

Empfehlung des Ombudsmanns vom 10.11.2003

Aktenzeichen: **8371/2002-S**

Versicherungssparte: **Berufsunfähigkeit**

Anfechtung wegen arglistiger Täuschung in der Berufsunfähigkeitsversicherung

Leitsätze:

- 1. In der Berufsunfähigkeitsversicherung verschweigt ein Versicherungsnehmer einen gefahrerheblichen Umstand dann arglistig, wenn er erkannt hat, der Versicherer werde seinen Antrag bei Kenntnis des wahren Sachverhalts nicht oder nur zu erschwerten Bedingungen annehmen.**
- 2. In der Regel liegt auch bei mehrfacher und längerfristiger ärztlicher Behandlung keine Arglist vor, wenn der Versicherungsnehmer von dem behandelnden Arzt derart unterrichtet wurde, dass schmerzhaftes Veränderungen im Wirbelsäulenbereich altersgerecht seien und der Versicherungsnehmer nicht krankgeschrieben wurde.**

Aus den Gründen:

I.

Der Beschwerdeführer beanstandet, dass der Beschwerdegegner keine Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ) erbringt. Er wendet sich gegen den vom Beschwerdegegner ausgesprochenen Rücktritt und die Anfechtung wegen arglistiger Täuschung von der BUZ.

Der Beschwerdeführer beantragte am 8. Dezember 2000 bei dem Beschwerdegegner eine fondsgebundene Rentenversicherung mit einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung. Für den Eintritt des Versicherungsfalles sah die BUZ eine monatliche Rente sowie die Befreiung von der Beitragspflicht für die Hauptversicherung vor.

Im Dezember 2000 suchte der Abschlussvermittler des Beschwerdegegners den Beschwerdeführer, der als Schlosser im Schichtsystem arbeitete, auf und bot unter Hinweis auf die ab 2001 wirksamen Veränderungen in der gesetzlichen Rentenversicherung den oben genannten Versicherungsschutz an.

Im Antragsformular für die Beantragung des Versicherungsschutzes verneinte der Beschwerdeführer – mit Ausnahme einer Frage – sämtliche Gesundheitsfragen. Die Frage Nr. 3 lautete: Sind Sie in den letzten fünf Jahren wegen Krankheit, Beschwerden oder Störungen

untersucht, beraten oder behandelt worden (z. B. Herz, Lunge oder andere innere Organe, Bluthochdruck, Gefäße, Drüsen, Gehirn, Nerven, Psyche, Blut, Zucker, Stoffwechsel, Krebs, Knochen, Gelenke, Wirbelsäule (auch Rückenschmerzen), Auge, Ohren, Haut, Allergien, Verletzungen, Vergiftungen, Alkohol- oder Drogenkonsum)? Diese Frage wurde verneint. In Beantwortung der fünften Frage nach geistigen oder körperlichen Behinderungen teilte der Beschwerdeführer eine Kurzsichtigkeit (rechts $-8,0$ /links $-9,75$ Dioptrien, bestehend seit Kindheit und durch Brille ausgeglichen) mit.

Nicht angegeben hatte der Beschwerdeführer folgende Beschwerden:

- ca. zweiwöchige Rückenschmerzen ab 15. Oktober 1996
- ca. vierwöchiges Pseudoradikularsyndrom ab 11. Dezember 1996
- Schulterschmerzen links vom 27. Januar bis 9. Februar 1998
- ca. zweiwöchige beidseitige Schulter-Nacken-Schmerzen ab 21. Juni 1999
- Verdacht auf sensibles pseudoradikulares Schmerzsyndrom links ab 29. September 1999 für ca. vier Wochen
- degenerativer Bandscheibenschaden (festgestellt am 5. Oktober 1999).

Wegen dieser Beschwerden war der Beschwerdeführer nicht krank geschrieben. Er erhielt mehrfach Massagen, Ultraschallbehandlungen und Krankengymnastik.

Am 22. April 2002 traten beim Beschwerdeführer starke Bewegungsstörungen der Beine auf. Am 21. Juni 2002 wurde ein Tumor (Ependymom Grad II) im Rückenmark diagnostiziert.

Der Beschwerdeführer trägt vor, dass er sich überhaupt nicht bewusst gewesen sei, dass die oben genannten Beschwerden vom Oktober 1996 bis Oktober 1999 wichtige Umstände für den Versicherer darstellen und einen Einfluss auf den Versicherungsschutz ausüben könnten. Er habe auch nicht Versicherungsschutz um jeden Preis gewollt. Der Vertragsabschluss sei nicht von seiner Seite angestrebt worden, sondern auf Anraten des Versicherungsvermittlers erfolgt. Wegen der hohen Versicherungsprämien sei er lange Zeit gegen den Abschluss gewesen. Keinesfalls habe er den Versicherer über seinen Gesundheitszustand täuschen wollen, um Versicherungsschutz zu erhalten.

Durch die Angabe seiner Kurzsichtigkeit habe er durchaus mit einer Ablehnung des Versicherungsschutzes rechnen müssen.

Zum Zeitpunkt der Antragstellung habe er keinerlei gesundheitliche Beschwerden und auch keine Behandlungen durch andere Ärzte gehabt. Ein Jahr vor Beantragung der Versicherung sei er bis dahin letztmalig bei seiner Hausärztin gewesen. Er habe nicht damit gerechnet, seinen Beruf als Schlosser einmal nicht mehr ausüben zu können.

Der Beschwerdeführer verweist auf ein Schreiben seiner Hausärztin vom 23. November 2002. Darin führt sie u. a. aus, dass die erhobenen Befunde als altersentsprechende Befunde und nicht als Krankheiten bewertet wurden. Unter schwerer einseitiger Tätigkeit sei es immer wieder zu Muskelverspannungen im Rücken- und Schultergürtelbereich gekommen, die gelegentlicher physiotherapeutischer Behandlung bedurften. Nach der Therapie der Ent-

krampfung der verspannten, hypertonen Muskulatur sei er stets 100prozentig leistungsfähig gewesen.

Des Weiteren führt der Beschwerdeführer aus, dass die Hausärztin auch den Befund vom 5. Oktober 1999 nach erfolgter Röntgenaufnahme der Lendenwirbelsäule nicht zum Anlass genommen hätte, weitere Untersuchungen oder Behandlungsmethoden zu verordnen. Er habe deshalb davon ausgehen können, dass altersgerechte Verschleißerscheinungen an der Wirbelsäule vorliegen, die jedoch keinen Krankheitswert besitzen. Der Beschwerdeführer habe sich aufgrund der Aussagen seiner Hausärztin als gesund betrachtet, insbesondere auch deshalb, weil er wegen der Beschwerden nie krank geschrieben war. Die Beschwerden seien nach der Physiotherapie schnell wieder beseitigt gewesen. Keinesfalls könne man von objektiv schweren Gesundheitsstörungen sprechen.

Der Beschwerdegegner trägt vor, der Beschwerdeführer habe bei der Befragung trotz des Hinweises des Abschlussvermittlers, nichts zu verschweigen, weil die Versicherung im Schadensfall alles nachprüfen werde, nicht wahrheitsgemäß geantwortet. Durch das Verschweigen der oben genannten Vorerkrankungen habe der Beschwerdeführer bewusst und gewollt die Annahmeentscheidung des Beschwerdegegners beeinflusst. Der Versicherungsvertrag wäre nicht zu den vereinbarten Konditionen zustande gekommen, wenn die Gesundheitsfragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet worden wären.

Der Beschwerdegegner geht davon aus, dass die Fragen nach Beschwerden und Störungen wissentlich falsch beantwortet wurden. Somit habe der Beschwerdeführer bewusst Einfluss auf die Annahmeentscheidung genommen. Auch wenn der Beschwerdeführer nicht krank geschrieben war, sei dies kein Nachweis dafür, dass es sich nicht um objektiv schwere Erkrankungen handle. Wenn jemand auch über längere Zeiträume zweimal zwei Wochen und zweimal vier Wochen unter Rückenschmerzen leidet, sich deswegen röntgen lässt und verschiedene therapeutische Anwendungen in Anspruch nimmt, könne offensichtlich von schweren Vorerkrankungen gesprochen werden. Selbst wenn der Beschwerdeführer über ein Jahr hinweg ohne Beschwerden gewesen sei und deshalb keine Veranlassung gesehen habe, die Vorerkrankungen bei Antragstellung zu erwähnen, könne dies keine Berücksichtigung finden, denn im Antrag werde ein Zeitraum von fünf Jahren abgefragt. Der Beschwerdeführer hätte somit erkennen können, dass es nicht darauf ankäme, wie gesund er sich bei Antragstellung gefühlt habe.

II.

Die Beschwerde hat zum Teil Erfolg.

Der Rücktritt des Beschwerdegegners von der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung ist rechtlich begründet. Die Anfechtung wegen arglistiger Täuschung ist hingegen nicht wirksam.

Dem Beschwerdegegner wird empfohlen, erneut in die Prüfung der bedingungsgemäßen Voraussetzungen für die Leistungspflicht aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung einzutreten und dabei eine Anfechtung wegen arglistiger Täuschung außer Betracht zu lassen.

Vor Abschluss eines Versicherungsvertrages benötigt der Versicherer Informationen über die Risiken, die er mit dem Vertrag eingeht. Dazu stellt er bestimmte Fragen zur Gesundheit des Versicherten.

Durch eine korrekte Beantwortung der Gesundheitsfragen wird der Versicherer in die Lage versetzt zu entscheiden, ob er den Vertrag mit dem Antragsteller eingehen möchte oder nicht beziehungsweise ob er bestimmte Vorerkrankungen vom Versicherungsschutz ausschließen muss. Der Beschwerdeführer hat mit Ausnahme der Frage fünf sämtliche Gesundheitsfragen im Antragformular verneint. Dadurch hatte der Versicherer diese notwendige Entscheidungsmöglichkeit nicht. Wären dem Beschwerdegegner die wahren Gesundheitsverhältnisse bekannt gewesen, wäre der Berufsunfähigkeitsschutz nicht in der vorliegenden Form zustande gekommen. Die Wirbelsäulenerkrankung wäre vom Versicherungsschutz ausgeschlossen worden.

Nach § 16 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) hat der zukünftige Versicherungsnehmer alle ihm bekannten Umstände, die für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, dem Versicherer anzuzeigen. Erheblich sind Gefahrumstände, die geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers überhaupt oder zu dem vereinbarten Inhalt abzuschließen, einen Einfluss auszuüben. Ein Umstand, nach welchem der Versicherer ausdrücklich und schriftlich gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich. Bei einem schuldhaften Verstoß gegen diese Anzeigepflicht kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

Durch die falsche und unvollständige Beantwortung der Gesundheitsfragen hat der Beschwerdeführer die Anzeigeobligiertheit objektiv verletzt. Liegt der objektive Tatbestand vor, wie hier, wird das Verschulden vermutet. Es steht hier aber auch fest. Mit der erforderlichen Sorgfalt bei der Beantwortung der Gesundheitsfragen hätte sich der Beschwerdeführer an die Beschwerden, Arztkonsultationen und physiotherapeutischen Behandlungen erinnern können. Dafür spricht auch, dass der Beschwerdeführer durch seinen Versicherungsagenten ausdrücklich auf die Bedeutung der Gesundheitsfragen hingewiesen wurde. Weiterhin sind die Gesundheitsfragen klar und deutlich formuliert. Es wird nach Beschwerden und Störungen und konkret nach Rückenschmerzen gefragt. Damit wird dem Antragsteller deutlich gemacht, dass es nicht nur auf feststehende Diagnosen oder chronische Krankheitsbilder an-

kommt, sondern auf alle gesundheitlichen Beeinträchtigungen, sofern sie nicht offensichtlich belanglos oder schnell vorübergehend sind. Der Antragsteller darf sich nicht mit der Vorstellung zufrieden geben, die Beschwerden oder Störungen hätten keinen Krankheitswert.

Der Beschwerdegegner war somit zum Rücktritt von der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung berechtigt.

Anders verhält es sich in der Frage der Wirksamkeit der Anfechtung der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung wegen arglistiger Täuschung. Der Nachweis der arglistigen Täuschung ist allein durch falsche Angaben nicht erbracht. Die subjektive Seite verlangt Vorsatz und darüber hinaus arglistiges Handeln des Anzeigepflichtigen. Der Erklärende muss erkannt haben, sein Antrag werde vom Versicherer bei Kenntnis des wahren Sachverhalts nicht oder zu erschwerten Bedingungen angenommen. Er muss auf die Entschließung des Versicherers Einfluss nehmen wollen.

Nach einer Gesamtschau des Verhaltens des Beschwerdeführers und unter vollständiger Würdigung aller Umstände hat der Beschwerdegegner den Nachweis der arglistigen Täuschung nicht erbracht.

Aus dem Schreiben der Hausärztin vom 23. November 2002 ist ersichtlich, dass der Wissensstand des Beschwerdeführers zum Zeitpunktes des Gespräches mit dem Versicherungsagenten über einen altersentsprechenden Befund nicht hinausging.

Es muss davon ausgegangen werden, dass die Hausärztin dem Beschwerdeführer den Eindruck vermittelt hat, gelegentliche Muskelverspannungen im Rücken- und Schultergürtelbereich sowie ein degenerativer Bandscheibenschaden seien bei körperlicher, einseitiger Tätigkeit normal.

Das stimmt mit der jeweiligen Entscheidung der Hausärztin überein, bei den hier zu bewertenden Befunden und Beschwerden den Beschwerdeführer nicht die Arbeitsunfähigkeit zu bescheinigen.

Für einen medizinischen Laien, wie den Beschwerdeführer, stellen Beschwerden, die nicht zur Arbeitsunfähigkeit führen, grundsätzlich keine schwerwiegenden Erkrankungen dar.

Die Angabe der Kurzsichtigkeit mit einer nicht geringen Dioptrienzahl spricht ebenfalls gegen einen Täuschungswillen des Beschwerdeführers. Diesbezüglich hätte er durchaus mit einer Nachfrage des Versicherers rechnen können.

Weiterhin gibt es auch keinerlei Indizien, wonach der Beschwerdeführer mit einer alsbaldigen Berufsunfähigkeit rechnen musste. Die Ursache für sein Leistungsbegehren ist ein Tumor, der erst im Juni 2002 festgestellt wurde.

Der Rücktritt des Beschwerdegegners führt zur rückwirkenden Aufhebung der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung. Nach § 21 VVG bleibt auch im Falle eines Rücktritts die Leistungspflicht des Versicherers bestehen, wenn kein unmittelbarer Zusammenhang zwischen

den verschwiegenen gesundheitlichen Umständen und der Ursache für den Eintritt des Versicherungsfalles besteht.

Bei einer Anfechtung wegen arglistiger Täuschung ist diese Kausalität für die Frage der Leistungspflicht irrelevant. Da die Anfechtung des Beschwerdegegners nicht wirksam ist und eine kausale Verknüpfung zwischen den anzeigepflichtigen Umständen und dem Eintritt des Versicherungsfalles nicht besteht, wird der Beschwerdegegner trotz Wirksamkeit des Rücktritts nicht leistungsfrei.

Dem Beschwerdegegner war deshalb zu empfehlen, die Prüfungen der Leistungsvoraussetzungen nach § 1 der dem Vertrag zugrunde liegenden Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung vorzunehmen, ohne sich auf eine Anfechtung wegen arglistiger Täuschung zu stützen.