

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT KV-Z 2022/10 vom 14. September 2023**

Sg Versicherungsgericht, 2023-09-14, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_KV-Z 2022\\_10](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_KV-Z 2022_10)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT KV-Z 2022/10 du 14 septembre 2023

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT KV-Z 2022/10 del 14 settembre 2023

## **Regeste**

Art. 4, 5 Abs. 1 und 6 Abs. 3 VVG: Anzeigepflichtverletzung trotz geltend gemachten sprachlichen Schwierigkeiten bejaht. Kausalzusammenhang ebenfalls gegeben. Gutheissung der Klage (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kanton St. Gallen vom 14. September 2023, KV-Z 2022/10).

## **Volltext**

Entscheid vom 14. September 2023 Besetzung Versicherungsrichterin Tanja Petrik-Haltiner (Vorsitz), Versicherungsrichterinnen Marie Löhner und Michaela Machleidt Lehmann; Gerichtsschreiberin Julia Dillier Geschäftsnr. KV-Z 2022/10 Parteien ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG, Bahnhofstrasse 13, Postfach 15, 7302 Landquart, Klägerin, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Martin Schmid, Hartbertstrasse 11, Postfach 611, 7001 Chur, gegen A.\_\_\_\_, Beklagter, vertreten durch Rechtsanwältin MLaw Franziska Ammann, Advokatur 107, Rorschacher Strasse 107, 9000 St. Gallen, Gegenstand Rückforderung Krankentaggelder (1.12.2018 - 31.07.2019) Sachverhalt A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Beklagter) ist seit dem 24. März 2011 Gesellschafter und Geschäftsführer der B.\_\_\_\_ GmbH (vgl. SHAB vom 21. Juli 2022, act. G3.1). Am 18. Oktober 2011 unterzeichnete der Beklagte einen Antrag auf Abschluss einer Erwerbsausfallversicherung und beantwortete dabei alle auf dem Formular "Gesundheitsfragen für Betriebsinhaber/in und Personal" enthaltenen Fragen zu gesundheitlichen Einschränkungen oder Behandlungen (act. G1.4). Die ÖKK Kranken- und Versicherungen AG (nachfolgend: Klägerin) nahm den Antrag an und versicherte den Beklagten im Krankheitsfall. Als Vertragsbestandteile wurden die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), Ausgabe 2014, die besonderen Bedingungen sowie ab 2016 die Zusatzbedingungen (ZB), vereinbart (act. G1.5). Mit dem Formular "Krankheitsanzeige" vom 17. Dezember 2018 meldete die B.\_\_\_\_ GmbH, dass der Beklagte wegen eines Unfalls arbeitsunfähig sei und die SUVA die Leistungen eingestellt habe (act. G1.11). Gleichzeitig reichte sie das von Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, unterzeichnete Arbeitsunfähigkeitszeugnis vom 18. Dezember 2018 ein. Dieser diagnostizierte ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit unklarer Parästhesie (act. G1.12 f.). Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, bestätigte mit Bericht vom 11. März 2019 die vorgenannten Diagnosen beim Beklagten: ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit unklaren Parästhesien ohne Hinweis für eine Neurokompression und eine minime Anterolisthesis L2/L3 mit begleitender Spondylarthrose (act. G1.14). In der Folge richtete die Klägerin vom 1. Dezember 2018 bis 31. Juli 2019 Taggelder für eine attestierte 80%ige Arbeitsunfähigkeit aus (vgl. Klageschrift II.B.a. Rz. 5). Am 3. Juli 2019 ersuchte die Klägerin Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, um Zustellung eines

aktuellen ärztlichen Berichts (act. G3.15). Dieser ging zusammen mit einem Arztbericht vom 3. Mai 2019 bei der Klägerin ein (act. G3.16 f.). Darin diagnostizierte der Behandler beim Beklagten eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie eine generalisierte Anpassungsstörung, einhergehend mit Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion. Er führte aus, die starken Rückenschmerzen mit massiver Schonhaltung und Vermeidungsverhalten würden die Arbeitsfähigkeit einschränken. Zudem scheine sich eine verminderte psychische Stressbelastung mit Verunsicherung, Zweifel und Skepsis zusätzlich limitierend auszuwirken (act. G3.16). Auf entsprechende Nachfrage der Klägerin (act. G1.18) erklärte Dr. E. \_\_\_\_, dass eine strikte Trennung zwischen den somatischen und psychischen Beschwerden schwierig sei. Gleichzeitig wies er die Klägerin darauf hin, dass sich der Beklagte in der Vergangenheit in der Psychiatrischen Klinik F. \_\_\_\_ stationär behandeln gelassen hatte (act. G1.19). Am 12. August 2019 übermittelte die Psychiatrie G. \_\_\_\_ die Austrittberichte der Psychiatrischen Klinik F. \_\_\_\_\_. Daraus war zu entnehmen, dass der Beklagte vom 21. Juli bis 19. August 2005 und vom 14. August bis 20. September 2006 hospitalisiert war (act. G1.23). Mit Schreiben vom 15. August 2019 kündigte die Klägerin die kollektive Erwerbsausfallversicherung mit sofortiger Wirkung und machte dabei eine Anzeigepflichtverletzung des Beklagten geltend. Gleichzeitig forderte sie vom Beklagten bereits ausgerichtete Krankentaggelder für den Zeitraum vom 1. Dezember 2018 bis 31. Juli 2019 in der Höhe von Fr. 33'611.40 zurück (act. G1.24). Nach Einleitung der Betreuung beantragte die Klägerin die Rechtsöffnung, welche am 11. August 2021 mangels Schuldanererkennung abgewiesen wurde (act. G1.26). Mit Schreiben vom 30. Juni 2022 forderte die Klägerin, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. M. Schmid, den Beklagten, nun vertreten durch Rechtsanwältin F. Ammann, (erneut) auf, ihr die rückerstattungspflichtigen Taggelder von Fr. 33'611.10 zu überweisen (act. G1.27). Mit Schreiben vom 7. Juli 2022 wies der Beklagte den Vorwurf einer Anzeigepflichtverletzung zurück (act. G1.28). Am 21. Juli 2022 erhob die Klägerin Klage beim Versicherungsgericht (act. G1) und beantragte, der Beklagte sei zu verpflichten, der Klägerin Fr. 33'611.40 nebst 5 % Zins seit 21. Juli 2022 zu bezahlen; unter Entschädigungsfolgen zu Lasten des Beklagten. Sie begründete ihre Klage im Wesentlichen mit einer Anzeigepflichtverletzung des Beklagten (act. G1). Mit Klageantwort vom 13. Oktober 2022 beantragte der Beklagte die vollumfängliche Abweisung der Klage unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Klägerin. Gleichzeitig stellte er ein Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege. Zur Begründung machte er im Wesentlichen geltend, dass keine Anzeigepflichtverletzung vorliege. Zudem fehle es am Kausalzusammenhang zwischen der nicht mitgeteilten Gefahrstatsache und dem Schaden (act. G5). Nach Einreichung des Formulars "Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege" teilte das Versicherungsgericht dem Beklagten mit, dass die Prozessarmut zu verneinen sei und dem Gesuch nicht entsprochen werden könne. Ohne anderslautenden Gegenbericht werde davon ausgegangen, dass er mit der formlosen Abweisung des Gesuchs um unentgeltliche Rechtspflege einverstanden sei (act. G8). Innert der angesetzten Frist liess sich der Beklagte nicht vernehmen. Das Gesuch wurde entsprechend der Ankündigung vom 17. November 2022 formlos abgeschrieben. Auf Rückfrage des Gerichts verzichtete die Klägerin am 20. Dezember 2022 ausdrücklich auf eine mündliche Verhandlung zugunsten eines zweiten Schriftenwechsels (act. G10). Der Beklagte tat dies konkludent (vgl. act. G9 und 18). In der Replik vom 21. Februar 2023 hielt die Klägerin an den in der Klage gestellten Rechtsbegehren unverändert fest (act. G12). In seiner Duplik vom 1. Juni 2023 hielt der Beklagte an den bereits in der Klageantwort

gestellten Anträgen fest (act. G18). Erwägungen Das vorliegende Verfahren beschlägt Leistungen aus einer Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung. Die Versicherungsbedingungen und -leistungen richten sich insbesondere nach den AVB für die Erwerbsausfallversicherung, Ausgabe 2014 (act. G1.4), der Police vom 20. November 2014, sowie deren Anhang und ab 2016 zusätzlich den Zusatzbedingungen (act. G1.3). Gemäss Art. 14 AVB steht der klagenden Partei bei Streitigkeiten aus dem Versicherungsvertrag wahlweise die Anrufung des Gerichts am schweizerischen Wohnort, am schweizerischen Arbeitsort oder am Geschäftssitzes des Versicherers offen (act. G1.6). Nach Art. 10 Abs. 1 lit. a der Schweizerischen Zivilprozessordnung (ZPO; SR 272) ist für Klagen gegen eine natürliche Person das Gericht an deren Wohnsitz zuständig, sofern das Gesetz nichts anderes vorsieht. Mit dem Wohnort des Beklagten im Kanton St. Gallen ist die örtliche Zuständigkeit des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen gegeben. Das Versicherungsgericht entscheidet gemäss Art. 9 des Einführungsgesetzes zur Schweizerischen Zivilprozessordnung (EG-ZPO; sGS 961.2) i.V.m. Art. 7 ZPO als einzige kantonale Instanz über Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10). Darunter werden praxismässig auch Zusatzversicherungen wie die vorliegend zu beurteilende Kollektivtaggeldversicherung subsumiert, auf die gemäss Art. 2 Abs. 2 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAG; SR 832.12) das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG; SR 221.229.1) zur Anwendung gelangt (vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 24. Februar 2012, KV-Z 2011/2, E. 1.1; vgl. ferner BGE 138 III 2 E. 1.1). Vor der Klageanhebung beim Versicherungsgericht ist kein Schlichtungsverfahren gemäss Art. 197 ff. ZPO durchzuführen (vgl. BGE 138 III 558 E. 4.6). Damit sind vorliegend auch die Voraussetzungen der sachlichen und funktionellen Zuständigkeit erfüllt. Die prozessualen Voraussetzungen sind erfüllt und auf die Klage ist somit einzutreten. Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen sind privatrechtlicher Natur (BGE 133 III 439 E. 2.1). Nach Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO gilt für vermögensrechtliche Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach KVG ohne Rücksicht auf den Streitwert das vereinfachte Verfahren. Bei der im vereinfachten Verfahren geltenden Untersuchungsmaxime (Art. 247 Abs. 2 lit. a ZPO) handelt es sich um eine sog. "soziale" Untersuchungsmaxime, die vor allem zum Ausgleich eines Machtgefälles zwischen den Parteien oder ungleichen juristischen Kenntnissen geschaffen wurde. Sie ändert nichts daran, dass die Parteien die Verantwortung für die Sachverhaltsermittlung tragen. Die Parteien sind nicht davon befreit, bei der Feststellung des entscheidwesentlichen Sachverhalts aktiv mitzuwirken und die allenfalls zu erhebenden Beweise zu bezeichnen. Das Gericht hat sich nur über die Vollständigkeit der Behauptungen und Beweise zu versichern, wenn diesbezüglich ernsthafte Zweifel bestehen. Wenn die Parteien durch Rechtsanwälte vertreten sind, soll und muss sich das Gericht Zurückhaltung auferlegen wie im ordentlichen Prozess. Die soziale Untersuchungsmaxime zwingt das Gericht nicht dazu, das Beweisverfahren beliebig auszudehnen und alle möglichen Beweise abzunehmen. Das Gericht ist auch nicht verpflichtet, die Akten von sich aus zu durchforsten, um abzuklären, was sich daraus zu Gunsten der Partei, die das Beweismittel eingereicht hat, herleiten liesse (Urteil des Bundesgerichts vom 6. April 2021, 4A\_19/2021, E. 5.1 mit Hinweisen). Von sich aus kann das Gericht Beweis abnehmen, wenn sich aus den Sachvorbringen einer Partei ergibt, dass mit einem Beweismittel eine entscheidrelevante Tatsache bewiesen werden könnte, aber kein entsprechender Beweisantrag gestellt worden ist (Franz

Hasenböhler in: Thomas Sutter-Somm/Franz Hasenböhler/Christoph Leuenberger [Hrsg.], ZPO Kommentar, 3. Aufl. 2016 [nachfolgend ZPO-Komm.], Art. 153 N 5 ff.; ZPO-Komm.-Bernd Hauck, Art. 247 N 33). Im Zivilprozess gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 157 ZPO). Das Gericht hat bei der Bewertung der erhobenen Beweise unabhängig von abstrakten Regeln nach seiner eigenen Überzeugung darüber zu befinden, ob es eine behauptete Tatsache als wahr oder unwahr einstuft. Dabei bleibt es dem Gericht überlassen, die Kraft eines Beweismittels nach seiner Überzeugung festzulegen (vgl. ZPO Komm.-Hasenböhler, Art. 157 N 14 ff.). Nach Art. 8 des Schweizerischen Zivilgesetzbuchs (ZGB; SR 210) 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 (BGE 141 III 241 E. 3.1). Da der Nachweis rechtsbegründender Tatsachen im Bereich des Versicherungsvertrags regelmässig mit Schwierigkeiten verbunden ist, genoss die anspruchsberechtigte Person laut bis 30. August 2021 gültiger Rechtsprechung des Bundesgerichts insofern eine Beweiserleichterung, als sie nur eine überwiegende Wahrscheinlichkeit für das Bestehen des geltend gemachten Versicherungsanspruchs darzutun hatte. Allerdings konnte der Versicherer im Rahmen des Gegenbeweises Indizien geltend machen, welche die Glaubwürdigkeit des Ansprechers erschüttern oder erhebliche Zweifel an seinen Schilderungen erwecken konnten. Gelang der Gegenbeweis, durften die vom Anspruchsberechtigten behaupteten Tatsachen nicht als überwiegend wahrscheinlich und damit nicht als bewiesen anerkannt werden. Der Hauptbeweis war vielmehr gescheitert (BGE 130 III 321 E. 3.4). Mit BGE 148 III 105 änderte das Bundesgericht diese langjährige Praxis dahingehend, dass die Herabsetzung des Beweismasses für eine behauptete Arbeitsunfähigkeit nicht gelte, da diese ohne weiteres mit einem entsprechenden Zeugnis bewiesen werden könne. Diesbezüglich gelte das ordentliche Beweismass der vollen Überzeugung (ebenso im Urteil des Bundesgerichts vom 13. September 2021, 4A\_144/2021, E. 5.2). Strittig und zu prüfen ist, ob eine Anzeigepflichtverletzung vorliegt und ob die Klägerin bereits geleistete Krankentaggelder aufgrund einer Anzeigepflichtverletzung des Beklagten zurückfordern kann. Die Klägerin ist der Auffassung, dass der Beklagte eine Anzeigepflichtverletzung begangen habe, indem er am 18. Oktober 2011 beim Antrag auf Abschluss der Krankentaggeldversicherung auf dem Formular "Gesundheitsfragen für Betriebsinhaber/in oder Einzelpersonen" die Frage zu Operationen oder Behandlungen in einem Spital, in einer psychiatrischen Klinik oder in einer Rehabilitationsklinik – trotz zwei stationärer Aufenthalte in der Psychiatrischen Klinik F.\_\_\_\_ – mit "Nein" beantwortet habe (vgl. act. G1 III.B.a. Rz. 10). Der Beklagte ist dagegen der Ansicht, dass keine Anzeigepflichtverletzung vorliege mit der Begründung, dass für ihn diese Aufenthalte eine Unterstützungsleistung im Rahmen des Asylverfahrens darstellten und er die Verarbeitung seiner Erlebnisse als Kriegsflüchtling nie als psychische Erkrankung wahrgenommen habe. Der Gesundheitsfragebogen sei sodann nicht von ihm selbst, sondern vom Versicherungsmakler ausgefüllt worden. Dieser habe ihn nicht genügend aufgeklärt bzw. den Inhalt des Formulars und die Fragen nicht übersetzt, was für sein Verständnis unabdinglich gewesen wäre (vgl. act. G5 IV. Rz. 3.3). Am 1. Januar 2022 sind mit der Revision des VVG verschiedene Änderungen in Kraft getreten. Intertemporal kommt die Fassung von Art. 4 bis 6 VVG zur Anwendung, welche beim Abschluss des

Vertrages in Kraft war (Art. 103a VVG). Daher sind die Bestimmungen in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung massgebend. Sie werden nachfolgend in dieser Fassung zitiert. Hat der Anzeigepflichtige beim Abschluss der Versicherung eine erhebliche Gefahrstatsache, die er kannte oder kennen musste und über die er 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). Art. 6 VVG knüpft an die Art. 4 und 5 VVG an, in denen die vorvertraglichen Anzeigepflichten der antragsstellenden Versicherungsnehmenden umschrieben werden. Danach hat der antragsstellende Versicherungsnehmende anhand eines Fragebogens oder auf sonstiges schriftliches Befragen hin alle für die Beurteilung des versicherten Risikos erheblichen Tatsachen mitzuteilen, soweit und so wie sie ihm beim Vertragsabschluss bekannt sind oder bekannt sein müssen (Art. 4 Abs. 1 VVG). Erheblich sind diejenigen Gefahrstatsachen, die geeignet sind, den Entschluss der Versicherungsgesellschaft zu beeinflussen, den Vertrag überhaupt oder zu den offerierten Bedingungen abzuschliessen (Art. 4 Abs. 2 VVG). Dabei ist zu vermuten, dass Gefahrstatsachen, auf welche die schriftlichen Fragen des Versicherers in bestimmter, unzweideutiger Fassung gerichtet sind, erheblich sind (Art. 4 Abs. 3 VVG). Als Gefahrstatsachen im Sinne von Art. 4 VVG gelten alle Tatsachen, die bei der Beurteilung der Gefahr in Betracht fallen und die Versicherungsgesellschaft über den Umfang des zu deckenden Risikos aufklären können; dazu sind nicht nur jene Tatsachen zu rechnen, welche die Gefahr verursachen, sondern auch solche, die bloss einen Rückschluss auf das Vorliegen von Gefahrenursachen gestatten. Die Anzeigepflicht des Antragstellenden weist indessen keinen umfassenden Charakter auf. Sie beschränkt sich vielmehr auf die Angabe jener Gefahrstatsachen, nach denen die Versicherungsgesellschaft ausdrücklich und in unzweideutiger Art gefragt hat; der Antragstellende ist daher ohne entsprechende Fragen nicht verpflichtet, von sich aus über bestehende Gefahren Auskunft zu geben (BGE 136 III 334 E. 2.3, 134 III 511 E. 3.3.2). Entscheidend ist, ob und inwieweit antragsstellende Versicherungsnehmende nach ihren Kenntnissen der Verhältnisse gegebenenfalls nach den ihnen von fachkundiger Seite erteilten Aufschlüssen eine Frage der Versicherungsgesellschaft nach dem Vorliegen einer Gefahrstatsache in guten Treuen verneinen durften. Wann die Anzeigepflicht verletzt ist, beurteilt sich verschuldensunabhängig nach subjektiven wie auch nach objektiven Kriterien. Die in den AVB der Klägerin enthaltenen Bestimmungen entsprechen den gesetzlichen Regeln (vgl. Ziff. 4.2.3 f., 5.3.3b). In der am 18. Oktober 2011 unterschriebenen Gesundheitsdeklaration war unter anderem die Frage an den Beklagten gerichtet, ob er je zur Operation oder Behandlung in einem Spital, in einer psychiatrischen Klinik oder in einer Rehabilitationsklinik war (Frage 5). Der Beklagte verneinte diese Frage. Aufgrund der Akten ist ausgewiesen, dass der Beklagte vom 21. Juli bis 19. August 2005 sowie vom 14. August bis 20. September 2006 in der Psychiatrischen Klinik F. \_\_\_ hospitalisiert war (act. G1.21). Die Behandler diagnostizierten beim Beklagten jeweils eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) sowie eine Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten (ICD-10: F43.25). Trotz der nachgewiesenen Behandlungen des Beklagten in einer psychiatrischen Klinik verneinte dieser in der Gesundheitserklärung die klar und unmissverständlich formulierte Frage 5. Der Versuch des Beklagten, dies als blosses Missverständnis in dem Sinne hinzustellen, dass er "dies als Unterstützungsleistung im Rahmen des Asylverfahrens verstanden und dies nie als psychiatrische Erkrankung wahrgenommen habe", geht fehl. Denn bei der Frage 5 wurde

nicht nach einer Erkrankung im eigentlichen Sinne gefragt, vielmehr bezog sich diese Frage einzig darauf, ob er jemals in einer psychiatrischen Klinik behandelt wurde. Auch wenn er somit davon ausgegangen war und nach wie vor davon ausgeht, dass er an keiner psychischen Erkrankung leidet, stand er doch nachweislich in Behandlung in einer psychiatrischen Klinik, was ihm klar gewesen sein musste; dies unabhängig davon, ob es sich dabei seiner Ansicht nach um eine Unterstützungsleistung im Rahmen des Asylverfahrens handelte. Zudem ist in dieser Hinsicht zu bemerken, dass er Dr. E.\_\_\_\_ über seine stationären Aufenthalte in der Psychiatrischen Klinik F.\_\_\_\_ informiert hatte (vgl. act. G1.19), was darauf hindeutet, dass ihm bewusst war bzw. sein musste, in der Vergangenheit in Behandlung gestanden zu sein. Er wäre somit in guten Treuen und ohne weiteres gehalten gewesen, der Klägerin Aufschluss über seine Situation, die sie kennen musste, zu geben und ihr die notwendigen Auskünfte wahrheitsgetreu anzugeben. Unbehelflich ist in diesem Zusammenhang der Einwand des Beklagten, er sei rückblickend sprachlich dem Formular nicht gewachsen gewesen, zumal die entsprechende Frage kurz und einfach formuliert war. Dem Austrittsbericht vom 21. September 2006 ist sodann zu seinen sprachlichen Fähigkeiten zu entnehmen, dass zwar teilweise durch die sprachliche Barriere diskrete Auffassungs- und Konzentrationsstörungen vorhanden gewesen waren, jedoch eine bessere Verfügbarkeit der sprachlichen Fertigkeiten des Beklagten im weiteren Verlauf der Hospitalisation festgestellt werden konnte (act. G1.23). Ohnehin bedingt eine stationäre psychiatrische Behandlung, wie sie beim Beklagten erfolgreich durchgeführt werden konnte, ein sprachliches Grundniveau des Patienten, andernfalls die behandelnden Ärzte keine Gespräche mit diesem führen könnten, was bei psychiatrischen Behandlungen unabdingbar ist. Es erscheint somit schwer nachvollziehbar, dass der Beklagte rund fünf Jahre nach der erwähnten Hospitalisation mit dauerndem Wohnsitz in der Schweiz die Fragen in der Gesundheitsdeklaration aus sprachlichen Gründen nicht verstanden hat, zumal er die Fragen nach seiner letzten Untersuchung und die Gründe für diese (Fragen 1) zweckdienlich beantworten konnte (act. G1.4). Hinzu kommt, dass er die Krankheitsanzeige vom 17. Dezember 2018 selbständig und korrekt ausfüllen konnte, was dafür spricht, dass er zumindest in diesem Zeitpunkt über gute Deutschkenntnisse verfügte (vgl. act. G1.11). Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Beklagte seine Anzeigepflicht gegenüber der Klägerin verletzt hat, indem er die stationären Aufenthalte als für die Beklagte relevante Gefahrstatsachen trotz entsprechender Frage nicht erwähnt hat. Die Klägerin fordert bereits geleistete Krankentaggelder von Fr. 33'611.40 aufgrund der vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung des Beklagten zurück (act. G1 II.B.a. Rz. 11). Dagegen wendet der Beklagte ein, dass kein Arztbericht im Recht liege, welcher belege, dass für den Zeitraum, für welchen die Klägerin Taggelder zurückverlange, eine psychische Komponente die Arbeitsunfähigkeit beeinflusst habe (act. G5 IV. Rz. 4.2). Es bleibt damit die Frage nach der Kausalität zwischen der unrichtig mitgeteilten Gefahrstatsache und dem Schaden zu prüfen. Die Rechtsprechung geht von einem weiten Kausalitätsbegriff nach Art. 6 Abs. 3 VVG aus, der erfüllt ist, wenn die verschwiegene Tatsache einen Bezug zum eingetretenen Risiko hat (Urteile des Bundesgerichts vom 29. Oktober 2015, 4A\_150/2015, E. 7.4, und vom 11. August 2010, 4A\_303/2010 E. 2.4). Damit in dieser zeitlichen Abfolge der aufeinander bezogenen Tatsachen von Beeinflussung im Sinne von Art. 6 Abs. 3 VVG gesprochen werden kann, muss mindestens eine Ursächlichkeit im natur-wissenschaftlichen Sinne vorliegen. In beweisrechtlicher Hinsicht genügt eine überwiegende Wahrscheinlichkeit der Abfolge der aufeinander bezogenen Tatsachen (Urs Ch. Nef/Clemens von Zedtwitz, in: Heinrich Honsell/Nedim Peter Vogt/Anton K.

Schnyder/Pascal Grolimund [Hrsg.], Basler Kommentar zum Versicherungsvertragsgesetz, Nachführungsband, Basel 2012, Art. 6 N 4c). Nicht erfüllt ist der Kausalzusammenhang, wenn der eingetretene Schaden völlig losgelöst von der unrichtig angegebenen Gefahrstatsache ist (Urteil des Bundesgerichts vom 7. Oktober 2016, 9C\_18/2016, E. 6.2.2). Im Rahmen des UV-Verfahrens äusserte sich Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, dahingehend, dass es sich bei den beim Sturz erlittenen Verletzungen um bagatelläre anmutende Prellungen der LWS gehandelt habe. Eine Kontusion der LWS sei gemäss Reintegrationsleitfaden mit einer maximalen Behandlungszeit von sechs Wochen behaftet. Die nach diesem Zeitpunkt beklagten Beschwerden der LWS seien überwiegend wahrscheinlich ausschliesslich unfallunabhängigen Faktoren, wie zum Beispiel einer psychischen Komorbidität, geschuldet (act. G1.7). Dr. E.\_\_\_\_ diagnostizierte am 3. Mai 2019 beim Kläger eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) sowie eine generalisierte Angststörung, einhergehend mit Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (ICD-10: F43.20), und führte aus, eine verminderte psychische Stressbelastung mit Verunsicherung, Zweifel und Skepsis wirkten sich zusätzlich limitierend aus. Aus rein körperlicher Sicht sollte die Prognose mittel- und langfristig günstig sein. Wegen der psychischen Beschwerden und der beginnenden Chronifizierung sei jedoch die Rekonvaleszenz deutlich verzögert (act. G1.16). Auf Nachfrage der Klägerin präziserte der Behandler, bei der Krankenschreibung sei ein Unfallereignis am Anfang gestanden. Die protrahierte Rekonvaleszenz sei teilweise somatisch, teilweise psychisch bedingt. Eine Einteilung zwischen "Soma und Psyche" sei nicht einfach und wenn eine genaue Trennung der psychischen und somatischen Faktoren gewünscht werde, könne dies gutachterlich geklärt werden (act. G1.19). Bei der vom Beklagten nicht angezeigten erheblichen Gefahrstatsache handelt es sich um die stationären Behandlungen in der Psychiatrischen Klinik F.\_\_\_\_ wegen einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) sowie einer Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten (ICD-10: F43.25). Die Arbeitsunfähigkeit, für welche die Klägerin im strittigen Zeitraum Taggeldleistungen erbracht hat, wurde zwar zunächst mit somatischen Beschwerden begründet, doch bestätigte der Behandler des Beklagten, dass ein enger Zusammenhang zwischen den somatischen und psychischen Beschwerden bestünde. Dieser diagnostizierte beim Beschwerdeführer denn auch – wie bereits erwähnt – eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) sowie eine generalisierte Angststörung, einhergehend mit Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (ICD-10: F43.20). Soweit der Beklagte argumentiert, dass die damals in der Psychiatrischen Klinik F.\_\_\_\_ gestellten Diagnosen (eine posttraumatische Belastungsstörung und eine Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten) in keinem Zusammenhang mit den für die Taggeldleistungen gestellten Diagnosen (ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit unklaren Parästhesien ohne Hinweis auf eine Neurokompression und minime Anterolisthesis L2/L3 mit begleitender Spondylarthrose) stünden, übersieht er, dass sich die Klägerin nicht auf die somatischen Beschwerden, sondern auf die psychiatrischen Diagnosen von Dr. E.\_\_\_\_ beruft. Bezüglich des Kausalzusammenhangs zwischen der nicht bekanntgegebenen Gefahrstatsache (zweimalige stationäre Behandlung in einer psychiatrischen Klinik) und dem eingetretenen Schaden geht es vorliegend somit nicht um die somatischen Unfallfolgen, für welche die SUVA zuständig war und diesbezüglich rechtskräftig entschieden hat, dass aus medizinischer Sicht spätestens ab 30. November 2018 nicht mehr von Unfallfolgen auszugehen sei (act. G1.8).

Vielmehr geht es einzig darum, ob zwischen der chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren sowie der diagnostizierten Angststörung und der in der psychiatrischen Klinik behandelten posttraumatischen Belastungsstörung sowie Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zumindest ein Teilkausalzusammenhang besteht. Die Kritik des Beklagten, wonach nicht bewiesen sei, dass die psychische Komorbidität auf das traumatische Kriegserlebnis zurückzuführen sei, welches im Rahmen der Klinikaufenthalte in den Jahren 2005 und 2006 behandelt worden sei, ist dabei differenziert zu betrachten. Denn das Bundesgericht geht – wie unter E. 4.2 ausgeführt – von einem weiten Kausalitätsbegriff aus. Zwar bedeutet dies noch keine Umkehr der Beweislast, doch hat die Klägerin nicht den vollen Beweis zu erbringen. Vielmehr genügt die überwiegende Wahrscheinlichkeit. Das Bundesgericht hat ferner erkannt, dass die verschwiegene Krankheit nicht gleich diagnostiziert werden muss wie die während der Vertragsdauer aufgetretene. Entscheidend sind die psychopathologischen Befunde und der Schweregrad der Symptomatik bzw. die Notwendigkeit einer Behandlung (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 17. August 2016, 9C\_308/2016, E. 4.3, und vom 20. Juni 2016, 9C\_190/2016, E. 4). Die Diagnosen einer posttraumatischen Belastungsstörung und einer Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten sind zwar nicht gleichzusetzen mit einer generalisierten Angststörung, einhergehend mit Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion, oder einer chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren. Es liegen jedoch im Wesentlichen die gleichen psychischen Beschwerden vor, welche die strittige attestierte Arbeitsunfähigkeit (mit)begründeten und zum Aufenthalt in der Psychiatrischen Klinik F.\_\_\_\_ geführt hatten, zumal die Diagnose einer Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion nach ICD-10: F43.2 einem engen Zusammenhang zu einer Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten aufweist (vgl. Horst Dilling/Werner Mombour/Martin H. Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinie, 10. Auflage, Bern 2015, S. 209 ff.). Es trifft zwar zu, dass Dr. E.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 20. Juli 2019 festhielt, dass er eine Trennung zwischen den somatischen und psychischen Beschwerden nicht ziehen könne und dies, falls gewünscht, gutachterlich geklärt werden könnte (act. G1.19 S. 2). Es ist jedoch nicht ersichtlich, inwiefern ein fachärztliches Gutachten Aufschluss über die hier zu beurteilende Rechtsfrage der Kausalität hätte geben können, zumal fraglich erscheint, ob eine klare Trennung zwischen somatischen und psychischen Faktoren generell möglich ist. Dies ist vorliegend indes auch nicht erforderlich. Entscheidend ist, dass sich die Arbeitsunfähigkeit nach Abklingen der somatischen Unfallfolgen fortsetzte, weil sich die Beschwerden zu einer Schmerzstörung hin entwickelt haben, die durch eine Prädisposition in psychiatrischer Hinsicht begünstigt wurde, was Dr. E.\_\_\_\_ auch bestätigte (act. G1.19 S. 2). Der Beklagte bestreitet denn auch nicht substantiiert, dass eine posttraumatische Belastungsstörung sowie eine Anpassungsstörung aufgrund ungünstiger Prädisposition Risikofaktoren für eine chronische Schmerzstörung sowie eine generalisierte Angststörung bilden. Nach dem Gesagten steht fest, dass ein enger, rechtsgenügender (natürlicher und adäquater) (Teil)Kausalzusammenhang zwischen der verschwiegenen Tatsache und der die erbrachten Leistungen auslösenden erneuten länger dauernden Arbeitsunfähigkeit besteht, welcher auch durch die lange Zeitdauer zwischen den beiden Klinikaufenthalten und dem Unfallereignis nicht unterbrochen wird. Dass bereits zuvor mehrere Unfälle mit protrahiertem Heilungsverlauf aktenkundig sind, spricht ebenfalls für eine sich negativ

auswirkende, vorhandene Prädisposition und damit wie erwähnt zumindest für eine relevante Teilkausalität zwischen nicht erwähnter Gefahrstatsache und leistungsauslösender Arbeitsunfähigkeit. Dem Beklagten gelingt es denn auch nicht, den Gegenbeweis zu erbringen, dass der eingetretene Schaden völlig losgelöst von der unrichtig angegebenen Gefahrstatsache ist, z.B. weil eine andere psychische Komponente den Genesungsprozess hauptsächlich verzögert hätte. Einen entsprechenden Beweisantrag stellte er ebenso wenig. Somit erweist sich die beantragte Rückforderung von Taggeldleistungen im Umfang von Fr. 33'611.40, welche vom Beklagten in der Höhe nicht bestritten wird, als rechters. Die Klage ist nach dem soeben Dargelegten dahingehend gutzuheissen, dass der Beklagte verpflichtet wird, der Klägerin Fr. 33'611.40 zuzüglich Zins zu 5 % ab dem 21. Juli 2022 zu bezahlen. Gemäss Art. 106 Abs. 1 ZPO werden die Prozesskosten der unterliegenden Partei auferlegt. Gerichtskosten sind gemäss Art. 114 lit. e ZPO jedoch keine zu erheben. Die Parteienschädigung spricht das Gericht nach den kantonalen Tarifen zu (Art. 105 Abs. 2 i.V.m. Art. 96 ZPO). Bei einem Streitwert zwischen Fr. 30'000.-- und Fr. 100'000.-- beträgt das mittlere Honorar im Zivilprozess Fr. 3'500.-- zuzüglich 9 % des Streitwerts (Art. 14 Abs. 1 lit. c der Honorarordnung [HonO; sGS 963.75]). Bei einem Streitwert von Fr. 33'611.40 resultiert damit ein Honorar von gerundet Fr. 6'525.-- (Fr. 3'500.-- + 9 % von Fr. 33'611.40). Versand-, Telekommunikations-, Kopier- und Scankosten können pauschal mit 4 % des Honorars, höchstens Fr. 1'000.--, berechnet werden (Art. 28 bis HonO). Folglich hat die Beklagte die Klägerin mit Fr. 6'525.-- zuzüglich Barauslagen von gerundet Fr. 261.-- (4 % von Fr. 6'525.--), d.h. mit Fr. 6'786.-- zu entschädigen. Entscheid nach einer Beratung gemäss Art. 14 Abs. 2 des sankt-gallischen Reglements über Organisation und Geschäftsgang des Versicherungsgerichtes (OrgR; sGS 941.114) In Gutheissung der Klage wird der Beklagte verpflichtet, der Klägerin Fr. 33'611.40 zuzüglich Zins zu 5 % ab dem 21. Juli 2022 zu bezahlen. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. Der Beklagte hat die Klägerin mit Fr. 6'786.-- (inkl. Barauslagen) zu entschädigen.

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