



Landesrechtsprechung Baden-Württemberg

In der Landesrechtsprechungsdatenbank stehen Ihnen die Entscheidungen der Gerichte und Staatsanwaltschaften in Baden-Württemberg im Volltext zur Verfügung. Der kostenfreie Abruf der Entscheidungen zur eigenen Information - einschließlich der Nutzung zur individuellen Rechtsberatung, insbesondere durch Rechtsanwälte - ist zulässig. Nicht gestattet ist die Weiterverarbeitung zur darüber hinausgehenden gewerblichen Nutzung. Bitte beachten Sie dazu die besonderen Verwendungshinweise.

Dokumentsuche

Gericht / Staatsanwaltschaft

Entscheidungsdatum

Aktenzeichen

Stichwort



OLG Karlsruhe Urteil vom 20.4.2018, 12 U 156/16

Anzeigeobligiertheit beim Antrag auf Berufsunfähigkeitsversicherung: Spontane Offenbarungspflicht

Leitsätze

1. Wenn der Versicherer im Rahmen der Antragstellung für eine Berufsunfähigkeitsversicherung erkennbar auf das Stellen bestimmter Gesundheitsfragen verzichtet, besteht keine Obliegenheit des Versicherungsnehmers, hierzu ungefragt Angaben zu machen; dies gilt auch dann, wenn die nicht erfragten Umstände erkennbar gefahrerheblich sind.

2. Ist die nur einen Satz umfassende Gesundheitsfrage beschränkt auf Angaben zu einem Tumorleiden (Krebs), einer HIV-Infektion (positiver Aids-Test), einer psychischen Erkrankung oder einem Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), besteht keine Obliegenheit, auf eine bestehende Erkrankung an multipler Sklerose hinzuweisen.

3. Zum Bedeutungsgehalt der Antragsfrage "Ich bin fähig, in vollem Umfang meiner Berufstätigkeit nachzugehen".

Tenor

1. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Landgerichts Heidelberg - 2. Zivilkammer - vom 8. November 2016 - 2 O 90/16 - wird zurückgewiesen.

2. Der Kläger trägt die Kosten des Berufungsverfahrens.

3. Dieses Urteil und das angefochtene Urteil sind vorläufig vollstreckbar. Der Kläger kann die Vollstreckung abwenden durch Sicherheitsleistung in Höhe von 110 % des aus dem Urteil vollstreckbaren Betrags, wenn nicht die Beklagte vor der Vollstreckung Sicherheit in Höhe von 110 % des jeweils zu vollstreckenden Betrags leistet.

4. Die Revision wird nicht zugelassen.

Kalender

2018 [Jan.](#) [Feb.](#) [März](#) [Apr.](#) [Mai](#)

2017 [Jan.](#) [Feb.](#) [März](#) [Apr.](#) [Mai](#) [Juni](#)

[Juli](#) [Aug.](#) [Sep.](#) [Okt.](#) [Nov.](#) [Dez.](#)

2016 [Jan.](#) [Feb.](#) [März](#) [Apr.](#) [Mai](#) [Juni](#)

[Juli](#) [Aug.](#) [Sep.](#) [Okt.](#) [Nov.](#) [Dez.](#)

2015 [Jan.](#) [Feb.](#) [März](#) [Apr.](#) [Mai](#) [Juni](#)

[Juli](#) [Aug.](#) [Sep.](#) [Okt.](#) [Nov.](#) [Dez.](#)

2014	<u>Jan.</u>	<u>Feb.</u>	<u>März</u>	<u>Apr.</u>	<u>Mai</u>	<u>Juni</u>
	<u>Juli</u>	<u>Aug.</u>	<u>Sep.</u>	<u>Okt.</u>	<u>Nov.</u>	<u>Dez.</u>
2013	<u>Jan.</u>	<u>Feb.</u>	<u>März</u>	<u>Apr.</u>	<u>Mai</u>	<u>Juni</u>
	<u>Juli</u>	<u>Aug.</u>	<u>Sep.</u>	<u>Okt.</u>	<u>Nov.</u>	<u>Dez.</u>
2012	<u>Jan.</u>	<u>Feb.</u>	<u>März</u>	<u>Apr.</u>	<u>Mai</u>	<u>Juni</u>
	<u>Juli</u>	<u>Aug.</u>	<u>Sep.</u>	<u>Okt.</u>	<u>Nov.</u>	<u>Dez.</u>
2011	<u>Jan.</u>	<u>Feb.</u>	<u>März</u>	<u>Apr.</u>	<u>Mai</u>	<u>Juni</u>
	<u>Juli</u>	<u>Aug.</u>	<u>Sep.</u>	<u>Okt.</u>	<u>Nov.</u>	<u>Dez.</u>
2010	<u>Jan.</u>	<u>Feb.</u>	<u>März</u>	<u>Apr.</u>	<u>Mai</u>	<u>Juni</u>
	<u>Juli</u>	<u>Aug.</u>	<u>Sep.</u>	<u>Okt.</u>	<u>Nov.</u>	<u>Dez.</u>
2009	<u>Jan.</u>	<u>Feb.</u>	<u>März</u>	<u>Apr.</u>	<u>Mai</u>	<u>Juni</u>
	<u>Juli</u>	<u>Aug.</u>	<u>Sep.</u>	<u>Okt.</u>	<u>Nov.</u>	<u>Dez.</u>
2008	<u>Jan.</u>	<u>Feb.</u>	<u>März</u>	<u>Apr.</u>	<u>Mai</u>	<u>Juni</u>
	<u>Juli</u>	<u>Aug.</u>	<u>Sep.</u>	<u>Okt.</u>	<u>Nov.</u>	<u>Dez.</u>
2007	<u>Jan.</u>	<u>Feb.</u>	<u>März</u>	<u>Apr.</u>	<u>Mai</u>	<u>Juni</u>
	<u>Juli</u>	<u>Aug.</u>	<u>Sep.</u>	<u>Okt.</u>	<u>Nov.</u>	<u>Dez.</u>
2006	<u>Jan.</u>	<u>Feb.</u>	<u>März</u>	<u>Apr.</u>	<u>Mai</u>	<u>Juni</u>
	<u>Juli</u>	<u>Aug.</u>	<u>Sep.</u>	<u>Okt.</u>	<u>Nov.</u>	<u>Dez.</u>
2005	<u>Jan.</u>	<u>Feb.</u>	<u>März</u>	<u>Apr.</u>	<u>Mai</u>	<u>Juni</u>
	<u>Juli</u>	<u>Aug.</u>	<u>Sep.</u>	<u>Okt.</u>	<u>Nov.</u>	<u>Dez.</u>
2004	<u>Jan.</u>	<u>Feb.</u>	<u>März</u>	<u>Apr.</u>	<u>Mai</u>	<u>Juni</u>
	<u>Juli</u>	<u>Aug.</u>	<u>Sep.</u>	<u>Okt.</u>	<u>Nov.</u>	<u>Dez.</u>
2003	<u>Jan.</u>	<u>Feb.</u>	<u>März</u>	<u>Apr.</u>	<u>Mai</u>	<u>Juni</u>
	<u>Juli</u>	<u>Aug.</u>	<u>Sep.</u>	<u>Okt.</u>	<u>Nov.</u>	<u>Dez.</u>
2002	<u>Jan.</u>	<u>Feb.</u>	<u>März</u>	<u>Apr.</u>	<u>Mai</u>	<u>Juni</u>
	<u>Juli</u>	<u>Aug.</u>	<u>Sep.</u>	<u>Okt.</u>	<u>Nov.</u>	<u>Dez.</u>

Gründe

I.

- 1 Die Parteien streiten um Leistungsansprüche aus einer Berufsunfähigkeitsversicherung.
- 2 Diese schloss der Kläger 2010 zum Tarif „BUV 2-Plus/2008“ bei der damals noch unter „D Leben“ firmierenden Beklagten ab. Der vom Kläger unterzeichnete Versicherungsantrag vom 25. März 2010 enthielt keine Gesundheitsfragen, sondern stattdessen in Punkt 6 unter der Überschrift „Bei Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsminderungsrenten bis 12.000 EURO (gemäß A350)“ folgende vorgedruckte und vom Kläger angekreuzte Erklärung:
 - 3 „Ich erkläre, dass bei mir bis zum heutigen Tage weder ein Tumorleiden (Krebs), eine HIV-Infektion (positiver AIDS-Test), noch eine psychische Erkrankung oder ein Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) diagnostiziert oder behandelt wurden. Ich bin nicht pflegebedürftig. Ich bin fähig, in vollem Umfang meiner Berufstätigkeit nachzugehen.
 - 4 (Kann diese Erklärung nicht abgegeben werden, beantworten Sie bitte die Fragen gemäß Formular A122.)“
 - 5 Das Formular A122 sah zahlreiche Gesundheitsfragen vor, die unter Punkt 4 Buchst. J auch Krankheiten „des Gehirns, Rückenmarks oder der weiteren Nerven“ betrafen. Ein solches Formular füllte der Kläger nicht aus.
 - 6 Der Kläger war bei Antragstellung an multipler Sklerose erkrankt, was er auch wusste. Diese war bereits im Juli 2002 diagnostiziert und seither behandelt worden. Das zuständige Landratsamt hatte 2005 wegen der Erkrankung beim Kläger einen Grad der Behinderung von 40 % anerkannt, der 2006 auf 50 % und 2009 auf 60 % erhöht worden war.
 - 7 Versicherungsbeginn war der 1. April 2010. Der Versicherungsschein weist als Versicherungsleistung eine garantierte monatliche Rente von 1.000 EUR, eine garantierte Leistungsdynamik von 3 %, eine Beitragsbefreiung im Falle der Berufsunfähigkeit und als Ende der Leistungs- sowie Beitragszahlungsdauer den 1. April 2033 aus. Der Versicherung liegen „Allgemeine Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung mit einem generellen Verzicht auf die abstrakte Verweisbarkeit (Version 1/2008)“ zugrunde.
 - 8 Am 31. August 2012 stellte der Kläger bei der Beklagten Leistungsantrag, in dem er angab, aufgrund seiner Erkrankung seit dem 7. Mai 2012 seine Vollzeittätigkeit als Orthopädietechniker nicht mehr ausüben zu können. Sein Arbeitsverhältnis mit dem Klinikum H sei zum 31. August 2012 wegen voller Erwerbsunfähigkeit beendet worden. Seit dem 1. Juni 2012 beziehe er eine volle Erwerbsminderungsrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung. Dem Leistungsantrag fügte er die Beschreibung eines typischen Arbeitstags bei. Hinsichtlich der Ausführungen zu Art und Umfang seiner Tätigkeit mit ihren Anforderungen an die gesundheitliche Leistungsfähigkeit wird auf diese Darstellung Bezug genommen. Zum 1. September 2012 stellte der Kläger aufgrund einer mit der Beklagten getroffenen Stundungsvereinbarung seine Prämienzahlung ein.
 - 9 Mit Schreiben vom 7. März 2013 lehnte die Beklagte ihre Leistung ab und erklärte die Anfechtung des Versicherungsvertrags wegen arglistiger Täuschung, den Rücktritt vom Vertrag sowie hilfsweise die Vertragskündigung. Zur Begründung berief sie sich darauf, dass der Kläger eine unzutreffende Gesundheitserklärung abgegeben habe, weil er bereits bei Beantragung des Versicherungsschutzes nicht in der Lage gewesen sei, in vollem Umfang seiner beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Dadurch habe er überdies gefahrerhebliche Umstände vorsätzlich verschwiegen und seine vorvertragliche Anzeigepflicht in erheblichem Maße sowie arglistig verletzt.

RSS-Feeds

Impressum

In Zusammenarbeit mit
JURIS

- 10 Der Kläger hat erstinstanzlich behauptet,
- die im Versicherungsantrag enthaltene Erklärung wahrheitsgemäß abgegeben zu haben. Er sei damals fähig gewesen, in vollem Umfang seiner Berufstätigkeit nachzugehen. Weitere Fragen zu seiner gesundheitlichen Situation seien ihm nicht gestellt worden. Er hat die Auffassung vertreten, es fehle an einer wirksamen Anfechtung. In dem Ablehnungsschreiben der Beklagten sei keine Aussage zu seiner konkreten Berufsausübungsfähigkeit im Antragszeitpunkt getroffen worden. Als Maßstab hierfür sei auf die im Arbeitsrecht entwickelten Grundsätze abzustellen, wonach die Leistung des Arbeitnehmers sich nach seinem individuellen Leistungsvermögen und nicht nach einem objektiven Maßstab richte. Sofern die Beklagte ihren Anforderungsmaßstab rein objektiv verstanden wissen wolle, trage sie gemäß § 305c BGB das Risiko der Mehrdeutigkeit. Ungeachtet dessen habe er im März 2010 aber auch nach objektiven Maßstäben seinen arbeitsrechtlichen Verpflichtungen in vollem Umfang nachkommen können. Noch ein halbes Jahr später hätten sich in der betriebsärztlichen Untersuchung keine gesundheitlichen Probleme im Sinne einer Leistungseinschränkung bezogen auf seine beruflichen Tätigkeiten ergeben. Deshalb sei bis dahin auch kein Antrag auf eine behindertengerechte bzw. krankheitsspezifische Anpassung des Arbeitsplatzes gestellt worden. Krankschreibungen seien im Zeitraum der Antragstellung und des Versicherungsbeginns ebenfalls nicht erfolgt. Erste Einschränkungen seien ausweislich betriebsärztlicher Bescheinigung erst ab April 2012 eingetreten. Auf die Richtigkeit der betriebsärztlichen Einschätzung habe der Kläger vertrauen dürfen. Arglist könne ihm nicht unterstellt werden.
- 11 Soweit bei dem Kläger zuletzt ein Grad der Behinderung von 60 festgestellt und das Merkzeichen „G“ erteilt worden sei, ergebe sich daraus noch keine Beeinträchtigung der Berufsausübung, wie sie privatversicherungsrechtlich zugrunde zu legen sei. Die konkreten beruflichen Anforderungen an die „Laufstreckenfähigkeit“ des Klägers seien gering genug gewesen, um eine Einschränkung nicht zu begründen. Die erforderlichen Wege zum Patienten, um beispielsweise gefertigte Orthesen anzupassen, seien ihm problemlos möglich gewesen.
- 12 Die Rücktrittserklärung der Beklagten sei ebenso unwirksam. Schon die Belehrung nach § 19 Abs. 5 VVG sei unzureichend gewesen. Im Übrigen sei die Erklärung erst nach Ablauf der Rücktrittsfrist erfolgt.
- 13 Seit dem 7. Mai 2012 sei er berufsunfähig, weil er krankheitsbedingt nicht mehr über die erforderlichen feinmotorischen Fähigkeiten sowie die Fähigkeit zur Fortbewegung und zum Stehen verfüge. Gefahrgeneigte Tätigkeiten könnten aus Sicherheitsgesichtspunkten nicht mehr ausgeführt werden. Das Tragen schwerer Orthesen und Gipse sowie das Anpassen beim Patienten sei nicht mehr möglich.
- 14 Der Kläger hat beantragt,
- 15 1. die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger aus der Versicherung Nr. ... (Kollektivvertrag Nr. ...) für den Zeitraum vom 1. Juni 2012 bis 31. März 2013 11.003,90 EUR zuzüglich Zinsen hieraus i.H.v. 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit des Anspruchs zu zahlen,
- 16 2. die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger aus der Versicherung Nr. ... (Kollektivvertrag Nr. ...) für den Zeitraum vom 1. April 2013 bis 31. März 2014 13.600,82 EUR zuzüglich der Überschussanteile gemäß den Allgemeinen Bedingungen der Beklagten für die Berufsunfähigkeitsversicherung mit einem generellen Verzicht auf die abstrakte Verweisbarkeit (Version 1/2008 § 21 Abs. 5) zu zahlen, zuzüglich Zinsen aus dem Gesamtbetrag i.H.v. 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit des Anspruchs,
- 17 3. die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger aus der Versicherung Nr. ... (Kollektivvertrag Nr. ...) für den Zeitraum vom 1. April

2014 bis 31. März 2015 14.008,84 EUR zuzüglich der Überschussanteile gemäß den Allgemeinen Bedingungen der Beklagten für die Berufsunfähigkeitsversicherung mit einem generellen Verzicht auf die abstrakte Verweisbarkeit (Version 1/2008 § 21 Abs. 5) zu zahlen, zuzüglich Zinsen aus dem Gesamtbetrag i.H.v. 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit des Anspruchs,

- 18 4. die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger aus der Versicherung Nr. ... (Kollektivvertrag Nr. ...) für den Zeitraum vom 1. April 2015 bis 31. März 2016 14.429,04 EUR zuzüglich der Überschussanteile gemäß den Allgemeinen Bedingungen der Beklagten für die Berufsunfähigkeitsversicherung mit einem generellen Verzicht auf die abstrakte Verweisbarkeit (Version 1/2008 § 21 Abs. 5) zu zahlen, zuzüglich Zinsen aus dem Gesamtbetrag i.H.v. 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit des Anspruchs,
- 19 5. die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger aus der Versicherung Nr. ... (Kollektivvertrag Nr. ...) für den Zeitraum vom 1. April 2016 bis 31. Mai 2016 2.476,98 EUR zuzüglich der Überschussanteile gemäß den Allgemeinen Bedingungen der Beklagten für die Berufsunfähigkeitsversicherung mit einem generellen Verzicht auf die abstrakte Verweisbarkeit (Version 1/2008 § 21 Abs. 5) zu zahlen, zuzüglich Zinsen aus dem Gesamtbetrag i.H.v. 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit des Anspruchs,
- 20 6. die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger zu Versicherung Nr. ... (Kollektivvertrag Nr. ...) für den Zeitraum ab 1. Juni 2016 für die weitere Dauer der Berufsunfähigkeit, längstens jedoch bis 1. April 2033, eine monatliche Berufsunfähigkeitsrente monatlich im Voraus zu zahlen, zuzüglich einer zum 1. April jeden weiteren Versicherungsjahrs hinzuzurechnenden dreiprozentigen Erhöhung der Vorjahresrente und einen für diesen Zeitraum anfallenden Überschussanteil gemäß Tarif BUV2-Plus/2008 und den Allgemeinen Bedingungen der Beklagten für die Berufsunfähigkeitsversicherung mit einem generellen Verzicht auf die abstrakte Verweisbarkeit (Version 1/2008, § 21 Abs. 5),
- 21 7. die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger zu Versicherung Nr. ... (Kollektivvertrag Nr. ...) bezahlte Beiträge für den Zeitraum 1. Juni 2012 bis 31. August 2012 i.H.v. 335,46 EUR zuzüglich Zinsen hieraus i.H.v. 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit des Anspruchs zu zahlen,
- 22 8. festzustellen, dass der Kläger der Beklagten zu Versicherung Nr. ... (Kollektivvertrag Nr. ...) für den Zeitraum vom 1. September 2012 bis 31. Mai 2016 keine weiteren Beiträge schuldet sowie
- 23 9. die Beklagte weiter zu verurteilen, die Versicherung Nr. ... (Kollektivvertrag Nr. ...) für die weitere Dauer der Berufsunfähigkeit des Klägers, ab 1. Juni 2016, längstens jedoch bis 1. April 2033 beitragsfrei zu stellen und im Übrigen bedingungsgemäß fortzuführen.
- 24 Die Beklagte hat beantragt,
- 25 die Klage abzuweisen.
- 26 Sie hat vorgetragen,

mit der Abgabe der Gesundheitserklärung bei Antragstellung habe der Kläger bewirkt, detaillierte Gesundheitsfragen nach Maßgabe des Formulars A122 nicht beantworten zu müssen. Der Kläger sei bereits im März 2010 krankheitsbedingt nicht in der Lage gewesen, in vollem Umfang seiner Berufstätigkeit nachzugehen. In der Zusammenschau seiner Angaben im

Leistungsantrag und der dazu beigefügten Unterlagen sowie der von der Beklagten im Rahmen des Leistungsprüfungsverfahrens eingeholten Auskünfte sowie Berichte der behandelnden Ärzte habe sich ergeben, dass er unter den Beschwerden, aufgrund derer nun der Eintritt der bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeit geltend gemacht werde, bereits seit 2000 gelitten habe. Nur ein halbes Jahr vor Beantragung der Versicherung habe der Kläger eine Erhöhung des Grads der Behinderung auf 60 beantragt. Dem Kläger sei bekannt gewesen, dass es sich bei seiner Grunderkrankung um eine chronisch progrediente Verlaufsform handele. Zudem seien bereits im Vorfeld der Antragstellung zahlreiche krankheitsbedingte Funktionseinschränkungen bei dem Kläger ärztlich dokumentiert. In Kenntnis dieser Umstände hätte die Beklagte das streitgegenständliche Versicherungsverhältnis nicht abgeschlossen.

- 27 Die Beklagte habe das Vertragsverhältnis wirksam gemäß § 123 BGB angefochten. Der Kläger habe seine vorvertragliche Anzeigepflicht gegenüber der Beklagten in arglistiger Weise verletzt. Insbesondere habe er in unzutreffender Weise erklärt, zum Zeitpunkt der Antragstellung in seiner Fähigkeit zur Berufsausübung nicht beeinträchtigt gewesen zu sein, was offenkundig falsch gewesen sei. Bereits zum Zeitpunkt der Antragstellung hätten sämtliche krankheitsbedingte Funktionsbeeinträchtigungen vorgelegen, die nunmehr zur Berufsunfähigkeit geführt haben sollten. Das vom Kläger vorgetragene Verständnis der Antragsfrage sei abwegig. Der Kläger habe arglistig gehandelt, denn es habe ihm klar vor Augen gestanden, unter erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu leiden. Für ihn sei bei Vertragsschluss absehbar gewesen, dass - sollte dies nicht bereits zum Zeitpunkt der Antragstellung der Fall gewesen sein - in näherer Zukunft bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit eintreten würde. Auf den ebenfalls erklärten Rücktritt gemäß § 19 Abs. 2 VVG komme es nicht an, wobei dessen Voraussetzungen vorgelegen hätten. Hilfsweise hat die Beklagte das Vorliegen bedingungsgemäßer Berufsunfähigkeit bestritten und sich auf den Einwand der Vorvertraglichkeit berufen.
- 28 Das Landgericht hat die Klage mit der Begründung abgewiesen, dass die Beklagte den Versicherungsvertrag wirksam gemäß § 22 VVG i.V.m. § 123 BGB angefochten habe. Dabei könne offenbleiben, ob eine arglistige Täuschung des Klägers darin liege, dass er durch Ankreuzen der vorgedruckten Erklärung die Angabe gemacht habe, bei Antragstellung fähig gewesen zu sein, in vollem Umfang seiner Berufstätigkeit nachzugehen. Dagegen spräche, dass sich bei der betriebsärztlichen Untersuchung am 27. September 2010 noch keine spezifischen Anzeichen für eine Beeinträchtigung bezüglich der Ausübung des Berufs aufgrund der konkreten Ausgestaltung des dem Kläger zugewiesenen Arbeitsplatzes ergeben hätten und der Kläger seinen Beruf als Orthopädietechniker im Zeitpunkt der Antragstellung tatsächlich noch ausgeübt habe.
- 29 Die Anfechtung sei jedenfalls begründet, weil der Kläger arglistig gefahrerhebliche Umstände, zu deren Offenbarung er nach Treu und Glauben verpflichtet gewesen sei, verschwiegen habe. Eine arglistige Täuschung wegen unterlassener Angabe von offenbarungspflichtigen Umständen komme auch dann in Betracht, wenn diese Umstände vom Versicherer - wie hier - bei Vertragsschluss nicht ausdrücklich erfragt worden seien. Die Beschränkung der Anzeigepflicht auf eine Antwortpflicht solle den Versicherungsnehmer von dem Risiko entlasten, die Anzeigepflicht infolge einer Fehleinschätzung der Gefahrerheblichkeit eines Umstands zu verletzen. Gehe der Versicherungsnehmer aber selbst davon aus, dass die Kenntnis des Versicherers von bestimmten Umständen trotz des Fehlens entsprechender Fragen dessen Entscheidung beeinflusse, dann sei er diesem Risiko nicht ausgesetzt, weil das Unterbleiben ordnungsgemäßer Fragen keine Rolle für sein Verhalten gegenüber dem Versicherer spiele. Daher könne das Unterbleiben auch eine Offenbarungspflicht nicht hindern. Zudem sei im Rahmen der Arglistanfechtung nach § 123 BGB bereits seit langem anerkannt, dass eine Täuschung auch durch Verschweigen von offenbarungspflichtigen Umständen erfolgen könne.
- 30 Indem der Kläger nicht angegeben habe, an einer multiplen Sklerose zu leiden, habe er einen gefahrerheblichen Umstand, der für die Bereitschaft der Beklagten, den Vertrag zu den angebotenen Konditionen abzuschließen, von erheblicher Bedeutung gewesen sei, arglistig verschwiegen. Bei der Erkrankung des Klägers habe es sich um einen gefahrerheblichen und damit

offenbarungspflichtigen Umstand gehandelt. Dies liege so sehr auf der Hand, dass es einem durchschnittlichen Versicherungsnehmer, der bereits an multipler Sklerose erkrankt sei, nicht verborgen bleibe, sondern sich ihm geradezu aufdränge. Dem Kläger sei klar gewesen, dass die Beklagte den Vertrag nicht wie geschehen abgeschlossen hätte, auch wenn seine Krankheit in der im Antragsformular vorgedruckten Erklärung nicht ausdrücklich erwähnt gewesen sei. Redlicherweise hätte er diese daher bei Antragstellung offenbaren und fragen müssen, ob die Beklagte gleichwohl zum Vertragsschluss bereit sei. Es könne kein Zweifel daran bestehen, dass die Beklagte den Vertrag im Falle der Offenbarung nicht oder nur mit einem Leistungsausschluss für die Berufsunfähigkeit infolge der Krankheit abgeschlossen hätte.

- 31 Die Erklärung der Anfechtung sei rechtzeitig und formgerecht erfolgt. Zwar sei sie in erster Linie darauf gestützt, dass der Kläger bei Vertragsschluss entgegen der von ihm abgegebenen Erklärung nicht in der Lage gewesen sei, in vollem Umfang seiner beruflichen Tätigkeit nachzugehen; dieser Gesichtspunkt sei aber untrennbar mit der bei Vertragsschluss bestehenden MS-Erkrankung verbunden, auf die in dem Anfechtungsschreiben ausdrücklich Bezug genommen worden sei. Zudem habe die Beklagte ausdrücklich das vorsätzliche Verschweigen von gefahrerheblichen Umständen - damit sei zweifelsohne die Erkrankung des Klägers gemeint - als Anfechtungsgrund angeführt.
- 32 Hiergegen richtet sich die Berufung des Klägers. Er rügt, das Landgericht sei rechtsfehlerhaft von einer spontanen Anzeigepflicht des Klägers ausgegangen, die im reformierten Versicherungsvertragsgesetz keine Stütze finde. Zudem sei zu fragen, was aus Sicht des laienhaften Versicherungsnehmers als gefahrerheblich auf der Hand liege. Auf Grundlage von § 6 VVG könne der Versicherungsnehmer erwarten, dass ihm alle entscheidungsrelevanten Fragen gestellt würden. Der Kläger habe auch nicht arglistig gehandelt. Das Landgericht sei rechtsfehlerhaft davon ausgegangen, er als Laie habe den Begriff der Gefahrerheblichkeit zutreffend erkennen können. Zudem habe es verkannt, dass die Verlaufsformen der MS-Erkrankung vielfältig seien und von einem sanften bis hin zu extremen Verläufen reichten. Gleiches gelte für die Auswirkungen der Krankheit auf den konkreten Beruf. Der Kläger habe die Fragen im Antragsformular als abschließend betrachtet und wahrheitsgemäß beantwortet. Der Fragenkatalog habe auch den Eindruck erweckt, der Versicherer beschränke sich bewusst nur auf diese Fragen, weil nur deren Beantwortung für ihn maßgeblich sei. Der Versicherer habe es mit seinem überlegenen Wissen in der Hand, alle für ihn erforderlichen Fragen an den Versicherungsnehmer zu richten.
- 33 Er beantragt,
- 34 das angefochtene Urteil aufzuheben und nach seinen erstinstanzlichen Anträgen zu erkennen.
- 35 Die Beklagte beantragt,
- 36 die Berufung zurückzuweisen.
- 37 Sie verteidigt das angefochtene Urteil unter Wiederholung und Vertiefung ihres erstinstanzlichen Vortrags. Sie bekräftigt, die Annahme einer spontanen Offenbarungspflicht des Klägers ergebe sich aus Treu und Glauben.
- 38 Der Senat hat Beweis erhoben durch Einholung eines medizinischen Sachverständigengutachtens. Wegen des Ergebnisses wird verwiesen auf das schriftliche Gutachten des Prof. Dr. G vom 26. Juli 2017 nebst schriftlicher Ergänzungen vom 9. August 2017 und vom 14. August 2017 sowie auf das Protokoll des Termins zur Beweisaufnahme vom 15. März 2018.
- 39 Wegen der weiteren Einzelheiten des Parteivorbringens wird ergänzend auf die Feststellungen des Landgerichts, soweit sie zu den hier getroffenen Feststellungen nicht in Widerspruch stehen, sowie auf die gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen und

die Verhandlungsprotokolle Bezug genommen.

II.

- 40 Die Berufung ist zulässig, aber nicht begründet.
- 41 Das Landgericht hat die Klage im Ergebnis zu Recht abgewiesen. Dem Kläger stehen keine Leistungsansprüche aus der streitgegenständlichen Berufsunfähigkeitsversicherung zu, weil diese durch die Beklagte gemäß § 22 VVG i.V.m. § 123 Abs. 1 BGB wegen arglistiger Täuschung wirksam angefochten wurde. Auf den Vertragsrücktritt der Beklagten kommt es danach nicht an.
- 42 1. Das Landgericht hat allerdings rechtsfehlerhaft angenommen, der erforderliche Anfechtungsgrund ergebe sich daraus, dass es der Kläger bei Stellung des Versicherungsantrags unterlassen hat, die Beklagte auf die bei ihm diagnostizierte multiple Sklerose hinzuweisen. Insoweit fehlt es an einer Täuschung des Klägers.
- 43 Zwar kann auch ein Verschweigen von Tatsachen eine Täuschung darstellen; dies setzt aber voraus, dass hinsichtlich der nicht offenbarten Tatsache eine Aufklärungspflicht besteht (BGH, Urteile vom 18. März 2003 - X ZR 19/01, GRUR 2003, 702 [juris Rn. 19]; vom 4. März 1998 - VIII ZR 378/96, NJW-RR 1998, 1406 [juris Rn. 14]; MünchKomm-BGB/Armbrüster, 7. Aufl. § 123 Rn. 30). Wie die Berufung zutreffend rügt, fehlt es an einer solchen in Bezug auf die Erkrankung des Klägers.
- 44 a) Eine Aufklärungspflicht des Versicherungsnehmers kann sich im vorvertraglichen Bereich insbesondere aus seiner Anzeigepflicht gemäß § 19 Abs. 1 VVG ergeben. Denn auch wenn deren Missachtung dem Versicherer die Rechte nach § 19 Abs. 2 bis 4 VVG eröffnet, steht dies gemäß § 22 VVG der Möglichkeit der Arglistanfechtung nicht entgegen. § 19 Abs. 1 VVG ist hier indes nicht einschlägig, weil die Beklagte dem Kläger in Form der vorformulierten Erklärung unstreitig nur spezifische Fragen zu seinem Gesundheitszustand gestellt hat, die seine bestehende Erkrankung nicht erfassten.
- 45 b) Auch im Übrigen war der Kläger nicht verpflichtet, die Beklagte von sich aus auf die bei ihm diagnostizierte multiple Sklerose hinzuweisen.
- 46 aa) Ob für einen Versicherungsnehmer nach der Reform des Versicherungsvertragsgesetzes die Pflicht besteht, auch ohne entsprechende Frage des Versicherers auf gefahrerhebliche Umstände hinzuweisen, ist in Rechtsprechung und Literatur umstritten.
- 47 Während dies eine Ansicht ablehnt (OLG Düsseldorf, r+s 2010, 325 [juris Rn. 16]; PK-VVG/Härle, 3. Aufl. § 22 VVG Rn. 10; Weiberle, VuR 2008, 170), hält die überwiegende Gegenauffassung eine spontane Anzeigepflicht des Versicherungsnehmers grundsätzlich für möglich (OLG Celle, r+s 2016, 500 Rn. 63; OLG Hamm, r+s 2017, 68 Rn. 10; Rolfs in Bruck/Möller, VVG 9. Aufl. § 22 Rn. 10; HK-VVG/Schimikowski, 3. Aufl. § 22 Rn. 7; MünchKomm-VVG/Müller-Frank, 2. Aufl. § 22 Rn. 6; Armbrüster in Prölss/Martin, VVG 29. Aufl. § 22 Rn. 3; Knappmann in Beckmann/Matusche-Beckmann, VersR-HdB 3. Aufl. § 14 Rn. 150; Neuhaus, Berufsunfähigkeitsversicherung 3. Aufl. O Rn. 72), wobei die Meinungen darüber auseinandergehen, unter welchen Voraussetzungen eine solche Pflicht anzunehmen ist. Während manche das Vorliegen eines Umstands genügen lassen, dessen Gefährlichkeit evident sei oder auf der Hand liege (Rolfs; Müller-Frank jew. aaO), fordern andere, dass es um Umstände gehe, die nach Einschätzung des Versicherungsnehmers gefahrerheblich seien (Armbrüster aaO). Demgegenüber will eine dritte Ansicht eine spontane Aufklärungspflicht nur für Umstände bejahen, die zwar offensichtlich gefahrerheblich, aber so ungewöhnlich sind, dass eine auf sie zielende Frage des Versicherers nicht erwartet werden kann (OLG Celle; OLG Hamm; Knappmann jew. aaO; ähnlich Schäfers, VersR 2017, 994, 993 f.).

- 48 bb) Der Senat hat in der Vergangenheit zu der von Armbrüster vertretenen Meinung tendiert (vgl. Senatsurteil vom 3. Dezember 2015 - 12 U 57/15, r+s 2017, 316 Rn. 33). Ob hieran in Anbetracht der zwischenzeitlichen Entwicklung in Rechtsprechung und Literatur weiter festzuhalten ist, kann dahinstehen. Denn nach allen Auffassungen kommt im Streitfall eine Anzeigepflicht des Klägers hinsichtlich seiner Erkrankung nicht in Betracht.
- 49 Insoweit ist zu berücksichtigen, dass sich der Meinungsstreit aus der Unklarheit ergibt, inwiefern die nach früherem Versicherungsvertragsrecht allgemein anerkannte spontane Anzeigepflicht des Versicherungsnehmers durch die Einführung von § 19 VVG eine Einschränkung erfahren hat (MünchKomm-VVG/Müller-Frank, 2. Aufl. § 22 Rn. 5; vgl. auch BT-Drucks. 16/3945 S. 64). Den Kläger hätte aber schon nach alter Rechtslage keine Pflicht zur Anzeige seiner Erkrankung getroffen. Nach dem geltenden Versicherungsvertragsgesetz gilt nichts Anderes.
- 50 (1) Bereits vor der Reform des Versicherungsvertragsgesetzes entsprach es allgemeiner Meinung, dass es in erster Linie Sache jeder Vertragspartei ist, ihre Interessen selbst wahrzunehmen und zu erkennen zu geben, auf die Offenbarung welcher persönlichen Umstände ihres Vertragspartners sie Wert legt für ihre Entscheidung, sich ihm gegenüber vertraglich zu binden. Dies galt insbesondere für Großunternehmen wie für Versicherer, die mit den in ihren Antragsformularen gestellten Fragen an den Antragsteller zu erkennen geben, was sie für ihre Entscheidung als wesentlich ansehen und was sie deshalb wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet sehen wollen. Sie mussten daher in Rechnung stellen, dass der künftige Vertragspartner in dem Fragenkatalog grundsätzlich die Entscheidung des jeweiligen Versicherers sieht, welche Umstände ihm für die zu treffende Entscheidung überhaupt wissenswert erscheinen und welche nicht (BGH, Urteil vom 24. September 1986 - IVa ZR 229/84, VersR 1986, 1089 [juris Rn. 24]).
- 51 Scheute sich ein Versicherer aus geschäftstaktischen Gründen, eine Frage zu stellen, deren wahrheitsgemäße Beantwortung nach seiner Darstellung maßgeblich für seine Entscheidung war, ob er den angetragenen Vertrag schließt, so lieferte er selbst den Beweis dafür, dass er die unaufgeforderte Offenbarung des betreffenden Sachverhalts nicht erwarten konnte und durfte (BGH aaO Rn. 26).
- 52 (2) Hieran hat sich durch die Einführung des neuen § 19 VVG, der die berechtigten Interessen des Versicherungsnehmers besser schützen soll als der frühere § 16 VVG (vgl. BT-Drucks. 16/3945 S. 64), nichts geändert. Es ist nicht ersichtlich, dass der Gesetzgeber die spontane Anzeigepflicht des Versicherungsnehmers - auch nicht in Teilbereichen - erweitern wollte. Dementsprechend hat auch der Bundesgerichtshof zur insoweit vergleichbaren spontanen Aufklärungspflicht im Rahmen der Leistungsprüfung entschieden, dass der Versicherungsnehmer Erklärungen, die die Leistungspflicht des Versicherers betreffen, außer in sehr restriktiv zu handhabenden Ausnahmefällen nicht unaufgefordert abzugeben braucht, sondern vielmehr abwarten darf, bis der Versicherer an ihn herantritt und Informationen anfordert (BGH, Beschluss vom 19. Mai 2011 - IV ZR 254/10, VersR 2011, 1549 Rn. 2 f.).
- 53 (3) Nach dieser Maßgabe traf den Kläger keine Pflicht zur Anzeige seiner Erkrankung.
- 54 Die Beklagte hatte in ihrem Versicherungsantragsformular für den Fall einer versicherten Berufsunfähigkeitsrente bis 12.000 EUR eine vorformulierte Erklärung des Versicherungsnehmers nur zu vier verschiedenen Krankheiten vorgesehen. Nur wenn der Versicherungsnehmer eine höhere Versicherungsleistung vereinbaren wollte oder sich gehindert sah, die vorgedruckte Erklärung abzugeben, sollte er den ausführlichen Fragenkatalog des von der Beklagten als Anlage B13 vorgelegten Formulars A122 beantworten, der sich unter Punkt 4 Buchst. J mit Krankheiten „des Gehirns, Rückenmarks oder der weiteren Nerven“ befasste und dort als Beispiel ausdrücklich „Multiple Sklerose“ nannte.

- 55 Diese Gestaltung war - anders als das Landgericht annimmt - für den durchschnittlichen Versicherungsnehmer, auf dessen Sicht es insoweit ankommt (vgl. BGH, Urteil vom 23. Juni 1993 - IV ZR 135/92, BGHZ 123, 83, 84), so zu verstehen, dass die Beklagte eine entsprechende Erkrankung dann nicht interessierte, wenn die beantragte Berufsunfähigkeitsrente unter 12.000 EUR lag und die vorformulierte Erklärung abgegeben werden konnte. Die Beklagte konnte umgekehrt nicht erwarten, dass Fragen, die sie nur unter bestimmten Umständen stellte, durch Antragsteller von sich aus auch dann beantwortet würden, wenn die entsprechenden Voraussetzungen nicht vorlagen.
- 56 Ob der Kläger von dem Formular A122 tatsächlich Kenntnis genommen und das Antragsformular der Beklagten in diesem Sinne verstanden hat, ist dabei entgegen der Auffassung des Landgerichts irrelevant, weil es hier nicht um Fragen des subjektiven Tatbestands, sondern das Bestehen einer Anzeigepflicht geht. Das „arglistige“ Verschweigen eines nicht anzeigepflichtigen Umstands stellt keine Täuschung im Sinne des Gesetzes dar.
- 57 Gleichfalls ohne Belang ist, aus welchem Grund die Beklagte keine entsprechende Frage an den Kläger richtete, weil ihr eine solche - wie sich schon aus ihrem Formular A122 ergibt - jedenfalls möglich und zumutbar war. Etwaige geschäftspolitische Erwägungen der Beklagten rechtfertigen nach Treu und Glauben kein abweichendes Ergebnis.
- 58 2. Das angefochtene Urteil erweist sich aber gleichwohl im Ergebnis als richtig. Denn der Kläger erfüllte die Voraussetzungen des § 123 Abs. 1 Alt. 1 BGB, indem er der Beklagten durch Unterzeichnung der im Antragsformular angekreuzten Erklärung vorspiegelte, fähig zu sein, seiner Berufstätigkeit in vollem Umfang nachzugehen.
- 59 a) Der Kläger hat die Beklagte getäuscht, weil die fragliche Erklärung objektiv falsch war.
- 60 aa) Der Kläger hat mit seiner Unterschrift zum Ausdruck gebracht, er könne den von ihm im Antragsformular angegebenen Beruf als technischer Angestellter in der Orthopädie (Meister) in seiner konkreten Ausgestaltung uneingeschränkt ausüben.
- 61 Entgegen der Auffassung des Klägers sind zum Verständnis dieser Aussage nicht die Grundsätze des Arbeitsrechts, insbesondere nicht dessen Leistungsmaßstäbe heranzuziehen. Antragsfragen sind nach dem Verständnis eines durchschnittlichen Versicherungsnehmers auszulegen (vgl. BGH, 22. September 1999 - IV ZR 15/99, r+s 1999, 491 [juris Rn. 17]). Dem durchschnittlichen Versicherungsnehmer einer Berufsunfähigkeitsversicherung sind weder die Grundsätze des Arbeitsrechts noch dessen Leistungsmaßstäbe bekannt. Vielmehr geht er als rechtlicher Laie davon aus, dass es bei der Erklärung darauf ankommt, ob er die Aufgaben, die sein Beruf an ihn stellt, uneingeschränkt erfüllen kann, wobei es keine Rolle spielt, weshalb dies nicht der Fall ist. Insbesondere liegt für ihn die Annahme fern, dass der Erklärungsinhalt in dem Fall, dass er krankheitsbedingten Einschränkungen unterliegt, die sein Leistungsvermögen reduzieren, so lange noch zutrifft, wie er die ihm verbleibende Leistungsfähigkeit noch ausschöpfen kann.
- 62 Für die Beurteilung der Richtigkeit der unterzeichneten Erklärung kommt es danach darauf an, ob der Kläger bei der Antragstellung in der Lage war, seinem konkret ausgeübten Beruf ohne Einschränkung nachzugehen und den damit einhergehenden Anforderungen im Rahmen des Zumutbaren gerecht zu werden.
- 63 bb) Nach dem Ergebnis der zweitinstanzlichen Beweisaufnahme war dies nicht der Fall.
- 64 Wie der Sachverständige Prof. Dr. G nachvollziehbar dargelegt hat, waren die vom Kläger geschilderten typischen Arbeitstätigkeiten bereits im März 2010 merklich eingeschränkt (vgl. S. 12 seines Gutachtens vom 26. Juli 2017). Der Senat ist

von der Richtigkeit dieser Feststellungen - trotz der von der Berufung aufgezeigten Unschärfen in den Ausführungen des Sachverständigen - nach eigener kritischer Prüfung überzeugt.

- 65 (1) Bereits im Befundbericht der neurologischen Klinik des Universitätsklinikums H vom 19. April 2007 finden sich hinsichtlich einer Untersuchung des Klägers ca. drei Jahre vor der Antragstellung die Feststellung einer Bradydiadochokinese (Verlangsamung alternierender Bewegungen, wie das Hin- und Herdrehen der Hand) links sowie einer Fingerfeinmotorikstörung links, die unsichere Absolvierung des Romberg-Tests mit Fallneigung links und ein spastisch ataktisches Gangbild links wieder. Der Diagnose einer multiplen Sklerose mit chronisch progredientem Verlauf entsprechend finden sich im späteren Befundbericht vom 13. Mai 2008 ebenso Einschränkungen der Koordination und Feinmotorik, erneut ein spastisch ataktisches Gangbild, die schwankende Ausführung des Romberg-Tests sowie ein EDSS-Wert von 4,5. Wenngleich die Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. G zu den hieraus ableitbaren Beeinträchtigungen der Gehfähigkeit des Klägers (vgl. S. 10 seines Gutachtens vom 26. Juli 2017) in Anbetracht der Einwendungen des Beklagten und dem Ergebnis der Anhörung des Sachverständigen Bedenken begegnen, so deutet der Wert nach der Teilwiedergabe der EDSS durch den Kläger gleichwohl auf eine relativ schwere Behinderung hin. Damit in Einklang steht der Befundbericht vom 5. Januar 2009, der eine weitere Verschlechterung der Gehfähigkeit auf nur noch 100 m Wegstrecke ohne Stock, neuropathische Schmerzen von der Halswirbelsäule in den ganzen Körper und eine atrophiierte Muskulatur erbrachte.
- 66 Demgegenüber erforderte die Berufstätigkeit des Klägers beim Klinikum H eine kontinuierliche Koordinationsfähigkeit der Hände und Beweglichkeit am Arbeitsplatz. Ausweislich der Beschreibung seines typischen Arbeitstags war der Kläger nahezu ein Drittel seiner Zeit mit dem Modellieren beschäftigt, bei dem es sich um eine ausschließlich stehende und gehende Tätigkeit gehandelt hat. Daneben hatte er zum Zweck des sog. Tiefziehens ca. 170 Grad heiße Kunststoffplatten vom Ofen zum eingespannten Gipsmodell zu tragen und das Modell zu formen. Überdies hatte er Hilfsmittel zu bohren, zu schleifen, zu kleben, zu nieten, zu schrauben und zu nähen.
- 67 Bereits diese zentralen Tätigkeiten zeigen erhebliche Anforderungen an die Feinmotorik der Hände sowie an die Geh- und Stehfähigkeit des Klägers, die ausweislich der dargestellten Untersuchungsbefunde bereits Jahre vor der Antragsstellung beeinträchtigt waren. Dies gilt ungeachtet der den Senat nicht restlos überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen zur Bewertung der EDSS-Werte sowie der Schwerbehinderteneinstufung des Klägers, die insoweit nicht maßgeblich sind.
- 68 (2) Angesichts des chronisch progredienten Verlaufs erscheint eine Besserung im Jahr 2010 nach den mündlichen Ausführungen des Sachverständigen im Termin ausgeschlossen, zumal der Kläger eine solche selbst nicht behauptet.
- 69 Soweit der Kläger eingewandt hat, der Befundbericht der neurologischen Klinik des Universitätsklinikums H vom 20. April 2009 gebe zum 8. April 2009 nur noch einen EDSS-Wert von 3,5 wieder, ist diese Abweichung vom Sachverständigen nachvollziehbar mit den Unschärfen der EDSS-Skala sowie den verschiedenen Untersuchern begründet worden, die bei gleichem Grad der Einschränkung zu unterschiedlicher Einordnung kommen können. Diese Erklärung wird nicht durch die teilweise Wiedergabe der EDSS durch den Kläger in Frage gestellt. Vielmehr belegt diese, dass die Gradbeschreibungen einen Beurteilungsspielraum eröffnen, dessen Ausübung auch von der Person des jeweiligen Untersuchers abhängen kann (vgl. zum Grad von 3,5: „mit mäßiger Behinderung“; zum Grad von 4,5: „Gewisse Einschränkung der Aktivität, benötigt minimale Hilfe, relativ schwere Behinderung“).
- 70 Gleichzeitig ist nicht festzustellen, dass der Sachverständige lediglich die Angaben in den Befundberichten relativiert hätte, die seine Einschätzung in Frage stellen. Umgekehrt lässt die Berufung die übrigen in den Befundberichten niedergelegten Angaben außer Betracht. Zu beachten ist insoweit, dass der textliche Teil des Befundberichts vom 20. April 2009 im Übrigen keine

Besserung der Einschränkungen des Klägers erkennen lässt. So ist dort eine 4/5 Hand- und Fingerstreckerparese links festgestellt worden, während im Bericht vom 13. Mai 2008 angegeben worden war, dass zum damaligen Zeitpunkt keine manifesten oder latenten Paresen der oberen Extremitäten bestanden. Hinsichtlich der unteren Extremitäten ist im Bericht vom 20. April 2009 von einer linksbetonten Paraparese „3-4-/5“ die Rede, die sich im Bericht vom 13. Mai 2008 noch nicht finden lässt. Eine feststellbare Besserung geht aus dem Bericht danach - trotz der zwischenzeitlich neunten Gabe des Medikaments Mitoxantron - nicht hervor.

- 71 Gleiches gilt für den Befundbericht vom 19. April 2007, der als Ergebnis des Romberg-Tests „unsicher mit Fallneigung nach links“ wiedergibt, während das Ergebnis etwa ein Jahr später laut des Befundberichts vom 13. Mai 2008 „schwankend, ohne eindeutige Fallneigung“ gewesen sei. Dabei zitiert der Kläger die Berichte wiederum nur in Teilaspekten, ohne zu berücksichtigen, dass der Bericht vom 13. Mai 2008 den erheblichen EDSS-Wert von 4,5 sowie die Feststellung „aufgehobene Fußhebung links“ enthält, während der Bericht vom 19. April 2007 hinsichtlich der Fußhebung noch einen Wert von „2/5“ mitteilt. Auch die im Bericht vom 13. Mai 2008 enthaltene Anamnese deutet keinerlei Besserung an. Vielmehr gab der Kläger damals eine „schleichende Verschlechterung rechts“ an, während die linke Körperhälfte „stagnier[e]“.
- 72 (3) Der Feststellung, dass der Kläger bei Antragstellung seinen Beruf als technischer Angestellter in der Orthopädie in seiner konkreten Ausgestaltung nicht ohne Einschränkung ausüben konnte, wird durch die betriebsärztliche Bescheinigung vom 20. März 2014 nicht in Frage gestellt. Die darin enthaltene ärztliche Stellungnahme von Frau Dr. M ist mit den detaillierten Befundberichten der neurologischen Klinik des Universitätsklinikums H nicht in Einklang zu bringen. Dies kann darauf zurückzuführen sein, dass der Betriebsärztin die ärztlichen Befunde nicht vorlagen und sie ihre Stellungnahme allein auf Grundlage der Angaben des Klägers fertigte, wie der Sachverständige Prof. Dr. G in seinem Gutachten angedeutet hat (vgl. S. 12 seines Gutachtens vom 26. Juli 2017). Mangels fundierter Begründung vermag die Bescheinigung jedenfalls keine vernünftigen Zweifel an dem Bild begründen, das sich aus den übrigen fachärztlichen Unterlagen und auch der Einschätzung des gerichtlichen Sachverständigen ergibt.
- 73 Abweichendes ist - entgegen der Meinung des Landgerichts - nicht deshalb geboten, weil der Kläger bei Antragstellung seiner beruflichen Tätigkeit tatsächlich nachging und nicht krankgeschrieben war. Denn auch dies lässt keine Rückschlüsse darauf zu, dass er seiner Berufstätigkeit noch ohne Einschränkung nachkommen konnte.
- 74 b) Der Kläger handelte bei seiner Täuschung der Beklagten arglistig.
- 75 aa) Dem Kläger war die Unrichtigkeit seiner Erklärung bewusst.
- 76 Die bestehenden Einschränkungen konnte er ohne weiteres erkennen. Die vorgelegten und durch den Sachverständigen beigezogenen ärztlichen Unterlagen enthalten keine Anhaltspunkte, die auf kognitive Defizite des Klägers im Jahr 2010 hindeuteten. Obgleich entsprechende Einschränkungen typischerweise schon sehr frühzeitig im Krankheitsverlauf einer multiplen Sklerose auftreten, konnte der Sachverständige Prof. Dr. G solche im Streitfall für den fraglichen Zeitraum nicht feststellen. Vielmehr kam er im Rahmen seiner ergänzenden Stellungnahme vom 9. August 2017 zum Ergebnis, dass keine so wesentlichen Beeinträchtigungen bestanden haben, dass der Kläger seine funktionellen Beschränkungen nicht hätte erkennen können.
- 77 Der Senat ist der Überzeugung, dass er diese auch erkannt hat. Das folgt schon daraus, dass sie ihm - ungeachtet des Ergebnisses der betriebsärztlichen Untersuchung - ausweislich ihres sich aus den ärztlichen Berichten ergebenden Ausmaßes nicht verborgen bleiben konnten. Unterstrichen wird dies durch die detaillierte Beschreibung des Klägers, wie sich die

Erkrankung 2012 auf seine Berufstätigkeit auswirkte. Es ist nicht glaubhaft, dass ihm die entsprechenden, wenn auch noch weniger starken Auswirkungen 2010 trotz seiner im Hinblick auf die Krankheit erfolgten regelmäßigen Vorstellung bei Fachärzten entgangen sein sollten.

- 78 bb) Der Kläger wollte durch die Falschangabe auch bewusst und willentlich auf die Entscheidung der Beklagten Einfluss nehmen.
- 79 Falsche Angaben in einem Versicherungsantrag allein rechtfertigen nicht den Schluss auf ein arglistiges Verhalten; einen allgemeinen Erfahrungssatz des Inhalts, dass eine bewusst unrichtige Angabe immer und nur in der Absicht erfolgt, auf den Willen des Versicherers einzuwirken, gibt es nicht. Vielmehr setzt die Annahme von Arglist voraus, dass der Versicherungsnehmer erkennt und billigt, dass der Versicherer seinen Antrag bei Kenntnis des wahren Sachverhalts gar nicht oder nur zu anderen Konditionen annehmen werde (BGH, Urteil vom 24. November 2010 - IV ZR 252/08, r+s 2011, 58 Rn. 19 m.w.N.).
- 80 Das ist hier der Fall. Angesichts der Formulierung der Erklärung war dem Kläger klar, dass es für die Entscheidung der Beklagten, ihm den begehrten Versicherungsschutz zu gewähren, von wesentlicher Bedeutung war, ob seine Fähigkeit zur Berufsausübung bereits eingeschränkt ist oder nicht. Dies zeigte ihm bereits die Begrenzung der Erklärung auf wenige zentrale Aussagen. Der Klammerzusatz machte ihm zudem deutlich, dass er bei wahrheitsgemäßer Nichterteilung der Erklärung weitere Formularfragen zu beantworten hatte, was aller Voraussicht nach zur Offenbarung seiner schwerwiegenden Erkrankung und auf diese Weise zu einer weiteren Gefährdung des Vertragsabschlusses geführt hätte. Damit billigte er zugleich, dass die Beklagte seinen Antrag u.U. bei Kenntnis des wahren Sachverhalts gar nicht oder nur zu anderen Konditionen annehmen würde.
- 81 c) Die Täuschung des Klägers ist auch für die Willenserklärung der Beklagten kausal geworden (vgl. BGH, Urteil vom 24. November 2010 aaO). Die Beklagte hat bereits erstinstanzlich vorgetragen, dass sie den streitgegenständlichen Versicherungsvertrag in Kenntnis der wahren Umstände nicht abgeschlossen hätte. Das hat der Kläger auch zweitinstanzlich nicht bestritten.
- 82 3. Die Beklagte hat das ihr zustehende Anfechtungsrecht durch ihr Schreiben vom 7. März 2013, das den geltend gemachten Anfechtungsgrund klar erkennen ließ, wirksam ausgeübt. Die Erklärung erfolgte nach § 124 Abs. 1 und 2 Satz 1 BGB fristgemäß. Es ist weder vorgetragen noch ersichtlich, dass die Beklagte vor Eingang seines Leistungsantrags im August 2012 von der krankheitsbedingten Einschränkung der Fähigkeit des Klägers zur Berufsausübung bei Stellung des Versicherungsantrags Kenntnis hatte.

III.

- 83 Die Nebenentscheidungen beruhen auf den §§ 97, 708 Nr. 10, 711 ZPO.
- 84 Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision nach § 543 Abs. 2 ZPO liegen nicht vor. Die in Rechtsprechung und Literatur umstrittene Frage der spontanen Anzeigepflicht des Versicherungsnehmers nach Inkrafttreten des neuen § 19 VVG ist nicht entscheidungserheblich.