



Fall-Nr.: KV-Z 2014/8
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: KV - Krankenversicherung
Publikationsdatum: 16.12.2020
Entscheiddatum: 02.10.2015

Entscheid Versicherungsgericht, 02.10.2015

VVG Art. 4 und 6: Verletzung der Anzeigepflicht nicht bewiesen. Leistung für Spitalaufenthalt in der halbprivaten Abteilung ist auf jeden Fall zu erbringen, da selbst bei Anzeige der bei der Gesundheitserklärung bekannten Störungen der Kausalzusammenhang zum Spitalaufenthalt zu verneinen ist. (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 2. Oktober 2015, KV-Z 2014/8).

Entscheid vom 2. Oktober 2015

Besetzung

Einzelrichterin Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Vera Holenstein Werz

Geschäftsnr.

KV-Z 2014/8

Parteien

A.____,

Klägerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Rainer Braun, Oberdorfstrasse 6, Postfach 29,
8887 Mels,

gegen

Concordia Versicherungen AG, Bundesplatz 15, Postfach, 6002 Luzern,



Beklagte,

Gegenstand

Leistungspflicht (Rechnung KSSG)

Sachverhalt

A.

A.a A.____ (nachfolgend Versicherte oder Klägerin) hatte am 13. Mai 2013 bei der Concordia Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG die obligatorische Krankenpflegeversicherung sowie bei der Concordia Versicherungen AG (nachfolgend Concordia, Versicherung oder Beklagte) Zusatzversicherungen beantragt (act. G 1.3). Zum zweiten, privatversicherungsrechtlichen Antrag war auch eine Gesundheitserklärung auszufüllen, wobei sie alle gestellten Fragen nach Erkrankungen und früheren Behandlungen mit "nein" beantwortete. Sie wurde in der Folge von der Versicherung in zwei Zusatzversicherungen aufgenommen (offenbar per 1. Juni 2013, vgl. act. G 1.3 S. 4 und Police vom 5. Oktober 2013, act. G 1.2).

A.b Wegen Verdachts auf eine Endometriose ist auf einem Kostengutsprache-Gesuch des Kantonsspitals St. Gallen (nachfolgend Kantonsspital) vom 7. Februar 2014 an die Krankenversicherung eine Einweisung durch Dr. med. B.____, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, vermerkt (act. G 3.2). Im Schreiben vom 12. Februar 2014 erklärte sich die Concordia noch nicht in der Lage, ihre Leistungspflicht für die Zusatzversicherungen (Spitalversicherung) zu beurteilen, und behielt sich gegenüber der Patientenadministration des Kantonsspitals auch deren Ablehnung vor (act. G 3.3). Die behandelnden Ärzte an der Frauenklinik des Kantonsspitals, Dr. med. C.____, Assistenzarzt, und med. pract. D.____, Oberarzt Gynäkologie und Geburtshilfe, nannten im Kurzaustrittsbericht an Dr. B.____ vom 9. April 2014 als Hauptdiagnosen einen postentzündlichen Adhäsionssitus und ausgedehnte Endometriose, eine primäre Paarsterilität seit 2010 und einen Nikotinabusus (act. G 1.4). Dr. B.____ berichtete dem Vertrauensarzt der Concordia am 9. April 2014 (act. G 1.8), die Patientin habe zuletzt am 16. April 2013 in ihrer Behandlung gestanden, die keinen Zusammenhang mit der Hospitalisation vom 13. Februar 2014 habe. Ihr seien keine frühere solche Behandlung



St.Galler Gerichte

und keine Krankheiten oder Unfälle bekannt, welche damit in Zusammenhang stünden. Auch die Spitaleinweisung sei nicht durch sie erfolgt, und es sei ihr nicht bekannt, wer diese veranlasst habe.

A.c In der Beurteilung vom 24. April 2014 (act. G 1.7) hielt Dr. med. E.____, Vertrauensärztin der Concordia, fest, weder die Sterilitätsbehandlung seit 2010 noch die ausgedehnte Endometriose seien am 13. Mai 2013 in der Gesundheitsdeklaration erwähnt worden. Es handle sich somit klar um eine Anzeigepflicht-Verletzung. Am 24. April 2014 teilte die Concordia der Versicherten mit (act. G 1.6), sie habe bei der Gesundheitserklärung für die Zusatzversicherungen vom 13. Mai 2013 die Fragen 1, 2 und 14 nicht wahrheitsgetreu beantwortet und sich als vollständig gesund erklärt. Bei wahrheitsgetreuer Beantwortung bereits bei der Antragstellung hätten sie ärztliche Abklärungen vorgenommen und praxismässig den Abschluss der beantragten Zusatzversicherungen sofort abgelehnt. Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG) kündige sie den Vertrag. Für Krankheiten und Unfälle, die im kausalen Zusammenhang mit dieser Anzeigepflicht-Verletzung stünden, würden aus den Zusatzversicherungen auch rückwirkend keine Leistungen ausgerichtet.

A.d Eine entsprechende Intervention durch den Rechtsvertreter der Versicherten, Rechtsanwalt Rainer Braun, Mels, am 17. Juni 2014 (act. G 1.9) beantwortete die Versicherung am 4. Juli 2014 abschlägig (act. G 1.10).

B.

B.a Am 19. August 2014 erhob die Versicherte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt Rainer Braun, Klage beim Versicherungsgericht (act. G 1) und beantragte, die Beklagte sei zu verpflichten, der Klägerin den Betrag von Fr. 9'667.50 nebst 5% Zins seit 5. Juni 2014 zu bezahlen, unter Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beklagten. Zur Begründung machte sie insbesondere geltend, eine Sterilitätsbehandlung habe bei ihr bis zum Versicherungsantrag nicht stattgefunden. Deren Beginn schon 2010 stimme nicht mit den Tatsachen überein und sei vom Kantonsspital falsch aufgenommen worden. Von einer Endometriose habe sie im November 2013 erstmals als Verdachtsdiagnose gehört, was auch durch Dr. B.____ bestätigt werde. Sie habe den Versicherungsantrag und die Gesundheitserklärung



St.Galler Gerichte

wahrheitsgetreu ausgefüllt. Die Beklagte werfe ihr daher zu Unrecht falsche Antragsdeklaration vor, und ein Leistungsausschluss für die Behandlung im Kantonsspital vom Februar 2014 sei auf jeden Fall nicht berechtigt gewesen. Die Beklagte schulde ihr dafür den bisher nicht gedeckten Teil von Fr. 9'667.50 und Zins von 5% seit 5. Juni 2014.

B.b Mit Klageantwort vom 25. September 2014 (act. G 3) beantragte die Beklagte die Abweisung der Klage unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Zur Begründung schloss sie aus der Argumentation der Klägerin, dass Abklärungen zur Sterilität bereits früher stattgefunden hätten. Auch müsse sie von anderen Ärzten behandelt worden sein, wenn Dr. B.____ ausdrücklich bestätige, dass sie keine Einweisung ans Kantonsspital vorgenommen habe. Das könnte beim Institut F.____, der Fall gewesen sein, wo laut Kurzaustrittsbericht des Kantonsspitals die ambulante Nachkontrolle bei med. pract. D.____ stattfinden sollte. Die Klägerin sei zu den behandelnden Ärzten und Instituten und dazu zu befragen, wann und aus welchem Grund Abklärungen und Behandlungen stattgefunden hätten. Da die Diagnosen im Kurzaustrittsbericht des Kantonsspitals eindeutig seien, sei sie zu Recht von einer Verletzung der Anzeigepflicht beim Abschluss der Zusatzversicherungen durch Verschweigen erheblicher Gefahrstatsachen ausgegangen und berechtigt gewesen, den Vertrag zu kündigen und ihre rückwirkende Leistungspflicht zu verneinen.

B.c Auf Rückfrage des Gerichts verzichtete die Klägerin am 16. Oktober 2014 ausdrücklich auf eine mündliche Verhandlung zugunsten eines zweiten Schriftenwechsels (act. G 4 f.). Die Beklagte tat dies konkludent (vgl. act. G 6).

B.d In der Replik vom 21. November 2014 (act. G 7) führte der Rechtsvertreter der Klägerin den zeitlichen Ablauf der Abklärungen, die ihrem Spitalaufenthalt vorausgegangen waren, detailliert aus und betonte, dass der Ersttermin im F.____ im November 2013 bei med. pract. D.____ stattgefunden habe und dabei erstmals der Verdacht auf eine Endometriose ausgesprochen worden sei. Anlässlich des Eingriffs im Februar 2014 sei dann erstmals die Endometriose diagnostiziert worden.

B.e Die Beklagte führte in der Duplik vom 2. Dezember 2014 aus (act. G 9), die Klägerin sei den Beweis, dass die Paarsterilität nicht schon seit 2010 bestanden habe,



wie der Kurzaustrittsbericht des Kantonsspitals ausführe, weiterhin schuldig. Dies, obwohl die Beweispflicht dafür bei der Klägerin liege.

C.

C.a Auf Anfrage des Gerichts (act. G 13) teilte med. pract. D.____ am 2. September 2015 mit (act. G 14), die Patientin stehe seit dem 11. November 2013 in seiner Behandlung. Die Vorstellung sei auf Zuweisung durch den Urologen Dr. med. G.____ mit Schreiben vom 27. September 2013 erfolgt. Dort sei der Partner zu einer Abklärung vorstellig geworden. Aufgrund der Anamnese sowie der sonographischen Befunde bei der Versicherten habe er die Verdachtsdiagnose einer Endometriose/Adenomyosis gestellt und die Patientin zur genauen Abklärung und gegebenenfalls Behandlung zu einer Hysteroskopie und Laparoskopie am Kantonsspital St. Gallen angemeldet. Die Verdachtsdiagnose habe sich im Rahmen des operativen Eingriffs am 13. Februar 2014 bestätigt.

C.b Auf die Möglichkeit, zum Schreiben von med. pract. D.____ Stellung zu nehmen, verzichtete die Klägerin am 22. September 2015 ausdrücklich (act. G 15 f.). Die Concordia hielt zu dessen Antworten am 28. September 2015 fest (act. G 17), aus diesen gehe zwar hervor, dass die Klägerin erstmals am 11. November 2013 bei ihm in Behandlung gewesen sei. Hingegen sei daraus nicht ersichtlich, wann der Verdacht auf Endometriose erstmals vorgelegen habe. Vielmehr sei aus dem Kurzaustrittsbericht des Kantonsspitals St. Gallen vom 14. Februar 2014 klar ersichtlich, dass eine primäre Paarsterilität und ein Verdacht auf Endometriose bereits seit 2010 vorgelegen habe (vgl. Kläg. Bel. 4). Von der Klägerin sei nicht belegt worden, dass dieser Arztbericht nicht korrekt sein solle. Daher sei nach wie vor davon auszugehen, dass die Endometriose bereits zu einem früheren Zeitpunkt (das heisse vor Abschluss der Zusatzversicherung) vorgelegen habe und der Klägerin bekannt gewesen sein müsste. Daher beantragte die Beklagte weiterhin die Abweisung der Klage vom 19. August 2014. Diese Stellungnahme wurde der Klägerin am 30. September 2015 zur Kenntnis gebracht (act. G 18).

D.



Auf die weiteren Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften sowie den Inhalt der übrigen Akten wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen

1.

1.1 Das vorliegende Verfahren beschlägt Leistungen aus einer Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung. Gemäss Art. 37.2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) Pflegezusatzversicherungen (act. G 1.2) steht der Versicherungsnehmerin bzw. der Versicherten bei Streitigkeiten aus dem Vertrag wahlweise der Gerichtsstand Luzern oder der Gerichtsstand ihres schweizerischen Wohnsitzes zur Verfügung. Die Klägerin hat das Gericht an ihrem Wohnsitz angerufen, dessen örtliche Zuständigkeit aufgrund der zitierten Gerichtsstands-Regelung gegeben ist.

1.2 Das Versicherungsgericht entscheidet gemäss Art. 9 des Einführungsgesetzes zur Schweizerischen Zivilprozessordnung (EGZPO; sGS 961.2) in Verbindung mit Art. 7 der Schweizerischen Zivilprozessordnung (ZPO; SR 272) als einzige kantonale Instanz über Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10). Damit ist vorliegend auch die Voraussetzung der sachlichen Zuständigkeit erfüllt.

1.3 Vor der Klageanhebung beim Versicherungsgericht ist kein Schlichtungsverfahren gemäss Art. 197 ff. ZPO durchzuführen (vgl. BGE 138 III 558). Die Eintretensvoraussetzungen sind damit erfüllt, auf die Klage vom 19. August 2014 ist daher einzutreten.

2.

2.1

2.1.1 Klagen aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung sind gemäss Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO ohne Rücksicht auf den Streitwert im vereinfachten Verfahren zu behandeln, wobei gemäss Art. 219 ZPO die Bestimmungen über das



ordentliche Verfahren sinngemäss gelten (vgl. Christoph Leuenberger/Beatrice Uffer-Tobler, Schweizerisches Zivilprozessrecht, Bern 2010, N 11.154, N 11.157). Art. 247 Abs. 2 ZPO sieht vor, dass das Gericht in solchen Streitigkeiten den Sachverhalt von Amtes wegen feststellt. Diese sogenannte abgeschwächte oder soziale Untersuchungsmaxime gebietet es dem Gericht zwar, den Sachverhalt mit eigenen Mitteln abzuklären und mit vertretbarem Aufwand zu einem hinreichend sicheren Beweisergebnis zu gelangen. Es ist dabei aber nicht an die Beweisanträge gebunden und kann von sich aus Beweis erheben. Die Parteien werden dadurch auch nicht von der Mitwirkung an der Erhebung der Beweise und der Erstellung des Sachverhalts entbunden. Sie bleiben mitverantwortlich für die Beweisführung und haben insbesondere die Beweismittel zu benennen und beizubringen (vgl. Peter Guyan in: Basler Kommentar zur ZPO, 2. Aufl. Basel 2013, Art. 153 N 3 ff., insbesondere N 9; Franz Hasenböhler in: Thomas Sutter-Somm/Franz Hasenböhler/Christoph Leuenberger [Hrsg.], ZPO Kommentar, 2. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2013 [nachfolgend zitiert mit ZPO Kommentar], Art. 153 N 5 ff.; Bernd Hauck in: ZPO Kommentar, Art. 247 N 33; sowie BGE 130 III 107 E. 2.2, 125 III 238 f. E. 4a und 107 II 236 E. 2c mit weiteren Hinweisen). Die Untersuchungsmaxime ändert auch nichts an der formellen Beweislast. Kann etwa das Bestehen einer entscheidenderheblichen Tatsache durch das Gericht weder bejaht noch verneint werden, entscheidet es trotz Untersuchungsmaxime gemäss Art. 8 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB; SR 210) nach Beweislastgesichtspunkten (Urteil des Bundesgerichts vom 28. Juli 2000, 4C.283/1999, E. 2b; Hauck, a.a.O., Art. 247 N 37).

2.1.2 Im Zivilprozess gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 157 ZPO). Das Gericht hat bei der Bewertung der erhobenen Beweise unabhängig von abstrakten (schablonenhaften) 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. Aus Sicht der ZPO sind die verschiedenen Beweismittel gleichwertig (vgl. Hasenböhler, a.a.O., Art. 157 N 8 f.). Erachtet das Gericht die rechtserheblichen tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen bei pflichtgemässer Beweiswürdigung als schlüssig, darf es den Prozess ohne Weiterungen abschliessen. Ob das Gericht ein (medizinisches) Gutachten anzuordnen hat und welche Regeln allenfalls dafür gelten,



bestimmt sich nach Art. 183 ff. ZPO (vgl. auch Thomas Weibel in: ZPO Kommentar, Art. 183 N 8 ff.).

2.1.3 Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist analog zur Rechtsprechung im Sozialversicherungsrecht entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a mit Hinweis). Bei der Würdigung von Berichten behandelnder Ärztinnen und Ärzte ist (ebenfalls analog zur Rechtsprechung im Sozialversicherungsrecht) zu beachten, dass sie in der Regel nicht den Zweck verfolgen, zu einem medizinischen Sachverhalt abschliessend Stellung zu nehmen und eine objektive Beurteilung von Versicherungsansprüchen zu erlauben, denn ihre Verfasserinnen und Verfasser sind auf die Behandlung der versicherten Person konzentriert. Aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Stellung sagen sie im Zweifelsfall auch eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aus. Dennoch sind ihre Berichte korrekt zu würdigen und sind Anhaltspunkte zu beachten, wonach die Feststellungen der begutachtenden oder von versicherungsinternen Fachpersonen als nicht schlüssig erscheinen (vgl. BGE 135 V 470 f. E. 4.5 f., 125 V 353 E. 3b/cc sowie Urteile des Bundesgerichts vom 1. Oktober 2013, 4A_172/2013, E. 3.3, mit weiteren Hinweisen, vom 12. Februar 2010, 8C_907/2009, E. 1.1, und vom 27. Mai 2008, 9C_24/2008, E. 2.3.2).

2.2

2.2.1 Gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz, VVG; SR 221.229.1) trifft den Antragsteller beim Vertragsabschluss eine Anzeigepflicht. Dieser unterliegen nur jene Gefahrstatsachen, die für die Beurteilung der Gefahr erheblich sind (Art. 4 Abs. 1 VVG). Gemäss Art. 4 Abs. 3 VVG wird die Erheblichkeit derjenigen Gefahrstatsachen vermutet, nach denen der Versicherer "in bestimmter, unzweideutiger Fassung" gefragt hat. Dem Versicherten bleibt jedoch der Beweis des Gegenteils offen, dass nämlich die Gefahrstatsache, obwohl nach ihr in bestimmter und unzweideutiger Weise gefragt



wurde, für den Versicherer unerheblich gewesen sei (vgl. Urs Ch. Nef in: Basler Kommentar zum VVG, Basel 2001, Art. 4 N 56). Eine Gefahrstatsache ist gemäss Art. 4 Abs. 2 VVG nur dann erheblich, wenn sie objektiv geeignet ist, "auf den Entschluss des Versicherers, den Vertrag überhaupt oder zu den vereinbarten Bedingungen abzuschliessen, einen Einfluss auszuüben". Es genügt dabei die Möglichkeit, dass der Versicherer den Vertrag bei richtiger Mitteilung nicht oder nur mit inhaltlichen Abweichungen abgeschlossen hätte (vgl. Nef, a.a.O., Art. 4 N 54, und Urs Ch. Nef/Clemens von Zedtwitz in: Basler Kommentar zum VVG, Nachführungsband, Basel 2012, Art. 4 ad N 54/55).

2.2.2 Art. 6 ff. VVG regelt die Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht. Der Versicherer ist danach berechtigt, den Vertrag durch schriftliche Erklärung zu kündigen, wenn der Anzeigepflichtige eine erhebliche Gefahrstatsache, die er kannte oder kennen musste und über die er schriftlich befragt worden ist, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen hat (Art. 6 Abs. 1 VVG). Wird der Vertrag durch Kündigung aufgelöst, so erlischt auch die Leistungspflicht des Versicherers für bereits eingetretene Schäden, deren Eintritt oder Umfang durch die nicht oder unrichtig angezeigte erhebliche Gefahrstatsache beeinflusst worden ist. Soweit die Leistungspflicht schon erfüllt wurde, hat der Versicherer Anspruch auf Rückerstattung (Art. 6 Abs. 3 VVG). In der vorstehend auszugsweise zitierten Fassung trat Art. 6 VVG per 1. Januar 2006 in Kraft (vgl. AS 2005 5245).

2.2.3 Wann die Anzeigepflicht verletzt ist, beurteilt sich verschuldensunabhängig nach subjektiven wie auch nach objektiven Kriterien. Denn nach dem Wortlaut von Art. 4 und 6 VVG hat die Antrag stellende Person dem Versicherer in Beantwortung entsprechender Fragen nicht nur die ihm tatsächlich bekannten (von seinem positiven Wissen erfassten) erheblichen Gefahrstatsachen mitzuteilen, sondern auch diejenigen, die ihm bekannt sein müssen. Damit stellt das Gesetz ein objektives (vom tatsächlichen Wissen der Antrag stellenden Person über den konkreten Sachverhalt unabhängiges) Kriterium auf, bei dessen Anwendung jedoch die Umstände des einzelnen Falles, insbesondere die persönlichen Eigenschaften (Intelligenz, Bildungsgrad, Erfahrung) und die persönlichen Verhältnisse der Antrag stellenden Person, zu berücksichtigen sind. Entscheidend ist somit, ob und inwieweit eine Antrag stellende Person nach ihrer Kenntnis der Verhältnisse und gegebenenfalls nach den ihr von fachkundiger Seite



erteilten Aufschlüssen eine Frage des Versicherers in guten Treuen verneinen durfte. Sie genügt ihrer Anzeigepflicht nur, wenn sie ausser den ihr ohne weiteres bekannten Tatsachen auch diejenigen angibt, deren Vorhandensein ihr nicht entgehen kann, wenn sie über die Fragen des Versicherers ernsthaft nachdenkt (vgl. BGE 134 III 514 E. 3.3.3 mit weiteren Hinweisen).

3.

3.1 Die Beklagte macht geltend, die Klägerin sei schon vor dem Versicherungsantrag beziehungsweise der Gesundheitserklärung vom 13. Mai 2013 wegen Endometriose und Kinderwunsch/Sterilität behandelt beziehungsweise abgeklärt worden und es habe schon seit 2010 eine primäre Paarsterilität bestanden. Sie beruft sich dazu auf den Kurzaustrittsbericht des Kantonsspitals vom 14. Februar 2014, den Bericht von Dr. B.____ vom 9. April 2014 und die Beurteilung durch ihre Vertrauensärztin vom 24. April 2014 sowie die Ausführungen in den Rechtsschriften der Klägerin (act. G 1, G 1.4, G 1.7 f., G 7).

3.2

3.2.1 Auf der Anfrage des Kantonsspitals um Kostengutsprache vom 7. Februar 2014 sowie der Rechnung vom 6. Mai 2014 wurde als Behandlungsgrund übereinstimmend "V. a. Endometriose" genannt, was "Verdacht auf Endometriose" bedeutet (act. G 3.2, G 1.5). Im Gesuch um Kostengutsprache vom 2. April 2014 für die Hospitalisation ab 15. April 2014 ist demgegenüber - offenbar entsprechend dem Befund vom 13. Februar 2014 - "Endometriose" aufgeführt (act. G 3.4). Dies spricht dafür, dass vor dem Eingriff vom 13. Februar 2014 lediglich ein Verdacht auf eine Endometriose bestanden hatte, was med. pract. D.____ in seiner Antwort vom 2. September 2015 bestätigte (act. G 14).

3.2.2 Der Behandlungsgrund für die Hospitalisation der Klägerin vom 13. bis 15. Februar 2014 ("Verdacht auf Endometriose", act. G 3.2, G 1.5) steht weder im Widerspruch zum Kurzaustrittsbericht des Kantonsspitals noch zum Bericht von Dr. B.____. Vielmehr ist naheliegend, dass die behandelnden Ärzte am Kantonsspital in ihrem Bericht vom 14. Februar 2014 unter Diagnose 1 die Diagnosen und Befunde auflisteten, die ihre Untersuchungen vom Vortag ergeben hatten (act. G 1.4). Dr. C.____



und med. pract. D.____ hatten am 13. Februar 2014 eine diagnostische Hysteroskopie mit selektiver Tubenperfusion sowie eine therapeutische Laparoskopie mit Endometriose-Sanierung und Chromopertubation durchgeführt (vgl. "Prozeduren" auf S. 2 von act. G 1.4). Bezüglich "primäre Paarsterilität seit 2010" führten sie in Diagnose 2 demgegenüber klinisch und sonographisch einen Verdacht auf Endometriose neben PCO like ovaries beidseits mit Verdacht auf Dysovulation und einen männlichen Faktor auf. Letztere Liste enthält offenbar die Indikationen, die zur Abklärung und Hospitalisation der Klägerin am 13. Februar 2014 geführt hatten. Auch die Ausführungen von med. pract. D.____ vom 2. September 2015 (act. G 14) bestätigen diese Interpretation des Kurzaustrittsberichts vom 14. Februar 2014 (act. G 1.4) bezüglich der Verdachtsdiagnose einer Endometriose.

3.2.3 Aus der Diagnose 2 und der Jahreszahl 2010 kann - sofern letztere zutrifft (vgl. nachfolgende E. 3.3.2 f.) - höchstens geschlossen werden, dass die Paarsterilität seit 2010 Gegenstand von Abklärungen und Behandlungen war, nicht aber, dass die Unterbeziehungsweise Verdachtsdiagnosen zu Diagnose 2 (klinisch und sonographisch Verdacht auf Endometriose, PCO like ovaries beidseits mit Verdacht auf Dysovulation, männlicher Faktor) seit 2010 gestellt worden waren. Es ist nämlich kaum wahrscheinlich, dass bei der 2010 knapp 19-jährigen Klägerin für die Verifizierung der Verdachtsdiagnosen noch vier Jahre zugewartet wurde. Das gilt ebenfalls für den denkbaren Sachverhalt, dass diese Verdachtsdiagnosen bis kurz vor dem Versicherungsantrag und der Gesundheitserklärung vom 13. Mai 2013 gestellt worden wären: Es ist wenig wahrscheinlich, dass zwischen den Verdachtsdiagnosen und deren Verifizierung zehn Monate und länger zugewartet wurde. Vielmehr sind die Angaben der Klägerin plausibel, dass im November 2013 erstmals eine Abklärung durch med. pract. D.____ stattgefunden habe - dies, nachdem auch eine zweite Spermigraphie bei ihrem Partner im August/September 2013 keine klaren Befunde ergeben hatte - und dabei erstmals der Verdacht auf eine Endometriose gestellt worden sei. Dieser wurde am 13. Februar 2014 mittels diagnostischer Hysteroskopie mit selektiver Tubenperfusion verifiziert (vgl. act. G 1.4). Bei der gleichen Gelegenheit wurden eine therapeutische Laparoskopie mit Endometriose-Sanierung und eine Chromopertubation durchgeführt. Die Angaben der Klägerin stehen damit im Einklang mit dem vorliegenden Bericht der behandelnden Ärzte am Kantonsspital vom 14. Februar 2014 (act. G 1.4). Auch die Antworten von med. pract. D.____ vom



2. September 2015 belegen die Angaben der Klägerin (act. G 14). Der Gynäkologe hielt darin ausdrücklich fest, dass sich die Klägerin am 11. November 2013 in Begleitung ihres Partners zum Erstgespräch vorgestellt habe, dass das Paar mit Schreiben vom 27. September 2013 durch den Urologen G.____ zugewiesen worden war und dass Letzterer den Partner der Klägerin abgeklärt habe. Weiter führte er aus, dass er den Verdacht auf eine Endometriose/Adenomyosis aufgrund der Anamnese sowie der sonographischen Befunde bei der Klägerin beim Erstgespräch gestellt habe und dass diese Diagnose im Rahmen des operativen Eingriffs im Kantonsspital St. Gallen am 13. Februar 2014 bestätigt worden sei.

3.2.4 Auch der Bericht von Dr. B.____ vom 9. April 2014 (act. G 1.8) enthält keine Angaben, die denjenigen der Klägerin widersprechen. Die Gynäkologin hält darin fest, sie habe die Patientin am 16. April 2013 letztmals behandelt und die damalige Behandlung habe in keinem Zusammenhang mit der Hospitalisation vom 13. Februar 2014 gestanden. Sie gab die gynäkologischen Diagnosen wieder, wie sie ihr über die Behandlung am Kantonsspital vom 13. Februar 2014 berichtet worden waren. Diese entsprechen wörtlich dem Kurzaustrittsbericht des Kantonsspitals vom 14. Februar 2014 (act. G 1.4). Bei ihren weiteren Ausführungen zu einer Diagnosestellung, Behandlung oder Spitaleinweisung, die jener vorausgegangen wären, bezog sie sich auf die nach dem Kurzaustrittsbericht wiederholten Diagnosen und verneinte die Fragen der Beklagten.

3.2.5 Zusammenfassend ist der Beweis nicht erbracht, die Diagnose einer Endometriose beziehungsweise eines Verdachts auf eine solche sei vor dem 13. Mai 2013 gestellt worden und die Klägerin habe diese Tatsachen anlässlich der Gesundheitserklärung vom gleichen Datum gekannt oder kennen müssen. Beim Ausfüllen derselben konnte sie daher diesbezüglich ihre Anzeigepflicht nicht verletzen.

3.3

3.3.1 Im Kurzaustrittsbericht des Kantonsspitals vom 14. Februar 2014 wird weiter eine primäre Paarsterilität seit 2010 als Hauptdiagnose angeführt (act. G 1.4). Die Beklagte leitet daraus eine Sterilitätsbehandlung der Klägerin seit 2010 ab und



begründet auch damit die Anzeigepflicht-Verletzung anlässlich der Gesundheitserklärung vom 13. Mai 2013 (act. G 1.3).

3.3.2 Die Klägerin wendet dagegen ein, bei ihr sei nie eine Sterilität diagnostiziert worden und die Jahreszahl 2010 müsse versehentlich in den Bericht des Kantonsspitals gelangt sein. Sie führt weiter aus, sie sei mit ihrem Partner erst seit 2011 zusammen und der Babywunsch sei erst 2012 entstanden. Da sie nicht sofort schwanger geworden sei, habe sie Dr. B.____ darauf angesprochen. Diese habe ihr geraten, vorerst einmal abzuwarten. Die üblichen gynäkologischen Untersuchungen durch Dr. B.____ hätten später ergeben, dass bei ihr "alles in Ordnung" sei. Im Hinblick auf den bisher nicht erfüllten Kinderwunsch habe die Gynäkologin empfohlen, dass ihr Partner eine Spermigraphie machen lasse. Eine solche sei dann im Februar 2013 und nochmals im August/September 2013 bei Dr. G.____ in Buchs durchgeführt worden. Beide hätten keine klaren Befunde ergeben, weshalb Dr. G.____, der Urologe ihres Partners, eine Anmeldung ans Institut F.____ gemacht habe. Diese Angaben werden wiederum durch die Antworten belegt, die med. pract. D.____ am 2. September 2015 gab (act. G 14). Darin bestätigte er die Zuweisung durch Dr. G.____ mit Schreiben vom 27. September 2013, nachdem der Partner der Klägerin vom Urologen abgeklärt worden war, und dass sich das Paar gemeinsam zum Erstgespräch vom 11. November 2013 vorgestellt habe.

3.3.3 Gegen die Richtigkeit der Jahreszahl 2010 spricht allein schon das Alter der Klägerin. Sie vollendete 2010 ihr 19. Lebensjahr. Würde die Jahreszahl 2010 zutreffen, hätte sie sich also bereits rund 18-jährig wegen eines unerfüllten Kinderwunsches behandeln lassen. Auch ihre Angabe, sie habe 2012 erstmals schwanger werden wollen, ist angesichts ihres Geburtsdatums plausibel.

3.3.4 Die Ausführungen der Klägerin decken sich auch mit dem Bericht von Dr. B.____ vom 9. April 2014 (act. G 1.8). Diese nennt als letzten Behandlungstermin bei ihr den 16. April 2013 und dass die damalige Behandlung in keinem Zusammenhang mit der Hospitalisation vom 13. Februar 2014 gestanden habe.

3.3.5 Wie bereits in der vorstehenden Erwägung 3.2.3 ausgeführt, kann aus dem Kurzaustrittsbericht von Dr. C.____ und med. pract. D.____ vom 14. Februar 2014 (act.



G 1.4) nicht geschlossen werden, dass sämtliche Details zur Hauptdiagnose 2 (Primäre Paarsterilität seit 2010) - nämlich klinisch und sonographisch Verdacht auf Endometriose, PCO like ovaries beidseits mit Verdacht auf Dysovulation, männlicher Faktor - bereits zu Beginn der diesbezüglichen Abklärungen feststanden. Unabhängig davon, wann entsprechende Abklärungen begonnen hatten, ist vielmehr davon auszugehen, dass diese Indikationen wenige Wochen oder höchstens einige Monate vor der diagnostischen Hysteroskopie vom 13. Februar 2014 feststanden und damit wenig wahrscheinlich bereits vor der Gesundheitserklärung vom 13. Mai 2013. Med. pract. D.____, der den Kurzaustrittsbericht vom 14. Februar 2014 (act. G 1.4) mitunterzeichnet hatte, bestätigte in seinen Antworten vom 2. September 2015 (act. G 14) genau diesen Ablauf mit Verdachtsdiagnose anlässlich des Erstgesprächs vom 11. November 2013.

3.3.6 Die Akten lassen die Angaben der Klägerin durchwegs plausibel erscheinen. Anlässlich der Gesundheitserklärung vom 13. Mai 2013 war ihr demnach bekannt, dass ihr seit 2012 bestehender Kinderwunsch bisher unerfüllt geblieben war. Ihre Gynäkologin, Dr. B.____, hatte ihr auf entsprechende Anfrage hin geraten, vorerst einmal abzuwarten. Nachdem die gynäkologische Untersuchung ergeben hatte, dass bei ihr "alles in Ordnung" sei, wurde eine Pathologie bei ihrem Partner vermutet. Offenbar waren auch anlässlich der Behandlung bei Dr. B.____ am 16. April 2013 keine einschlägigen Befunde erhoben worden (vgl. act. G 1.8). Die Klägerin durfte daher am 13. Mai 2013, mithin rund einen Monat später, die Fragen 1 und 2 der Gesundheitserklärung, die auf gegenwärtige Gesundheitsbeeinträchtigungen, aktuelle oder zukünftige Behandlungen gerichtet sind (vgl. act. G 1.3), ohne weiteres verneinen.

3.3.7 Frage 14 der Gesundheitserklärung lautet (act. G 1.3): "Haben andere Krankheiten/Unfälle jemals eine ambulante, stationäre, ärztliche/naturärztliche/therapeutische Behandlung oder Untersuchung notwendig gemacht?" Die Klägerin macht dazu geltend, sie habe den unerfüllten Kinderwunsch nicht als Krankheit wahrgenommen, zumal Dr. B.____ bei ihr nichts festgestellt habe und die Ursache dafür bei ihrem Partner gesucht worden sei. Bestärkt durch die Auskunft der Gynäkologin, die sie in ihrem Bericht vom 9. April 2014 - zumindest indirekt - bestätigte (act. G 1.8), musste sie dieser Störung nach Lehre und Rechtsprechung keinen Krankheitswert beimessen (vgl. vorstehende E. 2.2.3 sowie Nef/von Zedtwitz, a.a.O., Art. 4 ad N 26). Demnach durfte



die Klägerin auch die Frage 14 der Gesundheitserklärung verneinen, ohne ihre Anzeigepflicht zu verletzen.

3.4

3.4.1 Wie vorstehend dargelegt, fehlt es an einer Verletzung der Anzeigepflicht (besonders E. 3.2.5, E. 3.3.6 f.). Selbst wenn eine solche aufgrund der fehlenden Anzeige des unerfüllten Kinderwunsches bejaht werden müsste und der Zusatzversicherungs-Vertrag deshalb zu Recht gekündigt worden wäre, wäre die Leistungspflicht der Beklagten gemäss Art. 6 Abs. 3 VVG für bereits eingetretene Schäden lediglich dann erloschen, wenn deren Eintritt oder Umfang durch die nicht oder unrichtig angezeigte erhebliche Gefahrstatsache beeinflusst worden wäre (vgl. vorstehende E. 2.2.2).

3.4.2 Hätte die Klägerin den unerfüllten Kinderwunsch als gesundheitliche Störung mit Krankheitswert wahrgenommen, hätte sie anlässlich der Gesundheitserklärung vom 13. Mai 2013 nach ihrem damaligen Wissensstand lediglich angeben können, sie habe Dr. B.____ darauf angesprochen, worauf bei ihr kein Befund erhoben und bei ihrem Partner eine Spermio-graphie empfohlen worden sei. Im Februar 2013 habe diese keinen klaren Befund ergeben und werde daher im August/September 2013 wiederholt werden. Es ist zwar denkbar, dass die Beklagte aufgrund dieser Angaben bei Dr. B.____ einen Bericht einverlangt hätte. Wie die Gynäkologin auf Rückfrage der Beklagten am 9. April 2014 ausführte (act. G 1.8), hatte ihre Behandlung vom 16. April 2013, rund einen Monat vor der Gesundheitserklärung, nicht im Zusammenhang mit der Hospitalisation vom 13. Februar 2014 gestanden. Zu den Diagnosen, die anlässlich derselben zehn Monate später gestellt worden waren, hätte Dr. B.____ in einem Bericht im Mai/Juni 2013 mithin keine Angaben machen können. Es ist nicht wahrscheinlich, dass ein solcher Bericht von Dr. B.____ die Beklagte im Mai/Juni 2013 zu weiteren Abklärungen veranlasst hätte. Gänzlich unwahrscheinlich sind bei diesen Angaben weitergehende gynäkologische oder reproduktionsmedizinische Untersuchungen oder gar eine diagnostische Hysteroskopie, wie sie nach der Verdachtsdiagnose im November 2013 am 13. Februar 2014 durchgeführt wurde.



3.4.3 Sind weiterführende Abklärungen durch die Beklagte, die zumindest den Verdacht auf eine Endometriose zu Tage gebracht hätten, unwahrscheinlich, fehlt es am nötigen Kausalzusammenhang zwischen mangelnden Angaben der Klägerin zum unerfüllten Kinderwunsch und dem Schaden durch ihre Hospitalisation vom 13. bis 15. Februar 2014 in der halbprivaten Abteilung. Daher bleibt die Leistungspflicht der Beklagten für die Mehrkosten bei dieser Hospitalisation der Klägerin selbst bei diesem Eventualszenario bestehen.

4.

4.1 Die Klage ist gemäss den vorstehenden Ausführungen einzelrichterlich gutzuheissen (Art. 17 Abs. 2 des sankt-gallischen Gerichtsgesetzes [GerG; sGS 941.1] i.V.m. Art. 19 der sankt-gallischen Verordnung über die Organisation und den Geschäftsgang des Versicherungsgerichts [OrgV; sGS 941.114]).

4.2 Die Klägerin klagte den Betrag von Fr. 9'667.50 nebst 5% Zins seit 5. Juni 2014 ein. Der Betrag von Fr. 9'667.50 entspricht der Rechnung des Kantonsspitals vom 6. Mai 2014 (act. G 1.5) für die stationäre Unterbringung vom 13. bis 15. Februar 2014 in der halbprivaten Abteilung und ist demnach ausgewiesen.

4.3

4.3.1 Obwohl die Klägerin den Zins von 5% seit 5. Juni 2014 nicht als solchen bezeichnet, ist davon auszugehen, dass es sich um einen Verzugszins handelt. Schuldnerverzug setzt gemäss Art. 102 des Bundesgesetzes betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Fünfter Teil: Obligationenrecht, OR; SR 220) die Fälligkeit der Forderung und eine Mahnung oder einen bestimmten Verfalltag voraus (vgl. auch Wolfgang Wiegand in: Basler Kommentar zum OR I, 5. Aufl. Basel 2011, Art. 102 N 3). Die Versicherungsbedingungen der Beklagten enthalten keine Bestimmung über die Fälligkeit ihrer Leistungen aus Zusatzversicherungen. Diese richtet sich daher nach Art. 41 VVG und ist dahingehend speziell geregelt, als sie erst vier Wochen nach dem Zeitpunkt eintreten kann, in dem der Versicherer Angaben erhalten hat, aus denen er sich von der Richtigkeit des Anspruchs überzeugen kann (sogenannte Deliberationsfrist; vgl. Jürg Nef in: Basler Kommentar zum VVG, a.a.O.,



Art. 41 N 12 ff.). Auch nach Ablauf der vierwöchigen Deliberationsfrist gerät der Versicherer grundsätzlich erst durch Mahnung in Verzug (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 19. Juni 2009, 4A_487/2007, E. 8.2; Pascal Grolimund/Alain Villard in: Basler Kommentar zum VVG, Nachführungsband, a.a.O., Art. 41 ad N 20; Nef, a.a.O., Art. 41 N 20 mit Hinweisen). Lehnt die Versicherung freilich zu Unrecht ihre Leistungspflicht definitiv ab, bedarf es keiner Mahnung der versicherten Person. Fälligkeit und Verzug treten dann sofort ein, und eine Deliberationsfrist wird überflüssig (Grolimund/Villard, a.a.O., Art. 41 ad N 20 2. Abschnitt, mit Hinweis auf das Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 27. März 2006, KK.2005.00009, E. 8.2 ff., und Nef, a.a.O., Art. 41 N 20). Denn diesfalls erklärt der Schuldner unmissverständlich, dass er nicht leisten werde, weshalb sich eine Mahnung als überflüssig erweisen würde. Der Gläubiger kann daher analog Art. 108 Ziff. 1 OR auf sie verzichten. Dies gilt auch dann, wenn die eindeutige und definitive Verweigerungserklärung schon vor Fälligkeit der Forderung abgegeben wurde (antizipierter Vertragsbruch; Wiegand, a.a.O., Art. 102 N 11).

4.3.2 Die Beklagte verneinte ihre Leistungspflicht und kündigte die Zusatzversicherungs-Verträge per 2. Mai 2014 mit Schreiben vom 24. April 2014 (act. G 1.6). Die Klägerin hatte die Rechnung des Kantonsspitals vom 6. Mai 2014 innert 30 Tagen zu bezahlen (vgl. act. G 1.5). Der Rechnungsbetrag war somit am 5. Juni 2014 fällig. Da die Beklagte ihre Leistungspflicht schon vorgängig abgelehnt hatte, geriet sie bereits bei der Fälligkeit des Rechnungsbetrages in Verzug. Ein Verzugszins von 5% (vgl. Art. 104 Abs. 1 OR) ist daher ab dem 5. Juni 2014 geschuldet.

5.

5.1 Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist die Klage vom 19. August 2014 gutzuheissen und die Beklagte ist zu verpflichten, der Klägerin Fr. 9'667.50 nebst Zins zu 5% seit 5. Juni 2014 zu bezahlen.

5.2

5.2.1 Gemäss Art. 106 Abs. 1 ZPO werden die Prozesskosten der unterliegenden Partei auferlegt. Prozesskosten sind gemäss Art. 95 Abs. 1 ZPO die Gerichtskosten (lit. a) und die Parteientschädigung (lit. b).



5.2.2 Gerichtskosten sind gemäss Art. 114 lit. e ZPO keine aufzuerlegen.

5.2.3 Die obsiegende, anwaltlich vertretene Klägerin hat eine Parteientschädigung beantragt. Die Parteientschädigung spricht das Gericht nach den kantonalen Tarifen zu (Art. 105 Abs. 2 in Verbindung mit Art. 96 ZPO). Das mittlere Honorar im Zivilprozess beträgt nach Art. 14 lit. b der sankt-gallischen Honorarordnung für Rechtsanwälte und Rechtsagenten (HonO; sGS 963.75) Fr. 1'230.-- bei einem Streitwert von Fr. 5'000.-- bis Fr. 20'000.--, wobei 15,4% des Streitwerts hinzuzuzählen sind. Der Streitwert beläuft sich auf Fr. 9'667.50, sodass sich ein ungekürztes mittleres Honorar von Fr. 2'718.80 ergibt (Fr. 1'230.-- plus 15,4% von Fr. 9'667.50). Da das Versicherungsgericht in Streitigkeiten betreffend eine Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung anstelle des Kantonsgerichts als erste Instanz im Sinne von Art. 15 HonO entscheidet, ist die Parteientschädigung um einen Fünftel zu erhöhen, womit sich ein Betrag von gerundet Fr. 3'263.-- ergibt. Gemäss Art. 28bis Abs. 1 HonO besteht Anspruch auf den pauschalen Ersatz für Barauslagen von 4% des Honorars, höchstens Fr. 1'000.--. Beim Honorar von Fr. 3'263.-- beträgt dieser Fr. 131.--. Die Mehrwertsteuer von 8% wird zum Honorar und zu den Barauslagen hinzugerechnet (Art. 29 HonO) und beträgt vorliegend gerundet Fr. 272.--.

Entscheid

im Verfahren gemäss Art. 19 der sankt-gallischen Verordnung über die Organisation und den Geschäftsgang des Versicherungsgerichts (OrgV; sGS 941.114)

1.

Die Klage wird gutgeheissen und die Beklagte verpflichtet, der Klägerin Fr. 9'667.50 nebst Zins zu 5% seit 5. Juni 2014 zu bezahlen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

3.

Die Beklagte hat die Klägerin mit Fr. 3'263.-- zuzüglich Barauslagen von Fr. 131.-- sowie der Mehrwertsteuer von Fr. 203.60, also insgesamt mit Fr. 3'666.-- zu entschädigen.