

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2017.00043

vom 4. März 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-03-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KK.2017.00043

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2017.00043 du 4 mars 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2017.00043 del 4 marzo 2019

Erwägungen

E. 1.1

Streitigkeiten aus einer Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung unterstehen gemäss Art. 2 Abs.

E. 1.2

Das Sozialversicherungsgericht ist als einzige kantonale Gerichtsstanz für Klagen über Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem KVG zuständig (Art. 7 der Schweizerischen Zivilprozessordnung, ZPO, in Verbindung mit § 2 Abs. 2 lit. b des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht; GSVGer; BGE 138 III 2 E. 1.2.2), ohne dass vorgängig ein Schlichtungsverfahren durchzuführen ist (BGE 138 III 558 E. 4).

E. 1.3

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 in Verbindung mit 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 entscheidungswesentlichen Sachverhalts aktiv mitzuwirken. Das Gericht ist im Rahmen der sozialen Untersuchungsmaxime gemäss Art. 247 Abs. 2 lit. a ZPO lediglich einer erhöhten Fragepflicht unterworfen. Wie unter der Verhandlungsmaxime müssen die Parteien selbst den Stoff beschaffen. Das Gericht kommt ihnen nur mit spezifischen Fragen zur 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; Urteil des Bundesgerichts 4 A_702/2016 vom 23. März 2017 E. 3.1).

E. 1.4

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 der Versicherungsnehmer, der versicherte Dritte oder der Begünstigte - die Tatsachen zur «Begründung des Versicherungsanspruches» (Marginalie zu Art. 39 VVG) zu beweisen, also namentlich das Bestehen eines Versicherungsvertrags, den Eintritt des Versicherungsfalles und den Umfang des Anspruchs. Den Versicherer trifft die Beweislast für Tatsachen, die ihn zu einer Kürzung oder Verweigerung der vertraglichen Leistung berechtigen (z.B. wegen schuldhafter Herbeiführung des befürchteten Ereignisses: Art. 14 VVG) oder die den Versicherungsvertrag gegenüber dem Anspruchsberechtigten unverbindlich machen (z.B. wegen betrügerischer Begründung des Versicherungsanspruches: Art. 40 VVG). Anspruchsberechtigter und Versicherer haben im Streit um vertragliche Leistungen je ihr eigenes Beweisthema und hierfür je den Hauptbeweis zu erbringen (BGE 130 III 321 E. 3.1).

E. 1.5

Da der Nachweis rechtsbegründender Tatsachen im Bereich des Versicherungsvertrags regelmässig mit Schwierigkeiten verbunden ist, geniesst der beweispflichtige Anspruchsberechtigte insofern eine Beweiserleichterung, als er in der Regel nur eine überwiegende Wahrscheinlichkeit für das Bestehen des geltend gemachten Versicherungsanspruchs darzutun hat. Allerdings kann der Versicherer im Rahmen des Gegenbeweises Indizien geltend machen, welche die Glaubwürdigkeit des Ansprechers erschüttern oder erhebliche Zweifel an seinen Schilderungen erwecken. Gelingt der Gegenbeweis, dürfen die vom Anspruchsberechtigten behaupteten Tatsachen nicht als überwiegend wahrscheinlich und damit nicht als bewiesen anerkannt werden. Der Hauptbeweis ist vielmehr gescheitert (BGE 130 III 321 E. 3.4).

E. 1.6

Ausnahmen vom Regelbeweismass des strikten Beweises, in denen eine überwiegende Wahrscheinlichkeit als ausreichend betrachtet wird, ergeben sich einerseits aus dem Gesetz selbst, andererseits sind sie durch Rechtsprechung und Lehre herausgearbeitet worden. Den Ausnahmen liegt die Überlegung zu Grunde, dass die Rechtsdurchsetzung nicht an Beweisschwierigkeiten scheitern darf, die typischerweise bei bestimmten Sachverhalten auftreten (vgl. BGE 130 III 321 E).

3.2). Die Beweiserleichterung setzt demnach eine „Beweisnot“ voraus. Diese Voraussetzung ist erfüllt, wenn ein strikter Beweis nach der Natur der Sache nicht möglich oder nicht zumutbar ist, insbesondere, wenn die von der beweisbelasteten Partei behaupteten Tatsachen nur mittelbar durch Indizien bewiesen werden können. Die entsprechenden Überlegungen gelten unabhängig davon, welche Partei beweisbelastet ist. Das Bundesgericht hat denn auch in Bezug auf den vom Versicherer zu erbringenden Beweis der absichtlichen Herbeiführung des versicherten Ereignisses (Art. 14 VVG) entschieden, dass der Versicherer sich ebenfalls auf eine Reduktion des Beweismasses auf den Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit berufen kann, wenn der strikte Beweis nach der Natur der Sache nicht möglich bzw. nicht zumutbar ist. Diese Beweiserleichterung gilt auch für den Beweis der absichtlichen Herbeiführung des Versicherungsfalles (mit oder ohne Täuschungswille, der naturgemäss nur schwierig zu erbringen ist; Urteil des

Bundesgerichts 4A_382/2014 vom 3. März 2015 E. 5.3).

E. 1.7

Nach Art. 168 Abs. 1 ZPO sind als Beweismittel zulässig: Zeugnis (lit . a), Urkunde (lit . b), Augenschein (lit . c), Gutachten (lit . d), schriftliche Auskunft (lit . e) sowie Parteibefragung und Beweisaussage (lit . f). Diese Aufzählung ist abschliessend ; im Zivilprozessrecht besteht insofern ein Numerus clausus der Beweismittel , vorbehalten bleiben nach Art. 168 Abs.

E. 2

ZPO lediglich die Bestimmungen über Kinderbelange in familienrechtlichen Angelegenheiten (BGE 141 III 433 E. 2.5.1). Art. 168 Abs. 1 lit . d ZPO lässt einzig vom Gericht eingeholte Gutachten als Beweismittel zu. Privatgutachten sind zwar zulässig, aber nicht als Beweismittel, sondern nur als Parteibehauptungen (BGE 141 III 433 E. 2.5.2) .

E. 2.1

mit Hinweis; vgl. auch BGE 142 V 448 E. 4.1). Der nicht durch einen externen Rechtsanwalt vertretenen obsiegenden Beklagten steht praxisgemäss keine Parteientschädigung zu (BGE 133 III 439 E. 4). Das Gericht erkennt:

E. 2.2

Die Kündigung der Zusatzversicherung erfolgte am 24. März 2017 (Urk. 2/26) . Das verwendete Briefpapier weist im Briefkopf den Firmennamen Sanitas ohne Zusatz auf. Am unteren Rand ist ein Vermerk angebracht, dass die Sanitas Grundversicherungen AG Dienstleistungen im Auftrag der Sanitas Privatversicherungen AG erbringen kann sowie die Adresse mit Hauptsitz an der Jägerstrasse 3, Zürich. Ferner ist die Kundennummer der Klägerin erwähnt und auf der zweiten Seite ist die Kündigung durch den Leiter Produkte Operations und den Leiter Medizinische Risikoprüfung unterzeichnet.

E. 2.3

Die Beklagte wendet zu Recht ein, die Sanitas Grundversicherungen AG sei ermächtigt, für sie Handlungen vorzunehmen und die Infrastruktur zu benützen. Zwar reichte sie den als Beweismittel offerierten

Intercompany-Vertrag (vgl. Urk. 21 S. 2) dem Gericht nicht ein . Dies ist aber nicht weiter von Belang , zumal auch schon die Police des abgeschlossenen Versicherungsvertrages den Hinweis enthält, dass die Sanitas Grundversicherungen AG für die Beklagte Aufträge ausführen darf und dies auch in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) steht (Urk. 22/2 S. 3 oben) .

Der Vorwurf der Klägerin der fehlenden beziehungsweise nicht korrekten Firmengebrauchspflicht nach Art. 954a Obligationenrecht (OR) und des Verstosses gegen Art. 8 des Bundesgesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) sowie Art. 3 lit . b UWG gehen fehl , da aus der Kündigung klar hervorgeht, dass nur die Zusatzversicherung nach VVG gekündigt wurde und diese Kündigung keine Auswirkungen auf die Grundversicherung hatte.

Auch erfolgte die Kündigung entsprechend den Formvorschriften von Art. 6 VVG, der die einfache Schriftlichkeit vorschreibt , sowie auch rechtskonform unter Hinweis auf die verschwiegene Gefahrestatsache (BGE 129 III 713 E. 2; vgl. auch Urteil des

Bundesgerichts 4A_376/2014 vom 27. April 2015 E. 2.3.1). Eine Irreführung der Klägerin ist damit weder erstellt noch ersichtlich .

Gleich zu beurteilen ist auch die Rüge, die Beklagte sei nicht gehörig zur Rechtsvertretung bevollmächtigt. Die eingereichte Vollmacht vom 11. Dezember 2017 (Urk. 14) konkretisiert den Umfang der Dienstleistung der von der Rechtsvertreterin als Mitarbeitende des Unternehmensrechtsdienstes zu erbringenden Dienstleistung, nämlich die Prozessführung namens und im Auftrag der Beklagten.

Die Rechtsvertreterin der Beklagten hat sich gemäss Art. 68 Abs. 3 ZPO korrekt ausgewiesen, so dass diesbezüglich kein Mangel vorliegt.

E. 2.4

Nach dem Gesagten sind aus rein formeller Sicht sowohl die Vertragskündigung vom 24. März 2017 (unter Ausklammerung der Frage der Rechtzeitigkeit) als auch die vorliegende Prozessvertretung rechtmässig erfolgt, weshalb die Klage diesbezüglich unbegründet ist.

E. 3.1

Den Rücktritt

vom Vertrag beziehungsweise dessen Kündigung begründete die Beklagte mit einer Anzeigepflichtverletzung der Klägerin bei Vertragsabschluss. Sie macht geltend, die Klägerin habe im Versicherungsantrag die Frage nach Gesundheitsstörungen und Krankheiten in den letzten fünf Jahren wahrheitswidrig verneint . Die Klägerin habe die Frage mit «nein» beantwortet, obwohl sie in den letzten Jahren wiederholt wegen ihrer abnormalen Monatsblutung und unklaren, zyklischen Unterbauchschmerzen einen Arzt aufgesucht habe (vgl. Urk. 21 S. 5 ff.).

E. 3.2

Die Klägerin führte in ihrer Klagebegründung (Urk. 9) aus, der Vorwurf der Anzeigepflichtverletzung werde zurückgewiesen. Einerseits habe sie keine Anzeigepflichtverletzung begangen, da sie zu keinem Zeitpunkt an einem polyzystischen Ovarialsyndrom (PCO) gelitten habe und die zu beantwortenden Gesundheitsfragen zudem zu unbestimmt gewesen

seien (S. 18 ff.) . Andererseits sei die Kündigung des Versicherungsvertrages durch die Beklagte vom 24. März 2017 aufgrund abgelaufener Frist ungültig (S. 22).

Somit sei die ausgesprochene Kündigung vom Versicherungsvertrag unwirksam und das Versicherungsverhältnis bestehe unverändert weiter.

E. 4

). Dies geht auch aus dem Bericht von Dr. C.____ vom April 2017 hervor, wo nach die Klägerin gemäss Diagnoses tellung vom 12. November 2016 seit vielen Wochen und damit noch vor dem Ausfüllen des Gesundheitsfragebogens vom 1. November 2016 an einem PCO -Syndrom mit Adenomyose l eide (vgl. vorstehend E. 4.3.5); ebenso aus den Ausführungen von Dr. Z.____ , welcher auf seit Monaten bestehende Metrorrhagien-Beschwerden der Klägerin hinwies (vgl. vorstehend E. 4.3.1).

Die von der Klägerin verneinte Fragen lauteten, ob in den letzten fünf Jahren eine Gesundheitsstörung, ein Unfall oder Krankheiten zum Beispiel der Harn-oder

Geschlechtsorgane oder Frauenkrankheiten

bestanden hätten. Aufgrund ihrer Krankengeschichte ist nicht nachvollziehbar, dass die Klägerin die entsprechende Frage verneinte.

E. 4.1

Gemäss Art. 4 Abs. 1 VVG hat der Antragsteller dem Versicherer an Hand eines Fragebogens oder auf sonstiges schriftliches Befragen alle für die Beurteilung der Gefahr erheblichen Tatsachen, soweit und so wie sie ihm beim Vertragsabschlusse bekannt sind oder bekannt sein müssen, schriftlich mitzuteilen. Erheblich sind diejenigen Gefahrstatsachen, die geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers, den Vertrag überhaupt oder zu den vereinbarten Bedingungen abzuschliessen, einen Einfluss auszuüben (Abs. 2). Die Gefahrstatsachen, auf welche die schriftlichen Fragen des Versicherers in bestimmter, unzweideutiger Fassung gerichtet sind, werden als erheblich vermutet (Abs. 3).

E. 4.2

In der am 1. November 2016 unterzeichneten Gesundheitserklärung (Urk. 2/7) war unter anderem die Frage an die Klägerin gerichtet, ob sie eine Gesundheitsstörung, einen Unfall oder Krankheiten habe beziehungsweise jemals in den letzten fünf Jahren gehabt habe wie zum Beispiel der Atemwegorgane, des Herzens, des Kreislaufsystems, des Nervensystems oder der Psyche, der Verdauungsorgane, der Harn- oder Geschlechtsorgane, Frauenkrankheiten, Hautkrankheiten, des Stütz- und Bewegungsapparates, des Stoffwechsels oder der Drüsen, Blut- oder Infektionskrankheiten, der Sinnesorgane (Augen, Ohren, Nase), Tumorleiden, Geburtsgebrechen oder eine andere vorstehend nicht genannte Störung, Verletzung oder Erkrankung (S. 2 Frage 2). Die Klägerin verneinte diese Fragen.

E. 4.3.1

Im Zuge des am 9. Januar 2017 vom Y.____ an die Beklagte gestellten Kostengutsprachegesuchs für eine stationäre Behandlung (Urk. 2/18) holte die Beklagte von Privatdozent Dr. Z.____, Leitender Arzt an der A.____, Y.____, medizinische Auskünfte ein. Dieser beantwortete am 12. Januar 2017 (Urk. 2/23) die Fragen der Beklagten. Er führte aus, die Klägerin leide seit einigen Monaten an Metrorrhagien und unklaren, zyklischen Unterbauchschmerzen. Am 6. Januar 2017 habe er aufgrund eines Verdachtes auf einen Kavumpolypen eine Sonographie durchgeführt, Ende Januar 2017 sei eine Operation geplant (S. 1).

E. 4.3.2

Die behandelnde Ärztin Dr. med. A.____, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, berichtete der Beklagten am 26. Januar 2017 (Urk. 2/24). Es hätten bei der Klägerin gynäkologische Routineuntersuchungen mit unauffälligen Befunden in den Jahren 2012, 2014 und 2015 stattgefunden. Anamnestisch bestehe ein polyzystisches Ovarialsyndrom (PCO) mit Oligomenorrhoe. Die letzte gynäkologische Untersuchung habe sie am 29. Juni 2015 mit unauffälligem Befund durchgeführt (S. 2).

E. 4.3.3

Mit Austrittsbericht vom 30. Januar 2017 (Urk. 2/22) berichteten die Ärzte des Y.____ über die Hospitalisation der Klägerin vom 19. bis 22. Januar 2017. Sie nannten die folgenden

Diagnosen (S 1): - 28-jährige Patientin mit Metrorrhagien - hysteroskopisch unauffälliges Cavum - tiefinfiltrierende Endometriose

ASRM Grad III - tiefinfiltrierender Herd Lig . Sacrouterinum und Septum rectovaginale rechts mit Infiltration der Vaginalwand - mehrere oberflächliche Herde im Bereich des Blasenperitoneums sowie im kleinen Becken - Dysmenorrhoe - Status nach Mammaaugmentationsplastik 2011 Die Zuweisung der Klägerin sei aufgrund persistierender Metrorrhagien und unklaren Unterbauchschmerzen erfolgt. Bei Metrorrhagien habe sich initial sonographisch der Verdacht auf einen Kavumpolypen gezeigt, in der Verlaufskontrolle habe dieser jedoch nicht reproduziert werden können (S. 1 am Schluss). Als Befunde wurden erhoben: Ein Uterus mit scharf begrenztem Endometrium , paraterin kräftiger bilateraler Venenplexus , unauffällige Ovarien - nicht typisch PCO like erscheinend - , keine Anhaltspunkte für Endometriose (S. 2 oben).

E. 4.3.4

Am 24. März 2017 (Eingangsdatum; Urk. 2/25) ergänzte Dr. A.____ (vgl. vorstehend E. 4.3.2) ihre Angaben hinsichtlich Anamnese, Diagnosen und Behandlungen. Ihrer Auflistung nach sei die Klägerin am 24. September 2012 zur ersten Kontrolle bei ihr gewesen. Dort habe sie schon die Diagnose PCO gehabt. Am 25. März 2013 habe sie sich bei ihr wegen Dysmenorrhoe gemeldet und Schmerzmittel erhalten. Mit Eintrag vom 4. Dezember 2013 seien die Beschwerden nicht viel besser gewesen.

Darüber hinaus sei die Klägerin am 3. März 201

E. 4.3.5

Am 22. April 2017 gab Dr. med. C.____, Oberarzt an der D.____, zu den Fragen der Beklagten Auskunft (Urk. 22/4). Gemäss Diagnosestellung vom 12. November 2016 leide die Klägerin seit vielen Wochen an einem PCO -Syndrom

sowie an einer Adenomyose (Sonderform der Endometriose), und als Folgen davon sei mit Amenorrhoe sowie Sterilität zu rechnen (S. 1 Ziff. 1 und 3).

E. 4.4

Aus den soeben aufgeführten Arztberichten erhellt, dass die Klägerin ungeachtet des Zeitpunktes der konkreten Diagnose offensichtlich bereits seit längerer Zeit, sicher aber gemäss Auskunft von Dr. A.____ seit September 2012, unter Menstruations-Beschwerden litt und in Abklärung war (vgl. vorstehend E. 4.3).

E. 4.5

Gefahrstatsachen im Sinne des Art. 4 VVG sind alle Tatsachen, die bei der Beurteilung der Gefahr in Betracht fallen und den Versicherer demzufolge über den Umfang der zu deckenden Gefahr 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 (BGE 134 III 511 E. 3.3.2). Die Anzeigepflicht des Antragstellers weist indessen keinen umfassenden Charakter auf. Sie beschränkt sich auf die Angabe jener Gefahrstatsachen, nach denen der Versicherer ausdrücklich und in unzweideutiger Art gefragt hat; der Antragsteller 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; 116 II 338 E. 1a, je mit Hinweisen). Bei sehr umfassend und weit formulierten bzw. offengehaltenen Fragen, in denen nicht näher spezifizierte Begriffe

verwendet werden, ist eine Anzeigepflichtverletzung nur restriktiv anzunehmen.

Vorliegend hat die Beklagte der Klägerin präzise Gesundheitsfragen gestellt, welche von der Klägerin auch beantwortet wurden. Es bleibt anzumerken, dass die Beklagte nicht nach konkreten, bereits gestellten Diagnosen fragte (zumindest nicht bei der Frage 2 des Gesundheitsfragebogens; Urk. 2/7), sondern nach gesundheitlichen Störungen oder Krankheiten. Zwar ist der Begriff der Gesundheitsstörung weit gefasst, aber mit Blick auf die angebrachte Erklärung beziehungsweise die genannten Beispiele geht insgesamt hervor, dass darunter – nebst den Krankheiten, die explizit aufgeführt sind – alle gesundheitlichen Beeinträchtigungen gemeint sind, denen nicht bloss Bagatelldiagnosen zukommen, die mithin Krankheitswert aufweisen (BGE 134 III 511 E. 3.3.4). Entsprechend mussten von der Klägerin sämtliche gesundheitlichen Störungen und Beschwerden aufgeführt werden. Sowohl Dysmenorrhoe als auch Metrorrhagie sind mit einem ICD-Code versehen worden (ICD-10 N92.1 bzw. ICD-10 N94.4-6). Sie gelten damit als Gesundheitsstörungen mit Krankheitswert und gehen über das Mass der üblichen Regelschmerzen hinaus, was auch aus dem Kostengutsprachegebot des Y. ___ vom 9. Januar 2017 hervorgeht, welches mit dem Diagnose-Code ICD-10 N9 versehen war (Urk. 2/18). Der Umstand, dass die Klägerin sich ärztlich beziehungsweise behandeln liess, beweist, dass der Schwellenwert der Bagatelle überschritten worden war. Bei diesen Abklärungen handelte es sich nicht – wie die Klägerin geltend machte (Urk. 28 S. 8 oben) – um reine Routineuntersuchungen, da sich die Klägerin nebst diesen Abklärungen auch zur ordentlichen Vorsorgeuntersuchung begab, welche von der behandelnden Dr. A. ___

denn auch in ihrem Bericht gesondert aufgeführt wurde beziehungsweise Erwähnung fand (vgl. vorstehend E. 4.3.4).

Durch die Verneinung der vorerwähnten Fragen im Gesundheitsfragebogen der Beklagten hat die Klägerin eine erhebliche Gefahrentatsache, die sie kannte oder hätte kennen müssen, unrichtig mitgeteilt beziehungsweise verschwiegen. Das gänzliche Ausbleiben dieser Information stellt bereits eine Anzeigepflichtverletzung der Klägerin dar und die tatsachenwidrige Beantwortung der Fragen im Gesundheitsfragebogen der Beklagten steht damit fest.

Es bleibt darauf hinzuweisen, dass die Klägerin beim Versicherungsantrag ursprünglich einen früheren Vertragsbeginn beantragte, nämlich bereits den 1. Dezember 2016 (Urk. 2/4). Die Beklagte setzte den Versicherungsbeginn dennoch auf den 1. Januar 2017 fest, vgl. Urk. 2/9).

Ob der Wunsch der Klägerin nach einem früheren Versicherungsbeginn mit der bestehenden Gesundheitsproblematik

zusammenhängt, muss nicht weiter geprüft werden.

E. 4.6

Soweit die Klägerin einwendet, dass unklar und irreführend sei, was unter Frauenkrankheiten zu verstehen sei (Urk. 8 S. 5 f., S. 19 f.), ist ihr entgegen zu halten, dass der Begriff durchaus seine Berechtigung hat, da er auf das gynäkologische Fachgebiet zielt und somit genügend genau bestimmt ist. Auch ein Blick ins Internet gibt einen genauen Überblick, was unter Frauenkrankheiten zu verstehen ist (vgl. <https://www.onmeda.de/frauen-gesundheit/frauen-krankheiten>).

html ; <https://www.beobachter.ch/stichworte/f/frauenkrankheiten> ; <https://www.welt.de/gesundheits/article6692634/Endometriose-Die-raetselhafte-Frauenkrankheit.html> ; alle Websites abgerufen Ende Januar 2019). Darüber hinaus werden Gynäkologen in Deutschland als «Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe» bezeichnet und sie dürfen in der Schweiz ihren Facharztstitel auch als Synonym ausschreiben und den Titel «Facharzt für Frauenkrankheiten» tragen (vgl. Schweizerische Ärztezeitung 2015, Informationsschrift der FMH zu Ausschreibungsvorschriften «Titelausschreibung leicht gemacht», Ziff. 4), was auch in der bundesgerichtlichen Rechtsprechung Eingang fand (vgl. zum Beispiel das Urteil des Bundesgerichts I 885/02 vom 21. Oktober 2003).

Ebenso kann die Klägerin nichts zu ihren Gunsten ableiten aus dem Umstand, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung einen Anteil der Spalkosten des Y.____ übernommen habe und sich die Beklagte das Verhalten der Schwester gesellschaft Sanitas Grundversicherungen AG gemäss den Bestimmungen des Firmen- und Konzernrechts rechtlich anrechnen lassen müsse (Urk. 8 S. 11, S. 23). Denn die Leistungspflicht dieser (Grund-) Versicherung richtet sich nach dem im KVG festgehaltenen Katalog und ist somit unabhängig von der Zusatzversicherung nach VVG und deren Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Schliesslich ist der Zusammenhang des Eingriffs am Y.____ im Januar 2017 mit der sich nunmehr nicht restlos bestätigten Diagnose eines PCO (vgl. vorstehend E. 4.3.3) für die Anzeigepflichtverletzung nicht von Belang, da die Abklärung am Y.____ im Zusammenhang mit den (krankheitswertigen) Menstruationsbeschwerden und dem Verdacht auf einen Kavumpolypen erfolgte (vgl. vorstehend E. 4.3.1). Die vertiefte medizinische Abklärung am Y.____ zeigte gerade auf, dass die Klägerin im Zeitpunkt der Antragsstellung und danach an behandlungs- beziehungsweise abklärungsbedürftigen Beschwerden mit Krankheitswert litt, ansonsten der Eingriff nicht notwendig gewesen wäre, was sich auch aus dem Bericht von Dr. C.____ ergibt (vgl. vorstehend E. 4.3.5).

E. 5.1

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).

E. 5.1

Das Kündigungsrecht erlischt vier Wochen, nachdem der Versicherer 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 Verwirklichungsfrist, deren Einhaltung der Versicherer zu beweisen hat (BGE 118 II 333 E. 3; Urteil des Bundesgerichts

4A_150/2015 vom 29. Oktober 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).

E. 5.2

Am 24. März 2017 kündigte die Beklagte den Vertrag auf den 27. März 2017 aufgrund der festgestellten Verletzung der Anzeigepflicht (Urk. 2/26).

Nach dem Gesuch vom 9. Januar 2017

des Y.____

um Kostengutsprache für eine stationäre Behandlung mit dem Diagnosecode ICD-10 N9 (Urk. 2/18) hat die Beklagte bei den behandelnden Ärzten Auskünfte sowie Berichte eingefordert. Der Arztbericht von Dr. Z.____ vom 12. Januar 2017 wies als Behandlungsgrund seit einigen Monaten bestehende Metrorrhagien und unklare zyklische Unterbauchschmerzen aus (vgl. vorstehend E. 4.3.1). Es ist nachvollziehbar, dass die Beklagte aufgrund dieses Befundes Nachforschungen betrieb und von der behandelnden Dr. A.____

einen Bericht einholte, welcher von ihr am 26. Januar 2017 erstattet wurde und anamnestisch den Hinweis auf ein PCO-Syndrom enthielt (vgl. vorstehend E. 4.3.2). Die Nachfrage bei der Gynäkologin erbrachte sodann Gewissheit, dass der Klägerin bei der ersten Kontrolle am 24. September 2012 beziehungsweise früher (anamnestisch) ein PCO sowie ab März 2013 Dysmenorrhoe diagnostiziert worden waren (vgl. vorstehend E. 4.3.4), und damit von der damit einhergehenden Anzeigepflichtverletzung. Unmittelbar nach Eingang dieses ergänzten Arztberichtes am 24. März 2017 erfolgte mit Schreiben vom 27. März 2017 die Vertragskündigung (Urk. 2/26), womit die Beklagte die Kündigung aufgrund der Anzeigepflichtverletzung innert Frist erklärt und rechtskonform auf die verschwiegene Gefahrstatsache hingewiesen hat (BGE 129 III 713 E. 2; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 4A_376/2014 vom 27. April 2015 E. 2.3.1).

E. 5.3

Die Klägerin bringt vor, die Beklagte habe die Kündigungsfrist nicht eingehalten, da es ihr möglich gewesen wäre, den Vertrag früher zu kündigen. Die Auskunft von Dr. A.____ vom 26. Januar 2017, welche alle Informationen für die Kündigung enthalten habe, habe der Beklagten spätestens am 3. Februar 2017 vorgelegen. Die undatierte Ergänzungsauskunft der Gynäkologin mit Zugangsdatum vom 24. März 2017 habe keinerlei Zusatzinformationen enthalten und hätte somit nicht abgewartet werden müssen (Urk. 9 S. 22; Urk. 28 S. 11 f.).

Richtig ist zwar, dass die Beklagte mit dem Bericht von Dr. A.____ vom 26. Januar 2017 (vgl. vorstehend E. 4.3.2) über das anamnestisch bestehende PCO mit Oligomenorrhoe informiert wurde, jedoch konnte sie nicht wissen, wann diese Diagnose gestellt wurde. Aus diesem Grund forderte sie die Ärztin auf, einen detaillierteren Bericht einzureichen, welcher trotz mehrfacher Ermahnung (vgl. Korrespondenz der Beklagten, Urk. 22/11, Urk. 22/14) erst am 24. März 2017 einging und sichere Kenntnis betreffend die Verletzung der Anzeigepflicht brachte, zumal aus diesem Bericht auch die neue Information vom 25. März 2013 hinsichtlich des klägerischen Arztbesuchs wegen Dysmenorrhoe und der Feststellung vom 4. Dezember 2013, wonach die Beschwerden trotz Behandlung nicht viel besser gewesen seien, hervorgeht (vgl. vorstehend E. 4.3.4). Eine frühere Kündigung war demzufolge nicht möglich, schon gar nicht, wenn die Kündigung ausdrücklich auf die verschwiegene Gefahrstatsache hinweisen muss (BGE 129 III 713 E. 2).

E. 6

Folge der Kündigung nach Art. 6 Abs. 3 VVG ist eine Vertragsauflösung ex tunc, wenn bereits eingetretene Schäden durch die nicht oder unrichtig angezeigte erhebliche Gefahrstatsache beeinflusst worden sind (vgl. Kommentar zum schweizerischen Privatrecht, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag [VVG], Nachführungsband, Basel 2012, Art. 4 ad N 31/32). Folglich war die Beklagte zu Recht nicht verpflichtet, den eingeklagten Schaden beziehungsweise die Rechnung des Y.____ im Betrag von Fr. 15'032.20 (Urk. 2/20) zu übernehmen. In diesem Punkt ist die Klage (vgl. Urk. 1 S. 2 Ziff. 1) abzuweisen.

Das Gericht kann der klagenden Partei im Zivilprozess nicht mehr und nichts Anderes zusprechen als sie verlangt. Die Klägerin verlangt die Weiter- respektive Wiederversicherung in der Zusatzversicherung und Gewährung der damit verbundenen Leistungen (Urk. 1 S. 2 Ziff. 2 und 3). Mit Blick auf die vorstehenden Überlegungen (E. 4 und 5) kann diesem Antrag nicht entsprochen werden, die Klage ist diesbezüglich abzuweisen. Die Vertragskündigung am 24. März 2017 aufgrund der Anzeigepflichtverletzung erfolgte zu Recht. Die Wiederaufnahme in die Zusatzversicherung fällt damit ausser Betracht.

Soweit die Klägerin verlangt, die Beklagte habe die Klägerin für sämtliche Kosten aus der Doppelversicherung der Zusatzversicherung bei der Concordia Versicherung schadlos zu halten, insbesondere für alle monatlichen Prämien von Fr. 103.95 pro Monat ab dem 1. Mai 2017 einschliesslich Verzugszins von 5% (Urk. 1 S. 2 Ziff. 4), besteht gemäss Ausgang des Verfahrens hierfür kein Raum. Es bleibt der Hinweis, dass eine Zusatzversicherung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung von Gesetzes wegen nicht obligatorisch ist, mithin erfolgte der Vertragsschluss bei der Concordia freiwillig, weshalb alleine schon aus diesem Grund keine Entschädigung auszurichten wäre.

E. 7

Das Verfahren ist kostenlos, da es eine Streitigkeit aus einer Krankentaggeldversicherung betrifft, welche gemäss bundesgerichtlicher Praxis unter den Begriff der Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung (nach KVG) zu subsumieren ist (vgl. Art. 114 lit. e ZPO i.V.m. § 33 Abs. 1 GSVGer und das Urteil des Bundesgerichts 4A_680/2014 vom 29. April 2015 E).

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