BL_GERICHTE 731 2023 229 vom 9. Dezember 2024

BL Gerichte, 2024-12-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_731 2023 229

FR: BL_GERICHTE 731 2023 229 du 9 décembre 2024

IT: BL_GERICHTE 731 2023 229 del 9 dicembre 2024

Regeste

Anzeigepflichtverletzung, Kündigungsfrist

Volltext

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht vom 9. Dezember 2024 (731 23 229) Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung Anzeigepflichtverletzung, Kündigungsfrist Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Gerichtsschreiber Pascal Acrémann Parteien A. , Klägerin, vertreten durch Dominique Flach, Advokatin, indemnis, Rain 63, 5000 Aarau gegen Sanitas Privatversicherungen AG , Jägerstrasse 3, Postfach, 8021 Zürich 1, Beklagte Betreff Forderung) A. Die 1984 geborene A. , ausgebildete Architektin, ist bei der Sanitas Grundversicherungen AG obligatorisch gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 und bei der Sanitas Privatversicherungen AG gemäss Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz, VVG) vom 2. April 1908 versichert. Auf Antrag von A. vom 2. August 2022 wurde der Versicherungsschutz gemäss VVG per 1. September 2022 um das Produkt "Hospital Extra Liberty" (Spitalzusatzversicherung) erweitert (Bestätigung der Vertragsänderung vom 12. September 2022; Klagebeilage 3). Grundlage hierfür war insbesondere eine von A. am 2. August 2022 unterzeichnete Gesundheitsdeklaration. Bei einer am 29. Juli 2022 durchgeführten gynäkologischen Kontrolluntersuchung in der Praxis von Dr. med. B. , FMH Gynäkologie, zeigte sich im Ultraschall ein unklarer, unscharf begrenzter Befund in der rechten Brust, weshalb A. für weitere Untersuchungen an das Spital C. überwiesen wurde. Am 3. August 2022 wurden dort eine Mammographie sowie Stanzbiopsien durchgeführt und am 4. August 2022 die Diagnose "Mammakarzinom rechts" (ICD-10 C50) gestellt. Die operative Versorgung im Spital D. erfolgte am 13. September 2022. Die Kosten für den Aufenthalt in der halbprivaten Abteilung beliefen sich auf Fr. 5'998.--(TG-Rechnung vom 13. Dezember 2022; Klagebeilage 15). Am 6. Dezember 2022 kündigte die Sanitas Privatversicherungen AG den Versicherungsvertrag "Hospital Extra Liberty" zufolge Verletzung der Anzeigepflicht im Sinne von Art. 6 VVG auf den 7. Dezember 2022. B. Mit Eingabe vom 25. Juli 2023 reichte A. , vertreten durch Advokatin Dominique Flach, beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), Klage gegen die Sanitas Privatversicherungen AG ein. Sie beantragte, die Beklagte sei unter o/e-Kostenfolge zur Zahlung von Fr. 5'998.--zuzüglich Zins von 5 % seit Klageeinleitung zu verurteilen. Zur Begründung machte sie im Wesentlichen geltend, ihr sei nicht klar gewesen, dass die Kontrolluntersuchung am 29. Juli 2022 keinen (recte wohl: einen) Befund ergeben habe. Die Kontrolle der Brust sei palpatorisch unauffällig gewesen, weshalb sie sich auch nicht besonders gesorgt habe. Die Mammographie sei als übliche und regelmässig durchzuführende Vorsorgeuntersuchung bekannt, weshalb sie aus der Notwendigkeit einer Mammographie auch nicht die Diagnose Brustkrebs erwartet habe. Unter diesen Umständen habe sie die Gesundheitsfragen nicht

falsch beantwortet und die Kündigung sei zu Unrecht erfolgt. Die Beklagte sei deshalb für die Kosten der halbprivaten Unterbringung während des Spitalaufenthalts vom 13. bis 15. September 2022 in der Höhe von Fr. 5'998.-- leistungspflichtig. Selbst wenn von einer Anzeigepflichtverletzung ausgegangen würde, wäre die Beklagte leistungspflichtig, da die Kündigung nicht innerhalb der in Art. 6 Abs. 2 VVG vorgesehenen vierwöchigen Verwirkungsfrist erfolgt und deshalb unrechtmässig sei. C. In ihrer Klageantwort vom 6. Oktober 2023 beantragte die Beklagte die Abweisung der Klage. Sie machte geltend, dass die gynäkologische Kontrolluntersuchung am 29. Juli 2022 einen Befund ergeben habe und die Klägerin verpflichtet gewesen wäre, diesen Umstand in der am 2. August 2022 unterzeichneten Gesundheitserklärung anzugeben. Ferner argumentierte sie, dass eine Mammopraphie keine übliche oder regelmässig durchzuführende Vorsorgeuntersuchung bei einer zum Zeitpunkt der Kontrolluntersuchung 38-jährigen Frau sei. Da sie trotz wiederholter Anfragen erst durch die E-Mail von Dr. B. vom 5. Dezember 2022 eindeutige Kenntnis von der Verletzung der Anzeigepflicht erlangt habe, sei die Kündigung vom 6. Dezember 2022 fristgerecht erfolgt. D. Nach Durchführung der Hauptverhandlung vom 23. Januar 2024, in deren Rahmen die Klägerin befragt wurde und die Parteien im Wesentlichen an ihren schriftlich dargelegten Standpunkten festhielten, wurde das Verfahren ausgestellt. Die Beklagte wurde aufgefordert, dem Kantonsgericht sämtliche Unterlagen vom 29. Juli 2022 bis 6. Dezember 2022 betreffend die Grund- und die Zusatzversicherung der Klägerin einzureichen. Die Klägerin nahm hierzu mit Eingabe vom 23. Mai 2024 Stellung. Dazu äusserte sich die Beklagte mit Eingabe vom 6. September 2024. E. Mit Verfügung vom 19. September 2024 wurde im Einvernehmen der Parteien auf die Durchführung einer weiteren Hauptverhandlung verzichtet und der Fall dem Präsidium zur Beurteilung überwiesen. Die Präsidentin zieht i n E r w ä g u n g : 1.1 Streitigkeiten aus einer Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung unterstehen gemäss Art. 2 Abs. 2 Satz 2 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, KVAG) vom 26. September 2014 dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz, VVG) vom 2. April 1908. Streitigkeiten aus solchen Versicherungen sind privatrechtlicher Natur (BGE 142 V 448 E. 4.1, BGE 138 III 2 E. 1.1). 1.2 Gemäss Art. 7 der Schweizerischen Zivilprozessordnung (Zivilprozessordnung, ZPO) vom 19. Dezember 2008 i.V.m. Art. 1 lit. a ZPO können die Kantone ein Gericht bezeichnen, welches als einzige kantonale Instanz für Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung zuständig ist. Die sachliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts ergibt sich aus Art. 7 ZPO in Verbindung mit § 54 Abs. 1 lit. d des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993. Wie das Kantonsgericht mit Grundsatzentscheid vom 1. Dezember 2011 festgehalten hat, ist bei Klagen betreffend Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung keine vorgängige Schlichtung durchzuführen. Diese Klagen sind vielmehr direkt am Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht, einzureichen (Beschluss des Kantonsgerichts vom 1. Dezember 2011, 731 11 262). Die örtliche Zuständigkeit richtet sich nach Art. 9 ff. ZPO. Für Klagen aus Vertrag ist grundsätzlich das Gericht am Wohnsitz oder Sitz der beklagten Partei oder an dem Ort zuständig, an dem die charakteristische Leistung zu erbringen ist (Art. 31 ZPO). Gemäss Ziffer 30 Abs. 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Beklagten (AVB), Ausgabe Januar 2004 (Klagebeilage 4), besteht indes ein vereinbarter Wahlgerichtsstand am Wohnsitz der Versicherungsnehmerin resp. des Versicherungsnehmers. Da die Klägerin ihren Wohnsitz

im Kanton Basel-Landschaft hat, ist das angerufene Gericht somit auch örtlich zuständig. 1.3 Nach § 55 Abs. 1 VPO entscheidet die präsidierende Person der Abteilung Sozialversicherungsrecht des Kantonsgerichts Streitigkeiten bis zu einem Streitwert von Fr. 20'000.-- durch Präsidialentscheid. Gegenstand des vorliegenden Verfahrens sind Versicherungsleistungen in Höhe von Fr. 5'998.--. Die Angelegenheit ist demnach präsidial zu entscheiden. 2.1 Gemäss Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO werden Ansprüche aus einer Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung nach dem KVG ohne Rücksicht auf den Streitwert im vereinfachten Verfahren nach Art. 243 ff. ZPO beurteilt. Gemäss Art. 247 Abs. 2 lit. a i.V.m. Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO stellt das Gericht im Verfahren betreffend Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem KVG den Sachverhalt von Amtes wegen fest. Der Untersuchungsgrundsatz befreit die Parteien indessen nicht davon, bei der Feststellung des entscheidwesentlichen Sachverhalts aktiv mitzuwirken. Das Gericht ist im Rahmen der sozialen Untersuchungsmaxime gemäss Art. 247 Abs. 2 lit. a ZPO lediglich einer erhöhten Frage-pflicht unterworfen. Wie unter der Verhandlungsmaxime müssen die Parteien den Stoff selbst beschaffen. Das Gericht kommt ihnen nur mit spezifischen Fragen zu Hilfe, damit die erforderlichen Behauptungen und die entsprechenden Beweismittel genau aufgezählt werden. Es ermittelt aber nicht aus eigenem Antrieb. Ist eine Partei durch einen Anwalt vertreten, kann und muss sich das Gericht ihr gegenüber wie bei Geltung der Verhandlungsmaxime zurückhalten (BGE 141 III 569 E. 2.3.1-2.3.3; Urteil des Bundesgerichts vom 23. März 2017, 4A_702/2016, E. 3.1). 2.2 Gemäss Art. 8 des Schweizerischen Zivilgesetzbuchs (ZGB) hat, wo es das Gesetz nicht anders bestimmt, derjenige das Vorhandensein einer behaupteten Tatsache zu beweisen, der aus ihr Rechte ableitet. Demgemäss hat die Partei, die einen Anspruch geltend macht, die rechtsbegründenden Tatsachen zu beweisen, während die Beweislast für die rechtsaufhebenden bzw. rechtsvernichtenden oder rechtshindernden Tatsachen bei der Partei liegt, die den Untergang des Anspruchs behauptet oder dessen Entstehung oder Durchsetzbarkeit bestreitet. Diese Grundregel kann durch abweichende gesetzliche Beweislastvorschriften verdrängt werden und ist im Einzelfall zu konkretisieren (BGE 128 III 271 E. 2a/aa). Sie gilt auch im Bereich des Versicherungsvertrags. Nach dieser Grundregel hat der Anspruchsberechtigte - in der Regel die Versicherungsnehmerin oder der Versicherungsnehmer, der versicherte Dritte oder die Begünstigte - die Tatsachen zur "Begründung des Versicherungsanspruches" (Marginalie zu Art. 39 VVG) zu beweisen, also namentlich das Bestehen eines Versicherungsvertrags, den Eintritt des Versicherungsfalls und den Umfang des Anspruchs (BGE 141 III 241 E. 3.1). Den Versicherer trifft demgegenüber die Beweislast für Tatsachen, die ihn zu einer Kürzung oder Verweigerung der vertraglich vorgesehenen Leistung berechtigen oder die den Versicherungsvertrag gegenüber dem Anspruchsberechtigten unverbindlich machen (BGE 130 III 321 E. 3.1). 3.1 Nach Art. 4 Abs. 1 VVG hat der Antragsteller dem Versicherungsunternehmen anhand eines Fragebogens oder auf sonstiges schriftliches Befragen alle für die Beurteilung der Gefahr erheblichen Tatsachen, soweit und so wie sie ihm beim Vertragsabschluss bekannt sind oder bekannt sein müssen, schriftlich mitzuteilen. Art. 4 Abs. 2 VVG erklärt diejenigen Gefahrstatsachen als erheblich, die geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers, den Vertrag überhaupt oder zu den vereinbarten Bedingungen abzuschliessen, einen Einfluss auszuüben. Dabei werden nach Art. 4 Abs. 3 VVG diejenigen Gefahrstatsachen, auf welche die schriftlichen Fragen des Versicherers in bestimmter, unzweideutiger Fassung gerichtet sind, als erheblich vermutet. Hat die anzeigepflichtige Person beim Abschluss der Versicherung eine erhebliche Gefahrstatsache,

die sie kannte oder kennen musste und über die sie schriftlich befragt worden ist, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen, so ist der Versicherer gemäss Art. 6 VVG berechtigt, den Vertrag durch schriftliche Erklärung zu kündigen. Wann die Anzeigepflicht verletzt ist, beurteilt sich verschuldensunabhängig nach subjektiven wie auch nach objektiven Kriterien. Denn nach dem Wortlaut von Art. 4 und 6 VVG hat die Antrag stellende Person dem Versicherer in Beantwortung entsprechender Fragen nicht nur die ihm tatsächlich bekannten (von seinem positiven Wissen erfassten) erheblichen Gefahrstatsachen mitzuteilen, sondern auch diejenigen, die ihm bekannt sein müssen. Damit stellt das Gesetz ein objektives (vom tatsächlichen Wissen der Antrag stellenden Person über den konkreten Sachverhalt unabhängiges) Kriterium auf, bei dessen Anwendung jedoch die Umstände des einzelnen Falls, insbesondere die persönlichen Eigenschaften (Intelligenz, Bildungsgrad, Erfahrung) und die persönlichen Verhältnisse der Antrag stellenden Person, zu berücksichtigen sind. Entscheidend ist somit, ob und inwieweit eine Antrag stellende Person nach ihrer Kenntnis der Verhältnisse und gegebenenfalls nach den ihr von fachkundiger Seite erteilten Aufschlüssen eine Frage des Versicherers in guten Treuen verneinen durfte. Sie genügt ihrer Anzeigepflicht nur, wenn sie ausser den ihr ohne weiteres bekannten Tatsachen auch diejenigen angibt, deren Vorhandensein ihr nicht entgehen kann, wenn sie über die Fragen des Versicherers ernsthaft nachdenkt (BGE 134 III 514 E. 3.3.3 mit weiteren Hinweisen). 3.2 Um entscheiden zu können, ob die Beklagte der Klägerin die eingeklagte Forderung schuldet und die mit ihr geschlossene Zusatzversicherung weiterhin zu erfüllen hat, ist vorliegend demnach zunächst zu prüfen, ob die Klägerin eine Anzeigepflichtverletzung im Sinne von Art. 6 Abs. 1 VVG begangen hat. Ist dies zu bejahen, so wird in einem weiteren Schritt zu untersuchen sein, ob die Beklagte das ihr unter diesen Voraussetzungen zustehende Kündigungsrecht genutzt und die mit der Klägerin geschlossenen Zusatzversicherungen per 7. Dezember 2022 rechtswirksam aufgelöst hat. 4.1 In der am 2. August 2022 unterzeichneten Gesundheitserklärung zum Versicherungsantrag wurde der Klägerin unter anderem folgende Frage gestellt: "Hatten Sie in den letzten 5 Jahren eine Untersuchung, Behandlung oder Kontrolle in einem Spital, einer Klinik, bei einem Arzt, Psychologen oder Therapeuten? Oder ist eine solche beabsichtigt, geplant bzw. ärztlich empfohlen worden?". Dabei wurde erläuternd ausgeführt, dass Behandlungen bei komplikationsloser Schwangerschaft und Geburt, wegen Erkältungen, Schnupfen oder grippaler Infekte, sofern inzwischen ausgeheilt, sowie Impfungen, Dentalhygiene und Vorsorgeuntersuchungen ohne Befund von der Anzeigepflicht ausgenommen seien (Gesundheitsfragen I Nr. 3). Die Klägerin beantwortete diese Frage mit "Ja", wobei sie eine psychotherapeutische Behandlung sowie eine ärztliche Behandlung aufgrund eines leichten Bandscheibenvorfalls deklarierte. Die Vorsorgeuntersuchung bei Dr. B. vom 29. Juli 2022 und die für den 3. August 2022 geplante Mammographie gab sie indes nicht an. 4.2 Es steht fest und ist unbestritten, dass sich anlässlich der gynäkologischen Kontrolluntersuchung vom 29. Juli 2022 bei der Ultraschalluntersuchung der Mammae ein unklarer, unscharf begrenzter Befund mit indifferentem Schallecho zeigte, und dass deshalb eine Mammographie und Ultraschalluntersuchung im Spital C. veranlasst wurde (vgl. E- Mail von Dr. B. vom 5. Dezember 2022; Antwortbeilage 17). Aufgrund der Angaben der Klägerin anlässlich der Parteiverhandlung steht weiter fest, dass die bei der Kontrolluntersuchung vom 29. Juli 2022 festgestellten "Flecken" besprochen wurden, eine abschliessende ärztliche Beurteilung des Befunds in jenem Zeitpunkt jedoch noch nicht möglich war. Gleichzeitig wurde das weitere Vorgehen festgelegt, wobei der Klägerin zur abschliessenden Abklärung des

Befunds eine Mammographie im Spital C. empfohlen wurde. Auch wenn die Klägerin aufgrund der festgestellten "Flecken" nicht beunruhigt und in jenem Zeitpunkt eine mögliche Krebserkrankung (noch) kein Thema war, musste ihr unter diesen Umständen dennoch klar gewesen sein, dass die Ergebnisse der Kontrolluntersuchung vom 29. Juli 2022 eine "Auffälligkeit" zeigten, die eingehendere medizinische Untersuchungen erforderten. Dies wird dadurch bestätigt, dass die Klägerin am 29. Juli 2022 nicht – wie die Beklagte zutreffend ausführt – mit dem Hinweis, dass alles in Ordnung sei und sie zur nächsten Routineuntersuchung wiederkommen solle, entlassen wurde. Bei dieser Sachlage musste der Klägerin bewusst gewesen sein beziehungsweise konnte von ihr bei Anwendung des ihr nach Fähigkeit und Bildungsgrad zumutbaren erforderlichen Mindestmasses an Sorgfalt erwartet werden, dass die festgestellten "Flecken" einen weiter abklärungsbedürftigen Befund darstellten und sie diesen – aufgrund des klaren Wortlauts im Gesundheitsfragebogen vom 2. August 2022, wonach nur Vorsorgeuntersuchungen ohne Befund von der Anzeigepflicht ausgenommen sind – anzeigen musste. Folglich ist eine Verletzung der Anzeigepflicht im Sinne von Art. 4 VVG zu bejahen. Dazu kommt, dass der Gesundheitsfragebogen explizit Fragen nach geplanten bzw. ärztlich empfohlenen Untersuchungen enthielt. Die Klägerin äusserte sich diesbezüglich nicht und verschwieg damit die unmittelbar bevorstehende weitere medizinische Abklärung im Spital C. , die bereits am Tag nach der Unterzeichnung der Gesundheitsdeklaration stattfinden sollte. Da auch die nicht erwähnte geplante Untersuchung als erhebliche Gefahrstatsache zu qualifizieren ist, ist deren Verschweigen als weitere Verletzung der Anzeigepflicht zu qualifizieren. 4.3 Nach dem Gesagten ist als Zwischenergebnis festzustellen, dass die Klägerin eine Anzeigepflichtverletzung beging, indem sie einerseits verschwieg, dass die Vorsorgeuntersuchung vom 29. Juli 2022 einen Befund ergab und andernseits die unmittelbar bevorstehenden Untersuchungen im Spital C. nicht angab. 5.1 In einem weiteren Schritt ist zu prüfen, ob die Beklagte den Versicherungsvertrag rechtzeitig gekündigt hat. 5.2 Hat die anzeigepflichtige Person beim Abschluss der Versicherung eine erhebliche Gefahrstatsache, die sie kannte oder kennen musste und über die sie schriftlich befragt worden ist, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen, so ist der Versicherer berechtigt, den Vertrag durch schriftliche Erklärung zu kündigen. Die Kündigung wird mit Zugang beim Versicherungsnehmer wirksam (Art. 6 Abs. 1 VVG). Das Kündigungsrecht erlischt vier Wochen, nachdem das Versicherungsunternehmen von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat (Art. 6 Abs. 2 VVG). Bei der Kündigungsfrist nach Art. 6 Abs. 2 VVG handelt es sich um eine Verwirkungsfrist, deren Einhaltung der Versicherer zu beweisen hat (BGE 118 II 333 E. 3; Urteil des Bundesgerichts vom 29. Oktober 2015, 4A_150/2015, E. 6.3 und E. 6.6). Sie beginnt erst zu laufen, wenn der Versicherer zuverlässige Kunde von den Tatsachen erhält, aus denen sich der sichere Schluss auf eine Verletzung der Anzeigepflicht ziehen lässt; blosse Vermutungen, die zu grösserer oder geringerer Wahrscheinlichkeit drängen, dass die Anzeigepflicht verletzt ist, genügen nicht (BGE 130 V 9 E. 2.1; 119 V 283 E. 5a). Der Versicherer muss vollständig über alle Punkte orientiert sein, welche die Verletzung der Anzeigepflicht betreffen, das heisst, er muss darüber sichere, zweifelsfreie Kenntnis erlangt haben (BGE 118 II 333 E. 3a; Urteil des Bundesgerichts vom 15. März 2017, 9C_768/2016, E. 5.2). Eine juristische Person verfügt über rechtlich relevante Kenntnis eines Sachverhalts, wenn das betreffende Wissen innerhalb ihrer Organisation abrufbar ist (Urteile des Bundesgerichts vom 12. Juni 2018, 4A_104/2018, E. 2.1, und vom 19. November 2008, 9C_199/2008, E. 4.1). 5.3 Mit Schreiben vom 6. Dezember 2022 kündigte die Beklagte die Zusatzversicherung "Hospital

Extra Liberty" per 7. Dezember 2022 mit der Begründung, die Beklagte habe die ihr obliegenden Anzeigepflichten verletzt. Sie stützte sich dabei auf die Angaben in der E-Mail von Dr. B. vom 5. Dezember 2022. Diese Kündigung erachtet die Klägerin als unwirksam. Sie macht geltend, die Beklagte sei bereits am 5. September 2022 um Kostengutsprache für einen stationären Aufenthalt ersucht worden. Obwohl bereits zu diesem Zeitpunkt ein abklärungswürdiger Befund bestanden habe, habe die Beklagte keine weiteren Abklärungen getätigt und am 12. September 2022 die Aufnahme in die "Hospital Extra Liberty" bestätigt. Zudem müsse sich die Beklagte das Wissen der Sanitas Grundversicherungen AG, bei der sie obligatorisch nach KVG versichert sei, anrechnen lassen. Aufgrund der vorhandenen medizinischen Unterlagen und Rechnungen hätte die Beklagte ohne weiteres erkennen können, dass im Fragebogen die gynäkologischen (Vor)untersuchungen nicht deklariert worden seien. Das anfänglich passive Verhalten der Beklagten trotz früher konkreter Hinweise auf eine Anzeigepflichtverletzung verdiene keinen Rechtsschutz. 6.1 Die Klägerin ist bei der Sanitas sowohl grund- als auch zusatzversichert. Mit der Unterzeichnung des Antrags vom 2. August 2022 auf Erweiterung des Versicherungsschutzes um das Produkt "Hospital Extra Liberty" stimmte sie ausdrücklich zu, dass die Beklagte zur Beurteilung des Versicherungsschutzes, insbesondere zwecks Risikoprüfung sowie zur Prüfung einer Anzeigepflichtverletzung, in ein allenfalls vorhandenes Krankenversicherungsdossier der Grund- und/oder Zusatzversicherung bei der Sanitas Gruppe Einsicht nehmen darf. Zudem sieht Best. 14 Abs. 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB; Ausgabe Januar 2004) vor, dass bei einem gemeinsamen Vertrag mit einem anderen Versicherungsunternehmen vor und nach Versicherungsbeginn ein gegenseitiges Einsichtsrecht in medizinische Unterlagen besteht. Damit war ein Informationsaustausch zwischen der Beklagten und der Sanitas Grundversicherung AG – anders als in BGE 149 V 29 – zulässig. Die Sanitas Management AG, die die Versicherte am 9. August 2022 zur Vervollständigung des Versicherungsantrags aufforderte (vgl. Beilage 2 der Eingabe der Beklagten vom 4. April 2024), kann sowohl im Namen und im Auftrag der Sanitas Grundversicherung AG als auch der Sanitas Privatversicherungen AG Dienstleistungen erbringen und Rechtshandlungen vornehmen. In dieser Konstellation darf auf eine gemeinsame Datenverarbeitung und Organisation innerhalb der Sanitas-Gruppe geschlossen werden. Angesichts dieser Situation waren Dokumente, die Dritte an die Sanitas Grundversicherung AG sandten, wie etwa Rechnungen von Leistungserbringern, für die Beklagte im Rahmen der Prüfung einer Anzeigepflichtverletzung ohne Weiteres zugänglich. Daher muss sich die Beklagte das rechtlich relevante Wissen der Sanitas Grundversicherung AG anrechnen lassen. 6.2 Die Klägerin geht davon aus, dass für die Beklagte bereits mit dem Kostengutsprachegesuch vom 5. September 2022 (Klagebeilage 8) ein konkreter Anfangsverdacht auf eine Anzeigepflichtverletzung bestanden hätte. Dem ist entgegenzuhalten, dass aufgrund der vorliegenden Unterlagen und Angaben der Beklagten unklar ist, ob ihr dieses Gesuch überhaupt zugegangen ist. Zudem enthält das Gesuch weder medizinische Angaben noch eine Begründung, weshalb sich aus dem fraglichen Kostengutsprachegesuch kein hinreichend konkreter Anfangsverdacht ableiten lässt, der die Beklagte zu weitergehenden Nachforschungen verpflichtet hätte. Weiter ist der Beklagten darin beizupflichten, dass sie aus den Angaben im Kostengutsprachegesuch vom 13. September 2022, wonach die Hospitalisation aufgrund der Eintrittsdiagnose C50 (ICD-10 C50: Bösartige Neubildungen der Brustdrüse [Mammae]) erfolgte, noch keine sichere, zweifelsfreie Kenntnis über die Anzeigepflichtverletzung erlangte. Aufgrund dieses Kostengutsprachegesuchs entstand bei der Beklagten aber offenbar der Verdacht auf eine

Anzeigepflichtverletzung, weshalb sie am 15. September 2022 Dr. med. E. , FMH Praktischer Arzt, und das Spital D. um Auskunft ersuchte. Zudem kontaktierte sie am 5. Oktober 2022, 26. Oktober 2022 und 10. November 2022 erneut das Spital D. und wandte sich am 10. November 2022 auch an die Gynäkologin Dr. B. . Diese Anfragen zielten darauf ab, nähere Informationen zu erlangen, insbesondere bezüglich des Datums der Diagnosestellung, des Beginns der Beschwerden, der Behandlungen der letzten fünf Jahre und der Befunderhebung. Dabei erlangte die Beklagte bezüglich der Frage, ob die Vorsorgeuntersuchung am 29. Juli 2022 einen Befund ergab, erst mit der E-Mail von Dr. B. am 5. Dezember 2022 sichere Kenntnis. 6.3 Zu beachten ist aber, dass innerhalb der "Sanitas-Gruppe" gegenseitiges Einsichtsrecht in medizinische Unterlagen besteht und diese offenbar ohne Weiteres abrufbar sind (vgl. E. 6.1 hiervor), weshalb sich die Beklagte das Wissen der Sanitas Grundversicherung AG anrechnen lassen muss. Dabei hätte sie bereits aufgrund der Rechnung von Dr. B. vom 28. September 2022 feststellen können, dass sich die Klägerin am 29. Juli 2022 einer Ultraschalluntersuchung der Mammae unterzog, eine Vorbesprechung hinsichtlich eines diagnostischen/therapeutischen Eingriffs mit der Klägerin stattfand und eine Überweisung an Konsiliarärzte erfolgte. Aus den Tarifpositionen der Rechnung des Spitals C. vom 19. Oktober 2022 geht weiter hervor, dass am 3. August 2022, also einen Tag nach der Unterzeichnung des Gesundheitsfragebogens und zeitnah zur Vorsorgeuntersuchung vom 29. Juli 2022, eine diagnostische Mammographie sowie eine histopathologische Biopsie durchgeführt wurden. Wie die Beklagte in ihrer Klageantwort zu Recht selbst darlegt, ist die Mammographie keine übliche und regelmässige Vorsorgeuntersuchung bei einer zum Zeitpunkt der Kontrolluntersuchung 38-jährigen Frau, was vermuten lässt, dass die Vorsorgeuntersuchung vom 29. Juli 2022 einen Befund ergab, der eine weitergehende Behandlung in einem Spital erforderlich machte. Aufgrund dieser Rechnungen konnte die Beklagte zwar nicht eindeutig darauf schliessen, dass die Vorsorgeuntersuchung vom 29. Juli 2022 "mit Befund" war. Aufgrund der verrechneten Tarifpositionen konnte sie aber mit Sicherheit feststellen, dass die Versicherte im Gesundheitsfragebogen vom 2. August 2022 die für den Folgetag geplante Mammographie im Spital C. verschwiegen und aus diesem Grund eine Verletzung der Anzeigepflicht beging. Dies umso mehr, als nach der Formulierung im Gesundheitsfragebogen auch geplante ärztliche Behandlungen oder Kontrollen zu deklarieren waren. Bei dieser Sachlage begann die Verwirkungsfrist spätestens mit dem Eingang der Rechnung des Spitals C. am 19. Oktober 2022 zu laufen. Da die Kündigung der Beklagten vom 6. Dezember 2022 nach Ablauf dieser Frist erfolgte, erweist sie sich als verspätet und somit unwirksam. Folglich hat die Klägerin Anspruch auf die vereinbarten Leistungen aus der Spitalzusatzversicherung "Hospital Extra Liberty". Da die Beklagte die Höhe der beantragten Forderung nicht bestreitet, ist sie verpflichtet, der Klägerin den Betrag von Fr. 5'998.-- zu bezahlen. 6.4 Die Klägerin beantragt eine Verzinsung ihrer Forderung zu 5 % seit Klageeinreichung. Den AVB sind keine Bestimmungen über den Zins bei Leistungen der Versicherung zu entnehmen. Gemäss Art. 100 Abs. 1 VVG finden auf den Versicherungsvertrag die Bestimmungen des Obligationenrechts Anwendung. Nach Art. 104 Abs. 1 des Bundesgesetzes betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Fünfter Teil: Obligationenrecht [OR]) vom 30. März 1911 hat der Schuldner, der mit der Zahlung einer Geldschuld im Verzug ist, einen Verzugszins in der Höhe von 5 % zu bezahlen. Der Eintritt des Verzugs setzt Fälligkeit der Forderung sowie eine Mahnung voraus (Art. 102 Abs. 1 OR). Den vorliegenden Akten ist keine Mahnung zu entnehmen. Der Verzugszins ist folglich ab Klageeinreichung vom 25. Juli 2023

geschuldet. 7. Nach dem Ausgeführten hat die Beklagte der Klägerin in Gutheissung der Klage einen Betrag von Fr. 5'998.-- zuzüglich Verzugszins zu 5 % seit 25. Juli 2023 zu bezahlen. 8.1 Der im vorliegenden Verfahren anwendbare Art. 114 lit. e ZPO bestimmt, dass das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Von der Erhebung von Verfahrenskosten ist deshalb abzusehen. 8.2 Die Klägerin ist mit ihrem Leistungsbegehren durchgedrungen und hat folglich gemäss Art. 106 Abs. 1 ZPO Anspruch auf Ausrichtung einer Parteientschädigung zulasten der Beklagten. Die Rechtsvertreterin der Klägerin hat in ihrer Honorarnote vom 1. Oktober 2024 für das vorliegende Klageverfahren einen Zeitaufwand von 33 Stunden und 35 Minuten ausgewiesen, was sich umfangmässig in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen erweist. Dabei ist zu beachten, dass die Rechtsvertreterin der Klägerin nach der Hauptverhandlung durch das Einreichen von neuen Unterlagen durch die Beklagte zu weiteren Stellungnahmen veranlasst war. Nicht zu beanstanden sind sodann die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen im Umfang von insgesamt Fr. 253.60. Dementsprechend hat die Beklagte der Klägerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 9'395.50 (inkl. Auslagen und 7,7 % Mehrwertsteuer auf den Betrag von Fr. 4'208.15 und 8,1 % auf den Betrag Fr. 4'498.90) zu bezahlen. Demgemäss wird e r k a n n t : 1. Die Klage wird gutgeheissen und die Beklagte verpflichtet, der Klägerin Fr. 5'998.-- zuzüglich Zins zu 5 % seit 25. Juli 2023 zu bezahlen. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Die Beklagte hat der Klägerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 9'395.50 (inkl. Auslagen und 7,7 % bzw. 8,1 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.