

Gericht: Saarländisches Oberlandesgericht Saarbrücken 5. Zivilsenat
Entscheidungsdatum: 15.01.2025
Aktenzeichen: 5 U 13/24
ECLI: ECLI:DE:OLGSL:2025:1215.5U13.24.00
Dokumenttyp: Urteil
Quelle: 

Normen: § 123 BGB, § 19 Abs 1 VVG, § 22 VVG

**Berufsunfähigkeitsversicherung: Verletzung der
Anzeigeobligenheit und arglistige Täuschung
bei Nichtangabe wiederkehrender Arztbesuche**

Leitsatz

1. Zur Anfechtung wegen arglistiger Täuschung und zum Rücktritt wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigeobligenheit durch Nichtangabe wiederkehrender Arztbesuche wegen „Erschöpfungssymptomen durch Stress am Arbeitsplatz“ und „psychischer Belastungssituation durch Verbalattacke“. (Rn.23)
2. Von einer arglistigen Täuschung kann mangels anderer plausibler Erklärungen auszugehen sein, wenn es sich bei den verschwiegenen Umständen um typische Ausprägungen einer für das zu versichernde Risiko offensichtlich erheblichen Erkrankung (hier: der Psyche) handelt, die Krankheitssymptome mit konkreten, nachhaltigen Eindruck hinterlassenden negativen Erlebnissen am Arbeitsplatz, stark beeinträchtigenden, für Dritte erkennbaren Beschwerden sowie wiederkehrenden Arztbesuchen verbunden sind und der Versicherungsnehmer die von ihm verneinten Antragsfragen ohne erkennbaren Anlass um den handschriftlichen Zusatz „nur Erkältungen“ ergänzt hat. (Rn.26) (Rn.27)

Orientierungssatz

Bei einer Nichtangabe wiederkehrender Arztbesuche wegen „Erschöpfungssymptomen durch Stress am Arbeitsplatz“ und „psychischer Belastungssituation durch Verbalattacke“ liegt eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigeobligenheit des Versicherungsnehmers vor, der eine Berufs- bzw. Dienstunfähigkeitsversicherung abgeschlossen hat. Der Versicherer ist dann zur Anfechtung wegen arglistiger Täuschung und zum Rücktritt berechtigt. Der Versicherungsvertrag ist in einem solchen Fall als von Anfang an nichtig anzusehen, sodass der Versicherer dem Versicherungsnehmer auch keine vertraglichen Leistungen wegen bedingungsgemäßer Dienstunfähigkeit schuldet. (Rn.23)

Verfahrensgang

vorgehend LG Saarbrücken, 19. Januar 2024, 14 O 67/23

Tenor

- I. Auf die Berufung der Beklagten wird das am 19. Januar 2024 verkündete Urteil des Landgerichts Saarbrücken – 14 O 67/23 – abgeändert und die Klage abgewiesen.
- II. Die Kosten des Rechtsstreits fallen dem Kläger zur Last.

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

IV. Die Revision wird nicht zugelassen.

V. Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird auf 79.215,- Euro festgesetzt.

Gründe

I.

- 1 Die Parteien streiten um den Fortbestand einer „Berufs- bzw. Dienstunfähigkeitsversicherung“ und um Leistungen wegen Dienstunfähigkeit. Der am 28. Februar 1976 geborene Kläger ist Finanzbeamter, er wurde mit Schreiben des Ministeriums für Finanzen und Europa vom 9. Juli 2020 – nach seiner Einlassung aufgrund einer am 29. August 2016 diagnostizierten posttraumatischen Belastungsstörung (Bl. 131 GA-I) – wegen Dienstunfähigkeit in den Ruhestand versetzt (Bl. 39 f. GA-I). Er unterhält bei der Beklagten eine Berufs- bzw. Dienstunfähigkeitsversicherung im Tarif ALVSDV-3-15 (Versicherungsschein Nr. xxx vom 9. Oktober 2015, Bl. 8 ff. GA-I), Versicherungsbeginn war der 1. Oktober 2015, vereinbarter Ablauf der Versicherung und Ende der Leistungsdauer ist der 1. Oktober 2041. Die vereinbarte Rentenleistung belief sich zum 1. August 2020 auf 907,06 Euro, der Tarifbeitrag auf 81,61 Euro. Dem Vertrag liegen die Versicherungsbedingungen für die selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung der Berufsgruppen 1* bis 3 sowie der Heilberufe mit Einschluss des allgemeinen Dienstunfähigkeitsrisikos (Bl. 17 ff. GA-I, im Folgenden: AVB) zugrunde. Im Versicherungsschein heißt es: „Sind Sie Beamter oder Richter, leistet die vorliegende Berufsunfähigkeitsversicherung auch bei Dienstunfähigkeit. Daher gelten, wenn im Folgenden von Berufsunfähigkeit gesprochen wird, die entsprechenden Regelungen ebenso für die Dienstunfähigkeit“. Gemäß Ziff. 1.2.12 liegt „Allgemeine Dienstunfähigkeit“ im Sinne dieser Versicherung vor, wenn die versicherte Person als Beamter ausschließlich wegen medizinisch festgestellter allgemeiner Dienstunfähigkeit entlassen bzw. in den Ruhestand versetzt wird; die versicherte Leistung wird ab dem Zeitpunkt der Entlassung bzw. der Versetzung in den Ruhestand gezahlt.
- 2 Das bei der Antragstellung von dem Kläger unterzeichnete Antragsformular (Bl. 77 ff. GA-I), in dem dieser auf die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht hingewiesen wurde (Bl. 78/81 GA-I), enthielt eine gesonderte, aus drei Seiten bestehende „Erklärung zur Gesundheit und finanziellen Situation“ (Bl. 83 ff. GA-I) mit Fragen zur Gesundheit des Antragstellers. Darin fanden sich auf Seite 1 von 3 (Bl. 84 GA-I) ein – im Anschluss an die nachfolgenden Fragen erneut wiederholter – fett gedruckter Hinweis auf die Verpflichtung zur vollständigen und wahrheitsgemäßen Beantwortung der Antragsfragen unter Verweis auf „nähere Einzelheiten“ in der auf Seite 3 von 3 (Bl. 86 GA-I) fett gedruckt und eingerahmt so überschriebenen „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht“ sowie verschiedene Fragen an den Antragsteller bzw. die zu versichernde Person, u.a.:

- 3 Sind oder waren Sie in den letzten **5 Jahren** in Beratung, Behandlung oder Untersuchung bei Ärzten, Heilpraktikern, Physio-, Psycho- oder sonstigen nichtärztlichen Therapeuten wegen Krankheiten oder Unfallfolgen
- 4 (...)
- 5 b) der **Atmungsorgane** (z. B. chronische Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung, Kehlkopferkrankung)?
- 6 (...)
- 7 i) der **Psyche**, des **Gehirns**, des **Nervensystems** (z.B. Depressionen, Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Bulimie, Essstörungen, Suizidversuch, Multiple Sklerose, Anfallsleiden, Lähmungen, Schlaganfall)?
- 8 Für den Fall, dass eine Frage bejaht würde, war ergänzend u.a. zu erklären: „Was lag oder liegt vor? Diagnose? Verlauf?“, „Welche Behandlung erfolgte bzw. erfolgt? Bestehen Folgen?“. Der Kläger beantwortete diese Fragen – ebenso wie alle anderen Fragen nach seiner Gesundheit – dahin, dass er als Antwort jeweils „nein“ ankreuzte; die Antwort auf die Frage b) betreffend „Atmungsorgane“ ergänzte er handschriftlich um den Zusatz „nur Erkältungen“. Tatsächlich hatte der Kläger im maßgeblichen Zeitraum wiederholt Termine bei seinem Hausarzt, dem Zeugen Dr. W., wahrgenommen, der hierzu u.a. folgendes dokumentiert hatte:

- 9
- | | |
|--------------------|---|
| 8. August 2011: | Check-Up; Erschöpfungssymptome durch Stress am Arbeitsplatz Folgen: keine |
| 7. März 2012 | grippaler Infekt. Folgen: keine |
| 20. August 2012 | Check-Up; Erschöpfungssymptome durch Stress am Arbeitsplatz Folgen: keine |
| 19. August 2013: | Gesundheitsvorsorgeuntersuchung; FSME-Impfung; Erschöpfungssymptome durch Stress am Arbeitsplatz |
| 24. Januar 2014: | Gastroenteritis. Folgen: keine |
| 29. Januar 2014: | grippaler Infekt mit Bronchitis. Folgen: keine |
| 5. Februar 2014: | Gastroenteritis. Folgen: keine |
| 24. März 2014: | psychische Belastungssituation durch Verbalattacke. Folgen: keine |
| 2. September 2014: | Gesundheitsvorsorgeuntersuchung |
| 14. Juli 2015: | Tetanus-/Diphtherie-Impfung; kurzfristige Beschwerden Übergang Brustbein-Oberbauch. Folgen: keine |

- 10 Anlässlich der Behandlung am 24. März 2014 wurde dem Kläger das Medikament „Kytta Sedativum Tbl. 40“ verordnet. Außerdem erfolgten Krankschreibungen wegen Arbeitsunfähigkeit in folgenden Zeiträumen:
- 11 8. bis 12. August 2011,
7. bis 9. März 2012,
20. bis 24. August 2012
19. bis 23. August 2013
23. bis 31. Januar 2014
5. bis 7. Februar 2014
2. bis 5. September 2014
14. bis 15. Juli 2015
- 12 Der Kläger zeigte der Beklagten seine bevorstehende Versetzung in den Ruhestand mit Schreiben vom 25. Juli 2020 an. Im Rahmen der Leistungsprüfung erlangte die Beklagte nach Einholung einer Auskunft des Zeugen Dr. W. vom 26. Oktober 2020 (Anlage B2) am 28. Oktober 2020 Kenntnis von den aufgeführten Arztbesuchen des Klägers und den in diesem Zusammenhang gestellten Diagnosen und Verordnungen. Mit Schreiben vom 11. November 2020 (Anlage K3) lehnte sie unter Berufung auf diese Angaben die Erbringung von Versicherungsleistungen ab; zugleich erklärte sie deswegen die Anfechtung ihrer auf Abschluss des Versicherungsvertrages gerichteten Willenserklärung sowie hilfsweise den Rücktritt von diesem Vertrag mit der Begründung, der Kläger habe die Gesundheitsfrage zu Ziff. 2 vorsätzlich, zumindest aber grob fahrlässig falsch beantwortet und bei Angabe der oben genannten Arzttermine/Untersuchungen bzw. psychischen Beschwerden hätte sie den Versicherungsvertrag nicht abgeschlossen.
- 13 Der Kläger hat am 3. März 2023 Klage zum Landgericht Saarbrücken eingereicht, mit der er die Beklagte auf Feststellung des Fortbestehens des Versicherungsvertrages trotz Anfechtung bzw. Rücktritts, auf rückständige Leistungen wegen Dienstunfähigkeit in Höhe von 30.016,34 Euro nebst Zinsen sowie auf künftige Erbringung vertraglicher Leistungen wegen Dienstunfähigkeit, längstens bis zum Ablauf des Vertrages im Jahre 2041, in Anspruch genommen hat. Er hat behauptet, die bei dem Zeugen Dr. W. stattgefundenen „Routineuntersuchungen“ nicht mit der streitgegenständlichen Antragsfrage in Verbindung gebracht und daran bei Beantwortung des Fragebogens auch nicht gedacht zu haben. Ausweislich der von seinem Arzt gestellten Diagnosen sei er lediglich auf seinem Arbeitsplatz gestresst gewesen; eine Erkrankung habe nicht vorgelegen, und es sei auch keine Behandlung erfolgt. Demgegenüber habe die Beklagte aus seiner Sicht bewusst nur ernsthafte neurologische Erkrankungen erfragt, eine alltägliche Arbeitsüberlastung ohne Krankheitswert sei damit nicht in Verbindung zu bringen. Angesichts dessen habe

er hier weder vorsätzlich noch grob fahrlässig eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt und erst recht auch nicht arglistig gehandelt.

- 14 Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten. Sie hat behauptet, der Kläger habe die von dem Zeugen Dr. W. dokumentierten – unstreitigen – Arztbesuche und Verordnungen mit den dort festgehaltenen Diagnosen, die dem Kläger auch jeweils eröffnet worden seien und bei denen es sich nicht um bloße normale Erscheinungen ohne Krankheitswert gehandelt habe, durch falsche Verneinung der Antragsfrage nach Beratung, Behandlung oder Untersuchung bei Ärzten wegen Krankheiten der Psyche vorsätzlich verschwiegen, um Versicherungsschutz zu erlangen, der ihm sonst nicht gewährt worden wäre; dadurch sei die Beklagte zugleich auch arglistig getäuscht worden.
- 15 Das Landgericht Saarbrücken hat nach informatorischer Anhörung des Klägers und Vernehmung des Zeugen Dr. W. mit dem angefochtenen Urteil, auf dessen Inhalt auch hinsichtlich der darin enthaltenen Feststellungen gemäß § 540 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 ZPO Bezug genommen wird, antragsgemäß festgestellt, dass die Berufs- bzw. Dienstunfähigkeitsversicherung des Klägers mit der Versicherungs-Nr.: xxx weder durch die Anfechtung der Beklagten vom 11. November 2020 wegen arglistiger Täuschung noch durch den von der Beklagten mit Schreiben vom 11. November 2020 erklärten Rücktritt beendet wurde. Außerdem hat es die Beklagte verurteilt, an den Kläger als rückständige Leistungen wegen Dienstunfähigkeit einen Betrag in Höhe von 30.016,34 Euro nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz aus 3.664,52 Euro seit 12. November 2020, aus jeweils weiteren 925,20 Euro seit 5. Dezember 2020, 5. Januar 2021, 5. Februar 2021, 5. März 2021, 5. April 2021, 5. Mai 2021, 5. Juni 2021, 5. Juli 2021, 5. August 2021 und 5. September 2021, aus jeweils weiteren 943,70 Euro seit 5. Oktober 2021, 5. November 2021, 5. Dezember 2021, 5. Januar 2022, 5. Februar 2022, 5. März 2022, 5. April 2022, 5. Mai 2022, 5. Juni 2022, 5. Juli 2022, 5. August 2022 und 5. September 2022 sowie aus jeweils 962,57 Euro seit 5. Oktober 2022, 5. November 2022, 5. Dezember 2022, 5. Januar 2023, 5. Februar 2023 und 5. März 2023 zu zahlen und an den Kläger ab April 2023 aus der Berufs- bzw. Dienstunfähigkeitsversicherung Nr. xxx die vertraglich vereinbarten Leistungen in Höhe von derzeit monatlich 962,75 Euro, längstens bis zum Vertragsende am 1. Oktober 2041 – monatlich im Voraus bis zum 3. Werktag eines jeden Monats – zu zahlen. Wegen der weitergehenden Zinsforderung hat es die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt: Die wörtlich auf die fehlende Beendigung des Versicherungsvertrages durch Anfechtung oder Rücktritt gerichteten Feststellungsanträge seien dahin auszulegen, dass diese auf das Fortbestehen des streitgegenständlichen Versicherungsvertrages gerichtet seien. Diese Feststellung könne der Kläger auch beanspruchen. Der Vertrag sei nicht durch die mit Schreiben vom 11. November 2023 erklärte Anfechtung wegen arglistiger Täuschung „beendet“ worden. Die Beklagte habe nicht bewiesen, dass der Kläger die von ihm verneinte Gesundheitsfrage überhaupt falsch beantwortet habe. Dieser habe für das Gericht plausibel und nachvollziehbar in Abrede gestellt, dass er unter einer Stressbelastung am Arbeitsplatz gelitten und deswegen den Arzt aufgesucht habe; vielmehr habe es sich überwiegend um Vorsorgeuntersuchungen gehandelt. Auch am 24. März 2014 sei keine Behandlung erfolgt, das verordnete Mittel „Kytta Sedativum“ sei lediglich zur Hilfe beim Einschlafen verordnet worden und frei verkäuflich gewesen, dass der Kläger es erworben und eingenommen habe, stehe nicht fest. Unter Berücksichtigung der Aussage des Zeugen, der die Beschwerden selbst als belanglos eingeschätzt habe, könne nicht ausgeschlossen werden, dass diese Diagnose nur deshalb aufgenommen worden sei, um die mehrtägigen Krankschreibungen des Klägers zu rechtfertigen. Ohnehin stelle

die vom Kläger geäußerte reine Stressbelastung am Arbeitsplatz auch keine „Beratung, Behandlung oder Untersuchung wegen Krankheiten der Psyche, des Gehirns, des Nervensystems“ dar, die der Kläger hätte angeben müssen. Da der Kläger glaubhaft bekundet habe, dass er bei der Beantwortung der Gesundheitsfragen an die streitgegenständlichen Termine bei seinem Hausarzt nicht gedacht und diese hiermit auch nicht in Verbindung gebracht hätte, fehle es überdies am Vorsatz des Klägers und an dessen Willen, auf die Willensentschließung der Beklagten einzuwirken. Auch der fristgerecht und in Ansehung der dem Kläger erteilten Belehrung bedenkenfrei erklärte Rücktritt vom Vertrag sei unwirksam, weil es schon an der objektiven Falschbeantwortung der Antragsfrage fehle und der Kläger auch weder vorsätzlich noch grobfahrlässig gehandelt habe. Wegen der unstreitigen Dienstunfähigkeit des Klägers sei die Beklagte – mit Ausnahme eines Teils der Zinsforderung – antragsgemäß zur Leistung zu verurteilen.

- 16 Gegen dieses Urteil wendet sich die Beklagte mit ihrer Berufung. Sie vertieft ihre Darstellung zum Vorliegen einer Anzeigepflichtverletzung, die auch daraus folge, dass dem Kläger wiederholt und angesichts von ihm geklagter psychischer Beschwerden auch keineswegs grundlos Arbeitsunfähigkeiten attestiert worden seien. Zu berücksichtigen sei auch, dass das wiederholte Auftreten der Erkrankung und die wiederkehrenden Arbeitsunfähigkeitszeiträume seine Arglist indizierten; jedenfalls sei die für den hier mangels Nachweises fehlender Mitursächlichkeit leistungsbefreienden Rücktritt geltende Vorsatzvermutung nicht entkräftet.
- 17 Die Beklagte beantragt (Bl. 45 GA-II),
- 18 das angefochtene Urteil abzuändern und die Klage abzuweisen.
- 19 Der Kläger beantragt (Bl. 27 GA-II),
- 20 die Berufung zurückzuweisen.
- 21 Er verteidigt das angefochtene Urteil.
- 22 Wegen des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf die zwischen den Parteien gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen sowie die Sitzungsniederschriften des Landgerichts vom 29. September 2023 und 24. November 2023 (Bl. 130 ff., 168 ff. GA-I) und des Senats vom 29. November 2024 (Bl. 137 ff. GA-II) verwiesen. Der Senat hat den Kläger angehört und Beweis erhoben durch erneute Vernehmung der Zeugen Dr. med. W. und G.; wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf die vorerwähnte Sitzungsniederschrift des Senats Bezug genommen.

II.

- 23 Die gemäß §§ 511, 513, 517, 519 und 520 ZPO zulässige Berufung der Beklagten hat Erfolg und führt in der Sache zur Abänderung der angefochtenen Entscheidung und zur vollständigen Abweisung der Klage. Das Landgericht hat dem Antrag auf Feststellung des Fortbestehens der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung zu Unrecht stattgegeben; denn die Beklagte hat mit Schreiben vom 11. November 2020 rechtswirksam die Anfechtung ihrer auf den Vertragsschluss gerichteten Willenserklärung wegen arglistiger Täuschung durch den Kläger erklärt (§ 22 VVG, §§ 123, 124 BGB). Infolgedessen ist der Vertrag gemäß § 142 Abs. 1 BGB als von Anfang an nichtig anzusehen, so dass die Beklagte

dem Kläger auch keine vertraglichen Leistungen wegen bedingungsgemäßer Dienstunfähigkeit schuldet.

1.

- 24 Das Landgericht hat das ursprünglich in zwei gesonderte Anträge aufgeteilte, vordergründig auf die Feststellung der Nichtbeendigung des Versicherungsvertrages durch Anfechtung oder Rücktritt gerichtete Begehren des Klägers zu Recht dahin ausgelegt, dass dieses auf die Feststellung des Fortbestehens des streitgegenständlichen Versicherungsvertrages abzielt, der durch keine dieser beiden Gestaltungserklärungen beendet worden sei. Denn außerhalb des arbeitsrechtlichen Kündigungsschutzprozesses (§ 4 KSchG; vgl. dazu BAG, NJW 1994, 2780, 2782) kann im Rahmen einer allgemeinen Feststellungsklage nach § 256 ZPO nur der (Fort-) Bestand des Vertrages oder dessen Beendigung, nicht dagegen die (Un-)Wirksamkeit der Kündigung oder eines sonstigen Gestaltungsrechts zum Gegenstand der begehrten Feststellung gemacht werden, weil es sich hierbei lediglich um eine Vorfrage über den Bestand eines feststellungsfähigen Rechtsverhältnisses handelt (vgl. BGH, Urteile vom 1. August 2017 – XI ZR 469/16, NJW-RR 2017, 1260 und vom 29. September 1999 – XII ZR 313/98, WM 2000, 539, 541; Senat, Urteil vom 29. März 2023 – 5 U 72/22, MMR 2023, 777; Foerste, in: Musielak/Voit, ZPO 21. Aufl., § 256 Rn. 2). Das nach § 256 Abs. 1 ZPO erforderliche Feststellungsinteresse folgt daraus, dass die Beklagte den Vertrag aufgrund ihrer Anfechtung und des hilfsweise erklärten Rücktritts als unwirksam ansieht und ihre Eintrittspflicht leugnet.

2.

- 25 In der Sache kann die begehrte Feststellung nicht getroffen werden, weil sich der Vertrag – entgegen der Annahme des Landgerichts – schon aufgrund der mit Schreiben vom 11. November 2020 erklärten Anfechtung wegen arglistiger Täuschung als von Anfang an nichtig erweist (§ 142 Abs. 1 BGB). Von einer arglistigen Täuschung (§ 22 VVG, § 123 BGB) ist auszugehen, wenn der Versicherungsnehmer gegenüber dem Versicherer wesentlich falsche Angaben macht oder gefahrerhebliche Umstände verschweigt und dabei billigend in Kauf nimmt, dass der Versicherer sich eine unzutreffende Vorstellung über das zu versichernde Risiko bildet und dadurch in seiner Entscheidung über den Abschluss des Versicherungsvertrages beeinflusst werden kann (vgl. BGH, Urteil vom 14. Juli 2004 – IV ZR 161/03, VersR 2004, 1297; Senat, Urteil vom 9. November 2005 – 5 U 50/05-6, VersR 2006, 681; Armbrüster, in: Prölss/Martin, VVG 32. Aufl., § 22 Rn. 2 ff.). Diese Voraussetzungen sind im Streitfall erwiesenermaßen gegeben:

a)

- 26 Der Kläger hat bei Beantragung des Versicherungsvertrages am 10. September 2015 ihm bekannte, von ihm erfragte gefahrerhebliche Umstände verschwiegen. Er hat die ihm in dem Antragsformular der Beklagten gestellten Gesundheitsfragen falsch beantwortet, dadurch gegen seine vorvertragliche Anzeigepflicht aus § 19 Abs. 1 VVG verstoßen und die Beklagte zugleich im Sinne des § 123 Abs. 1 BGB über Tatsachen getäuscht, die für ihre Annahmeentscheidung erheblich waren:

aa)

- 27 Die Beklagte hat dem Kläger in dem von ihm am 10. September 2015 unterzeichneten Antragsformular (Bl. 84 GA-I) unter Ziff. II verschiedene Gesundheitsfragen gestellt, die dieser ausnahmslos verneint hat. In einer aus drei Seiten bestehenden „Erklärung zur

Gesundheit und finanziellen Situation“ war der Kläger unter der Rubrik „Fragen an die antragstellende Person bzw. an die zu versichernde Person“ (Bl. 84 GA-I) gebeten worden, „alle nachstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß“ zu beantworten, auch mit dem Hinweis, es seien „auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur eine geringe Bedeutung beimessen“, sowie, dass „zur Erleichterung der Beantwortung der einzelnen Fragen... vielfach in Klammern auch Beispiele für Krankheiten etc. genannt“ würden, und es sich „hierbei nicht um abschließende Aufzählungen“ handle. Die ihm daran anschließend gestellte Frage, ob er in den letzten fünf Jahren „in Beratung, Behandlung oder Untersuchung bei Ärzten (usw.) wegen Krankheiten oder Unfallfolgen... (i) der Psyche, des Gehirns, des Nervensystems (z.B. Depressionen, Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Bulimie, Essstörungen, Suizidversuch, Multiple Sklerose, Anfallsleiden, Lähmungen, Schlaganfall)“ gewesen sei, hat der Kläger – ebenso wie alle anderen Gesundheitsfragen – durch Ankreuzen von „nein“ beantwortet. Allein seine ebenfalls verneinende Antwort auf die Frage nach Beratung, Behandlung oder Untersuchung bei Ärzten in den letzten fünf Jahren wegen Krankheiten „(b) der Atmungsorgane (z.B. chronische Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung, Kehlkopfkrankung)“ hat er handschriftlich – ohne, dass er danach gefragt worden wäre – um den Zusatz „nur Erkältungen“ (Bl. 84 GA-I) ergänzt.

bb)

- 28 Diese Angaben entsprachen objektiv nicht der Wahrheit. Der Senat ist nach weiterer Beweisaufnahme im zweiten Rechtszug davon überzeugt (§ 286 ZPO), dass sich der Kläger im erfragten Zeitraum, entgegen seinen schriftlichen Angaben, wiederholt und regelmäßig wegen Krankheiten der Psyche von seinem Hausarzt beraten, untersuchen und behandeln ließ, indem er dort über ihn erheblich belastende Beschwerden klagte, die – auch aus seiner Sicht – typische Ausprägungen einer solchen Krankheit waren und die er daher auf entsprechende Frage hin hätte angeben müssen.

(1)

- 29 Die Beklagte hat, gestützt auf eine schriftliche Auskunft des Zeugen Dr. W. vom 26. Oktober 2020 (Bl. 89 ff. GA-I), dargelegt, dass der Kläger sich u.a. am 8. August 2011, am 20. August 2012, am 19. August 2013 und am 2. September 2014 in ärztliche Behandlung dieses Zeugen begeben hatte, der bei dem Kläger „Erschöpfungssymptome durch Stress am Arbeitsplatz“ feststellte und ihn deshalb jeweils für mehrere Tage arbeitsunfähig schrieb. Eine weitere Behandlung am 24. März 2014 sei wegen „psychischer Belastungssituation durch Verbalattacke“ erfolgt, dabei sei dem Kläger auch ein Beruhigungsmittel (Kytta Sedativum Tbl. 40) verordnet worden. Davon, dass diese Arztbesuche sämtlich stattgefunden haben, der Kläger aus diesem Anlass wiederholt krankgeschrieben wurde und ihm entsprechende Diagnosen jedenfalls in den privatärztlichen Abrechnungen mitgeteilt wurden, geht das Landgericht auf Grundlage dessen eigener Einlassung zutreffend aus (LGU, S. 7 f.). Anders als die Erstrichterin hält es der Senat nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme aber auch für erwiesen (§ 286 ZPO), dass Anlass und Gegenstand der ärztlichen Konsultationen, für den Kläger ersichtlich, jeweils die Beratung, Untersuchung oder Behandlung wegen „Krankheiten der Psyche“ im Sinne der Antragsfrage waren:

(a)

30 Der Zeuge Dr. W. hat in seiner Vernehmung vor dem Senat glaubhaft und nachvollziehbar bestätigt, dass der Kläger im erfragten Zeitraum regelmäßig zu einem „Gesundheitscheck“ gekommen sei und aus diesem Anlass „hin und wieder, nicht jedes Mal“ erwähnt habe, dass er „viel Stress“ auf der Arbeit habe, dass dort eine „mobbingähnliche Situation“ bestehe, er sich „ausgebrannt“ fühle und eine „Auszeit“ benötige. Den Begriff „ausgebrannt“ habe er nur im Jahre 2011 benutzt, aber auch in den späteren Jahren sei jedenfalls davon die Rede gewesen, dass der Kläger „erschöpft“ von der Arbeit sei, sich durch diese „überlastet“ fühle und dass er aus diesem Grund um eine Krankschreibung bitte. Zur Diagnose befragt gab der Zeuge an, dies als „Erschöpfungssyndrom“ notiert und diese Diagnose auch für die Krankschreibungen und die Abrechnung verwandt zu haben; dazu, ob es sich um eine körperliche oder eine psychische Erschöpfung gehandelt habe, erklärte er, dies könne mit beiden Kategorien einhergehen; wenn man unter Stress leide, wirke sich das aber „zu allererst auf die Psyche“ aus, es könne sich aber auch weiter körperlich auswirken, ohne dass man das jetzt so voneinander trennen könne (Bl. 147 f. GA-II). Dass es sich dabei – auch aus Sicht des Klägers – zumindest auch um eine psychische Erkrankung von einigem Gewicht handelte, der Anlass des Termins mithin nicht allein „Vorsorgeuntersuchungen“ waren, belegt auch die weitere Aussage des Zeugen, wonach aus diesem Anlass keine Medikamente verschrieben worden seien, vielmehr die vom Kläger erbetene und daraufhin verordnete Krankschreibung („Auszeit“) sozusagen „die Therapie“ gewesen sei (Bl. 148 GA-II). Der Zeuge stellte hierzu klar, dass er dem Kläger seine Beschwerdeschilderungen geglaubt, ihm dies so mitgeteilt und ihn auch gerade deshalb – und nicht etwa nur aus Gefälligkeit – krankgeschrieben habe. Der Senat hält diese Angaben für absolut lebensnah und überzeugend, gerade auch angesichts dessen, dass der Kläger darauf beharrte, die Krankschreibungen seien erfolgt, weil er im Sommer nur schwer frei bekommen und er den Arzt deshalb darum gebeten habe. Der Kläger räumte nämlich ein, seinem Arzt von „erhöhter Arbeitsbelastung“ berichtet zu haben, was auch Grundlage der Krankschreibung gewesen sei (Bl. 140 GA-II) und zeigt, dass er damals auf diese „Auszeit“ angewiesen war. Soweit er – im Gegensatz dazu – sodann behauptete, damals „fit“ gewesen zu sein, „keine Probleme“ gehabt zu haben, sich „eigentlich“ mit dem Arzt auch gar nicht darüber unterhalten zu haben und abschließend festhielt, die Arbeit sei „kein Thema“ gewesen und an das, was gesagt worden sei, könne er sich nicht erinnern (Bl. 140 GA-II), glaubt der Senat ihm das nicht. Diese weitere Einlassung steht in offensichtlichem Widerspruch zu den vom Kläger selbst eingeräumten tatsächlichen Abläufen, wonach dieser über Beschwerden klagte, die objektiv Symptome einer psychischen Erkrankung darstellten und aus ärztlicher Sicht eine Krankschreibung rechtfertigten und ist nicht geeignet, die durch entsprechende Dokumentation belegten glaubhaften, dem Kläger im Übrigen auch erkennbar wohlwollend gesinnten Schilderungen des Zeugen Dr. W. auch nur ansatzweise in Zweifel zu ziehen. Dasselbe gilt für den zuletzt erneuerten Hinweis (Bl. 165 f. GA-II), hätte der Kläger tatsächlich unter psychischen Belastungen oder Stress am Arbeitsplatz gelitten, so wäre es auch zu anderen Zeiten – und nicht nur aus Anlass der „Vorsorgeuntersuchungen“ zu Behandlungen bzw. Krankschreibungen gekommen. Davon abgesehen, dass dieser Schluss nicht zwingend erscheint und auch zumindest eine weitere Behandlung wegen Krankheiten der Psyche im März 2014 erwiesen ist, wie sogleich noch auszuführen sein wird, erklärt die vom Kläger in seiner Anhörung eingeräumte „höhere Arbeitsbelastung“ im Sommer (Bl. 140 GA-II) zwanglos, dass er gerade in diesen Zeiten – trotz der von ihm erwähnten „Regelung mit den drei Tagen“ (Bl. 141 GA-II), von der auch nicht bekannt ist, ob und wie oft der Kläger zu anderen Zeiten davon Gebrauch gemacht hat – aus den von

seinem Arzt dokumentierten gesundheitlichen Gründen auf eine solche, von ihm erbetene „Auszeit“ besonders angewiesen war.

(b)

- 31 Darüber hinausgehend steht fest, dass der Kläger sich insbesondere im März 2024 erneut bei seinem Hausarzt vorstellte, weil er im Anschluss an Bedrohungen am Arbeitsplatz seit zwei Wochen unter Angstzuständen und Schlafstörungen litt, die der Zeuge als „psychogene Belastungsreaktion“ deutete und die ihn veranlassten, auf Bitten des Klägers ein „leichtes Beruhigungsmittel“ zur Linderung dieser Schlafbeschwerden zu verordnen (Bl. 149 GA-II). Auch darin lag eine weitere Behandlung – zumindest jedoch eine Beratung – wegen einer Krankheit der Psyche, von der der Kläger unzweifelhaft Kenntnis hatte und die er auch aus seiner laienhaften Sicht als eine solche erkennen musste. Denn nach der detaillierten, durch die Dokumentation belegten und auch insoweit vollkommen glaubhaften Schilderung des Zeugen klagte der Kläger diesem gegenüber damals über entsprechende Beschwerden, denen kein organisches Korrelat gegenüberstand und die vor allem mit Blick auf die angegebenen anhaltenden Schlafstörungen akut behandlungsbedürftig waren. Dass der Kläger dies heute zu bagatellisieren sucht mit der Behauptung, lediglich im Nachgang zu einer bedrohlichen Situation am Arbeitsplatz auf Aufforderung seiner Chefin zum Arzt gegangen zu sein, „falls sich daraus Spätfolgen ergeben“, obwohl er „eigentlich nichts gehabt“ habe (Bl. 141 GA-II), stellt das nicht in Frage. Der Kläger vermochte schon nicht nachvollziehbar zu erläutern, weshalb diese Aufforderung nur ihn betraf und nicht auch den bei dem Vorfall anwesenden Bürokollegen, ebenso wenig, warum seine Chefin nach einer bloßen Verbalattacke „Spätfolgen“ fürchtete. Schlicht fernliegend erscheint seine weitere Behauptung, der Zeuge Dr. W. habe ihm das Beruhigungsmittel nur deshalb verschrieben, weil er ja „etwas verordnen musste“, d.h., ohne dass dafür in der Person des Klägers medizinischen Gründe vorgelegen hätten. Die von ihm beschriebenen Abläufe verdeutlichen vielmehr – ganz im Gegenteil –, dass der Kläger, der nach seinen Angaben (Bl. 131 GA-I) seit Juli 2016 an einer posttraumatischen Belastungsstörung leidet, was auf eine gewisse Prädisponibilität für psychische Erkrankungen schließen lassen könnte, sich damals – der ärztlichen Diagnose entsprechend – in einer akuten psychischen Ausnahmesituation befand und dies selbst vor seiner Chefin nicht mehr verbergen konnte, weil allein das ihre nachdrückliche Aufforderung, sich unverzüglich in ärztliche Behandlung zu begeben, nachvollziehbar erklärt.

(2)

- 32 Der Kläger wäre gehalten gewesen, diese Arztbesuche unter Angabe der zugrunde liegenden Umstände auf die an ihn gerichtete Frage nach „Beratung, Behandlung oder Untersuchung“ wegen Krankheiten der Psyche bei Antragstellung zu offenbaren. Der Kläger wusste von den Arztbesuchen und den Beschwerden, die ihm dazu Anlass gegeben hatten, die ihn erheblich – auch in seiner Arbeitsfähigkeit – einschränkten und – für jeden durchschnittlichen Antragsteller erkennbar – der Psyche zuzuordnen waren. Die von ihm dagegen vorgebrachten – z.T. einander widersprechende – Gründe, die sein diesbezügliches Unterlassen rechtfertigen sollen, stellen das nicht in Frage.

(a)

- 33 Ohne Erfolg beruft sich der Kläger darauf, die Arzttermine nicht mit der Antragsfrage in Verbindung gebracht zu haben, weil er „lediglich“ auf seinem Arbeitsplatz „gestresst“

gewesen sei und dort nur „ernstliche Erkrankungen“ erfragt worden seien. Dafür, wie die in dem Antragsformular gestellten Gesundheitsfragen zu verstehen sind, ist die Verständnismöglichkeit eines verständigen Versicherungsnehmers maßgeblich (BGH, Urteil vom 26. Oktober 1988 – IVa ZR 243/87, RuS 1989, 5, 6). Entscheidend ist also nicht die subjektive Sicht des Klägers, sondern der objektive Sinn der Frage aus der Sicht eines durchschnittlichen Versicherungsnehmers (vgl. BGH, Urteil vom 22. September 1999 – IV ZR 15/99, VersR 1999, 1481, 1482), d.h.: was „ersichtlich damit gemeint“ ist (Senat, Urteil vom 26. Juni 2019 – 5 U 89/18, juris = VersR 2020, 91 Ls.; Armbrüster, in: Prölss/Martin, a.a.O., § 19 Rn. 43; Rolfs, in: Bruck/Möller, VVG 10. Aufl., § 19 Rn. 29). Danach musste der Kläger die Frage nach ärztlicher Beratung, Behandlung oder Untersuchung wegen Krankheiten der Psyche dahin verstehen, dass dies auch Arztbesuche erfasste, aus deren Anlass er – wie hier – über „viel Stress“, eine „mobbingähnliche Situation“, „Ausgebrannt-Sein“ oder sogar Angstzustände und Schlafstörungen geklagt hatte und die jeweils zu Krankschreibungen für mehrere Arbeitstage oder zur Verordnung von Medikamenten führten. Denn „Krankheit“ meint – für den durchschnittlichen Versicherungsnehmer erkennbar – jeden objektiv nach ärztlichem Urteil bestehenden anormalen, regelwidrigen Körper- oder Geisteszustand, der eine nicht ganz unerhebliche Störung körperlicher oder geistiger Funktionen mit sich bringt (vgl. BGH, Urteil vom 19. Oktober 2022 – IV ZR 185/20, BGHZ 234, 352 Rn. 28 m.w.N.; s. auch Duden online, Stichwort: „Krankheit“), woran hier angesichts der Intensität der geschilderten Beschwerden, die auch aus Laiensicht erkennbar der Psyche zuzuordnen waren, und darauf gestützter ärztlicher Verordnung von Medikamenten oder Arbeitsunfähigkeit (im Volksmund: „Krankschreibung“) für ihn keine Zweifel bestehen konnten. Insoweit kann bei der gebotenen Gesamtschau auch nicht angenommen werden, dass die im Klammerzusatz beispielhaft aufgeführten Erkrankungen darauf hindeuten, dass das Interesse der Beklagten (nur) auf nicht unerhebliche Beschwerden oder Schäden gerichtet gewesen sei, wie der Kläger meint. Denn die erfragten Gesundheitsumstände werden schon in der Einleitung – und damit bestimmend für alle Unterfragen – mit „Beratung, Behandlung oder Untersuchung wegen Krankheiten oder Unfallfolgen“ umschrieben; erst daran schließt sich die Aufzählung einzelner Organe, Körperteile und Krankheiten an, die ihrerseits wiederum teilweise durch Einzelbeispiele erläutert werden; dass diese Einzelbeispiele nicht abschließend gemeint sind, wird durch die Worte „z.B.“ und die einleitenden Hinweise – „Es handelt sich hierbei nicht um abschließende Aufzählungen“; „es sind auch Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen“ – ausdrücklich klargestellt (vgl. BGH, Urteil vom 2. März 1994 – IV ZR 99/93, VersR 1994, 711). Wenngleich die angeführten Beispiele auch – aber nicht nur – schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen erwähnen, konnte das einem aufmerksamen Leser nicht den Blick darauf verstellen, dass er mit der Frage auch nach anderen Krankheiten (oder Unfallfolgen) gefragt wird, die den einzelnen angesprochenen Bereichen – hier: der Psyche – zuzuordnen sind (vgl. BGH, Urteil vom 2. März 1994 – IV ZR 99/93, VersR 1994, 711). Dessen ungeachtet ist der Senat angesichts des in der Verhandlung gewonnenen Eindrucks davon überzeugt, dass der Kläger diese Frage auch tatsächlich so verstanden hat: Insbesondere seine Antwort auf die weitere Frage nach Beratungen, Behandlungen oder Untersuchungen zu „Erkrankungen der Atmungsorgane (z.B. chronische Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung, Kehlkopfkrankung)“, die er nicht nur verneinte, sondern ausdrücklich um den handschriftlichen Zusatz „nur Erkältungen“ ergänzte, belegt, ebenso wie seine diesbezügliche Einlassung im Senatstermin, dass er sich der Notwendigkeit, auch nicht ausdrücklich als Beispiel genannte Erkrankungen zu offenbaren, bewusst war.

(b)

- 34 Ebenso wenig wird eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht und eine Täuschung der Beklagten durch den Kläger dadurch ausgeschlossen, dass – nach seiner Darstellung – „keine Erkrankung“ vorgelegen habe. Davon abgesehen, dass die in der Beweisaufnahme festgestellten Abläufe gegenteiliges belegen, ist dieser Einwand aus Rechtsgründen unerheblich. Schon nach dem Wortlaut der Antragsfrage war der Kläger nach ärztlicher Behandlung, Untersuchung und sogar auch nur Beratung „wegen“ einzelner Krankheiten gefragt worden, was – für ihn als durchschnittlichen Versicherungsnehmer erkennbar – auch solche Arztbesuche einschloss, bei denen eine solche Diagnose nicht oder noch nicht vorlag. Dieser Eindruck musste sich bei ihm dadurch verfestigen, dass für den Fall der Bejahung ausdrücklich allgemein nach dem Anlass der Beratung oder Behandlung gefragt wurde – „Was lag oder liegt vor?“ – und erst danach auch nach Diagnose und Verlauf. Dem liegt zugrunde, dass ohne eine ärztliche Diagnose oder vor einer solchen das Aufsuchen eines Arztes zum Zwecke der Beratung wegen vorliegender Symptome oder Beschwerden der erfragten Krankheit selbst den gefahrrelevanten Umstand darstellt; bereits dieser Umstand kann die Entscheidung des Versicherers beeinflussen (vgl. Senat, Urteil vom 17. Mai 2017 – 5 U 52/16, VersR 2018, 667). Hat der Versicherungsnehmer bei Stellung der Frage Kenntnis von diesen gefahrerheblichen Umständen, so obliegt es ihm, sie anzuzeigen, während deren Prüfung und Bewertung Sache des Versicherers ist (BGH, Urteil vom 2. März 1994 – IV ZR 99/93, VersR 1994, 711). Unzweifelhaft wusste der Kläger jedoch von den erfragten Arztbesuchen, den dort geklagten Beschwerden (Stress, Erschöpfung, Ausgebrannt-Sein, Schlafstörungen seit zwei Wochen etc.) und der Reaktion des Zeugen Dr. W. auf diese Schilderungen, denen er – wie er dem Senat nachvollziehbar erklärte (Bl. 150 GA-II) – glaubte und auf die er mit Verständnis reagierte, indem er den Kläger „krank“ (sic) schrieb und ihn darum bat, sich zu melden, wenn es nicht besser würde. Diese Abläufe, die aus Laiensicht zumindest eine ärztliche Beratung wegen einer Krankheit der Psyche beschreiben, und die dem Kläger schon angesichts ihrer Häufigkeit und Regelmäßigkeit nicht offenkundig belanglos erscheinen durften, waren ausdrücklich erfragt und hätten daher angegeben werden müssen. Dass sich der Kläger – möglicherweise – selbst nicht als „krank“ ansah, ist dagegen unerheblich, ebenso wie sein – zuletzt erneuerter, vgl. Schriftsatz vom 13. Dezember 2024, Bl. 165 GA-II – Hinweis auf die Einschätzung des Zeugen Dr. W., der den Zustand des Klägers, weiterhin wohlwollend, aus heutiger Sicht – einerseits – als „jedenfalls nicht im Sinne von Behandlungsbedürftigkeit oder im Sinne, dass ein gewisser Schweregrad vorgelegen hätte“ (Bl. 150 GA-II) umschrieb, zugleich aber – andererseits – „seinerzeit schon psychische Anteile“ sah und die wiederholten Krankschreibungen ausdrücklich für notwendig erachtete, „um dem Kläger mit Blick auf seine Beschwerden eine Auszeit zu ermöglichen, den Stress abzubauen, ein bisschen runterzukommen“ (Bl. 150 GA-II). Solche späteren Erkenntnisse berühren die damalige Verpflichtung des Klägers, die ihm bekannten, erfragten Gefahrumstände wahrheitsgemäß mitzuteilen, nicht.

(c)

- 35 Schließlich kann der Kläger auch nicht mit dem weiteren – schriftsätzlichen – Einwand gehört werden, er habe an die bei Antragstellung verschwiegenen ärztlichen Untersuchungen und Beratungen „nicht gedacht“. Ohnehin hat er daran zuletzt nicht festgehalten, sondern gegenüber dem Senat die unterlassene Angabe nur noch damit begründet, dass er „all diese Erkrankungen nicht hatte, dementsprechend auch nicht in einer Behandlung wegen solcher Erkrankungen“ gewesen sei (Bl. 142 GA-II) und er diese „nicht

als Beratung wegen irgendwelcher psychischer Beeinträchtigungen“ angesehen habe (Bl. 146 GA-II). Dessen ungeachtet hält der Senat die – mit dieser Darstellung nicht zu vereinbarende – Behauptung eines „Vergessens“ nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme auch für widerlegt. Nach eigenem Bekunden hat der Kläger das schriftliche Antragsformular zu Hause in Ruhe ausgefüllt. Die Gesundheitsfragen nahm er zum Anlass, besonders hervorzuheben, dass er „nur Erkältungen“ gehabt habe. Dass er die zahlreichen weiteren Arztbesuche, einschließlich der zum Teil sehr beeindruckenden Umstände, die ihn dazu veranlasst hatten, die nicht lange zurücklagen und die er sogar im Verhandlungstermin noch in allen Einzelheiten zu schildern wusste, trotz ausdrücklicher Frage vollständig vergessen haben will, ist schon deshalb unglaublich. Dass er sein Schweigen – jetzt – mit einer falschen Beurteilung dieser Umstände zu rechtfertigen sucht sowie zuletzt – auf Nachfrage des Senats – sogar mit der weiteren Erklärung, er habe das in Ruhe ausgefüllte Formular an dieser Stelle möglicherweise nicht so genau gelesen, belegt vielmehr zur Überzeugung des Senats, dass er sich beim Ausfüllen des Formulars sehr wohl daran erinnert und die Frage – ganz im Gegenteil – bewusst verneint hat.

b)

- 36 Der Kläger hat die Täuschung auch vorsätzlich und arglistig begangen. Der Senat ist unter Berücksichtigung des Ergebnisses der Verhandlungen und der durchgeführten Beweisaufnahme davon überzeugt (§ 286 ZPO), dass die unrichtige Beantwortung der Gesundheitsfragen wissentlich geschah, um auf den Entschluss der Beklagten, den Versicherungsantrag anzunehmen, Einfluss zu nehmen:

aa)

- 37 Arglistiges Handeln ist anzunehmen, wenn der Versicherungsnehmer gefahrerhebliche Umstände kennt, sie dem Versicherer wissentlich verschweigt und dabei billigend in Kauf nimmt, dass dieser sich eine unzutreffende Vorstellung über das Risiko bildet und dadurch in seiner Entscheidung über den Abschluss des Versicherungsvertrags beeinflusst werden kann (BGH, Urteil vom 14. Juli 2004 – IV ZR 161/03, VersR 2004, 1297; Senat, Urteil vom 20. Juni 2018 – 5 U 55/16, NJW-RR 2018, 1510; OLG Hamm, VersR 2017, 808). Der Versicherungsnehmer muss erkennen und billigen, dass der Versicherer seinen Antrag bei Kenntnis des wahren Sachverhalts gar nicht oder nur zu anderen Konditionen annehmen werde (BGH, Beschluss vom 10. Mai 2017 – IV ZR 30/16, VersR 2017, 937; Senat, a.a.O.). Der Begriff der Arglist erfasst nicht nur ein von betrügerischer Absicht getragenes Handeln, sondern auch solche Verhaltensweisen, die auf bedingten Vorsatz im Sinne eines „Fürmöglichhaltens“ reduziert sind und mit denen kein moralisches Unwerturteil verbunden sein muss (vgl. BGH, Urteil vom 11. Mai 2001 – V ZR 14/00, NJW 2001, 2326; OLG Karlsruhe, NJW-RR 2006, 463). Voraussetzung ist aber immer, dass dem Versicherungsnehmer bei der Beantwortung der Fragen nach dem Gesundheitszustand oder nach früheren Behandlungen auch bewusst ist, dass die Nichterwähnung der nachgefragten Umstände geeignet ist, die Entschliebung des Versicherers über die Annahme des Antrags zu beeinflussen (vgl. BGH, Beschluss vom 10. Mai 2017 – IV ZR 30/16, VersR 2017, 937; Senat, Urteil vom 1. Februar 2006 – 5 U 207/05-17, VersR 2006, 1482). Einen allgemeinen Satz der Lebenserfahrung des Inhalts, dass eine bewusst unrichtige Beantwortung von Gesundheitsfragen immer oder nur in der Absicht geschieht, den Willen des Versicherers entsprechend zu beeinflussen, gibt es nicht (BGH, Versäumnisurteil vom 24. November 2010 – IV ZR 252/08, VersR 2011, 338; Senat, Urteil vom 9. September 2009 – 5 U 510/08-93, VersR 2009, 1479; Urteil vom 10. Oktober 2012 – 5 U 408/11-57, VersR 2013, 1157). Deshalb muss der Versicherer entsprechend den allgemeinen Beweislast-

regeln nachweisen, dass der Versicherungsnehmer mit Hilfe der Abgabe einer falschen Erklärung auf den Willen des Versicherers einwirken wollte, sich also bewusst war, der Versicherer werde seinen Antrag nicht oder möglicherweise nur unter erschwerten Bedingungen annehmen, wenn der Versicherungsnehmer die Fragen wahrheitsgemäß beantworten würde (BGH, Versäumnisurteil vom 24. November 2010 – IV ZR 252/08, VersR 2011, 338; Senat, Beschluss vom 19. Juli 2006 – 5 W 138/06-46, NJW-RR 2006, 1467). Da es sich bei der Arglist um eine innere Tatsache handelt, kann dieser Beweis in der Praxis meist nur aufgrund von Indizien geführt werden. Für ein arglistiges Verhalten des Versicherungsnehmers spricht es, wenn dieser Erkrankungen verschweigt, die ihm offensichtlich erheblich für das versicherte Risiko erscheinen mussten, wie namentlich schwere, chronische oder schadengeneigte oder immer wieder auftretende zahlreiche oder dauerhafte Erkrankungen oder gesundheitliche Beeinträchtigungen (Senat, Urteil vom 9. November 2005 – 5 U 50/05-6, VersR 2006, 681; Urteil vom 10. Oktober 2012, a.a.O.). Indizien für ein arglistiges Handeln sind weiter, dass der Antragsteller Störungen nicht angibt, die noch relativ kurz vor Antragstellung bestanden haben, oder dass er zwar weniger schwere oder länger zurückliegende Erkrankungen angibt, zeitnähere oder erheblich schwerer wiegende hingegen verschweigt (Senat, Urteil vom 12. Oktober 2005 – 5 U 82/05-9, VersR 2006, 824; Urteil vom 10. August 2011 – 5 U 509/10-79). Hat der Versicherungsnehmer gewisse Umstände – auch Untersuchungen und ärztliche Behandlungen – stark verharmlost oder harmlosere Umstände als die verschwiegenen angegeben, so folgt daraus, dass er sich der Gefahrerheblichkeit tatsächlich bewusst war (vgl. OLG Karlsruhe, NJW-RR 2013, 869). Liegen – wie hier – objektive Falschangaben vor, so ist es überdies Sache des Anspruchsstellers, substantiiert plausibel zu machen, warum und wie es zu diesen objektiv falschen Angaben gekommen ist (vgl. BGH, Beschluss vom 7. November 2007 – IV ZR 103/06, VersR 2008, 242; Senat, Urteil vom 20. Juni 2018 – 5 U 55/16, NJW-RR 2018, 1510, m.w.N.).

bb)

- 38 Nach diesen Grundsätzen liegen im Streitfall erhebliche, durchgreifende Indizien vor, die die Annahme eines arglistigen Verschweigens der erfragten Beratungen oder Behandlungen bei Beantragung des Versicherungsvertrages rechtfertigen. Der Senat hält es unter Berücksichtigung aller Umstände mit der erforderlichen hinreichenden Gewissheit für erwiesen, dass die objektiv unrichtigen Angaben vom Kläger bewusst getätigt wurden, um die Beklagte über seinen Gesundheitszustand zu täuschen und den beabsichtigten – nach eigenen Angaben auch gezielt ausgesuchten – Vertragsabschluss nicht zu gefährden:

(1)

- 39 Bei den vom Kläger verschwiegenen Umständen, von denen er Kenntnis hatte, handelte es sich – entgegen seiner Darstellung – nicht um Bagatellen, sondern um typische Ausprägungen einer Erkrankung, die für das zu versichernde Risiko offensichtlich erheblich war und die auch tatsächlich bereits entsprechende Auswirkungen gerade auf die Fähigkeit zur Berufsausübung zeitigte. Dass ein wiederkehrendes Erschöpfungssyndrom, bedingt durch „Stress am Arbeitsplatz“, „Mobbing“ und „Ausgebranntsein“ mit dadurch bedingten Zeiten der Arbeitsunfähigkeit gerade in Zeiten der Personalknappheit mit seiner zunehmenden Häufung das Risiko längerer oder gar die Berufsfähigkeit auf Dauer ausschließender Erkrankungen erhöht, ist allgemein bekannt, zumal darüber in der Öffentlichkeit verbreitet berichtet wird und solche Formen der Erkrankung in der jüngeren Zeit auch zugenommen haben sollen (vgl. Senat, Urteil vom 20. Juni 2018 – 5 U 55/16, NJW-

RR 2018, 1510). Dabei kommt im vorliegenden Fall noch hinzu, dass sich die zunächst eher unspezifischen, auch aus Laiensicht jedoch schon unverkennbaren Krankheitssymptome mit konkreten, nachhaltigen Eindruck hinterlassenden negativen Erlebnissen am Arbeitsplatz – „Mobbing“, Verbalattacke – paaren und dies bei dem Kläger nach der glaubhaften Aussage seines Arztes zu weiteren, das normale Leben stark beeinträchtigenden Beschwerden – über zwei Wochen währende Angstzustände und Schlafstörungen – geführt hat, die ersichtlich sogar seiner Chefin bewusst waren, weil anders ihre Anordnung, sich wegen möglicher „Spätfolgen“ zum Arzt zu begeben, unverständlich wäre. Soweit der Kläger all dies vollständig verschwie, deuten bereits die Anzahl der regelmäßig wiederkehrenden ärztlichen Beratungen und Behandlungen, die Natur der geklagten, zunehmend auch mit körperlichen Beeinträchtigungen einhergehenden Beschwerden und ihre im Laufe der Zeit erkennbar verstärkten Auswirkungen auch auf das Arbeitsumfeld des Klägers durchgreifend darauf hin, dass dies deshalb geschah, um den beabsichtigten Vertragsschluss nicht zu gefährden.

(2)

- 40 Hinzu kommt, dass der Kläger nicht nur die ihm gestellte Antragsfrage nach Behandlungen, Untersuchungen oder Beratungen wegen Krankheiten der Psyche wahrheitswidrig verneinte, sondern zugleich auch seine verneinende Antwort auf die weitere Frage zu „Krankheiten der Atmungsorgane (z.B. chronische Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung, Kehlkopferkrankung)“ handschriftlich um den Zusatz „nur Erkältungen“ ergänzte, ohne dass hierfür erkennbarer, nachvollziehbarer Anlass bestand. Dieses Vorgehen, das von ihm auch insoweit nicht plausibel erläutert wurde, deutet maßgeblich darauf hin, dass es dem Kläger darum ging, bei der Beklagten den (falschen) Eindruck zu erwecken, ein vollkommen gesunder Mensch zu sein. Seine Einlassung im Senatstermin, er habe in dieser Zeit „nur Erkältungen“ gehabt, worüber er sich „damals ganz sicher“ gewesen sei (Bl. 143 GA-II) ist objektiv unzutreffend und erläutert nicht, weshalb andere, ersichtlich erheblichere, teilweise mit Zeiten der Arbeitsunfähigkeit verbundene Krankheiten mit keiner Silbe erwähnt werden. Dass bloße „Erkältungen“ als vorübergehender, regelmäßig auch folgenlos ausheilender Zustand für einen Versicherer im Allgemeinen nicht risikorelevant sind, ist allgemein bekannt und war auch dem Kläger ersichtlich bewusst. Der dadurch begründete Eindruck, dass es ihm darum ging, etwaige Bedenken der Beklagten an der Versicherbarkeit von vornherein zu zerstreuen, wird noch dadurch verfestigt, dass er unter allen aus Laiensicht weniger risikorelevanten Umständen gerade die üblicherweise vollkommen unproblematischen „Erkältungen“ auswählte, andere mutmaßlich leichtere Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes, zu denen Arztbesuche dokumentiert sind, dagegen unterschlug. Auch angesichts des persönlichen Eindrucks hat der Senat keine vernünftigen Zweifel daran, dass es dem Kläger darum ging, sich als ein für die Beklagte vollkommen unproblematisches Risiko darzustellen, das er – wie er wusste – nicht war.

(3)

- 41 Plausible Erklärungen, die den Vorwurf der Arglist entkräften könnten, hat der Kläger nicht gegeben. Nach seiner Darstellung im Senatstermin hat er das Antragsformular, das ihm von einem Makler übersandt wurde, zu Hause „in Ruhe“ ausgefüllt (Bl. 144 GA-II). Weshalb er die Gesundheitsfragen schlicht verneinte, dabei die häufigen Arztbesuche wegen psychischer Erkrankung unterschlug, zugleich jedoch ausdrücklich auf unspezifische Erkältungen verwies, vermochte er nicht nachvollziehbar zu erläutern. Dass er die verschwiegenen Untersuchungen nicht mit den Antragsfragen in Verbindung gebracht

und diese anders verstanden haben will, entlastet ihn nach dem oben Gesagten nicht, zumal seine Antwort und die ausdrückliche Erwähnung von Erkältungskrankheiten durchgreifend darauf hindeuten, dass er diese zweckgerichtet verschleiern wollte. Dass er an diese Arzttermine nicht mehr gedacht habe, hat er zuletzt nicht mehr behauptet und ist auch nicht glaubhaft; dagegen spricht schon die Häufigkeit und Regelmäßigkeit der Untersuchungen, der geringe zeitliche Abstand der letzten Termine zur Antragstellung und erneut das erkennbare Ansinnen des Klägers, sich durch das Hervorheben belangloser Umstände als gesunder Mensch zu präsentieren. Seine Angaben in der persönlichen Anhörung, er habe damals keine Beschwerden und keine Erschöpfungssymptome durch Stress am Arbeitsplatz gehabt und auch keine Medikamente verordnet erhalten, wirken verniedlichend und sind auch sachlich unzutreffend, weil er sich – wie die Beweisaufnahme ergeben hat – in regelmäßigen Abständen mit genau diesen Behauptungen bei seinem Hausarzt vorstellte, darauf gestützt wiederholt arbeitsunfähig geschrieben wurde und auch entsprechende Rechnungen seines Arztes, die diese Diagnosen unstreitig enthielten, unbeanstandet ließ. Alles dies stützt die Überzeugung des Senats, der Kläger habe mit seinen objektiv falschen Angaben auf die ihm gestellten Fragen bewusst und zielgerichtet gehandelt, um den Vertragsschluss nicht zu gefährden. Sollte er indessen – wie zuletzt angeklungen ist – die an ihn gerichteten Fragen tatsächlich nicht gelesen haben – „da ist ja soviel Kleingedrucktes, das konnte ich nur überfliegen...“; „ich habe die Fragen schon gelesen, bin aber nicht so genau reingegangen, weil ich dachte, Du hast ja nichts“ – und diese deshalb verneint haben, so hätte er diese Angaben dann ins Blaue hinein getätigt und schon deshalb arglistig gehandelt (vgl. BGH, Urteil vom 8. Mai 1980 – IVa ZR 1/80, NJW 1980, 2460; Urteil vom 11. Mai 2001 – V ZR 14/00, NJW 2001, 2326; Senat, Urteil vom 26. Februar 2020 – 5 U 57/19, VersR 2020, 960; Rolfs in: Bruck/Möller, a.a.O., § 22 Rn. 22).

c)

- 42 Die vom Kläger arglistig verschwiegenen Umstände waren für den Entschluss der Beklagten, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, ursächlich. Nach dem Ergebnis der zweitinstanzlichen Beweisaufnahme steht fest, dass die Beklagte bei wahrheitsgemäßer Angabe der verschwiegenen Arzttermine die Übernahme des Versicherungsschutzes abgelehnt worden wäre. Der Zeuge G. hat in seiner Vernehmung vor dem Senat unter Verweis auf die von der Beklagten zum damaligen Zeitpunkt verwendeten Annahmerichtlinien angegeben, dass bei bloßer Bejahung der Antragsfrage zu Beratungen, Behandlungen oder Untersuchungen wegen Krankheiten der Psyche ergänzende Angaben gefordert worden wären. Bei zusätzlicher Angabe von „Erschöpfungssyndrom“, „Ausgebranntsein“, „Stress bei der Arbeit“, „mobbingähnliche Situation bei der Arbeit“, „Belastung und Überforderung durch die Arbeit“ wäre entscheidend gewesen, wann dies zuvor letztmalig aufgetreten sei und ob es Behandlungen und Krankschreibungen gegeben habe. Die Beklagte habe damals die Richtlinien der Münchener Rückversicherung verwendet, wonach, wenn solches in den letzten drei Jahren vor Antragstellung aufgetreten sei, kein Versicherungsschutz gegen Berufs- oder Dienstunfähigkeit gewährt werde. Bei Angabe der hier in den Jahren 2011 bis 2014 jährlich erfolgten Behandlungen, jeweils auch verbunden mit einer Krankschreibung von 3 bis 4 Tagen, wäre der Antrag abgelehnt worden. Ebenso wäre bei Angabe des Arzttermins im März 2014 wegen Angstzuständen und Schlafstörungen kein Versicherungsschutz gewährt worden (Bl. 153 f. GA-II). Diese für den Senat nachvollziehbare Erläuterung, die sich mit seiner Erfahrung aus zahlreichen anderen, vergleichbaren Rechtsstreitigkeiten in Versicherungssachen deckt, wird durch die Behauptung des Klägers, es hätten „lediglich Untersuchungen“ stattge-

funden, jedoch keine „Erkrankung“ und keine „Behandlung“ vorgelegen, nicht in Frage gestellt; das trifft nach dem oben Gesagten schon nicht zu, und darauf kommt es auch nicht an, weil die Prüfung und Bewertung anzuzeigender Umstände Sache des Versicherers ist. Dessen ungeachtet liegt es auf der Hand, dass wiederkehrende ärztliche Beratungen oder Behandlungen wegen Krankheiten der Psyche, speziell in Gestalt Stress, Mobbing und Übergriffen am Arbeitsplatz, die – wie hier – schon angesichts ihrer Häufigkeit und Regelmäßigkeit keine bloß leichte, nicht wiederholt auftretende und deshalb für die Risikoprüfung von vornherein bedeutungslose Störung sind (vgl. BGH, Urteil vom 11. Februar 2009 – IV ZR 26/06, VersR 2009, 529), für den Entschluss eines Berufs- oder Dienstunfähigkeitsversicherers erheblich sind (vgl. Senat, Urteil vom 6. September 2023 – 5 U 87/22, VersR 2023, 1346). Auch vor diesem Hintergrund bestehen keine Zweifel daran, dass die Beklagte diese Angaben benötigte, um auf dieser Grundlage das zu versichernde Risiko bewerten zu können.

d)

- 43 Die Beklagte hat die Anfechtung ihrer auf den Vertragsabschluss gerichteten Willenserklärung rechtzeitig – mit Schreiben vom 11. November 2020 (Bl. 37 f. GA-I) – binnen der Jahresfrist des § 124 Abs. 1 BGB erklärt, nachdem sie im Zuge der Leistungsprüfung auf der Grundlage der ihr übersandten ärztlichen Angaben des Zeugen Dr. W. vom 26. Oktober 2020 (Bl. 89 f. GA-I) erstmals von den verschwiegenen Behandlungen – mithin von der Täuschung durch den Kläger – Kenntnis erlangt hatte (§ 124 Abs. 1 und 2 BGB). Auch die 10-Jahres-Frist des § 124 Abs. 3 BGB wurde ersichtlich gewahrt. Infolgedessen erweist sich der Versicherungsvertrag gemäß § 142 Abs. 1 BGB als von Anfang an nichtig. Sein Fortbestehen kann daher nicht, wie beantragt, festgestellt werden; zugleich folgt daraus, dass dem Kläger keine Leistungen wegen Dienstunfähigkeit aus diesem Vertrag gebühren.

3.

- 44 Soweit die Beklagte ihre auf Abschluss des streitgegenständlichen Versicherungsvertrages gerichtete Willenserklärung wirksam wegen arglistiger Täuschung angefochten hat und die Klage schon deshalb insgesamt der Abweisung unterliegen musste, kann dahinstehen, dass dasselbe Ergebnis auch aus dem – für den Fall der Unwirksamkeit der Anfechtung hilfsweise zugleich erklärten – Rücktritt vom Versicherungsvertrag wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht folgen würde (§ 19 Abs. 2 VVG); auch dieser wäre nämlich – ungeachtet der erwiesenen Arglist des Klägers und entgegen der abweichenden Ansicht der Erstrichterin – mit entsprechenden Rechtsfolgen wirksam erklärt worden:

a)

- 45 § 19 Abs. 2 VVG berechtigt den Versicherer zum Rücktritt vom Vertrag, wenn der Versicherungsnehmer seine vorvertragliche Anzeigepflicht nach § 19 Abs. 1 VVG verletzt hat. Gemäß § 19 Abs. 1 Satz 1 VVG hat der Versicherungsnehmer bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Diese Voraussetzungen liegen im Streitfall vor. Denn der Kläger hat die ihm ordnungsgemäß gestellte Antragsfrage nach Beratung, Behandlung oder Untersuchung wegen Krankheiten der Psyche, von der – für ihn erkennbar – auch die hier erwiesenen, wiederholt zu Krank-

schreibungen führenden Arztbesuche erfasst waren, mit „nein“ beantwortet, obschon er – wie er wusste – im erfragten Zeitraum regelmäßig bei dem Zeugen Dr. W. vorstellig geworden war, dort über arbeitsplatzbedingten Stress, eine „mobbingähnliche Situation“ und „Ausgebranntsein“ geklagt hatte und daraufhin krankgeschrieben wurde und ihm in einem Fall wegen von ihm berichteter, über zwei Wochen währender Angstzustände und Schlafstörungen auch ein darauf abgestimmtes (pflanzliches) Beruhigungsmittel verordnet worden war. Die darin liegende objektive Täuschung der Beklagten bei Antragstellung erfüllte zugleich die Voraussetzungen des § 19 Abs. 1 Satz 1 VVG, wie bereits weiter oben im Einzelnen ausgeführt und begründet wurde. Denn der Kläger hatte danach, anders als in der angefochtenen Entscheidung angenommen wurde, erwießenermaßen Kenntnis von Gefahrumständen hatte, die die Beklagte auch aus seiner Sicht erkennbar in dem Antragsformular von ihm in Textform erfragt hatte und die für die Annahme des Vertrages durch die Beklagte von Bedeutung waren.

b)

- 46 Das Rücktrittsrecht der Beklagten ist auch nicht gemäß § 19 Abs. 3 Satz 1 VVG ausgeschlossen, weil der Kläger die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hätte. Vorsatz erfordert nach allgemeinen Grundsätzen das Wollen der Obliegenheitsverletzung im Bewusstsein des Vorhandenseins der Verhaltensnorm (vgl. BGH, Urteil vom 2. Juni 1993 – IV ZR 72/92, VersR 1993, 960 = in BGHZ 122, 388 insoweit nicht abgedruckt; RG, Urteil vom 29. September 1909 – I 310/08, RGZ 72, 4); bedingter Vorsatz, d.h. billigendes In-Kauf-Nehmen, genügt (Senat, Urteil vom 6. September 2023 – 5 U 87/22, VersR 2023, 1346; OLG Hamm, VersR 2020, 1304; VersR 2021, 238; Härle, in: Schwintowski/Brömmelmeyer/Ebers, Praxiskommentar 4. Aufl., § 19 Rn. 113; Langheid, in: MünchKomm-VVG 3. Aufl., § 19 Rn. 133). Da das Gesetz den Vorsatz ebenso wie die grobe Fahrlässigkeit vermutet, ist es Sache des Versicherungsnehmers, sich zu entlasten, d.h. zu beweisen, dass er weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gehandelt hat (Senat, a.a.O.; Urteil vom 16. November 2022 – 5 U 8/22, VersR 2023, 569; OLG Hamm, VersR 2021, 238; Armbrüster, in: Prölss/Martin, a.a.O., § 19 Rn. 161 unter Hinweis auf BT-Drucks. 16/3945, S. 65). Dies ist dem Kläger – entgegen der Ansicht des Landgerichts – vorliegend nicht gelungen. Der Senat sieht sich nach weiterer Beweisaufnahme außerstande, festzustellen, dass der Kläger bei der unzutreffenden Verneinung der Antragsfragen nicht wissentlich und willentlich gehandelt hat. Vielmehr ist er, wie weiter oben im Einzelnen ausgeführt und begründet wurde, davon überzeugt, dass der Kläger, dem sämtliche Arztbesuche, die aus diesem Anlass geschilderten Beschwerden und deren Behandlung bekannt waren und der diese als von ihm erfragte Krankheiten der Psyche erkennen musste, die Antragsfrage im Wissen um deren Bedeutung für die Beklagte bewusst – und sogar arglistig – falsch beantwortet hat, um den angestrebten Versicherungsschutz nicht zu gefährden.

c)

- 47 Die im Falle des Rücktritts nach § 19 Abs. 5 Satz 1 VVG erforderliche Belehrung – die angesichts nachgewiesener Arglist des Klägers entbehrlich wäre (vgl. BGH, Urteil vom 12. März 2014 – IV ZR 306/13, BGHZ 200, 286) – hat die Beklagte dem Kläger in dem Antragsformular in formaler und inhaltlicher Hinsicht ordnungsgemäß erteilt, wie auch schon das Landgericht in dem angefochtenen Urteil zutreffend und von den Parteien unbeanstandet ausgeführt hat. Die danach geforderte „gesonderte Mitteilung in Textform“ kann nämlich auch – wie hier – zusammen mit schriftlichen Fragen des Versicherers innerhalb eines Dokuments erteilt werden, wenn die Belehrung drucktechnisch so gestal-

tet ist, dass sie sich deutlich vom übrigen Text abhebt und vom Versicherungsnehmer nicht übersehen werden kann; insoweit sind auch sog. „Doppelbelehrungen“ zulässig, in denen der Versicherer zunächst unmittelbar im räumlichen Zusammenhang mit den gestellten Gesundheitsfragen auf die möglichen Folgen der Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht allgemein hinweist und diese sodann an einer genau bezeichneten Stelle im Einzelnen erläutert (vgl. BGH, Urteil vom 27. April 2016 - IV ZR 372/15, BGHZ 210, 113; Senat, Urteil vom 9. Mai 2018 - 5 U 23/16, RuS 2019, 214). Die vorliegende Gestaltung, die den Kläger mehrfach, sowohl in dem Mantelbogen als auch - erneut - in dem Fragebogen zur Gesundheit, über die Folgen der Anzeigepflichtverletzung unterrichtete, ihn dabei insbesondere sowohl vor als auch unmittelbar nach den Gesundheitsfragen an die Pflicht zur wahrheitsgemäßen Beantwortung der Antragsfragen erinnerte und wegen der Einzelheiten jeweils auf die vollständigen Angaben in der auf Seite 3 von 3 befindlichen, deutlich hervorgehobenen und als solche bezeichneten „Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ verwies, genügte dem unzweifelhaft.

d)

- 48 Auch die weiteren – formalen – Voraussetzungen des Rücktritts liegen vor; insbesondere wurde dieser form- und fristgerecht erklärt.

aa)

- 49 Danach muss der Versicherer die ihm nach § 19 Abs. 2 bis 4 VVG zustehenden Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Diese Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Der Versicherer hat bei der Ausübung seiner Rechte die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt; er darf nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Vorliegend hat die Beklagte, nachdem der Kläger ihr seine bevorstehende Versetzung in den Ruhestand mit Schreiben vom 25. Juli 2020 angezeigt hatte, erstmals im Rahmen der daraufhin eingeleiteten Leistungsprüfung aufgrund der Auskunft des Zeugen Dr. W. vom 26. Oktober 2020 (Anlage B2) am 28. Oktober 2020 Kenntnis von den anzeigepflichtigen Gefahrumständen erlangt. Ihr mit Schreiben vom 11. November 2020 (Anlage K3) unter Berufung hierauf erklärter Rücktritt mit der Begründung, der Kläger habe die Gesundheitsfrage nach Krankheiten der Psyche vorsätzlich, zumindest aber grob fahrlässig falsch beantwortet, erfolgte danach rechtzeitig binnen eines Monats seit Kenntnis von diesen Umständen. Dass der Rücktritt nur „hilfsweise“, nämlich für den Fall, dass sich die zugleich erklärte Anfechtung wegen arglistiger Täuschung als nicht durchgreifend erweisen sollte, erklärt wurde, ist unschädlich.

bb)

- 50 Das Rücktrittsrecht der Beklagten war vorliegend auch nicht durch Zeitablauf ausgeschlossen. Gemäß § 21 Abs. 3 VVG erlischt das Rücktrittsrecht des Versicherers nach Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss; dies gilt aber nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beläuft sich die Frist überdies auf zehn Jahre. Im Streitfall ist – ohne Rücksicht auf die Arglist des Klägers – schon die fünf-Jahres-Frist des § 21 Abs. 3 Satz 1 VVG gewahrt worden. Der Vertrag, von dem die Beklagte mit Schreiben vom 11. November 2020 den Rücktritt erklärt hat, war zwar bereits durch Annahme des Antrages mit Versicherungsschein vom 9. Oktober 2015 (Bl. 8 ff. GA-I) zustande gekom-

men. Der Versicherungsfall der „allgemeinen Dienstunfähigkeit“, aus dem der Kläger Ansprüche ableitet, ist aber mit dessen Versetzung in den Ruhestand, hier: aufgrund des Schreibens des Ministeriums für Finanzen und Europa vom 9. Juli 2020 – und damit vor Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsschluss – eingetreten.

e)

- 51 Der mithin ebenfalls wirksam erklärte hilfsweise Rücktritt für den Fall, dass die vorrangige Anfechtung nicht durchgreifen sollte, hätte gleichfalls zur Rechtsfolge, dass der Versicherungsvertrag des Klägers beendet wäre, so dass sich sein Antrag auf Feststellung des Fortbestehens des Vertrages auch unter diesem Gesichtspunkt als unbegründet erweist. Zudem bestehen auch für diesen Fall keine Ansprüche des Klägers auf die begehrten Versicherungsleistungen wegen des zuvor eingetretenen Versicherungsfalles. Denn der Versicherer ist auch im Falle des Rücktritts nach § 19 Abs. 2 VVG nach Eintritt des Versicherungsfalles grundsätzlich nicht zur Leistung verpflichtet, und etwas anderes gilt – außer bei Arglist – nur ausnahmsweise dann, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht sich auf einen Umstand bezieht, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist (§ 21 Abs. 2 VVG). Dieser Kausalitätsgegenbeweis, auf den der Kläger sich hier nicht einmal konkret berufen hat, scheitert vorliegend, ungeachtet der nachgewiesenen Arglist des Klägers (§ 21 Abs. 2 Satz 2 VVG). Denn der Kläger wurde nach seinen Angaben gegenüber dem Landgericht infolge einer bei ihm am 14. Juli 2016 diagnostizierten posttraumatischen Belastungsstörung, wegen der er dann auch beim Amtsarzt und beim Psychologen gewesen sei, in den Ruhestand versetzt (Bl. 131 GA-I). Dass eine solche, zum Eintritt des Versicherungsfalles führende psychische Erkrankung – von der der Zeuge Dr. W. in seiner Vernehmung angab, diese unterscheide sich von der von ihm im April 2014 diagnostizierten „psychogenen Belastungsreaktion“ lediglich durch ihre längere Dauer (Bl. 149 GA-II) – mit den vom Kläger verschwiegenen Gefahrumständen nicht in ursächlichem Zusammenhang stünde, liegt fern; jedenfalls steht das Gegenteil nicht ansatzweise fest.

4.

- 52 Die Kostenentscheidung folgt in Ansehung der danach insgesamt erfolglos gebliebenen Klage aus § 91 Abs. 1 ZPO, die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit aus den §§ 708 Nr. 10, 711 ZPO.
- 53 Die Revision ist gemäß § 543 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 und 2 ZPO nicht zuzulassen. Weder hat die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung noch erfordert die Fortbildung des Rechts oder die Sicherung einer einheitlichen Rechtsprechung eine Entscheidung des Revisionsgerichts.
- 54 Der Streitwert des Berufungsverfahrens beträgt – entsprechend der zutreffenden erstinstanzlichen Festsetzung (LGU, S. 11 f.) – 79.215,- Euro (§§ 3, 4, 9 ZPO, §§ 47 Abs. 1 Satz 1, 48 Abs. 1 Satz 1 GKG).