eingetragen wird. Dies ist allgemeinkundig und den Mitgliedern des Senats, die sämtlich Eltern sind, aus eigener Anschauung bekannt. Die Untersuchung U7a ist im 34. bis 36. Lebensmonat durchzuführen, die Untersuchung U8 im 46. bis 48. Lebensmonat. Es ist als sicher anzunehmen, dass diese mögliche Erkenntnisquelle dem Kläger sowie seiner Ehefrau, die nach Darstellung des Klägers in die Entscheidung, Versicherungsschutz für ...[A] zu beantragen, einbezogen war, bekannt war. Abgesehen davon hätte sich das Gewicht der Tochter für die Zwecke der Antragstellung auch schätzen lassen. Letztlich hätte der Kläger allerdings ohne Weiteres, wenn er das vermeintlich unbekannte und nicht sofort zu ermittelnde Körpergewicht seiner Tochter als ernsthaftes Hindernis angesehen hätte, mit der Antragstellung für beide Kinder gemeinsam auch noch zuwarten können, bis er das Gewicht, etwa durch Zuhilfenahme einer Waage, gemessen hätte.

- 69 Auch dieser Umstand zeigt aber jedenfalls, dass es dem Kläger am 11.11.2018 wichtig war, mit der Beantragung von Versicherungsschutz für den Fall der Pflegebedürftigkeit bei seinem Sohn ...[A] nicht weiter zuzuwarten. Der Kläger hat im Übrigen zu keinem Zeitpunkt von sich aus vorgetragen, er habe an diesem Tag zugleich für seine Tochter Versicherungsschutz beantragen wollen, was nur an der mangelnden Kenntnis des Körpergewichts gescheitert sei. Denn die - erst auf Nachfrage erfolgte und nicht nachvollziehbare - Erläuterung des Klägers ist vor dem Hintergrund seiner weiteren, für den Senat glaubhaften Erläuterungen zu sehen, er habe vermutlich damals seine Tochter noch gar nicht so im Fokus gehabt, und er habe einen Vertragsabschluss für seine Tochter in dem Moment nicht für so erforderlich gehalten. Dies lässt nur den Gegenschluss zu, dass der Kläger am 11.11.2018 im Gegensatz dazu die Beantragung von Pflegeversicherungsschutz - nur - für seinen Sohn ...[A] für erforderlich hielt.
- 70 Dies wird noch dadurch verstärkt, dass der Kläger, wie er in seiner Anhörung geschildert hat (Protokoll, S. 5), nachdem die vorherigen Tage unheimlich hektisch gewesen seien, am Sonntag, den 11.11.2018 erstmals zur Ruhe gekommen sei. Dass der Kläger diesen nach seiner Schilderung ersten Ruhetag sogleich dafür genutzt hat, sich um einen auskömmlichen Versicherungsschutz für den Fall der Pflegebedürftigkeit seines erkrankten Sohns zu kümmern, belegt zusätzlich, dass es dem Kläger wichtig war, Versicherungsschutz für ...[A] schnellstmöglich zu erlangen, während ihm dies bei der älteren Tochter noch nicht als sofort geboten erschien.
- 71 (g) Der Feststellung einer arglistigen Täuschung durch Angaben „ins Blaue hinein“ steht auch nicht entgegen, dass die Beklagte in dem Antragsformular unter Ziff. 2.1 nur nach bestehenden Erkrankungen, unter anderem einer Epilepsie, gefragt hat.
- 72 Der Kläger hat hierzu in seiner Anhörung ausgeführt (Protokoll, S. 6), er habe über die Epilepsie kurz nachgedacht, sich aber angesichts der bisherigen Diagnostik gedacht, dass er nichts anderes sagen könne, als dass eine Epilepsie nicht vorliege; es habe sich auch nur um eine Frage gehandelt, die man mit „Ja“ oder „Nein“ habe beantworten können. Er könne sich nicht daran erinnern, dass es damals eine Möglichkeit gegeben hätte, zusätzliche Erläuterungen oder Erklärungen abzugeben. Für die Bejahung dieser Frage habe er keine Veranlassung gesehen, er habe sich dabei auf den bisher erteilten ärztli-

chen Rat verlassen, wonach die bisherigen Untersuchungen nichts anderes ergeben hätten als das Vorliegen eines Sandifer-Syndroms.

- 73 Diese Schilderung des Klägers belegt jedenfalls, dass er sich über die Beantwortung der Gesundheitsfrage auch bezüglich einer Epilepsie Gedanken gemacht hat. Bei seiner weiteren Erläuterung in der Anhörung, er habe für die Bejahung der Gesundheitsfrage keine Veranlassung gesehen, weil er sich auf den bisher erteilten ärztlichen Rat verlassen habe, hat der Kläger den ihm damals aber bekannten Umstand ausgeblendet, dass wesentliche ärztliche Befunde noch ausstanden, so dass der Verdacht einer Epilepsie keineswegs ausgeräumt war. Der Kläger wusste, dass umfängliche ärztliche Untersuchungen mit dem Ziel der Abklärung einer Epilepsie durchgeführt worden waren, und dass wesentliche Untersuchungsergebnisse noch ausstanden. Damit war dem Kläger klar, dass er noch keine gesicherte Erkenntnisgrundlage für seine Angabe hatte, ...[A] leide nicht an einer Epilepsie. Der Vorwurf einer arglistigen Behauptung ins Blaue hinein rechtfertigt sich in rechtlicher Hinsicht gerade dadurch, dass der Kläger diesen Umstand der Beklagten verschwieg.
- 74 Zwar zeigt der Kläger zutreffend auf, dass in der damaligen Fassung des Antragsformulars nicht nach einem Krankheitsverdacht oder nach Untersuchungen, Behandlungen und Beschwerden gefragt war. Daraus leitet der Kläger ab, eine Offenbarung sei nicht geboten gewesen; ein strengerer Ansatz stelle die Risikoverteilung bei Antragsfragen „auf den Kopf“ und mache jedweden Vertragsabschluss im Zusammenhang mit einer medizinischen Untersuchung angreifbar, selbst wenn der Versicherer nicht nach Behandlungen und Untersuchungen frage. Diese Auffassung teilt der Senat für den vorliegenden Fall nicht. Die Besonderheit liegt hier darin, dass im Zeitpunkt der Antragstellung intensive Untersuchungen stattfanden, um den erkennbar auffälligen Zustand des Sohns auch im Hinblick auf eine von der Beklagten erfragte Epilepsie abzuklären, und dass der Kläger gerade diesen Umstand bewusst nicht offenbart hat. Die Beklagte musste trotz der begrenzten Fragestellung nicht damit rechnen, dass ihr in einer solchen Situation ein Vertrag „untergeschoben“ wird; die Beantwortung auch einer eng formulierten Gesundheitsfrage ins Blaue hinein ist rechtlich nicht geschützt.
- 75 (h) Der Kläger kann sich auch nicht darauf zurückziehen, das Antragsformular habe nur die Optionen „Ja“ oder „Nein“ aufgewiesen.
- 76 Die Beklagte hatte mit Schriftsatz vom 27.04.2022 (eAkte LG 54) vorgetragen, bei Ankreuzen der Antwortmöglichkeit „Ja“ werde der Antragsteller dazu aufgefordert, weitere Angaben zu tätigen; dies hatte der Kläger schriftsätzlich bestritten. In der Anhörung hat der Kläger dazu erklärt, er könne sich nicht erinnern, dass es damals eine Möglichkeit gegeben hätte, zusätzliche Erläuterungen oder Erklärungen abzugeben. Für den ständig mit Versicherungssachen befassten Senat ist es schlechthin nicht vorstellbar, dass das Antragsformular der Beklagten bei Bejahung einer Gesundheitsfrage über keinerlei Erläuterungsmöglichkeit verfügt haben sollte. Der Kläger hat hierzu auch nicht dargelegt, er habe (probehalber) die Rubrik „Ja“ angekreuzt, um sich gegebenenfalls eine Erläuterungsmöglichkeit zu eröffnen.
- 77 Auf diese Erwägung kommt es aber auch nicht entscheidend an. Von einem redlichen Versicherungsnehmer ist in jedem Falle zu verlangen, dass er Fragen wahrheitsgemäß beantwortet und er auch eine unzureichende Erkenntnisgrundlage hierfür offen legt. Dem Kläger - als promoviertem Volljuristen - ist mit Sicherheit bewusst gewesen, dass es auch andere Möglichkeiten gegeben hätte, die Beklagte über den wahren Sachverhalt zu

unterrichten. So war in dem Antragsformular auf Seite 1 unten eine Telefonnummer und eine Postanschrift angegeben; darüber hinaus hätte der Kläger den Sachverhalt auch gegenüber einem Versicherungsvermittler offen legen können. Dass der Kläger es für notwendig gehalten hat, den Versicherungsschutz an einem Sonntag, mithin außerhalb der üblichen Bürozeiten, zu beantragen, rechtfertigt keine andere Beurteilung, sondern belegt gerade die Dringlichkeit, die es für den Kläger hatte, ...[A] noch vor der abschließenden Diagnose zusätzlichen Pflegeversicherungsschutz zu verschaffen. Vorrangig ist nach dem Maßstab eines redlichen Versicherungsnehmers die zutreffende Beantwortung von Gesundheitsfragen, was für jeden Versicherungsnehmer - damals auch für den Kläger - auf der Hand liegt.

- 78 (i) Der Senat ist auch davon überzeugt, dass der Kläger erkannt und gebilligt hat, dass die Beklagte seinen Antrag bei Kenntnis des wahren Sachverhalts nicht oder nur zu anderen Konditionen angenommen hätte. Dem Kläger war bekannt, dass die Beklagte in ihrem Antragsformular ausdrücklich nach einer bestehenden Epilepsie gefragt hatte. Vor der Beantwortung der Gesundheitsfragen befand sich in Fettdruck die Aufforderung, die Gesundheitsfragen nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten. Dass der Kläger diese Belehrung überlesen oder er die Gesundheitsfrage missverstanden hätte, macht er nicht geltend. Es liegt für jeden Versicherungsnehmer auf der Hand, dass der Versicherer Gesundheitsfragen deshalb stellt, um ein zutreffendes Bild über das von ihm zu versichernde Risiko zu erhalten. Dass dem Kläger als Jurist dieser Umstand geläufig war, ist nicht zweifelhaft. Aufgrund dessen hatte der Kläger Kenntnis darüber, dass die Frage nach einer Epilepsie für die Beklagte im Rahmen der Antragsprüfung von Bedeutung war. Damit war ihm zugleich bewusst, dass die Beklagte bei einer Bejahung der Frage nach einer Epilepsie im Rahmen der streitgegenständlichen Pflegezusatzversicherung den Versicherungsschutz nicht zu den gleichen Konditionen gewähren werde wie bei einer vollständig gesunden versicherten Person, weil das Risiko des Eintritts einer Pflegebedürftigkeit wesentlich höher ist. Dies gilt in gleicher Weise für den hier gegebenen und dem Kläger bewussten Sachverhalt, dass eine Epilepsie im Zeitpunkt der Antragstellung seitens der behandelnden Ärzte weder positiv festgestellt noch ausgeschlossen worden war. Gerade deshalb hatte der Kläger sich zu diesem Zeitpunkt um Versicherungsschutz bemüht. Die vorgenannten Erwägungen rechtfertigen nur den Schluss, dass dem Kläger bewusst war, dass er den Versicherungsschutz für seinen Sohn nicht sofort und zu den beantragten Bedingungen (15,06 € monatlich bei vollem Versicherungsschutz) erhalten hätte, wenn er offen gelegt hätte, dass bei ...[A] wesentliche Untersuchungsergebnisse hinsichtlich einer möglichen Epilepsie noch ausstanden. Dem Kläger war dieses Informationsgefälle bewusst, d.h. dass er diese Kenntnis hatte, während die Beklagte hiervon - mangels Aufklärung seitens des Klägers - nichts wusste.
- 79 dd) Die arglistige Täuschung seitens des Klägers ist für den Entschluss der Beklagten, Versicherungsschutz zu gewähren, auch ursächlich geworden. Der Senat ist davon überzeugt, dass die Beklagte bei Kenntnis der wahren Sachlage den Versicherungsvertrag nicht oder nicht zu den gleichen Bedingungen abgeschlossen hätte. Soweit der Kläger dies bestreitet, bedarf es einer Beweisaufnahme nicht.
- 80 Es ist offenkundig (vgl. dazu Koch in Beckmann/Matusche-Beckmann, Versicherungsrechts- Handbuch, 4. Aufl., § 18 Rn. 166 m.w.Nachw.; vgl. auch BGH, Urteil vom 12.05.1995 - V ZR 34/94, Rn. 17; Urteil vom 20.09.2000 - IV ZR 203/99, Rn. 10 ff.), dass die Beklagte, wenn der Kläger ihr offenbart hätte, dass das Vorliegen einer Epilepsie bei seinem Sohn nach den ärztlichen Untersuchungen noch nicht abgeklärt ist, den Versi-

cherungsschutz nicht sofort gewährt hätte, sondern zunächst den Ausgang der Untersuchungen abgewartet hätte. Ein solches, wirtschaftlich vernünftiges und geradezu zwingendes Verhalten der Beklagten ist nach der Lebenserfahrung als gesichert anzunehmen. Andernfalls hätte die Beklagte nach Erkrankungen wie Epilepsie gar nicht erst gefragt. Soweit der Kläger geltend macht, die Beklagte hätte den Versicherungsvertrag gleichwohl abgeschlossen, weil sie nur nach Erkrankungen, nicht nach einem Verdacht auf eine Erkrankung gefragt habe, so dass dieser kein maßgebliches Tarifierungsmerkmal gewesen und somit für die Risikokalkulation unerheblich gewesen sei, geht dies fehl. Denn das Vorliegen einer Epilepsie war ausdrücklich erfragt, und diese Erkrankung war bei ...[A] auch bereits vorhanden. Der von dem Kläger angebotene Beweis durch Sachverständigengutachten (Schriftsatz vom 10.02.2026, S. 6, eAkte OLG 114) ist als Beweismittel nicht geeignet, die offenkundige und auf der Lebenserfahrung beruhende Schlussfolgerung zu widerlegen, dass die Beklagte bei Offenbarung des Fehlens einer tatsächlichen Grundlage für die redliche Beantwortung der Gesundheitsfrage den Vertrag vorerst nicht geschlossen hätte; denn einer besonderen Sachkunde, deren Fehlen die Erhebung von Sachverständigenbeweis erfordern würde, bedarf es für diese Feststellung nicht. Insoweit geht es zunächst auch nur um die Frage, ob die Beklagte bei Offenbarung des Sachverhalts den Vertrag sofort abgeschlossen hätte, was aus den vorstehenden Erwägungen zu verneinen ist.

- 81 Nachdem sich sodann nur zwei Tage später nach ärztlichem Urteil das Vorliegen einer epileptischen Erkrankung bestätigt hatte, hätte die Beklagte den Vertrag jedenfalls nicht zu unveränderten Bedingungen wie bei einer gesunden Person abgeschlossen. Dies ist ebenfalls offenkundig und wird von dem Kläger auch nicht ernsthaft in Zweifel gezogen.
- 82 c) Die Beklagte hat die Anfechtungserklärung vom 27.12.2019 rechtzeitig binnen der Jahresfrist des § 124 Abs. 1 BGB abgegeben. Der Lauf der Frist begann mit dem Zeitpunkt, in welchem die Beklagte die Täuschung entdeckte (§ 124 Abs. 2 Satz 1 BGB). Der Kläger hat, zunächst ohne Beifügung von ärztlichen Unterlagen, Versicherungsleistungen am 30.12.2018 beantragt und erst in der Folgezeit Unterlagen für die Leistungsprüfung der Beklagten eingereicht, unter anderem mit E-Mail vom 06.02.2019. In ihrem Anfechtungsschreiben nimmt die Beklagte weiter auf eine E-Mail des Klägers vom 13.11.2019 und dazu beigefügte Unterlagen Bezug. Daraus ergibt sich, dass eine Kenntnis der Beklagten von dem für die Anfechtung maßgebenden Sachverhalt jedenfalls nicht vor Ablauf der Jahresfrist vorgelegen haben kann.
- 83 2. Die Kostenentscheidung beruht auf § 91 Abs. 1 ZPO. Der Ausspruch über die vorläufige Vollstreckbarkeit hat seine Grundlage in §§ 708 Nr. 10, 711 Satz 1 und 2 ZPO.
- 84 Die Revision ist nicht zuzulassen, weil ein Zulassungsgrund nach § 543 Abs. 2 Satz 1 ZPO nicht gegeben ist.
- 85 3. Der Senat hat beschlossen, den Streitwert für das Berufungsverfahren - entsprechend der Festsetzung des Landgerichts für den ersten Rechtszug - auf 359.300,00 € festzusetzen (§ 48 Abs. 1 Satz 1 GKG in Verbindung mit §§ 3, 9 ZPO). Dabei entfallen auf den Klageantrag zu 1. 7.900,00 €, auf den Klageantrag zu 2. 178.400,00 €, auf den Klageantrag zu 3. 168.000,00 € (42 Monate x 4.000,00 €) und auf den Feststellungsantrag entsprechend der Wertangabe des Klägers (eAkte LG 124) 5.000,00 €.