

Versicherungs wirtschaft

66. Jahrgang
15. Juni 2011



Serie Teil 27
**Claudia Lang
im Porträt**
871

D&O
**Solvency II treibt
die Prämien**
854

Australien
**Branche spekuliert
auf Raten-Anstieg**
864

BVK
**Umstrittene
Incentives**
888

Christian Hoffmann

**Haftpflicht-Schäden
adäquat reservieren** 850

Selbst Mediziner verschätzen sich bei der Prognose der Lebenserwartung

Gunther Schwarz, Degenhard Meier, Frank Schepers

**Wo stehen deutsche
Versicherer im Europa-Vergleich?** 856

Solvency-II-Studie offenbart erhebliche Unterschiede

Fabian Stancke, Jakob Quirin

**Versicherungsbranche im Fokus
europäischer Kartellbehörden** 880

Schadenregulierung und Vertrieb können zu einem Problem werden

Falschangaben sind nicht immer arglistige Täuschung

Versicherer muss angebliche Verletzung der Obliegenheitspflicht beweisen

Eberhard Frohnecke

Der Versicherungsnehmer kann nicht durch arglistige Täuschung auf die Entscheidung des Versicherers einwirken, wenn dieser das Vertragsangebot des Versicherers angenommen hat. Ein Versicherer kann nicht allein mit dem Inhalt des von seinem Agenten ausgefüllten Antragsformulars den Beweis führen, dass der Kunde über seine Vorerkrankungen Falschangaben gemacht habe, sofern dieser substantiiert behauptet, den Agenten mündlich zutreffend unterrichtet zu haben.

BGH hat Urteile der Vorinstanzen aufgehoben

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat mit einem Versäumnisurteil vom 24. November 2010 (IV ZR 252/08 – VersR 2011, 337) die Urteile der Vorinstanzen aufgehoben. Der Versicherungsnehmer verlangt von der Versicherung Leistungen aus einer BUZ, die er im Jahr 2001 in Verbindung mit einer Kapitallebensversicherung abgeschlossen hatte. Das Antragsformular unterzeichnete der Kunde, welches wie folgt überschrieben war: „Frage: Ich wünsche ein Angebot zum Abschluss einer Lebens-/Rentenversicherung (...)“. Als gewünschte Versicherungsform war im Formular „kapitalbildende Lebensversicherung“ angekreuzt. In der Rubrik „Vertragsabschluss/Widerspruchsrecht/Rücktrittsrecht“ heißt es:

„Die Versicherung erstellt mir auf der Grundlage dieser Anfrage und der Angaben zum Gesundheitszustand der zu versichernden Person ein schriftliches Vertragsangebot (Versicherungsschein). Der Vertrag gilt mit Aushändigung dieses Angebotes und bei Vorliegen der schriftlich gegebenen gesetzlichen Verbraucherinformation als abgeschlossen, wenn ich dem Vertragsabschluss nicht innerhalb eines Monats nach Aushändigung widerspreche und ich über diese Folge noch einmal im Versicherungsschein schriftlich belehrt wurde. Nach Vertragsabschluss, also spätestens nach Ablauf der Monatsfrist, kann ich innerhalb einer weiteren Frist von 14 Tagen vom Vertrag zurücktreten. (...)“

Der Versicherer übersandte dem späteren Versicherungsnehmer den Versicherungsschein und bat ihn in seinem Begleitschreiben, die beigefügten Unterlagen zu überprüfen und ihn bei „Unvollständigkeit oder Abweichungen

von den bei der Anfrage gemachten Angaben“ umgehend zu informieren. Beigefügt war eine Anlage mit „Angaben zur versicherten Person“, die den Gesundheitszustand des Versicherungsnehmer betrafen. Mit „Ja“ beantwortet war die Frage unter Nummer 4: „Sind Sie in den letzten fünf Jahren ärztlich untersucht, beraten oder behandelt worden?“ Als Art der Untersuchung war nur eine Routineuntersuchung im November 2000 bei dem damaligen Hausarzt angegeben. Verneint wurde die Frage unter Nummer 6.1: „Bestehen oder bestanden in den letzten zehn Jahren Beschwerden oder Krankheiten (z.B. Wirbelsäule ...)?“

Nachdem der Versicherungsnehmer im Dezember 2004 Leistungen aus der BUZ beantragt hatte, holte die Versicherung im Rahmen der Leistungsprüfung ärztliche Auskünfte ein. Im Mai 2005 erfuhr der Versicherer von dem späteren Hausarzt des Versicherungsnehmers, dass dieser ihn unter anderem in den Jahren 1996 bis 1999 wegen Rückenschmerzen und Lumbalgien behandelt hatte. Im September 2005 erklärte der Versicherer die Anfechtung des Vertrags wegen arglistiger Täuschung mit der Begründung, dass der Versicherungsnehmer ihr die früheren Behandlungen wegen Wirbelsäulenbeschwerden verschwiegen habe.

Der Betroffene beehrte jedoch die Zahlung der vereinbarten BUZ-Renten ab Dezember 2004 sowie die Feststellung, dass er von der weiteren Beitragszahlungspflicht befreit sei. Weiterhin verlangt er von dem Versicherer Auskunft über die Höhe der ihm zustehenden zusätzlichen monatlichen Bonusrente aus der Überschussbeteiligung. Die Vorinstanzen haben die Klage abgewiesen.

Der BGH erkennt als rechtsfehlerhaft, dass das Berufungsgericht angenommen hatte, dass der Versicherungsnehmer den Versicherer arglistig getäuscht habe, indem er ihr die Behandlung wegen Rückenbeschwerden verschwiegen habe. Eine arglistige Täuschung könne nach Ansicht des BGH durch Unterlassen nicht darin liegen, dass der Betroffene auf die im Begleitschreiben enthaltene Aufforderung, das Unternehmen über etwaige Unrichtigkeiten der Angaben zum Gesundheitszustand zu informieren, nicht reagiert hatte. Unter diesem Umstand entfiel die Voraussetzung einer arglistigen Täuschung. Diese setze eine Vorspie-

gelung falscher oder ein Verschweigen wahrer Tatsachen voraus. Hierbei muss der Versicherungsnehmer aktiv handeln, was vorliegend nicht der Fall war. Ferner müsse der Betroffene erkennen und billigen, dass der Versicherer seinen Antrag bei Kenntnis des wahren Sachverhaltes gar nicht oder nur zu anderen Konditionen annehmen würde. Auch habe der Versicherer mit Überreichung des Versicherungsscheins bereits alles getan, damit der Vertrag so zustande komme. Er hätte daher mit einem Korrekturhinweis nicht mehr darauf einwirken können, ob ein Vertrag zustande kommt oder nicht.

Falsche Angaben des Vermittlers entlasten Verbraucher

Der Versicherungsnehmer hat behauptet, er habe sämtliche Angaben zu seinen Gesundheitsverhältnissen und zum Hausarztwechsel dem Versicherungsagenten der Versicherung gemacht. Dieser habe aber eigenmächtig und selbstständig die Angaben aus einem früheren Versicherungsantrag abgeschrieben. Trifft dies zu, so hat der Kunde seine Anzeigenobliegenheit nicht verletzt. Der BGH stellt klar, dass es zum Nachweis einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigenobliegenheit nicht ausreicht, dass die Antworten objektiv falsch sind. Der Versicherer kann allein mit dem Inhalt des von seinem Agenten ausgefüllten Antragsformulars nicht den Beweis führen, dass falsche Angaben gemacht worden sind, sofern der Kunde substantiiert behauptet, den Agenten mündlich zutreffend unterrichtet zu haben. Nach Auffassung des BGH liege die Beweislast auch dann beim Versicherer. Dann muss der Versicherer beweisen, dass der Agent dem Kunden die Antragsfragen zur eigenverantwortlichen Beantwortung vorgelesen hat.

Mit dieser Entscheidung hat der BGH noch einmal die so genannte Auge- und Ohr-Rechtsprechung manifestiert. Ferner blieb der BGH bei seiner richtigen Beweislastverteilung: Der Versicherer hat stets die angebliche Verletzung der Anzeigenobliegenheit bis hin zur arglistigen Täuschung zu beweisen.

Dr. iur. Eberhard Frohnecke, Rechtsanwalt, auch Fachanwalt für Versicherungsrecht, Osna-brück.