

Gericht:	Schleswig-Holsteinisches Oberlandesgericht 16. Zivilsenat
Entscheidungsdatum:	21.07.2025
Rechtskraft:	ja
Aktenzeichen:	16 U 118/24
ECLI:	ECLI:DE:OLGSH:2025:0721.16U118.24.00
Dokumenttyp:	Urteil
Quelle:	
Normen:	§ 22 VVG, § 3 ZPO, § 9 ZPO, § 91 ZPO, § 318 ZPO ... mehr

Anfechtung des BU-Versicherungsvertrags wegen arglistiger Täuschung; Streitwertfestsetzung ohne Abschlag bei Feststellungsantrag auf künftige BU-Leistung

Leitsatz

1. Bei Feststellungsanträgen auf - der Höhe nach feststehende - künftige Leistungen aus einem Berufsunfähigkeitsversicherungsvertrag ist der nach § 9 ZPO zu bemessende Streitwert ohne Abschlag festzusetzen, wenn praktisch sicher ist, dass der Versicherer im Falle einer rechtskräftigen Feststellung seine Leistungspflicht erfüllen und hierdurch ein Folgeprozess vermieden wird.(Rn.70)
2. In solchen Fällen ist die förmlich geringere Wirkung eines Feststellungstenors eine bloß theoretische Erwägung, die mit Blick auf das für die Streitwertbemessung maßgebliche wirtschaftliche Interesse des Klägers praktisch zu vernachlässigen ist.(Rn.73)

Orientierungssatz

Von Arglist ist bereits auszugehen, wenn der Versicherungsnehmer objektiv unrichtige Angaben „ins Blaue hinein“ macht, weil er dadurch deren Unrichtigkeit zumindest billigend in Kauf nimmt.(Rn.37)

Verfahrensgang

vorgehend LG Flensburg, 29. November 2024, 4 O 60/22

Tenor

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Einzelrichters der 4. Zivilkammer des Landgerichts Flensburg vom 29. November 2024 abgeändert:

Die Klage wird abgewiesen.

Die Anschlussberufung des Klägers wird zurückgewiesen.

Die Kosten des Rechtsstreits beider Instanzen trägt der Kläger.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar. Der Kläger darf die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 120% des auf Grund des Urteils vollstreckbaren Betrags abwenden, wenn nicht die Beklagte vor der Vollstreckung Sicherheit in Höhe von 120% des jeweils zu vollstreckenden Betrags leistet.

Der Streitwert wird - insoweit in Abänderung der landgerichtlichen Wertfestsetzung - für das erstinstanzliche Verfahren und für das Berufungsverfahren auf je 87.999,- € festgesetzt

Gründe

I.

- 1 Die Parteien streiten über Leistungen aus einer Berufsunfähigkeitsversicherung.
- 2 Der im Jahr 1988 geborene Kläger, von Beruf Industrielackierer im Maschinenbau, beantragte im Oktober 2017 (Bl. 148 ff. LGA) bei der Beklagten den Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung (nachfolgend: „BU“). Im Rahmen der Antragstellung wurde der Kläger von einer Versicherungsmaklerin beraten.
- 3 Die im Zusammenhang mit dem Antrag gestellten Gesundheitsfragen der Beklagten nach Krankheiten oder Beschwerden der Wirbelsäule (z.B. Bandscheibenvorfall) und nach Krankenhaus- und Reha-Aufenthalten, jeweils in den letzten fünf Jahren, beantwortete der Kläger dahingehend, dass er im Jahr 2016 eine Muskelverhärtung im Rücken „durch falsche Drehung beim Kochen“ sowie einen dreitägigen Krankenhausaufenthalt wegen einer Operation an den Rachenmandeln im März 2015 gehabt habe. Die übrigen Gesundheitsfragen (Krankheiten/Beschwerden) verneinte der Kläger (vgl. Bl. 244 LGA). Die Frage nach der täglichen Einnahme von Medikamenten über einen Zeitraum von mehr als 14 Tagen in den letzten fünf Jahren verneinte er ebenfalls.
- 4 Der Kläger gab demzufolge *nicht* an, dass er sich zwei Wochen nach einer Bandscheibenvorfalloperation im August 2012 (Nukleotomie LWK4/5 linksseitig bei großem medialen Bandscheibenvorfall und klinisch vorliegender Lumboischialgie links mit Fußheberschwäche, siehe Gutachten vom 16. August 2023, S. 19) aufgrund einer Entzündung des Operationsbereiches wegen Rückenbeschwerden/Schmerzen im Operationsbereich/Kreuzschmerzen vom 18. September 2012 bis zum 9. November 2012 im Krankenhaus (Ostseeklinik Damp) befand. Ebenso wenig gab er an, dass er seit September 2012 bis Dezember 2012 mit Antibiotikum wegen einer Spondylodiszitis (Entzündung der Bandscheibe und der beiden angrenzenden Wirbelkörper) behandelt wurde, aufgrund derer er vom 22. November 2012 bis 31. Dezember 2012 arbeitsunfähig krankgeschrieben war, und an einer mäßig S-förmigen Skoliose cranialwärts litt (vgl. Bl. 368 LGA).
- 5 Die Beklagte nahm den Antrag des Klägers ohne Risikoausschluss an (Anlage K 2, Bl. 25 LGA). Das Versicherungsverhältnis begann am 1. November 2017 und sollte bestimmungsgemäß am 1. April 2053 enden. Als monatliche Rente, im Falle der Berufsunfähigkeit, waren 1.500,00 € vorgesehen. Der vom Kläger zu zahlende monatliche Beitrag betrug 169,98 €. Wegen des weiteren Inhalts des Antrags und des Versicherungsscheins wird auf die Anlagen K 1 und K 2 verwiesen. Der Versicherungsschein wurde dem Kläger und seiner Versicherungsmaklerin im Oktober 2017 übersandt (vgl. Bl. 15 LGA).
- 6 Im August 2021 stellte der Kläger einen Antrag bei der Beklagten auf Leistungen aus der BU aufgrund bestehender Schulterbeschwerden (Anlage K 3). Die Beklagte nahm die Leistungsprüfung auf und forderte Unterlagen bei den behandelnden Ärzten (Eingang bei der Beklagten am 15. Oktober 2021, Bl. 189 LGA) sowie der Krankenkasse (Überlassung der Unterlagen am 1. November 2021, Bl. 189 LGA) an. Mit Schreiben vom 15. November 2021 lehnte sie die Erbringung von Leistungen ab, erklärte die „Anfechtung“ wegen

arglistiger Täuschung bei Antragstellung und trat zugleich von dem Vertrag zurück (Anlage K 4).

- 7 Der Kläger hat daraufhin Klage bei dem Landgericht Flensburg erhoben mit dem Antrag, die Beklagte zur Zahlung von insgesamt 17.859,84 € (die inzwischen fällig gewordenen Rentenzahlungen und die von April bis November 2021 gezahlten Beiträge) nebst Zinsen zu verpflichten. Ferner hat der Kläger die Feststellung begehrt, dass die Beklagte auch für die Zukunft zur Zahlung der monatlichen Rente verpflichtet werde und er von seiner Beitragspflicht freigestellt sei.
- 8 Der Kläger hat erstinstanzlich behauptet, er sei seit April 2021 wegen Schulterbeschwerden berufsunfähig in seinem Beruf als Maler und Lackierer. Nach der Operation im August 2012 habe er keine Bandscheibenprobleme mehr gehabt. Bei Antragstellung im Oktober 2017 sei er davon überzeugt gewesen, dass der Krankenhausaufenthalt länger als fünf Jahre zurückgelegen habe (Bl. 163 LGA). Er habe seine Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht.
- 9 Die Beklagte hat behauptet, bei wahrheitsgemäßen Angaben den Antrag des Klägers nicht angenommen zu haben. Im Zeitpunkt der Antragstellung im Oktober 2017 habe der Kläger an Bewegungseinschränkungen gelitten und jedenfalls Beschwerden gehabt, welche er hätte angeben müssen. Der BU-Vertrag sei demnach bereits aufgrund der erfolgten Anfechtung der Beklagten ex tunc nichtig.
- 10 Das Landgericht hat Beweis erhoben durch Anhörung des Klägers (siehe etwa Bl. 297 f. LGA), Einholung eines Sachverständigengutachtens zur Frage der Berufsunfähigkeit (Bl. 388 ff. LGA) sowie durch Vernehmung von Zeugen (siehe etwa Bl. 350ff., 480ff., 573ff., 661f. LGA).
- 11 Anschließend hat das Landgericht der Klage im Wesentlichen (bis auf einen Teil der Verzugszinsen) stattgegeben. Zur Begründung hat es - soweit im Berufungsrechtszug relevant - ausgeführt, dass der Vertrag nicht wirksam angefochten worden sei. Die Beklagte habe eine arglistige Täuschung nicht nachweisen können. In Bezug auf den Bandscheibenvorfall habe dem Kläger bei Antragstellung das Bewusstsein gefehlt, die Beklagte zu täuschen, um diese zur Annahme des Antrags zu bewegen. Im Hinblick auf die Entzündung der Bandscheibe, den Krankenhausaufenthalt samt Antibiotikabehandlung seien die Angaben zwar objektiv falsch, der Kläger habe das gutgläubige Verschweigen allerdings nachvollziehbar erklärt (Urteil, S. 13 ff.; Bl. 15 ff. eA).
- 12 Hiergegen wendet sich die Beklagte mit ihrer Berufung, die ihren erstinstanzlichen Klagabweisungsantrag weiterverfolgt. Der Kläger habe, so bringt sie vor, bei Beantwortung der Gesundheitsfragen arglistig getäuscht (Bl. 35 eA). Er habe Angaben „ins Blaue hinein“ gemacht, was die Annahme von Arglist rechtfertige (Bl. 38 eA). Bei wahrheitsgemäßen Angaben hätte sie die Annahme des Antrages von einer Vereinbarung eines Risikoausschlusses für Erkrankungen der Wirbelsäule abhängig gemacht (Bl. 39 eA).
- 13 Die Beklagte beantragt,
14 unter Abänderung des Urteils des LG Flensburg vom 29. November 2024 die Klage abzuweisen.
- 15 Der Kläger beantragt,

- 16 die Berufung zurückzuweisen.
- 17 Er sei - wie auch im Rahmen seiner Anhörung ausgeführt - bei Antragstellung davon überzeugt gewesen, dass die Behandlung zum Zeitpunkt der Antragstellung bereits fünf Jahre zurückgelegen habe (Bl. 47 eA). Er habe sich dazu mit seiner Versicherungsmaklerin abgestimmt.
- 18 Zur Vermeidung der Unsicherheit, ob die im Feststellungsantrag nicht genannten Zinsen das Privileg des Nichterfordernisses nachträglicher Bezifferung teilten, welches für die Hauptforderung gelte, erfolge die Bezifferung der zwischenzeitlich fällig gewordenen Rentenbeträge nebst darauf entfallender Zinsen im Wege der Anschlussberufung (Bl. 45 eA), mit der er beantragt,
- 19 die Beklagte zu verurteilen, über die erstinstanzliche Verurteilung hinaus an den Kläger 54.000,00 € nebst Zinsen i.H.v. 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz auf 1.500,00 € seit dem 6. April 2022 sowie auf jeweils weitere 1.500,00 € ab dem sechsten Tag jedes Folgemonats bis einschließlich März 2025 zu zahlen,
- 20 festzustellen, dass die Beklagte verpflichtet ist, auf die ab 6. April 2025 für die Dauer der Berufsunfähigkeit des Klägers monatlich nachschüssig zu zahlende Berufsunfähigkeitsrente im Falle nicht rechtzeitiger Zahlung Zinsen i.H.v. 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz ab dem Fälligkeitstag zu zahlen.
- 21 Die Beklagte beantragt,
- 22 die Anschlussberufung zurückzuweisen.
- 23 Der Senat hat den Kläger im Senatstermin vom 7. Juli 2025 angehört. Auf den entsprechenden Berichterstatter-Vermerk vom selben Tage, welcher als Anlage zum Protokoll genommen wurde (Bl. 75 ff. eA), wird Bezug genommen.
- II.
- 24 Die zulässige Berufung hat Erfolg.
- 25 Das erstinstanzliche Urteil ist abzuändern und die Klage abzuweisen. Die nach § 529 ZPO zugrundezulegenden Tatsachen rechtfertigen eine andere Entscheidung, § 513 Abs. 1 ZPO.
- 26 In der Folge ist auch die Anschlussberufung des Klägers zurückzuweisen.
- 1.
- 27 Die Beklagte hat den Versicherungsvertrag wegen arglistiger Täuschung wirksam angefochten mit der Folge der Nichtigkeit des Vertrages *ex tunc*, §§ 22 VVG, 142 BGB. Damit entfällt auch jedwede vom Kläger begehrte Leistungspflicht der Beklagten aus dem BU-Vertrag.
- 28 Nach § 123 Abs. 1 BGB kann derjenige, der zur Abgabe einer Willenserklärung durch arglistige Täuschung bestimmt worden ist, die Erklärung anfechten. Diese Anfechtungsmöglichkeit besteht auch zugunsten des Versicherers, § 22 VVG.

a)

- 29 Der Kläger hat die Beklagte durch das Verschweigen des Krankenhausaufenthaltes seit September 2012 bis zum 9. November 2012 wegen der Entzündung der Bandscheibe, durch das Verschweigen der täglichen Einnahme von Antibiotika in der Zeit von September 2012 bis Dezember 2012 wegen der postoperativen Entzündung der Bandscheibe und der beiden angrenzenden Wirbelkörper sowie durch das Verschweigen der seit Ende 2012 bestehenden Restbeschwerden an der Bandscheibe arglistig getäuscht.

aa)

- 30 Das Landgericht hat zu Recht festgestellt, dass die Angaben des Klägers in seinem Versicherungsantrag in Bezug auf die Gesundheitsfragen der Beklagten zum Teil nicht zutreffend waren (siehe Urteil, S. 3 f.). In dem Verschweigen der unstreitig noch bestehenden Beschwerden in dem Fünf-Jahres-Zeitraum lag eine objektive Täuschungshandlung.
- 31 Unstreitig musste sich der Kläger nach seiner Bandscheibenoperation wegen starker Schmerzen vom 18. September 2012 bis zum 9. November 2012 in der Ostseeklinik Damp stationär behandeln lassen.
- 32 Bei diesem Aufenthalt wurde eine Entzündung der Bandscheibe und der beiden angrenzenden Wirbelkörper festgestellt und eine Antibiose eingeleitet, welche bis mindestens Anfang 2013 fortgeführt wurde. Der Kläger war bis dahin auch krankgeschrieben.
- 33 Ferner litt er noch am 7. Dezember 2012 an einer „S-förmigen Skoliose cranialwärts“ (siehe Anlage B 8, Bl. 368 LGA) und ließ sich überdies innerhalb der fünf Jahre krankengymnastisch behandeln (Berichterstatter-Vermerk, S. 3; Bl. 77 eA). Auch sind nach seinen eigenen Angaben vor dem Senat Beschwerden nach dem Bandscheibenvorfall im Grunde genommen geblieben (Bl. 76 eA).
- 34 Diese Informationen ließ der Kläger im Rahmen der Gesundheitsabfrage unerwähnt. Die im Oktober 2017 in seinem Versicherungsantrag gemachten Angaben des Klägers waren damit in mehreren Punkten objektiv nicht richtig.

bb)

- 35 Im Zusammenhang mit diesen objektiven Falschangaben ist dem Kläger auch Arglist vorzuwerfen.
- 36 Für die Annahme von Arglist genügt die bewusste Falschbeantwortung von Fragen nicht. Vielmehr muss in subjektiver Hinsicht hinzukommen, dass der Versicherungsnehmer auf die EntschlieÙung des Versicherers Einfluss nehmen will und sich daher bewusst ist, dass der Versicherer möglicherweise (bedingter Vorsatz genügt) seinen Antrag nicht oder nur unter erschwerten Bedingungen annehmen werde, wenn er die Wahrheit sagte. Eine Vermögensschädigung braucht dabei nicht geplant zu sein. Überdies muss die Täuschung kausal für die EntschlieÙung des Versicherers geworden sein, den Vertrag überhaupt oder zu den konkreten Konditionen abzuschließen (vgl. nur Prölss/Martin-Armbrüster, VVG, Kommentar, 32. Auflage, § 22 Rn. 7f. m.w.N.). Für die Täuschung trägt der Versicherer die Beweislast; allerdings muss der Versicherungsnehmer im Rahmen seiner sekundären Darlegungslast plausibel darlegen, wie und weshalb es zu den objektiv falschen Angaben gekommen ist (vgl. BGH, Beschluss vom 7. November 2007, IV ZR

103/06, Rn. 1 bei juris m.w.N.; vgl. auch Prölss/Martin-Armbrüster, Rn. 44 m. zahlreichen w.N).

- 37 Folgerichtig ist bei Unkenntnis von den wahren Umständen und selbst bei gutem Glauben an die Richtigkeit der Angaben auch dann von Arglist auszugehen, wenn der Erklärende objektiv unrichtige Angaben „ins Blaue hinein“ macht (*Langheid*, in: Langheid/Rixecker, VVG, 7. Aufl. 2022, § 22 Rn. 8; Senat, Urteil vom 4. Juni 2020 - 16 U 133/19, NJW-RR 2020, 1294, 1295 Rn. 26; KG, Beschluss vom 10. Januar 2006 - 6 U 122/05, r + s 2007, 333, 334; OLG Hamm, Urteil vom 28. Februar 2020 - 20 U 160/19, BeckRS 2020, 15368 Rn. 19ff.). Der die Arglist begründende Vorwurf ist in einem solchen Fall in dem Umstand zu erkennen, dass der Versicherungsnehmer im Bewusstsein eigener Unkenntnis „blindlings“ (unrichtige) Angaben macht und damit die für ihn erkennbare Vorstellung des Versicherers ausnutzt, dass im redlichen Geschäftsverkehr Erklärungen „ins Blaue hinein“ nicht abgegeben werden. Ein Versicherungsnehmer, der objektiv falsche Angaben „ins Blaue hinein“ macht, nimmt deren Unrichtigkeit zumindest billigend in Kauf (Senat, Urteil vom 4. Juni 2020, a.a.O.).
- 38 Diese Maßstäbe zugrunde gelegt hat der Kläger die Beklagte bei Antragstellung durch die unstreitig objektiven Falschangaben arglistig getäuscht. Nach seiner erneuten Anhörung durch den Senat ist es ihm im Rahmen der ihn treffenden sekundären Darlegungslast (BGH, Urteile vom 7. November 2007 - IV ZR 103/06, VersR 2008, 242 Tz. 1 m.w.N. und vom 11. Mai 2011 - IV ZR 148/09, VersR 2011, 909, 910 Rn. 16) entgegen der Annahme des Landgerichts schon nicht gelungen plausibel darzulegen, wie und weshalb es zu den unstreitig objektiv falschen Angaben gekommen ist.
- (1)
- 39 Der Kläger hat die Vorerkrankungen und Beschwerden nicht angegeben, obwohl er von der Beklagten in dem Antragsschreiben ausdrücklich nach Krankheiten oder „Beschwerden“ der Wirbelsäule, wobei als Beispiele explizit Bewegungseinschränkungen und Bandscheibenvorfall genannt wurden, nach Untersuchungen und Behandlungen in einem Krankenhaus, nach der täglichen Einnahme von Medikamenten über mehr als 14 Tage sowie nach ambulanten Behandlungen gefragt worden war. Schon unter Zugrundelegung seines erstinstanzlichen Vortrags, er sei davon ausgegangen, dass bei Abschluss der Versicherung der Krankenhausaufenthalt bereits über fünf Jahre zurückgelegen habe, ist ein arglistiges Verschweigen festzustellen.
- 40 Wenn der Kläger - wie er erstinstanzlich noch behauptet hat - mit der Antragstellung extra so lange abgewartet haben will, bis die Fünf-Jahres-Frist verstrichen gewesen sei, um den Vertragsabschluss nicht zu gefährden, muss er sich die Frage stellen lassen, warum er sich dann nicht vergewissert hat, dass die fünf Jahre *tatsächlich* abgelaufen waren. Er hat hiernach vielmehr ins Blaue hinein Angaben gemacht, ohne sich der tatsächlichen Gegebenheiten zu vergewissern, obwohl ihm dies unschwer möglich gewesen wäre. Stattdessen hat er, was typischerweise für Arglist spricht (vgl. OLG Saarbrücken, Urteil vom 9. September 2009 - 5 U 26/09-9 - r + s 2009, 453, 455, 456 m.w.N.), wahrheitswidrig belanglose Angaben zu einer angeblichen „*Muskelverhärtung im Rücken durch falsche Drehung beim Kochen*“ und zu einer „*Mandelentfernung*“ gemacht.
- 41 Gerade dann, wenn ein Versicherungsnehmer - wie hier - bewusst eine Berufsunfähigkeitsversicherung abschließt, um sich gegen bestimmte Erkrankungen abzusichern (hier Rückenleiden [siehe Berichterstatter-Vermerk, insbes. Bl. 76 eA]) und dazu eigens die

Beratung einer Versicherungsmaklerin in Anspruch nimmt, muss der Versicherungsnehmer sich mit der Situation *konkret* auseinandersetzen und darf nicht „aufs Geratewohl“ lediglich belanglos erscheinende Umstände vortragen und nicht ohne angemessene Anstrengung des Gedächtnisses relevante Angaben verschweigen und zwar unabhängig davon, ob der Versicherungsnehmer die Angaben selbst tätigt oder diese einem Dritten überlässt (Senat, vom 4. Juni 2020 - 16 U 133/19, NJW-RR 2020, 1294, 1295 Rn. 26 f.).

- 42 In der Gesamtschau hat der Kläger mit seinem Antrag gegenüber der Beklagten die Erklärung abgegeben, dass er „bis auf die genannten“ Umstände gesund sei und keine Beschwerden habe. Eine Muskelverhärtung bzw. eine Mandelentfernung sind für einen Versicherer offenkundig im Rahmen der Risikoeinschätzung „belanglos“. Dies war dem Kläger aufgrund der Beratung durch seine Maklerin auch bewusst. Gegenteiliges hat er nicht vorzubringen vermocht. Er hat damit schon nach seiner erstinstanzlichen Einlassung die Täuschung der Beklagten zumindest billigend in Kauf genommen, um eine drohende Berufsunfähigkeit wegen Rückenbeschwerden abzusichern. Aufgrund der Beratung durch die Zeugin Scherer, seiner Versicherungsmaklerin, wusste er, dass im Falle der Angabe des Bandscheibenvorfalles und der sich anschließenden Komplikation mit einem Ausschluss von Erkrankungen der Wirbelsäule seitens der Beklagten zu rechnen gewesen wäre (vgl. Protokoll der Sitzung vom 21. März 2023, Seite 3, Bl. 351 LGA).

(2)

- 43 Auf Grundlage der Angaben des Klägers gegenüber dem Senat im Termin vom 7. Juli 2025 - ihm sei bewusst gewesen, dass die Fünf-Jahres-Frist *erst zum Jahresende* abgelaufen wäre, folglich habe er mit seiner Versicherungsmaklerin besprochen, dass diese den bereits vorausgefüllten Antrag erst nach Jahreswechsel im Jahr 2013 einreiche (Berichterstatte-Vermerk, S. 1-2; B. 75-76 eA) - ist ein arglistiges Verschweigen der fortbestehenden Beschwerden nach dem Bandscheibenvorfall und der Behandlung der Spondylarthrose erst recht festzustellen.
- 44 Mit diesem (neuen) Vortrag hat sich der Kläger nicht nur in Widerspruch zu seinem bisherigen Vortrag (vgl. Klage, S. 8, Bl. 10 LGA; siehe auch Berufungserwiderung, S. 3, Bl. 47 eA) und dem wesentlichen Begründungsansatz des Landgerichts gesetzt (vgl. Urteil, S. 13 f.), wonach er extra bis Oktober 2017 zugewartet habe und bei Antragstellung *irrtümlich* von einem *Ablauf* der Fünf-Jahres-Frist *ausgegangen* sei. Vielmehr steht nun fest, dass er zum Zeitpunkt der Antragseinreichung wusste, dass die Frist noch nicht abgelaufen war.
- 45 Entgegen der Bewertung des Landgerichts, der Kläger habe das „*gutgläubige Verschweigen dieser Umstände nachvollziehbar erklären*“ können, weshalb nicht von Arglist auszugehen sei (Urteil, S. 13-14) hat sich der Kläger nicht lediglich versehentlich um wenige Wochen verschätzt.
- 46 Auch der neue Vortrag ist nicht geeignet, den Arglist-Einwand der Beklagten zu entkräften. Denn wenngleich es Sache der Beklagten sein mag, die Arglist beim Kläger zu beweisen, ist es - wie beschrieben - zunächst Sache des Klägers, plausibel darzulegen, wie es zu den Falschangaben gekommen ist (vgl. BGH, Beschluss vom 11. Mai 2011 - IV ZR 148/09, r + s 2011, 324, 325 Rn. 16). Dies gelingt dem Kläger auch mit dem neuen Vortrag nicht. Der Kläger vermochte während der Anhörung durch den Senat nicht einmal schlüssig zu erklären, wie es zu diesem „Missverständnis“ mit der Maklerin gekommen sein könnte. Auf Nachfrage des Senats, wann das Treffen mit der Maklerin stattgefunden

habe, gab der Kläger zunächst den Zeitraum Sommer / Anfang Herbst an (Berichterstat-ter-Vermerk, S. 1; Bl. 75 eA). Später soll das Treffen mit der Maklerin im Oktober/Novem-ber /Dezember stattgefunden haben (Berichterstat-ter-Vermerk, S. 2; Bl. 76 eA), obwohl der Versicherungsantrag bereits im Oktober 2017 bei der Beklagten eingereicht wurde. Auch den Umstand, dass er - anders als angeblich besprochen - den Versicherungsschein bereits im November 2017 und eben nicht erst nach Neujahr 2018 erhalten hatte, ließ den Kläger offenbar nicht aufhorchen. Jedenfalls hat er nach eigenen Angaben weder bei der Maklerin nachgefragt (Berichterstat-ter-Vermerk, S. 3-4; Bl. 77 f. eA) noch sich an die Beklagte gewandt, um den für ihn evidenten Irrtum zu korrigieren. Obwohl ihm also - nach seinem neuen Vortrag - bewusst gewesen ist, dass die für ihn relevante Fünf-Jah-res-Frist im November 2017 definitiv noch nicht abgelaufen war, hat er „sehenden Au-ges“ die Annahme des Versicherungsantrags hingenommen und damit die Falschanga-ben gegenüber der Beklagten zumindest gebilligt.

(3)

- 47 Die arglistige Täuschung des Klägers war auch kausal für den Annahmeentschluss der Beklagten.
- 48 Ein Kausalzusammenhang ist dann anzunehmen, wenn bei einer korrekten Angabe eine Einzelfallprüfung (Direktionsentscheid) erfolgt wäre. Ausreichend ist, dass der Versiche- rer den Vertrag ohne die Täuschung nur unter einer Leistungsbeschränkung geschlossen hätte (*Langheid*, in: *Langheid/Rixecker*, VVG, 7. Aufl. 2022, § 22 Rn. 9).
- 49 Die Beweislast für die Kausalität trifft den Versicherer. Hierzu hat er regelmäßig seine Geschäftsgrundsätze darzulegen. Dies gilt nicht, wenn die Gefahrerheblichkeit des ver- schwiegenen Umstandes auf der Hand liegt (BGH, Urteil vom 28. März 1984 - IVa ZR 75/82, BeckRS 2008, 14434 Rn. 7). Der Versicherer ist nur dann gehalten, seine Risiko- prüfungsgrundsätze offenzulegen, wenn es sich um eine Gesundheitsstörung handelt, die offenkundig als leicht einzuordnen, nicht wiederholt aufgetreten ist und deshalb von vornherein keinen Anhalt dafür bietet, dass sie für die Risikoeinschätzung des Versiche- rers hinsichtlich des auf Dauer angelegten Versicherungsvertrages von Bedeutung sein könnte (BGH, Urteil vom 20. September 2000 - IV ZR 203/99, juris Rn.10).
- 50 Die Gefahrerheblichkeit der vom Kläger verschwiegenen Umstände liegt hier auf der Hand. Die Entzündung der Bandscheibe und der beiden angrenzenden Wirbelkörper zwei Wochen nach der im August 2012 erfolgten Bandscheibenoperation, die zu einem mehr- monatigen Krankenhausaufenthalt samt mehrmonatiger Einnahme von Antibiotika ge- führt hat, sowie die verbliebenen Restbeschwerden an der Wirbelsäule sind offenkundig beim Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung erheblich von Relevanz. Sie haben - und eben das hat offensichtlich auch den Kläger bei seinem Antragsverhalten motiviert - regelmäßig Einfluss auf die Entscheidung des Versicherers über die Annahme des An- trags.
- 51 Erstinstanzlich hat Kläger zudem lediglich in Abrede gestellt, dass sein Antrag *überhaupt nicht* angenommen worden wäre. Dies ist hier indes nicht von Relevanz. Denn vielmehr reicht es für die Annahme von Kausalität aus, dass der Antrag nur mit Risikozuschlag oder Risikoausschluss angenommen worden wäre. Letzteres ist dem Kläger bereits bei der ersten Risikoabfrage im Januar 2017 deutlich geworden (Berichterstat-ter-Vermerk, S. 3; Bl. 77 eA). Das Angebot der Beklagten sei zwar „*deutlich günstiger*“ gewesen. In- des war es mit einem Leistungsausschluss den Rücken betreffend verbunden. Dies sei

für den Kläger damals nicht in Betracht gekommen (Berichterstatter-Vermerk, S. 3; Bl. 77 eA).

- 52 Hätte der Kläger wahrheitsgemäße Angaben gemacht, hätte ihm die Beklagte lediglich einen Vertrag unter Leistungsausschluss (Rücken) angeboten.

b)

- 53 Mit ihrem Schreiben vom 15. November 2021 hat die Beklagte nach dem eindeutigen Wortlaut ihre Vertragserklärung angefochten.

- 54 Anders als der Kläger meint (vgl. Bl. 610 LGA), ist die Anfechtungserklärung der Beklagten vom 15. November 2021 auch hinreichend begründet.

- 55 Eine besondere Begründung im Sinne des § 21 Abs. 1 Satz 3 VVG ist für eine Anfechtung wegen arglistiger Täuschung nicht vorgesehen. Ausreichend ist, dass dem Versicherungsnehmer die Gründe, auf welche die Anfechtung gestützt wird, zumindest erkennbar sind, § 143 BGB (*Armbrüster*, in: Prölss/Martin, VVG. 32. Aufl. 2024, § 22 Rn. 33; *Ellenberger*, in: Grüneberg, BGB, 84. Aufl. 2025, § 143 Rn. 3; *Spuhl*, in: Marlow/Spuhl, BeckOK 26. Edition Stand: 27.01.2025, VVG, § 22 Rn. 36).

- 56 Diesen Anforderungen wird die Anfechtungserklärung der Beklagten gerecht. Dass die Beklagte den Vertrag wegen der verschwiegenen Rückenbeschwerden, dem verschwiegenen Krankenhausaufenthalt, der verschwiegenen Skoliose sowie der verschwiegenen Antibiotika-Behandlung angefochten hat, kann der Kläger aus der Anfechtungserklärung erkennen.

- 57 Die Beklagte hat mit dem Handelsregisterauszug (Anlage B 10) ferner belegt, dass die unterzeichnenden Prokuristen über eine gemeinsame Gesamtprokura verfügt haben (vgl. Bl. 602, 605 LGA). Mithin wurde die Beklagte bei der Abgabe der Anfechtungserklärung von diesen wirksam vertreten.

c)

- 58 Die Anfechtungserklärung ist zudem fristgerecht erfolgt.

- 59 Gemäß § 124 Abs. 1 BGB kann die Anfechtung einer nach § 123 BGB anfechtbaren Willenserklärung nur binnen Jahresfrist erfolgen. Die Frist beginnt im Falle der arglistigen Täuschung mit dem Zeitpunkt, in welchem der Anfechtungsberechtigte die Täuschung entdeckt, § 124 Abs. 2 S. 1 BGB.

- 60 Hier hat der Kläger am 25. August 2021 den Antrag auf Leistung aus seiner Berufsunfähigkeitsversicherung gestellt. Daraufhin hat die Beklagte im Rahmen der Leistungsprüfung alle relevanten Unterlagen bei den Ärzten angefordert, aus denen sich die - unstrittigen (vgl. Urteil, S. 4) - Vorerkrankungen, Behandlungen und Beschwerden des Klägers ergaben. Erst in diesem Moment konnte die Beklagte erkennen, dass die Angaben des Klägers in seinem Antrag unzutreffend waren.

- 61 Am 15. November 2021 erstellte die Beklagte sodann die Anfechtungserklärung, die dem Kläger noch im November zugeing und auf die er mit Anwaltsschreiben vom 26. November 2021 reagierte. Die Jahresfrist ist damit in jedem Fall gewahrt.

d)

- 62 Ein Ausschluss der Anfechtung nach § 123 Abs. 2 BGB kommt vorliegend nicht in Betracht, da nicht „ein Dritter“, sondern der Kläger selbst die Täuschung verübt hat. Der Kläger hat während des Prozesses stets angegeben, zwar von seiner Versicherungsmaklerin beraten worden zu sein, die notwendigen Angaben „im Vertrauen auf ihre Richtigkeit“ aber selbst gemacht zu haben (vgl. u.a. Berichterstatter-Vermerk, S. 2; Bl. 76 eA).

2.

- 63 Die wirksame Anfechtung und die damit einhergehende Unwirksamkeit des Vertrages *ex tunc* vermittelt dem Kläger auch nicht etwa einen Anspruch auf Beitragsrückerstattung. Die bis November 2021 geleisteten Beiträge, die er mit dem Antrag zu 1. u.a. zurückfordert, darf die Beklagte gemäß § 39 Abs. 1 Satz 2 VVG behalten.

3.

- 64 Aus den vorgenannten Gründen (zu 1.) konnte die zulässige Anschlussberufung des Klägers keinen Erfolg haben. Die Beklagte ist nach der wirksamen Anfechtung *ex tunc* zu keiner Leistung verpflichtet. Folglich kann der Kläger auch keine Verzugszinsen verlangen.

4.

- 65 Die Kostenentscheidung folgt aus § 91 Abs. 1 ZPO. Die Entscheidung zur vorläufigen Vollstreckbarkeit basiert auf §§ 708 Nr. 10, 711, 709 S. 2 ZPO.

5.

- 66 Der Streitwert für das erstinstanzliche Verfahren wie auch für das Berufungsverfahren beträgt je 87.999,- €.

a)

- 67 Der Streitwert des erstinstanzlichen Verfahrens beträgt 87.999,- €.

- 68 Der Kläger hat in seiner Klageschrift neben einem Zahlungsantrag über 17.859,84 € auch einen Antrag auf Feststellung der künftigen Pflicht zur Zahlung monatlicher Renten von 1.500,- € sowie zur Freistellung von monatlichen Beiträgen in Höhe von 169,98 € angekündigt, die er in der letzten mündlichen Verhandlung (siehe Bl. 578 LGA und Bl. 662 LGA) auch gestellt hat:

- 69 Der Wert von Feststellungsanträgen, die auf die Verpflichtung zu wiederkehrenden Leistungen bzw. Freistellung von zukünftigen Beitragspflichten zielen, richten sich nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs nach § 9 ZPO (vgl. nur BGH Beschluss vom 8. Juli 2020 - IV ZR 7/20, BeckRS 2020, 18311 Rn. 5-6). Hiernach ist der 3,5-fache Jahreswert heranzuziehen.

- 70 Entgegen weit verbreiteter Praxis (etwa BGH, Beschluss vom 15. Januar 1997 - VIII ZR 303/96, NJW 1997, 1241 unter 2a) m.w.N.; OLG München Beschluss vom 11. November 2014 - 32 W 2075/14, NJOZ 2015, 952 Rn. 11; OLG Karlsruhe, Beschluss vom 4. November 2019 - 14 W 121/19, NJW-RR 2020, 254, 255 Rn. 8) sieht der Senat vorliegend keinen genügenden Anlass, bei der Bewertung des auf die Pflicht zur Zahlung künftiger BU-Ren-

ten gerichteten Feststellungsantrags den „üblichen“ Feststellungsabschlag von 20% vorzunehmen.

- 71 Als Hauptargument für einen Abschlag bei einem Feststellungsantrag wird allgemein angeführt, dass ein aus dem Feststellungsantrag resultierender Feststellungstenor - anders als ein Leistungstenor - nicht vollstreckbar sei. Demzufolge müsse die weniger weittragende, weil in der Hauptsache nicht vollstreckungsfähige Wirkung eines Feststellungsurteils gegenüber einem Leistungsurteil Berücksichtigung in Form eines Abschlags finden (so BGH, Beschluss vom 15. Januar 1997, a.a.O.). Das überzeugt den Senat für versicherungsrechtliche Feststellungsanträge auf zukünftige Leistung aus einer Berufsunfähigkeitsversicherung, die neben Leistungsanträgen auf rückständige Beträge gestellt werden, nicht.
- 72 Der für das Versicherungsrecht zuständige IV. Senat des BGH lässt ungeachtet des grundsätzlichen Vorrangs einer Leistungsklage gegenüber einer „bloßen“ Feststellungsklage in ständiger Rechtsprechung eine Feststellungsklage zu, wenn ihre Durchführung unter dem Gesichtspunkt der Prozesswirtschaftlichkeit eine sinnvolle und sachgemäße Erledigung der aufgetretenen Streitpunkte erwarten lässt (BGH Urteil vom 3. April 2022 - IV ZR 60/20, r+s 2022, 328, 329 Rn. 16; BGH, Urteil vom 15. März 2006 - IV ZR 4/05, NJW 2006, 2548, 2549 Rn. 19 m.w.N). Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die beklagte Partei die Erwartung rechtfertigt, sie werde auf ein rechtskräftiges Feststellungsurteil hin ihren rechtlichen Verpflichtungen nachkommen, ohne dass es eines weiteren, auf Zahlung gerichteten Vollstreckungstitels bedarf (BGH, Urteil vom 13. April 2022, a.a.O.).
- 73 In einer Konstellation wie der vorliegenden muss es - über eine gerechtfertigte Erwartung hinaus - als praktisch sicher erscheinen, dass der Versicherer auf ein Feststellungsurteil leisten wird. Ist seine Leistungspflicht rechtskräftig festgestellt und steht darüber hinaus (von etwaigen Überschussbeteiligungen abgesehen, die auch im Falle einer Leistungsklage für die Zukunft nicht schon finit tituliert werden könnten) die Höhe der monatlichen Zahlungspflicht fest, wäre es für ein Wirtschaftsunternehmen wie einen Versicherer ersichtlich irrational, die zukünftigen Leistungen zu verweigern, Zinsen darauf auflaufen zu lassen und sich auf einen weiteren Prozess einzulassen, der aufgrund der rechtskräftigen Feststellung seiner Leistungspflicht mit Sicherheit verloren würde. Der Umstand, dass einem Feststellungstenor keine vollstreckbare Wirkung beikommt, kann unter diesen Vorzeichen nicht einen „üblichen“ Abschlag von 20% rechtfertigen, der als nach Lage der Dinge bei weitem zu hoch erscheinen muss. Mit Rücksicht darauf, dass es - jedenfalls nach der Kenntnis des Senats - in dem genannten Bereich Folgeprozesse auf Leistung tatsächlich nicht gibt, ist vielmehr die förmlich geringere Wirkung eines Feststellungstenors eine bloß theoretische Erwägung, die mit Blick auf das für die Streitwertbemessung maßgebliche wirtschaftliche Interesse des Klägers, § 3 ZPO, praktisch zu vernachlässigen ist.
- 74 Unter Berücksichtigung der vorgenannten Maßstäbe errechnet sich der Streitwert danach aus der Summe der zum Zeitpunkt der Klagerhebung rückständigen Rentenzahlungen von $(1.500,- \text{ €} \times 11 =) 16.500,- \text{ €}$, dem Anspruch auf Erstattung überzahlter Beiträge von $(8 \times 168,98 \text{ €} =) 1.359,87 \text{ €}$ sowie den Werten der Feststellungsanträge bezüglich der zukünftigen Pflicht zur Rentenzahlung in Höhe von $(42 \times 1.500,- \text{ €} =) 63.000,- \text{ €}$ und der Freistellung von künftigen Beiträgen $(42 \times 169,98 \text{ €} =) 7.139,16 \text{ €}$. Dies ergibt den Betrag von 87.999,- €.

b)

- 75 Der Streitwert des Berufungsverfahrens entspricht dem erstinstanzlichen Wert.
- 76 Da der Klage - bis auf die Zinsen - insgesamt stattgegeben worden ist und die Beklagte ihr erstinstanzliches Begehren und ihren hierauf gerichteten Antrag (Klagabweisung) weiterverfolgt, entspricht der Streitwert im Berufungsverfahren dem des erstinstanzlichen Verfahrens.
- 77 Dass der Kläger mit seiner Berufung zwischenzeitlich fällig gewordene Beträge beziffert hat, erhöht den Streitwert nicht. Die erst nach Klagerhebung fällig gewordenen Beträge, gleich ob sie beziffert zum Gegenstand eines besonderen Antrags gemacht worden sind oder nicht, werden nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs bei einer auf wiederkehrende Leistungen gerichteten Klage in keiner Instanz streitwerterhöhend berücksichtigt (BGH, Beschluss vom 8. Juli 2020 - IV ZR 7/20, BeckRS 2020, 18311 Rn. 2).
- 78 Die Anschlussberufung, mit welcher der Kläger lediglich Zahlung weiterer Verzugszinsen verlangt, erhöht den Wert nicht, § 4 ZPO.