
Datum: 19.02.2020
Gericht: Landgericht Essen
Spruchkörper: 18. Zivilkammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 18 O 247/19
ECLI: ECLI:DE:LGE:2020:0219.18O247.19.00

Schlagworte: Offenbarungspflichtige Vorerkrankung bei Abschluss einer privaten Krankenversicherung
Normen: §§ 22 VVG, 123 BGB
Sachgebiet: Bürgerliches Recht

Tenor:

Das Versäumnisurteil vom 13.11.2019 wird aufrechterhalten.

Dem Kläger werden die weiteren Kosten des Rechtsstreits auferlegt.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar gegen Sicherheitsleistung in Höhe von 110 % des jeweils zu vollstreckenden Betrages. Die Vollstreckung aus dem Versäumnisurteil darf nur gegen Leistung dieser Sicherheit fortgesetzt werden.

Tatbestand: 1

Der Kläger macht gegenüber der Beklagten Leistungen aus einer Krankentagegeldversicherung und einen Feststellungsanspruch bzgl. einer Krankenversicherung geltend. 2

Der Kläger ist von Beruf Versicherungsfachmann und Inhaber einer Versicherungsagentur. In der Zeit vom 31.01.2014 bis zum 03.02.2014 konsultierte der Kläger Frau Dr. E und führte ein Gespräch mit ihr. Diese diagnostizierte ausweislich der Krankenunterlagen des Klägers „sonstige spezifische Persönlichkeitsstörung“ sowie eine „Anpassungsstörungen“. Im weiteren Verlauf erfolgte eine Vorstellung des Klägers bei Herrn Dr. X am 13.05.2014. Dieser stellte ausweislich des Diagnosetextes eine „schwere depressive Episode ohne psychotische 3

Symptome“ fest. Ferner wurde der Kläger in der Zeit vom 23.05.2014 bis zum 20.06.2014 von Herrn Dr. L aufgrund einer „mittelgradigen depressiven Episode“ und einer „schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome“ krankgeschrieben. Weiter war der Kläger am 18.01.2016 in der Praxis von Frau Dr. S. Diese diagnostizierte eine „Krankheit der Nebenniere [...]“, „[...] Harninkontinenz“, „Polyurie“, „Harnwegsinfektion [...]“, „Leberkrankheit [...]“ sowie „Hyperurikämie [...]“. Schließlich wurde der Kläger am 02.02.2016 bei Herrn Dr. W vorstellig, wobei als Diagnose wiederum „Harninkontinenz“ festgehalten wurde. Wegen der Einzelheiten der erfolgten Arztbesuche wird auf die Druckansicht der Versicherten-, Leistungserbringer- und Arztkonten (Anl. XXX 3, Bl. 85 ff. d. A.) Bezug genommen.

Am 21.12.2016 beantragte der Kläger bei der Beklagten den Abschluss einer privaten Krankenversicherung sowie einer Krankentagegeldversicherung. Innerhalb des Antragsformulars beantwortete er Gesundheitsfragen der Beklagten. Dabei hieß es in der Gesundheitsfrage Nr. 2 wörtlich:

„Wurden in den letzten 3 Jahren Behandlungen/Untersuchungen von Ärzten und/oder Angehörigen anderer Heilberufe (z. B. Zahnarzt, Heilpraktiker) durchgeführt und/oder sonstige Gesundheitsstörungen/Anomalien festgestellt? [...]“

Der Kläger verneinte sämtliche Fragen – einschließlich der Frage Nr. 2 –, unterschrieb das Formular und übersandte es an die Beklagte. Diese sandte dem Kläger daraufhin den ausgefertigten Versicherungsschein, Vers.-Nr. ..., zu. Der Krankentagegeldversicherungsvertrag lagen die Musterbedingungen 2009 für die Krankentagegeldversicherung (MB/KT 2009) zugrunde. Die Parteien vereinbarten u. a. ein Krankentagegeld in Höhe von 36,65 €. Wegen des weiteren Vertragsinhaltes wird auf die MB/KT 2009 verwiesen.

Der Kläger machte im Jahr 2018 den Eintritt eines Leistungsfalls gegenüber der Beklagten geltend und forderte sie wiederholt zur Zahlung des vereinbarten Krankentagegelds auf. Mit Schreiben vom 02.07.2018 erklärte die Beklagte den Rücktritt vom Versicherungsvertrag wegen vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung. Dieses Schreiben war mit einer Faksimileunterschrift unterzeichnet. Mit Schreiben vom 20.09.2018 erklärte die Beklagte ergänzend die Anfechtung des Versicherungsvertrags wegen arglistiger Täuschung.

Der Kläger behauptet, dass er seit Januar 2018 arbeitsunfähig erkrankt sei und dass seine jetzigen gesundheitlichen Probleme orthopädischer Natur seien. Er leide unter unerträglichen Kopfschmerzen, Seh- und Schlafstörungen.

Weiter behauptet er, er habe die mit dem Antrag zu beantwortenden Gesundheitsfragen wahrheitsgemäß beantwortet. Er sei zu keiner Zeit psychisch krank gewesen noch habe er diese Erkrankung willentlich und vorsätzlich gegenüber der Beklagten verschwiegen. Er sei in der Zeit vom 30.01.2014 bis zum 03.02.2014 arbeitssuchend gewesen und ihm seien vom Jobcenter Arbeitsstellen, welche deutlich unter seiner Qualifikation und örtlich weit entfernt lagen, angeboten worden. Als er diese nicht antreten wollte, sei er in immer kürzeren Abständen zu Terminen von der zuständigen Sachbearbeiterin einbestellt worden. Er habe dann keine andere Möglichkeit gesehen, als sich krankschreiben zu lassen. Ihm sei nicht bewusst gewesen, dass von Fr. Dr. E als Diagnose eine vorübergehend psychische Belastung festgehalten worden sei. Ferner habe er sich auch nicht wegen einer schweren depressiven Episode am 13.05.2014 in Behandlung befunden. Er habe lediglich ein „problemorientiertes ärztliches Gespräch“ mit Herrn Dr. X geführt, da er weiterhin von der Sachbearbeiterin im Jobcenter schikaniert worden sei. Dieser habe ihn sodann an Herrn Dr. L überwiesen, der ihn – was unstreitig ist – vom 23.05.2014 bis zum 20.06.2014 krankschrieb.

Schließlich habe er vor Vertragsschluss mit der Beklagten auch nicht unter einer Erkrankung der Nebenniere, Harninkontinenz, Polyurie, einer Lebererkrankung und Hyperurikämie gelitten. Bei ihm sei es Anfang 2016 lediglich zwei Mal – einmal unter Alkoholeinfluss – zu Bettnässen gekommen, was er medizinisch – jedoch ohne Befund – hat abklären lassen.

Er ist der Ansicht, dass der Rücktritt der Beklagten nicht wirksam sei. Die Rücktrittserklärung der Beklagten habe nicht die Schriftform gewahrt, da sie lediglich mit einer Faksimileunterschrift unterzeichnet war. 10

Das Gericht hat die Parteien mit Verfügung vom 10.09.2019 für den Termin zur mündlichen Verhandlung am 13.11.2019, der Prozessbevollmächtigten des Klägers zugestellt am 11.09.2019, geladen. Die Klägervertreterin ist ohne die Angabe von Gründen nicht erschienen. Das Gericht hat die Klage auf Antrag der Beklagten mit Versäumnisurteil vom 13.11.2019 abgewiesen. Gegen dieses, der Klägervertreterin am 05.12.2019 zugestellte Versäumnisurteil hat sie mit Schriftsatz vom 12.12.2019, bei Gericht am selben Tag per Fax eingegangen, Einspruch eingelegt. In der daraufhin durchgeführten mündlichen Verhandlung vom 19.02.2020 hat der Kläger seine Anträge umgestellt. 11

Der Kläger beantragt nunmehr, 12

1. das Versäumnisurteil aufzuheben; 13

2. die Beklagte zu verurteilen, an ihn ab dem 26.01.2018 ein tägliches Krankentagegeld in Höhe von 36,65 € bis zum heutigen Tage (19.02.2020) zu zahlen; 14

3. festzustellen, dass der Krankenversicherungsvertrag zwischen ihm und der Beklagten weiterhin Bestand hat. 15

Die Beklagte beantragt, 16

das Versäumnisurteil aufrechtzuerhalten. 17

Die Beklagte behauptet, dass der Kläger die Gesundheitsfragen bei Antragsstellung nicht der Wahrheit entsprechend beantwortet habe. Die Beklagte ist der Ansicht, die Klage sei insgesamt unbegründet, da der Vertrag aufgrund der Anfechtung nichtig sei. Der Kläger habe die Beklagte arglistig bei der Antragsstellung über seine Gesundheit getäuscht. Ferner greife, selbst wenn nicht von Arglist auszugehen sei, ihr Rücktritt vom Versicherungsvertrag. 18

Der Kläger wurde in der mündlichen Verhandlung vom 19.02.2020 persönlich angehört gemäß § 141 ZPO. Bezüglich des Ergebnisses der Anhörung und der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die wechselseitig zur Akte gereichten Schriftsätze nebst Anlagen, das Protokoll der mündlichen Verhandlung und die Entscheidungsgründe Bezug genommen. 19

Entscheidungsgründe: 20

Die zulässige Klage ist unbegründet. 21

A.

Der statthafte und zulässige Einspruch des Klägers hat den Prozess gemäß § 342 ZPO in die Lage zurückversetzt, in der er vor der Säumnis des Klägers war.

Die Klage ist zulässig. Das Landgericht Essen ist zuständig. Die sachliche Zuständigkeit ergibt sich aus §§ 23 Nr. 1, 71 Abs. 1 GVG. Die örtliche Zuständigkeit ergibt sich aus § 215 VVG, da der Kläger als Versicherungsnehmer in C seinen Wohnsitz hat. 23

Ferner hat der Kläger hinsichtlich seines Klageantrags zu 3) das gemäß § 256 Abs. 1 ZPO erforderliche Feststellungsinteresse. Das streitgegenständliche Rechtsverhältnis, deren Bestehen festgestellt werden soll, ist der Krankenversicherungsvertrag. Das erforderliche Feststellungsinteresse besteht, weil der Kläger zukünftig weiterhin Versicherungsschutz aus diesem Vertrag begehrt. 24

B.

Die Klage ist jedoch unbegründet. Dem Kläger steht gegen die Beklagte unter keinem rechtlich ersichtlichen Gesichtspunkt ein Anspruch auf Zahlung eines täglichen Krankentagegelds in Höhe von 36,65 € ab dem 26.01.2018 bis zum 19.02.2020 gemäß § 1 S. 1 VVG i.V.m. dem Krankentagegeldversicherungsvertrag zu. Ebenso hat der Kläger keinen Anspruch auf Feststellung, dass die Krankenversicherung zwischen ihm und der Beklagten weiterhin Bestand hat. Denn die streitgegenständlichen Versicherungsverträge sind durch die Anfechtung der Beklagten mit Schreiben vom 20.09.2018 von Anfang an nichtig, § 142 BGB. Die Beklagte hat ihre auf Abschluss dieser Verträge gerichtete Willenserklärung wirksam wegen arglistiger Täuschung gemäß § 22 VVG i.V.m. § 123 BGB angefochten. 25

I.

Der Kläger hat die Beklagte bei Vertragsschluss arglistig getäuscht, indem er bei der Beantragung der Versicherungsverträge die in dem Antragsformular der Beklagten gestellten Gesundheitsfragen unrichtig beantwortet hat. 26

Die arglistige Täuschung setzt zunächst eine Vorspiegelung falscher oder ein Verschweigen wahrer Tatsachen gegenüber dem Versicherer zum Zwecke der Erregung oder Aufrechterhaltung eines Irrtums voraus (BGH, Versäumnisurteil v. 24.11.2010 – IV ZR 252/08 –, juris, Rn. 19). Dabei muss der Versicherungsnehmer vorsätzlich handeln, indem er bewusst und willentlich auf die Entscheidung des Versicherers einwirkt (BGH, Versäumnisurteil v. 24.11.2010 – IV ZR 252/08 –, juris, Rn. 19; Prölss/Martin/Armbrüster, 30. Aufl. 2018, § 22 VVG, Rn. 7). Ferner muss die arglistige Täuschung für die Willenserklärung des Versicherers kausal geworden sein, den Vertrag überhaupt oder zu den konkreten Konditionen abzuschließen (BGH, Versäumnisurteil v. 24.11.2010 – IV ZR 252/08 –, juris, Rn. 19; Prölss/Martin/Armbrüster, 30. Aufl. 2018, § 22 VVG, Rn. 8). Dabei trägt der Versicherer für eine derartige arglistige Täuschung die Beweislast. 27

Hierzu im Einzelnen: 28

1.

Der Kläger hat objektiv falsche Angaben in dem Antragsformular zum Abschluss der Krankentagegeld- und Krankenversicherung gemacht und die Beklagte dadurch getäuscht. 29

In der Gesundheitsfrage Nr. 2 des Versicherungsantrages wurde ausdrücklich u. a. danach gefragt, ob der Kläger in den letzten 3 Jahren von Ärzten untersucht worden ist. Der Kläger hat diese Frage mit „nein“ beantwortet. 30

Dieser objektive Erklärungsinhalt des Antragsformulars entsprach nicht den Tatsachen. Unstreitig suchte der Kläger in dem betreffenden Zeitraum wiederholt verschiedene Ärzte auf, die ihn im Sinne der Antragsfrage untersuchten, um eine Diagnose zu stellen, welche sie in den Krankenunterlagen des Klägers vermerkten. Zudem erfolgte auch eine Krankschreibung des Klägers. Im Einzelnen wurde der Kläger in den 3 Jahren vor Antragsstellung bei folgenden Ärzten untersucht: 31

<u>Untersuchender Arzt</u>	<u>Diagnose</u>	32
Frau Dr. E 31.01.2014 bis zum 03.02.2014	sonstige spezifische Persönlichkeitsstörung Anpassungsstörungen	
Herrn Dr. X 13.05.2014	schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	
Herrn Dr. L 23.05.2014 bis zum 20.06.2014	mittelgradige depressive Episode schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	
Frau Dr. S 18.01.2016	Krankheit der Nebenniere Harninkontinenz Polyurie Harnwegsinfektion Leberkrankheit Hyperurikämie	
Herrn Dr. W 02.02.2016	Harninkontinenz	

Sämtliche vorbenannten Arztbesuche hat der Kläger in dem Antragsformular nicht angegeben und die Beklagte damit objektiv getäuscht. Es handelt sich dabei um anzeigepflichtige Untersuchungen. Dies gilt unabhängig davon, ob der Kläger – wie von ihm im Rahmen seiner persönlichen Anhörung behauptet – die dokumentierten psychischen 33

Erkrankungen gar nicht hatte, sondern Dr. E, Dr. X und Dr. L nur zu dem Zweck einer Krankschreibung konsultierte, um der „Schikane“ durch seine Sachbearbeiterin im Jobcenter zu entgehen. Denn auch in diesem Fall mussten sich die Ärzte, bei denen der Kläger als Patient und damit potentiell Erkrankter erschien, zunächst unter Einsatz ihres fachlichen Wissens ein Bild davon machen, ob bei dem Kläger eine Erkrankung vorlag oder nicht. Selbst wenn sie – anders als in den Krankenunterlagen dokumentiert – zu dem Ergebnis gekommen sein sollten, dass dem Kläger nichts fehle, lag eine vorherige Untersuchung vor. Die streitgegenständlichen Gesundheitsfragen sehen gerade nicht vor, dass aufgrund einer Untersuchung auch eine Erkrankung festgestellt worden ist. Dies gilt ebenso für die Konsultationen bei Dr. S und Dr. W, wenn diese – wie vom Kläger behauptet – lediglich der Abklärung einer möglichen Erkrankung dienten, jedoch ohne Befund blieben.

2.

Der Kläger hat auch vorsätzlich gehandelt.

34

Zwar rechtfertigen falsche Angaben in einem Versicherungsantrag allein nicht den Schluss auf eine arglistige Täuschung (Prölss/Martin/Armbrüster, 30. Aufl. 2018, § 22 VVG, Rn. 43). Es genügt jedoch, wenn der Anfechtungsgegner mit seiner Täuschung die Willensentschließung seines Verhandlungspartners – jedenfalls bedingt vorsätzlich – beeinflussen wollte (OLG Hamm, Urteil vom 03.02.2017 – 20 U 68/16 –, juris, Rn. 31; vgl. auch BGH, Versäumnisurteil v. 24.11.2010 – IV ZR 252/08 –, juris, Rn. 19). Dies ist anzunehmen, wenn sich der Versicherungsnehmer bewusst ist, dass der Versicherer möglicherweise seinen Antrag nicht oder nur unter erschwerten Bedingungen annehmen werde, wenn er die Wahrheit sage (OLG Hamm, Urteil vom 03.02.2017 – 20 U 68/16 –, juris, Rn. 31; Prölss/Martin/Armbrüster, 30. Aufl. 2018, § 22, Rn. 7; OLG Düsseldorf, Urteil vom 23.09.2014 – 4 U 41/13 –, juris, Rn. 49; vgl. auch OLG Frankfurt, Beschluss vom 09.01.2012 – 3 U 86/11 –, juris, Rn. 12).

35

In der Regel kann der Versicherer den ihm nach § 123 BGB obliegenden Beweis von (vorsätzlicher) Arglist als innerer Tatsache des Versicherungsnehmers nur auf der Grundlage von Indizien führen (OLG Hamm, Urteil vom 03.02.2017 – 20 U 68/16 –, juris, Rn. 32; vgl. auch OLG Hamm, Beschluss vom 13.11.2015 – 20 U 191/15 –, juris, Rn. 7). Dabei ergibt sich nicht aus der allgemeinen Lebenserfahrung, dass, immer wenn ein Versicherungsnehmer Gesundheitsfragen nach früheren Untersuchungen, Behandlungen bzw. Erkrankungen bewusst falsch beantwortet, er die Absicht hat, auf den Willen des Versicherers Einfluss zu nehmen (vgl. OLG Hamm, Urteil vom 03.02.2017 – 20 U 68/16 –, juris, Rn. 33). Denn häufig werden unrichtige Angaben über den Gesundheitszustand etwa aus falsch verstandener Scham, aus Gleichgültigkeit oder aus Trägheit gemacht (vgl. auch OLG Hamm, Urteil vom 03.02.2017 – 20 U 68/16 –, juris, Rn. 33; vgl. auch OLG Düsseldorf, Urteil vom 23.09.2014 – 4 U 41/13 –, juris, Rn. 50).

36

Liegen aber objektiv falsche Angaben vor, so trifft den Versicherungsnehmer nach ständiger Rechtsprechung eine sekundäre Darlegungslast. Der Versicherungsnehmer muss darlegen, wie und weshalb es zu den objektiv falschen Angaben gekommen ist (BGH, Beschluss vom 07.11.2007 – IV ZR 103/06 –, juris, Rn. 1; OLG Hamm, Urteil vom 03.02.2017 – 20 U 68/16 –, juris, Rn. 34; OLG Hamm, Beschluss vom 13.11.2015 – 20 U 191/15 –, juris, Rn. 7; OLG Frankfurt, Beschluss vom 09.01.2012 – 3 U 86/11 –, juris, Rn. 12). Hierfür muss er plausible Gründe darlegen (vgl. OLG Hamm, Beschluss vom 08.03.2017 – I-20 U 9/17 –,

37

juris).

Eine solche Plausibilisierung ist dem Kläger nicht gelungen.

38

a)

Die ärztlichen Konsultationen bei Dr. E, Dr. X und Dr. L hat der Kläger im Rahmen seiner persönlichen Anhörung eingeräumt und hierzu erklärt, dass er diese Ärzte aufsuchte, um sich von ihnen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ausstellen zu lassen, obwohl er keinerlei Beschwerden gehabt habe. Eine nachvollziehbare Erklärung, warum er diese Arztbesuche der Beklagten in dem Antragsformular nicht mitteilte, gab er indes nicht ab.

39

Insofern hat die Kammer keine Zweifel an einem arglistigen Verhalten des Klägers. Denn selbst wenn die Behauptung des Klägers zutreffen sollte, dass die Arztbesuche trotz vollständiger Beschwerdefreiheit nur zu dem Zweck stattfanden, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen zur Vorlage beim Arbeitsamt zu erhalten, lag es auf der Hand, dass der Versicherer angesichts der Vielzahl der Besuche und der Erheblichkeit der in den Krankenunterlagen vermerkten Diagnosen, jedenfalls weitere Erkundigungen angestellt hätte und den Antrag damit nicht wie geschehen, sondern erst später und womöglich auch gar nicht angenommen hätte (vgl. auch OLG Hamm, Beschluss vom 11.09.2019 – Az. I-20 U 30/19). Diesen Schluss hätte der Kläger insbesondere als Versicherungsfachmann ziehen müssen.

40

b)

Auch die Arztbesuche bei Dr. S und Dr. W hat der Kläger im Rahmen seiner persönlichen Anhörung eingeräumt und diesbezüglich erklärt, er habe zweimal hintereinander ins Bett genässt, wobei er beim ersten Mal vermehrt Alkohol getrunken hatte. Dies habe ihm Sorge bereitet und deshalb sei er zu Dr. S gegangen, um sich untersuchen zu lassen und abzuklären, ob es eine gesundheitliche Ursache gäbe. Dr. S habe ihm mitgeteilt, dass eigentlich alles in Ordnung sei, er ihn jedoch noch zu einem Urologen überweisen könne. Auch der Urologe habe jedoch keine medizinische Ursache finden können. Er räumt ein, dass er diese Arztbesuche bewusst nicht angegeben habe, da er zu diesem Zeitpunkt wieder berufstätig war und nicht wollte, dass seine Vorgesetzten und Kollegen von dem Bettnässen Kenntnis erlangten. Denn er habe den Krankenversicherungsvertrag über eine Maklerplattformen abgeschlossen, auf welche seine Kollegen und auch seine Vorgesetzten Zugriff gehabt hätten. Weiter räumt er ein, dass er diesen Vertrag auch ohne die Plattform hätte abschließen können, dies hätte jedoch wirtschaftliche Nachteile für ihn gehabt, da eigene Verträge nicht versteuert werden müssten und zudem wäre dies „umständlicher gewesen“. Ferner sei dieser Vertrag, da er ihn über die Plattform abgeschlossen habe, in seine Zielzahlen eingeflossen und so habe er sich Vorteile gegenüber seinen Vorgesetzten verschafft.

41

Auch diese Ausführungen erklären die Nichtangabe dieser Arztbesuche nicht. Vielmehr handelte der Kläger nach der Überzeugung der Kammer nicht allein bzw. überwiegend aus falsch verstandener Scham, sondern er handelte nach seinen eigenen Angaben berechnend, um den Krankenversicherungsvertrag einfacher abschließen zu können, um seine Zielzahlen zu erreichen und so vor seinen Vorgesetzten Vorteile zu haben.

42

43

Diese Motivation entlastet den Kläger nicht vom Vorwurf der Arglist. Denn ihm war bewusst, dass er die Beklagte durch Nichtangabe der Arztbesuche täuschte. Dies wird auch aus seiner Einlassung in der mündlichen Verhandlung, er habe gewusst, dass diese Arztbesuche in den relevanten Zeitraum fielen, deutlich.

c)

Ferner ist auch der Einwand des Klägers im Rahmen seiner persönlichen Anhörung, dass er tatsächlich gesund gewesen sei und daher von einer Angabe der Arztbesuche abgesehen habe, unbeachtlich. Denn in der Gesundheitsfrage Nr. 2 wurde nicht nach Art und Umfang etwaiger Beschwerden bzw. Krankheiten gefragt, sondern u. a. ausdrücklich und unmissverständlich nach sämtlichen Untersuchungen innerhalb der letzten drei Jahre. Es stand dem Kläger hier nicht zu, selbst zu bewerten, welche ärztlichen Konsultationen er angibt und welche nicht. Sinn und Zweck der vollständigen und wahrheitsgemäßen Beantwortung der Gesundheitsfragen ist vielmehr, dass die Beklagte das zu versichernde Risiko verlässlich einschätzen kann. Hierzu muss der Versicherer die Möglichkeit erhalten, in Zweifelsfällen nähere Auskünfte der behandelnden Ärzte einzuholen, um den Sachverhalt dadurch näher aufzuklären. Insofern ist in dieser Konstellation eine ihm vorwerfbare Täuschungsabsicht darin begründet, dass ihm bewusst war, bei Nichtangabe der ärztlichen Konsultationen den beantragten Versicherungsschutz schneller und unter erleichterten Voraussetzungen zu erhalten, weil die Beklagte auf weitere Nachfragen und gegebenenfalls erforderliche, zusätzliche gutachterliche Feststellungen verzichten würde. 44

Aus diesem Grund folgt die Kammer auch nicht der Ansicht des Klägers, die vorsorglichen Untersuchungen (Dr. S, Dr. W) habe er – mangels Befund – nicht angeben müssen. 45

3.

Die arglistige Täuschung war schließlich auch kausal für die Abgabe der Willenserklärung durch die Beklagte. 46

Die arglistige Täuschung muss für die Willenserklärung des Versicherers kausal geworden sein (BGH, Versäumnisurteil vom 24.11.2010 - IV ZR 252/08, VersR 2011, 337; Urteil vom 23.10.2014 - III ZR 82/13, VersR 2015, 187), wobei Mitursächlichkeit genügt (OLG Hamm, VersR 2017, 808). Darlegungs- und beweisbelastet für die Ursächlichkeit der Täuschung ist der Versicherer. Bei offensichtlicher Gefahrerheblichkeit der verschwiegenen Umstände, kann der Kausalitätsnachweis prima facie geführt werden (Prölss/Martin/Armbrüster, 30. Aufl. 2018, § 22 VVG, Rn. 46). 47

Für die Annahme eines Zusammenhangs zwischen der Täuschung und der Abgabe der Willenserklärung genügt es, dass der Getäuschte Umstände dartut, die für seinen Entschluss von Bedeutung sein konnten und die arglistige Täuschung nach der Lebenserfahrung bei der Art des zu beurteilenden Rechtsgeschäfts Einfluss auf die EntschlieÙung hat (vgl. BGH, Urteil vom 12.05.1995 – V ZR 34/94 –, Rn. 17, juris). Insofern ist ein Einfluss auf die Annahmeentscheidung des Versicherers gegeben, wenn er die Vertragserklärung ohne die Täuschung überhaupt nicht, mit einem anderen Inhalt oder zu einem anderen Zeitpunkt abgegeben hätte (BGH, Urteil vom 23.10.2014 – III ZR 82/13 –, Rn. 12, juris; vgl. auch OLG Hamm, Beschluss vom 11.09.2019 – Az. I-20 30/19). Diese Gefahrerheblichkeit ist 48

offensichtlich, wenn sie hinsichtlich der verschwiegenen Umstände „auf der Hand liegt“ (vgl. (BGH, Urteil vom 11.02.2009 – IV ZR 26/06 –, Rn. 8, juris).

Hiervon ist vorliegend aufgrund der dokumentierten Diagnosen, wie u. a. einer schweren depressiven Episode sowie Erkrankungen der Nebenniere und der Leber – insbesondere da es sich hierbei um Krankheiten handelt, die nicht grundsätzlich als leicht einzuordnen sind und wiederholt auftreten können –, auszugehen (vgl. auch BGH, Urteil vom 11.02.2009 – IV ZR 26/06 –, Rn. 8, juris). 49

Ferner ist hiervon indes selbst bei einem – wie vom Kläger behauptet – tatsächlichen Nichtbestehen der Beschwerden auszugehen. Denn dann hätte die Beklagte die zahlreichen Arztbesuche des Klägers jedenfalls zum Anlass für weitere Nachforschungen genommen und den Antrag nicht wie geschehen sogleich angenommen. 50

Darüber hinaus hat der Kläger auch nicht substantiiert in Abrede gestellt, dass die Beklagte den Versicherungsvertrag auch bei Kenntnis der tatsächlichen Sachlage zu den vereinbarten Konditionen abgeschlossen hätte. 51

4.

Die Anfechtungserklärung ist durch die Beklagte fristgerecht mit Schreiben vom 20.09.2018 erfolgt. 52

Nach § 124 Abs.1 BGB kann die Anfechtung nach § 123 BGB binnen Jahresfrist erfolgen. Diese beginnt gemäß § 124 Abs. 2 S. 1 BGB im Falle der arglistigen Täuschung mit der Entdeckung der Täuschung. Die Täuschung ist entdeckt, wenn der Anfechtungsberechtigte vom Irrtum und vom arglistigen Verhalten des anderen Teils Kenntnis erlangt hat (Palandt/*Ellenberger*, 78. Aufl. 2019, § 124 BGB, Rn. 2). 53

Der Beklagten ist im Zuge ihrer Leistungsprüfung die Druckansicht des Versicherten-, Leistungserbringers- und Arztkontos zur Kenntnis gelangt, aus denen die verschiedenen Arztbesuche des Klägers innerhalb des abgefragten drei-Jahres-Zeitraums ersichtlich sind. Diese datiert auf den 08.05.2018. 54

Ferner wurde auch die 10-Jahres-Frist des § 124 Abs. 3 BGB zwischen Antragstellung im Dezember 2016 und Anfechtungserklärung im September 2018 ersichtlich gewahrt. 55

II.

Da der streitgegenständliche Krankenversicherungsvertrag bereits aufgrund der Anfechtung als von Anfang an nichtig anzusehen ist, bedarf es keiner Entscheidung mehr über den erklärten Rücktritt der Beklagten. 56

III.

Ebenso hat der Kläger aufgrund der wirksamen Anfechtung der Versicherungsverträge keinen Anspruch auf Feststellung, dass die Krankenversicherung zwischen ihm und der Beklagten weiterhin Bestand hat.

IV.

Die Klage konnte durch Aufrechterhaltung des Versäumnisurteils abgewiesen werden, 58
obwohl der Kläger erst in der letzten mündlichen Verhandlung klargestellt hat, was genau er
begehrt. Denn das klageabweisende Versäumnisurteil erfasst alle Anträge, die aufgrund des
Klägervortrags in Betracht kommen.

V.

Der Beklagten war keine Stellungnahmefrist im Hinblick auf die persönliche Anhörung des 59
Klägers einzuräumen, da es insoweit weiteren Vortrag für ihren Erfolg nicht mehr bedurfte.

VI.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 91 Abs. 1 ZPO. Die vorläufige Vollstreckbarkeit des 60
Urteils richtet sich nach § 709 S. 1, 2, 3 ZPO.