

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2023.00024**

## **vom 23. Dezember 2024**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-12-23, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_KK.2023.00024](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KK.2023.00024)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2023.00024 du 23 décembre 2024

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2023.00024 del 23 dicembre 2024

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

). In der nachfolgenden Korrespondenz fanden die Parteien keine Einigung (vgl. Urk. 9/22-29).

#### **E. 1.1**

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in Kraft getreten. Gemäss der Übergangsbestimmung in Art. 103a VVG gelten für Verträge, die vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 19. Juni 2020 abgeschlossen worden sind, die folgenden Bestimmungen des neuen Rechts: die Formvorschriften (lit. a) und das Kündigungsrecht nach den Artikeln 35a und 35b VVG (lit. b). Alle anderen Bestimmungen gelten lediglich für neu abgeschlossene Verträge (vgl. die Botschaft zur Änderung des Versicherungsvertragsgesetzes vom 28. Juni 2017, BBl 2017 5089 ff., 5136).

Der dem vorliegenden Rechtsstreit zugrunde liegende Versicherungsvertrag wurde vor dem 19. Juni 2020 abgeschlossen (vgl. Urk.

#### **E. 1.2**

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

#### **E. 1.3**

Das Sozialversicherungsgericht ist als einzige kantonale Gerichtsstanz für Klagen über Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) zuständig (Art.

#### **E. 1.4**

Gemäss Art.

#### **E. 1.5**

Ein Beweis gilt als erbracht, wenn das Gericht nach objektiven Gesichtspunkten von der Richtigkeit einer Sachbehauptung überzeugt ist. Absolute Gewissheit kann dabei nicht verlangt werden. Es genügt, wenn das Gericht am Vorliegen der behaupteten Tatsache keine ernsthaften Zweifel mehr hat oder allenfalls verbleibende Zweifel als leicht erscheinen. Ausnahmen von diesem Regelmass der vollen Überzeugung, in denen eine überwiegende Wahrscheinlichkeit als ausreichend betrachtet wird, ergeben sich einerseits aus dem Gesetz selbst und sind andererseits durch Rechtsprechung und Lehre herausgearbeitet worden. Den Ausnahmen liegt die Überlegung zu Grunde, dass die Rechtsdurchsetzung nicht an Beweis-schwierigkeiten scheitern darf, die typischerweise bei

bestimmten Sachverhalten auftreten.

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. Eine Beweisnot liegt aber nicht schon darin begründet, dass eine Tatsache, die ihrer Natur nach ohne weiteres dem unmittelbaren Beweis zugänglich wäre, nicht bewiesen werden kann, weil der beweisbelasteten Partei die Beweismittel fehlen. Blosser Beweisschwierigkeiten im konkreten Einzelfall können nicht zu einer Beweiserleichterung führen (BGE 148 III 134 E. 3.4.1 mit Hinweisen). 2.

## **E. 2**

des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, KVAG) dem VVG. Sie sind privatrechtlicher Natur (BGE 138 III 2 E. 1.1).

### **E. 2.1**

Nach Art. 25 AVB (Ausgabe 2013; Urk. 2 S. 4-7) können Krankheiten und Unfallfolgen, die bei der Aufnahme bestehen oder bestanden haben, durch Deckungsausschluss von der beantragten Zusatzversicherung ausgeschlossen werden (Abs. 1 Satz 1). Werden bei Vertragsabschluss erhebliche Punkte, die die anzeigepflichtige Person kannte oder kennen musste, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen, so kann die Beklagte innert vier Wochen nach Kenntnisnahme der Anzeigepflichtverletzung den Vertrag schriftlich kündigen sowie sämtliche seit Vertragsbeginn mit der Anzeigepflichtverletzung zusammenhängende Leistungen zurückfordern. Der Vertrag endet, sobald die versicherte Person die Kündigung erhalten hat (Abs. 2).

### **E. 2.2**

; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts B 103/06 vom 2.

Juli 2007 E.

3.3). 4. 5

Was die Fragen nach den Unfallfolgen betrifft, konnte der Kläger zu Recht davon ausgehen, dass solche bei ihm im Antragszeitpunkt nicht mehr bestanden: So stellte

Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Suva-Kreisarzt, im Bericht vom 20. Dezember 2011 (Urk. 9/6) fest,

der Kläger habe bei einem Verkehrsunfall am 20. Juni 2011 ein stumpfes Thoraxtrauma mit Rippenserienfraktur links (Mehrfragmentfrakturen Costa 3-7 lateral und Costa 3-9 dorsal links) mit traumatischem Hämatothorax erlitten (S. 1). Das MS-CT des Thorax vom 05.12.2011 zeige die beschriebenen Veränderungen im Bereich der Rippen links. Weiterhin liasse sich im Bereich der Brustwirbelsäule eine eindeutige Veränderung eines Morbus Scheuermann mit

typischen Grund- und Deckplattenveränderungen sowie einer vermehrten Kyphose darstellen (S. 4 oben).

Die erst im Verlauf aufgetretenen und aktuell auch behandelten Wirbelsäulenbeschwerden seien am ehesten auf

den Morbus Scheuermann und nicht auf die Rippenserienfrakturen und deren Folgen zurückzuführen. Zunächst könne noch eine weitere Physiotherapie zu Lasten der Suva mit zwei weiteren Serien durchgeführt werden. Sollten jedoch danach vorrangig Wirbelsäulenbeschwerden behandelt werden, sei dies zu Lasten der Krankenkasse durchzuführen (S. 4 Mitte). Der behandelnde Hausarzt, Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, empfahl, auch im Einverständnis mit dem Kläger, mit Bericht vom 8. August 2012 (Urk. 2/4 ; vgl.

auch Urk. 9/9) den Abschluss des Versicherungsfalls, nachdem dieser letztmals am 25. Juni 2012 bei ihm in ärztlicher Kontrolle gestanden hatte. Die Suva schloss den Versicherungsfall am 4. März 2013 unter Hinweis darauf, dass die aktuell noch geklagten Beschwerden organisch nicht hinreichend nachweisbar seien und mangels Vorliegen adäquater Unfallfolgen kein Anspruch mehr auf Unfallversicherungsleistungen bestehe, ab (Urk. 2/5). Demgemäss konnte der Kläger im Antragszeitpunkt davon ausgehen, dass die Unfallfolgen spätestens im Zeitpunkt der Leistungseinstellung der Suva im März 2013 folgenlos abgeheilt waren, womit für ihn auch kein Grund bestand, Unfallfolgen anzugeben. Diesbezüglich konnte er von der Versicherungsberaterin auch nicht falsch beraten worden sein.

Aus den medizinischen Berichten von Dr. A.\_\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_\_ geht auch nicht hervor, dass der Kläger bereits im Unfallzeitpunkt an Osteoporose litt. Dr. A.\_\_\_\_ erwähnte zwar, dass sich im Bereich der Brustwirbelsäule eine deutliche Veränderung eines Morbus Scheuermann mit

typischen Grund- und Deckplattenveränderungen sowie einer vermehrten Kyphose darstellen

lasse und führte die im Laufe der Rekonvaleszenz aufgetretenen Wirbelsäulenbeschwerden am ehesten auf den Morbus Scheuermann und nicht auf die Rippenfrakturen zurück. Deckplattenimpressionsfrakturen der BWK 2 - 4 nannte er indessen keine. Alleine aus dem Röntgenbefund der Y.\_\_\_\_ vom 5. Dezember 2011 (Urk. 9/5), wonach eine regelrechte Darstellung der ossären Strukturen mit teilweise Schmorl'schen Grund- und Deckplattenimpressionen im Bereich der kaudalen BWS erhoben wurden, welche in der Beurteilung nicht mehr erwähnt wurden, kann jedenfalls nicht geschlossen werden, dass dem Kläger bereits im Zeitpunkt des Unfalls im Jahr 2011 Deckplattenimpressionsfrakturen oder eine Osteoporose bekannt waren, was die Beklagte mit Duplik denn auch zugunsten des Klägers einräumte (vgl. vorstehende E. 3.2.2). In Bezug auf somatische Beschwerden wirft die Beklagte dem Kläger letztendlich zu Recht keine Anzeigepflichtverletzung mehr vor. 4. 6

Mit Bericht vom 14. Januar 2013 (Urk. 9/10) überwies Dr. B.\_\_\_\_ den Kläger unter Nennung einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom zur psychiatrischen Abklärung.

Dr. med. C.\_\_\_\_, Oberarzt am D.\_\_\_\_, diagnostizierte mit Bericht vom 15. Februar 2013 (Urk. 9/11) eine schwere depressive Episode (ICD-10: F32.2), eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1), eine Benzodiazepinabhängigkeit (ICD 10: F13.25) sowie eine Tabakabhängigkeit (ICD-10: F17.25; S. 3 oben). Vom 12. März bis zum 7. Mai 2013 weilte der Kläger zur stationären psychiatrischen Behandlung in der Klinik E.\_\_\_\_ (vgl. Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ vom 4. April 2016, Urk. 18/111).

Der Kläger selber gab gegenüber der Invalidenversicherung am 2. März 2016 an (Urk. 18/110), bei lic. phil. et theol. F.\_\_\_\_

in Behandlung zu stehen . Dieser verwies mit Bericht vom 2. Mai 2016 (Urk. 18/114) auf einen solchen von Januar 2014 und gab an, dass der Kläger an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), medikamentös kompensiert, leide .

Die Arbeitsfähigkeit

habe nach einem Arbeitsintegrationstraining schrittweise gesteigert werden können, sie werde aktuell in einer befristeten Teilzeitstelle zu 60 % verwertet (S. 1). In Anbetracht dieser Feststellungen behauptete die Beklagte zu Recht, der Kläger behauptete aktenwidrig, dass die psychischen Beschwerden, insbesondere die depressive Symptomatik , bereits am 12. März 2013 abgeklungen gewesen seien, und die Beklagte vermochte insgesamt zu beweisen, dass der Kläger seit spätestens Januar 2013 und

mindestens bis Mai 2016 an psychischen Beschwerden litt und deswegen psychiatrisch behandelt wurde . Selbst wenn die Frage Nr. 2 zum Gesundheitszustand zeitlich nicht begrenzt war, konnte der Kläger 4 1/2 Jahre nach dem Klinikaufenthalt ,

bei einer Behandlungsbedürftigkeit und zumindest teilweisen Arbeitsunfähigkeit bis mindestens Mai 2016 weder die Frage verneinen, ob

er jemals hospitalisiert gewesen sei, noch die Frage, ob bei ihm jemals eine Krankheit ärztlich festgestellt und er therapeutisch behandelt worden sei , mit Nein beantworten.

Daran ändert auch die Verfügung der IV-Stelle vom 26. September 2016 (Urk. 2/8), mit welcher der Anspruch auf eine Invalidenrente verneint wurde, weil die depressive Symptomatik remittiert sei und von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden könne, nichts. Indem der Kläger in Beantwortung der Frage Nr. 2 nicht auf seine psychische Erkrankung hingewiesen hat, muss er sich vorwerfen lassen, seine Anzeigepflicht verletzt zu haben . Ob er auch Frage Nrn. 3 und 4 falsch beantwortet hat, kann damit offenbleiben. 4. 7

Wie der Kläger zu Recht vorbrachte, begründete die Beklagte die Vertragsauflösung mit den angeblich nicht angezeigten Deckplattenimpressionsfrakturen der BWK 2 und 4. Dass er die psychischen Beschwerden zu Unrecht nicht deklariert hatte, erwähnte sie im Kündigungsschreiben mit keinem Wort. Entgegen ihrer Ansicht ist es nicht zulässig, die Begründung der Versicherungskündigung zu ändern, wenn ihr zusätzliche Informationen vorliegen (vgl.

vorstehende E. 2.2) . Indem die Beklagte dem Kläger im vorliegenden Verfahren darin zustimmte, dass ihm am 1. November 2017 noch nicht bewusst gewesen sei, dass er an einer Osteoporose leide und ihm diesbezüglich keine Anzeigepflichtverletzung vorgeworfen werden könne (vgl. vorstehende E. 4.5 ) , sie ihm aber im Prozess eine Anzeigepflichtverletzung hinsichtlich der psychischen Beschwerden vorwarf, die sie nicht zur Begründung der Versicherungskündigung herangezogen hatte, genügt das Kündigungsschreiben vom 3. April 2020 den Anforderungen an die Klarheit und Ausführlichkeit einer Rücktritts- respektive Kündigungserklärung nicht. 4.8

Nachdem die Beklagte die Höhe der eingeklagten Forderung nicht bestritten hat, ist sie zu verpflichten, dem Kläger die Mindestforderung von Fr. 635.80 zu bezahlen . 5.

Zusammenfassend hat die Beklagte den Versicherungsvertrag nicht rechts genügend gekündigt, weshalb das Versicherungsverhältnis weiterbesteht und die Beklagte dem Kläger Fr. 635.80 zu bezahlen hat.

Dem anwaltlich vertretenen Kläger steht eine Prozessentschädigung zu, die gemäss § 34 Abs. 3 GSVGer nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert festzusetzen ist. Unter Berücksichtigung des gerichtlichen Ansatzes von Fr. 280. zuzüglich Mehrwertsteuer (MWS T) ist die Beklagte zu verpflichten, dem Kläger eine Parteientschädigung von insgesamt Fr. 3'300.

inklusive Barauslagen und MWS T zu bezahlen. Das Gericht erkennt:

### **E. 2.3**

, 118 II 333

E.

2b). Die Rechtsprechung hat in diesem Zusammenhang den Begriff des "subjektiven Verständnishorizonts" geschaffen (BGE 134 III 511

E.

3.3.3 und E.

5.2.2). Es ist zu beachten, dass eine Frage einschränkend ausulegen ist, wenn sie an sich oder aufgrund ihrer Beziehung zu den übrigen dem Antragsteller vorgelegten Fragen Zweifel über den Umfang der Deklarationspflicht weckt. Das folgt einerseits aus dem Grundsatz, dass die Anzeigepflicht nur soweit besteht, als die Fragen des Versicherers reichen. Andererseits wird ganz allgemein eine Verletzung der Anzeigepflicht nur mit Zurückhaltung angenommen, weil damit die einschneidende Folge des Wegfalls des Versicherungsvertrags verbunden ist (BGE 118 II 333

E.

2b mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 5C.103/2005 vom 26. September 2005 E.

### **E. 2.5**

In Art. 8 a VVG werden verschiedene Konstellationen genannt, unter denen der Versicherer trotz Vorliegens einer Anzeigepflichtverletzung den Vertrag nicht kündigen kann. So ist ein Rücktritt unter anderem dann ausgeschlossen, wenn der Versicherer die Verschweigung oder unrichtige Angabe veranlasst hat (Ziff. 2), wenn der Versicherer die verschwiegene Tatsache gekannt hat oder gekannt haben muss (Ziff. 3), oder wenn der Versicherer die unrichtig angezeigte Tatsache richtig gekannt hat oder gekannt haben muss (Ziff. 4). 3.3.1

3.1.1  
Klageweise behauptete der Kläger (Urk. 1), er habe sich keine Anzeigepflichtverletzung vorwerfen zu lassen. Er habe die Gesundheitsfragen gegenüber der Versicherungsberaterin der Beklagten wahrheitsgetreu beantwortet (S. 7 Ziff. 7). Es treffe die Beklagte die Beweislast dafür, dass ihm die Fragen tatsächlich korrekt gestellt und von ihm falsch beantwortet worden seien. Ebenso habe die Beklagte den Nachweis zu erbringen, dass ihm die nicht unterzeichnete Seite 2 des Versicherungsantrags zur Durchsicht vorgelegt worden sei (S. 7 Ziff. 8).

Die Beklagte könne selbst bei einer Anzeigepflichtverletzung nicht vom Vertrag zurücktreten, da ihm die Versicherungsberaterin erklärt habe, dass er den Unfall aus dem Jahr 2011 aufgrund des fehlenden Krankheitscharakters sowie der Abrechnung über den Unfallversicherer nicht anzuzeigen habe. Die durch die Versicherungsberaterin veranlasste Verschweigung und unrichtige Angabe von Gefahrs-tatsachen sowie die unterlassene Gegenzeichnung der Gesundheitsfragen habe die Beklagte gegen sich gelten zu lassen (S. 7 f. Ziff. 9).

Sollte dennoch von einer Anzeigepflichtverletzung ausgegangen werden, sei eine rückwirkende Vertragsauflösung nicht zulässig, da medizinisch nicht ausge-wiesen sei, dass zwischen der Fraktur des 12. Brustwirbelkörpers und dem Motorrad-Unfallereignis vom 20. Juni 2011

ein kausaler Zusammenhang bestehe. Die Leistungsverweigerung und der Vertragsrücktritt wäre n-damit selbst dann nicht rechens-, wenn angenommen würde, dass er sich den durch die Versicherungsberaterin ausgefüllten Gesundheitsfragebogen entgegenhalten lassen müsste (S. 8 Ziff. 10). Unabhängig von der Fragestellung der Versicherungsberaterin sei Frage 2 des Gesundheitsfragebogens zeitlich unbegrenzt formuliert und damit unverhältnismässig und unzulässig. Die Beklagte verlange im selben For-mular im Rahmen der Unfallfolgen sowie eventueller Geburtsgebrechen eine all-fällige IV-Verfügung. Es sei unbestritten, dass bei ihm ein IV-Verfahren geführt worden sei und eine Anmeldung im Jahr 2013 erfolgt sei, jedoch sei im September 2016 die rentenablehnende Verfügung wegen fehlender Arbeitsunfähigkeit erlassen worden. Die Verfügung sei für die Aufnahme in die Gesundheitsorganisation der Beklagten damit völlig irrelevant (S. 9 Ziff. 11). Die Mindestfor-derung bezifferte er mit Fr. 635.80 (Urk.

#### **E. 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). Das Verfahren richtet sich nach der ZPO, wobei das vereinfachte Verfahren zur Anwendung gelangt (Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO).

#### **E. 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 beziehungsweise rechtsver-nichtenden oder rechtshindernden Tatsachen bei der Partei liegt, die den Unter-gang 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 a VVG) zu beweisen, also namentlich das Bestehen eines Versicherungsvertrags, den Eintritt des Versicherungsfalls und den Umfang des Anspruchs. Den Versicherer trifft die Beweislast für Tatsachen, die ihn zu einer Kürzung oder Verweigerung der vertraglichen Leistung berechtigen (beispielsweise

wegen schuldhafter Herbeiführung des befürchteten Ereignisses: Art. 14 a VVG) oder die den Versicherungsvertrag gegenüber dem Anspruchsberechtigten unverbindlich machen (z.B. wegen betrügerischer Begründung des Versicherungsanspruches: Art. 40 a VVG). Anspruchsberechtigter und Versicherer haben im Streit um vertragliche Leistungen je ihr eigenes Beweisthema und hierfür je den Hauptbeweis zu erbringen (BGE 148 III 105 E. 3.1; BGE 130 III 321 E. 3.1).

## **E. 12**

### **S. 2). 3.1.2**

Mit Replik brachte der Kläger vor (Urk. 24), später als am 1. November 2017 sich ereignete Unfälle oder erhobene Diagnosen könnten selbstredend nicht einer Anzeigepflicht unterlegen haben (S. 2 Ziff. 2). Der Unfall vom 20. Juni 2011 habe im Zeitpunkt des Antrags mehr als sechs Jahre zurückgelegen, womit er bei korrekter zeitlicher Eingrenzung der Fragen gar nicht mehr hätte erwähnt werden müssen (S. 2 Ziff. 4). Dieser sei im Übrigen von der Suva aufgrund der kreisärztlichen Beurteilung folgenlos abgeschlossen worden. Eine Diagnose ausserhalb der unfallbedingten Gesundheitsbeeinträchtigung sei nicht gestellt und eine Behandlung unfallfremder Leiden sei nicht eingeleitet worden (S. 2 Ziff. 5). Die Akten betreffend den Unfall vom 7. April 2012 hätten ihm nicht vorgelegen. Es werde seitens der Beklagten auch nicht geltend gemacht, dass diese Unfallfolgen, welche im Übrigen im Zeitpunkt der Antragsstellung auch mehr als fünf Jahre zurückgelegen hätten und bei korrekter zeitlicher Befristung der Fragen nicht hätten gemeldet werden müssen, einen Grund für die Vertragsauflösung darstellten. Den am 11. Januar 2018 erlittenen Unfall habe er im Fragebogen selbstredend nicht anzeigen können. Daraus, dass im Jahr 2019 der Verdacht auf eine Osteoporose genannt worden sei, könne nicht abgeleitet werden, dass er im Antragszeitpunkt an einer solchen Erkrankung gelitten habe und schon gar nicht, dass ihm diese bekannt gewesen sei (S. 3 Ziff. 6). Auch die im Bericht vom 23. März 2020 erwähnte Verdachtsdiagnose sei irrelevant (S. 3 Ziff. 7). Die psychischen Beschwerden seien im Zeitpunkt des Antrags und die depressive Symptomatik sogar bereits am 12. März 2013 abgeklungen gewesen. Die psychischen Leiden hätten damit lange vor der Beantwortung der Fragen im Versicherungsantrag keine Rolle mehr gespielt. Ausserdem spielten die psychischen Beschwerden im Kontext mit der strittigen Kündigung ohnehin keine Rolle, da sie nicht Grund für dieselbe seien und nicht Grund für die Leistungspflicht der Beklagten im Zeitpunkt der Kündigung gewesen seien (S. 3 Ziff. 8). Es habe keine Pflicht gegeben, sich nach Seite 2 zu erkundigen, es sei Sache der Versicherungsberaterin gewesen, die Antworten korrekt wiederzugeben und sich die Korrektheit durch den Kläger unterschriftlich bestätigen zu lassen (S. 4 Ziff. 9). Seine Unterschrift auf Seite 3 bestätige die Verneinung der Fragen auf Seite 2 des Fragebogens nicht. Ausserdem habe die Beklagte die Aktenwidrigkeit der Antworten auf Seite 2 nicht belegt, insbesondere sei nicht belegt, dass sich der Kläger 12 Monate vor dem 1. November 2017 (richtig: 2017) in ärztlicher Behandlung wegen des vorliegend interessierenden Leidens befunden habe (S. 4 Ziff. 10). 3.2 3.2.1

Dem hielt die Beklagte mit Klageantwort im Wesentlichen entgegen (Urk. 8), der Kläger habe ihr gegenüber seine stark angeschlagene Gesundheit verschwiegen und sich als gesunden Mann dargestellt, womit er angesichts der medizinischen Biografie klarerweise eine Anzeigepflichtverletzung begangen habe (S. 9 Ziff. 14). Es treffe zu, dass sie den Beweis einer Anzeigepflicht zu erbringen habe. Ihr obliege indessen nicht die Pflicht zu beweisen, dass dem Kläger die falsch beantworteten Fragen tatsächlich korrekt gestellt

worden seien und dass ihm Seite 2 des Antragsfragebogens zur Durchsicht vorgelegt worden sei (S. 9 f. Ziff. 15).

Der Motorradunfall vom 20. Juni 2011 habe in zweierlei Hinsicht keine Relevanz für die strittige Frage: Der Kläger habe beim Unfall keine Frakturen von Brustwirbelkörpern erlitten. Weit wesentlicher sei, dass sich aus der medizinischen Biografie ergeben habe, dass er an einer Osteoporose leide, welche die Suva mit Verfügung vom 3. Juli 2020 bzw. formloser Mitteilung vom 9. Juni 2019 als unfallfremde Krankheit festgestellt habe. Wann die diesbezügliche Erstdiagnose gestellt worden sei, sei ihr nicht bekannt, es sei aber davon auszugehen, dass der Kläger schon im Zeitpunkt der Antragstellung Kenntnis davon gehabt habe (S. 10 Ziff. 15). Er habe Frage Nr.

2 wahrheitswidrig verneint, habe er doch vor Abschluss der Zusatzversicherungen in psychotherapeutischer bzw. psychologischer Behandlung gestanden und habe an erheblichen psychischen Beschwerden gelitten. Diese psychischen Probleme dauerten aktuell noch an und hätten auch unmittelbar vor Beantwortung der Fragen bestanden. Auch die bei einer Auffahrkollision im Jahr 2012 zugezogene und behandlungsbedürftige HWS-Distorsion habe er unerwähnt gelassen. Und schliesslich sei ausgewiesen, dass er schon vor Abschluss der Zusatzversicherungen an einer Osteoporose gelitten haben müsse. Insoweit er beanstande, die Frage sei zeitlich unbegrenzt formuliert und damit unverhältnismässig und unzulässig, begründe sie das Vorliegen einer Anzeigepflichtverletzung nicht mit unerwähnt gebliebenen, seit Jahrzehnten zurückliegenden Krankheiten und Behandlungen. Vielmehr sei es um solche gegangen, die zeitnah zur Beantwortung der Antragsfragen bestanden bzw. stattgefunden hätten. Dasselbe gelte bei der Frage nach Spitalaufenthalten oder Operationen. Zumindest als Folge des Motorradunfalles von 2011 habe sich der Kläger in stationärer Spitalbehandlung befunden (S. 11 Ziff. 16). Der Kläger habe auch Frage Nr. 4 verneint, was aufgrund der dokumentierten medizinischen Biografie nicht der Wahrheit entspreche. So sei davon auszugehen, dass auch zwischen dem 1. Oktober 2016 und 1. November 2017 psychotherapeutische, psychologische oder hausärztliche Behandlungen stattgefunden hätten (S. 12 Ziff. 17).

Die dem Kläger gestellten Gesundheitsfragen seien unzweideutig formuliert und ihm unterbreitet worden.

Soweit er geltend mache, Seite 2 des Versicherungsantrags sei ihm von der Versicherungsberaterin nicht vorgelegt worden, sei der Antragsteller verpflichtet, den Versicherungsantrag genau und vollständig durchzulesen, bevor er dessen Korrektheit unterschriftlich bestätige. Unterschreibe er den von einem Dritten (z.B. Agenten, Arzt) handschriftlich oder mit einem technischen Hilfsmittel ausgefüllten Fragebogen, so werde dessen Inhalt durch seine Unterschrift zu seiner eigenen Erklärung. Unerheblich sei dabei, ob er den Inhalt der Fragen bzw. die vom Dritten aufgezeichneten Antworten zur Kenntnis genommen habe. Prüfe er die vom Dritten in den Fragebogen eingetragenen Antworten nicht auf ihre Richtigkeit, so habe er die Folgen einer fehlerhaften Beantwortung zu tragen. Soweit der Kläger geltend mache, Seite 2 des Versicherungsantrages vor Unterzeichnung nicht gesehen zu haben, werde dies bestritten. Dies sei indessen gar nicht relevant, weil er mit seiner Unterschrift bezeugt habe, dass alle Angaben - auch jene auf Seite 2 - vollständig und wahrheitsgetreu erfolgt seien (S. 12 f. Ziff. 18).

Sie bestreite, dass einzig eine Vertragsauflösung ex nunc d.h. ohne Rückwirkung zulässig sei. Bei einer Kündigung wegen Anzeigepflichtverletzung erlösche auch ihre Leistungspflicht für bereits eingetretene Schäden, deren Eintritt oder Umfang durch die nicht oder unrichtig angezeigte erhebliche Gefahrstatsache beeinflusst worden sei. Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen verschwiegener Tatsache und dem Schaden sei dann gegeben, wenn der Kläger bei der Beantwortung der Antragsfragen gewusst habe oder hätte wissen müssen, dass er an einer Osteoporose leide. Sollte die Erstdiagnose einer Osteoporose erst nach

dem 1. November 2017 gestellt worden sein, sei auf die gestellte Grundsatzfrage abzustellen, ob es sich beim Kläger im Zeitpunkt des Vertragsabschlusses um einen gesunden Mann gehandelt habe. Dies sei klarerweise zu verneinen (S. 13 f. Ziff. 19). 3.2.2

Mit Duplik führte die Beklagte sodann aus (Urk. 28), es gehe nicht nur um die zahlreichen Unfallereignisse vor und nach dem 1. November 2017, sondern auch um die Frage, ob der Kläger bei der Beantwortung der Gesundheitsfragen

die von ihm vor und nach dem 1. November 2017 beanspruchte Psychotherapie unrechtmässigerweise verschwiegen habe. Den IV-Akten sei zu entnehmen, dass er bis kurz vor dem 1. November 2017, wenn nicht auch danach, sicher noch in psychotherapeutischer Behandlung gestanden habe (S. 2 f. Ziff. 2). Es sei von ihrer Seite nie bestritten worden, dass die Suva den Unfall vom 20. Juni 2011 folgenlos abgeschlossen habe. Seitens des Klägers unerwähnt und bei der Beantwortung der Gesundheitsfragen verschwiegen worden sei, dass er aufgrund des Unfalls Depressionen entwickelt habe, sich psychotherapeutisch habe behandeln lassen und sich von März bis Mai 2013 sogar einer stationären Benzodiazepin entzugsbehandlung unterzogen habe. Für sie sei erst nach Einsicht in die IV-Akten ersichtlich geworden, dass sich die psychischen Beschwerden nicht gelegt hätten und eine psychotherapeutische Behandlung über das Jahr 2013 hinaus bis heute erforderlich gemacht habe, was der Kläger verschwiegen habe (S. 4 Ziff. 3). Die Vertragskündigung und die Annahme einer Anzeigepflichtverletzung hätten sich nach Einsicht in die IV-Akten von organisch begründeten (und verschwiegenen) Beschwerden bzw. Behandlungen zu verschwiegenen psychotherapeutischen Behandlungen ab dem Jahr 2012 bis heute verlagert. Es sei ohne weiteres zulässig, wenn sie nach Erhalt zusätzlicher Informationen die Begründung der Versicherungskündigung ändere, was sie bereits mit Klageantwort impliziert getan habe. Es könne dem Kläger zugestimmt werden, dass ihm am 1. November 2017 noch nicht bewusst gewesen sei, dass er an einer Osteoporose leide. Diesbezüglich könne ihm keine Anzeigepflichtverletzung vorgeworfen werden (S. 4 Ziff. 4). Es sei krass aktenwidrig, wenn der Kläger behauptete, seine psychischen Beschwerden, insbesondere die depressive Symptomatik, seien bereits am 12. März 2013 abgeklungen. Vielmehr ergebe sich aus den IV-Akten, dass er seit dem Jahr 2012 bis heute praktisch lückenlos eine psychotherapeutische Behandlung beanspruchen müssen. Ob die Arbeitsfähigkeit zwischen zeitlich vollständig wiederhergestellt gewesen sei, was zu bestreiten sei, spiele keine Rolle. Die psychischen Beschwerden spielten aber sehr wohl eine Rolle bei der Beantwortung der Frage, ob die Kündigung der Zusatzversicherung recht mässig sei (S. 5 Ziff. 5).

Angesichts des langen Zeitraums zwischen der Beantwortung der Fragen und dem Inkrafttreten der Zusatzversicherungen (1. Januar 2019) wäre der Kläger auch verpflichtet gewesen, Änderungen im Gesundheitszustand mitzuteilen (S. 5 Ziff. 5 und S. 6 Ziff. 7). Er habe weder behauptet noch ausgeführt, dass und welche Antworten er mit welchem Inhalt

anders angegeben hätte, wenn er Seite 2 des Fragebogens wahrgenommen hätte (S. 6 Ziff. 8). Zwischen den psychischen Beschwerden und der nach Inkrafttreten der Zusatzversicherungen beanspruchten Psychotherapie bestehe sehr wohl ein Kausalzusammenhang. Die psychischen Probleme hätte der Kläger nicht verschweigen dürfen. Nach Einsicht in die IV-Akten müsse erst recht verneint werden, dass es sich beim Kläger am 1. November 2017 um einen einigermaßen gesunden jungen Mann gehandelt habe. Er habe sich eine Anzeigepflichtverletzung zuschulden kommen lassen, weshalb die Versicherungsverträge zu Recht gekündigt worden seien. Ob eine Kündigung ex tunc oder ex nunc erfolgen dürfe, sei angesichts des bescheidenen Streitwerts mehr akademischer Natur, zumal die vom Kläger eingereichten Leistungsabrechnungen ohnehin medizinische Behandlungen betreffen, die nach der Kündigung vom 3. April 2020 stattgefunden hätten (S. 6 Ziff. 9). 3.3

Streitig und zu prüfen ist, ob dem Kläger eine Anzeigepflichtverletzung vorzuwerfen ist, die die

Beklagte berechtigt, den im November 2017 beantragten und im Januar 2019 in Kraft getretene n

Versicherungsv ertrag rückwirkend

aufzu lösen. 4 .

4.1

Der Versicherungsantrag (Urk. 2/6) wurde vom Kläger am 1. November 2017 unterzeichnet (S. 3) , wobei er die Fragen zur Gesundheit Nr. 1-8 mit «Nein» beantwortete und Frage Nr. 9 nach Nikotin, Alkohol, Drogen oder Ähnliches dahingehend beantwortete , dass er täglich zirka 10 Zigaretten rauche (S. 2) . Ergänzende Angaben

machte er keine ( S. 3 ). Nachdem der Beklagten

am 18. März 2020 ein Kostengutsprache gesuch (Urk. 9 /17) samt Eintritts-Zeugnis (Urk. 9 /18) und der provisorische Austrittsbericht der Y.\_\_\_\_ vom 23. März 2020 (Urk. 9/20)

eingereicht worden war en , erklä r te

sie

am 3. April 2020 (Urk. 2/10) rückwirkend den Vertragsrücktritt , mit der Begründung, der Kläger

habe die Anzeigepflicht verletzt, indem er die

Fragen Nr. 2-4 im Versicherungsantrag wahrheitswidrig beantwortet habe: Dem Bericht der Y.\_\_\_\_

sei zu entnehmen, dass er bereits im Jahr 2011 diverse Deckplattenimpressionsfrakturen der Brustwirbel (BWK) 2 - 4 erlitten habe, welche er in der Gesundheitsdeklaration nicht angegeben habe (S. 1 f. unten) .

Da die Beklagte aus der Anzeigepflichtverletzung Rechte zu ihren Gunsten ableitet, obliegt ihr der Beweis dafür, dass der Kläger die Gesundheitsfragen Nr. 2 4 im Versicherungsantrag falsch beantwortet hat. Dabei handelt es sich um folgende Fragen: %1. Bestehen/bestanden jemals Krankheiten resp. wurden diese ärztlich festgestellt und/oder sind Sie therapeutisch behandelt worden? Bestehen Folgen eines Unfalls, leiden Sie an

einem Geburtsgebrechen (bitte IV-Verfügung beilegen) oder haben Sie sich jemals in einem Spital aufgehalten oder einer Operation unterzogen? %1. Ist ein Arztbesuch, ein Spitalaufenthalt oder eine therapeutische Behandlung vorgesehen? %1. Waren Sie in den letzten 12 Monaten in ärztlicher, psychiatrischer, psychologischer, physiotherapeutischer oder komplementärmedizinischer Behandlung oder bei anderen Therapeuten bzw. Medizinalpersonen in Behandlung? 4.2

Es ist unbestritten, dass der Kläger Frage Nr. 2 verneint hat. Allerdings machte er geltend, dass er die Frage verneint habe, liege daran, dass die Versicherungsberaterin ihm erklärt habe, der im Jahr 2011 erlittene Unfall müsse nicht angezeigt werden, da dessen finanzielle Folgen durch die Unfallversicherung abgewickelt worden seien. Zudem habe er die Richtigkeit der Antwort nicht schriftlich bestätigt. Schliesslich sei Frage Nr. 2 zu weit gefasst und damit unverhältnismässig. 4.3

Dass dem Kläger die Gesundheitsfragen nicht gestellt worden sein sollen, widerlegt er selber mit der Begründung, die Versicherungsberaterin habe ihm angegeben, er müsse den im Juni 2011 erlittenen Unfall nicht angeben. Wäre anlässlich der Beratung im Rahmen des Versicherungsantrags nicht über die Gesundheitsfragen diskutiert worden, hätte die Versicherungsberaterin auch keine Veranlassung gehabt, dem Kläger zu empfehlen, den Unfall von Juni 2011 zu verschweigen. Ausserdem bestätigte der Kläger mit Unterschrift auf Seite 3 des Antrags, dass er alle Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe und dass auch die nicht eigenhändig niedergeschriebenen Antworten genau seinen Angaben entsprächen. Auf Seite 3, auf welcher die Unterschrift anzu bringen war, wurden keine Gesundheitsfragen gestellt, die beantwortet werden konnten, sondern es waren lediglich ergänzende Angaben zu den Fragen, welche mit Ja beantwortet wurden, zu machen. Hätte dem Kläger Seite 2 mit den Gesundheitsfragen nicht vorgelegen, hätte Seite 3 mit den ergänzenden Angaben keinen Sinn ergeben, weshalb er Einsicht in Seite 2 hätte verlangen müssen, um die Richtigkeit und Vollständigkeit der Antworten auf Seite 3 des Versicherungsantrags

zu bestätigen.

Selbst wenn ihm Seite 2 des Antrags tatsächlich nicht vorgelegen hätte, hat sich der Kläger die unterschriftliche Bestätigung der Richtigkeit und Vollständigkeit seiner Antworten auf die Gesundheitsfragen entgehen lassen zu lassen, denn er

allein trägt die Rechtsfolgen einer fehlerhaften Beantwortung der Fragen, nachdem er den von der Versicherungsberaterin ausgefüllten Fragebogen unterschreiben hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_471/2015 vom 11. März 2016 E. 6). 4.4

Nach der Rechtsprechung weist die Anzeigepflicht des Antragstellers keinen umfassenden Charakter auf. Sie beschränkt sich vielmehr auf die Angabe jener Gefahrstatsachen, nach denen der Versicherer ausdrücklich und in unzweideutiger Art gefragt hat. Der Antragsteller ist somit nicht verpflichtet, von sich aus über bestehende Gefahren Auskunft zu geben (BGE 134 III 511

E.

3.3.2, 116 II 338

E.

1a, 116 V 218

E.

5a ; Urteil des Bundesgerichts 4A\_134/2013 vom 11.

September 2013 E.

4.1). Die Tragweite der einzelnen Fragen bestimmt sich

gleich wie der Vertragsinhalt - nach dem Vertrauensprinzip. Es ist dabei darauf abzustellen, was vernünftigerweise gemeint sein muss und der konkrete Antragsteller annehmen darf, wenn er über die Fragen der Versicherungs gesellschaft in der vom VVG verlangten Weise ernsthaft nachdenkt ( BGE 136 III 334

E.

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