



**VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS GRAUBÜNDEN
DRETGIRA ADMINISTRATIVA DAL CHANTUN GRISCHUN
TRIBUNALE AMMINISTRATIVO DEL CANTONE DEI GRIGIONI**

S 15 133

3. Kammer als Versicherungsgericht

Vorsitz	Stecher
RichterIn	Moser, Audétat
Aktuarin	Baumann

URTEIL

vom 9. August 2017

in der versicherungsrechtlichen Streitsache

A.,

vertreten durch Rechtsanwalt MLaw Andreas Mutzner,

Klägerin

gegen

B. AG,

Beklagte

betreffend Versicherungsleistungen nach VVG

1. A._____ schloss bei der B._____ AG per 2. März 2010 eine obligatorische Krankenpflegeversicherung mit Unfall (nach KVG) sowie diverse Zusatzversicherungen nach VVG ab. Basis für die fraglichen Vertragsabschlüsse bildete insbesondere eine Gesundheitsdeklaration, welche A._____ am 25. Februar 2010 unterzeichnete.

2. Vom 10. Mai bis zum 30. November 2011 befand sich A._____ in stationärer Behandlung in der psychiatrischen Klinik Waldhaus. Über diesen Zeitraum hinaus war sie bis zum 31. März 2012 in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt. Die B._____ AG erbrachte die geforderten Taggeldleistungen im Betrag von Fr. 42'750.-- und übernahm die Behandlungskosten. Am 4. März 2013 trat A._____ abermals in die Klinik Waldhaus ein, wo sie bis zum 31. Dezember 2013 stationär behandelt wurde. Die B._____ AG entrichtete A._____ die von ihr im Zusammenhang mit dieser Krankheitsepisode geltend gemachten Versicherungsleistungen. Ende 2014 verschlechterte sich die psychische Verfassung von A._____ neuerlich, weshalb sie sich vom 3. November 2014 bis zum 31. März 2015 in der Privatklinik C._____ einer stationären Behandlung unterziehen musste und bis zum 17. Juni 2015 in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt war.

3. Unter Berufung auf eine Anzeigepflichtverletzung kündigte die B._____ AG in der Folge mit Schreiben vom 19. Mai 2015 die mit A._____ am 2. März 2010 geschlossenen Zusatzversicherungsverträge per 31. Mai 2015. Begründend führte sie aus, die Versicherte habe die Fragen nach einer "ambulanten bzw. stationären ärztlichen Behandlung/Kontrolle /Untersuchung aufgrund körperlicher oder psychischer Beschwerden in den letzten fünf Jahren" sowie nach "regelmässigem Alkoholkonsum" auf der vor dem Vertragsschluss unterzeichneten Gesundheitsdeklaration verneint, obschon aus einem in der Zwischenzeit eingeholten Bericht der Psychiatrischen Universitätsklinik D._____ (nachfolgend als Psychiatrische Universitätsklinik D._____ bezeichnet) hervorgehe, dass sie vom

30. März bis zum 5. April 2006 wegen eines psychischen Leidens und Alkoholmissbrauchs stationär in jener Klinik hospitalisiert gewesen sei. Für den jüngsten Krankheitsfall resp. die Arbeitsunfähigkeit ab dem 3. November 2014, welche im Zusammenhang mit diesem Beschwerdebild stehe, habe sie demnach keinen Leistungsanspruch aus der SALARIA Taggeld-Versicherung. Im Sinne eines Kulanzentscheids verzichte die B._____ AG darauf, die bisher erbrachten Versicherungsleistungen zurückzufordern.

4. Im 2015 musste A._____ wegen einer Blinddarmentzündung im Kantonsspital Chur notfallmässig operiert werden. Die B._____ AG weigerte sich die über die Grundversicherung hinausgehenden Kosten dieses Klinikaufenthalts zu übernehmen, da sie die entsprechende Zusatzversicherung mit Schreiben vom 19. Mai 2015 gekündigt habe. Für die Unterbringung in der Privatabteilung stellte das Kantonsspital Graubünden A._____ einen Betrag von Fr. 4'726.-- in Rechnung.
5. Am 16. Oktober 2015 erhob A._____ (nachfolgend Klägerin) beim Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden Klage gegen die B._____ AG. Darin stellte und begründete sie folgende Rechtsbegehren:
 1. *Die Beklagte sei zu verpflichten, den mit der Klägerin abgeschlossenen Vertrag betreffend die Zusatzversicherungen zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung vollumfänglich zu erfüllen und die zu Unrecht verweigerten Leistungen in der Höhe von insgesamt Fr. 50'126.-- zzgl. Zins zu 5 % seit 19. Mai 2015 auf den Betrag von Fr. 45'400.-- und seit Rechtshängigkeit auf den Betrag von Fr. 4'726.-- der Klägerin zu bezahlen, unter ausdrücklichem Nachklagevorbehalt.*
 2. *Die Beklagte sei zu verpflichten, rückwirkend seit 1. Juni 2015, die folgenden Zusatzversicherungen gegen Bezahlung der vertraglich vereinbarten Prämien mit der Klägerin weiterzuführen:*
 - TOP Krankenpflege-Zusatzversicherung für spezielle Leistungen (nach VVG)
 - SANA Zusatzversicherung für Prävention und Komplementärmedizin (nach VVG)
 - HOSPITAL COMFORT BONUS Spitalzusatzversicherung, Private Abteilung, ganze Schweiz (nach VVG)
 - SALARIA Taggeld-Versicherung (nach VVG)

3. *Unter voller gerichtlicher und aussergerichtlicher Kosten- und Entschädigungsfolge (zzgl. MwSt.) zulasten der Beklagten.*

Verfahrensantrag

1. Das Verfahren sei zunächst auf die Frage zu beschränken, ob die Beklagte die gesetzliche Kündigungsfrist gemäss Art. 6 Abs. 2 VVG verpasst und damit ihr Kündigungsrecht verwirkt hat."

Zur Begründung dieser Anträge führte die Klägerin im Wesentlichen aus, die B._____ AG habe bereits mit Eingang des Schreibens der Psychiatrischen Dienste Graubünden (PDGR) am 10. April 2015 und nicht erst mit Erhalt des Berichts der Psychiatrischen Universitätsklinik D._____ sichere Kenntnis vom Klinikaufenthalt der Klägerin gehabt. Danach seien zur Feststellung der (behaupteten) Anzeigepflichtverletzung keine weiteren Abklärungen mehr nötig gewesen. Dementsprechend habe die B._____ AG die mit der Klägerin geschlossenen Zusatzversicherungen verspätet aufgelöst, weshalb das Kündigungsschreiben vom 19. Mai 2015 keine Wirkung entfalte. Des Weiteren bezweifelte die Klägerin die Erheblichkeit sowie den Fortbestand und die Kausalität der angeblich verschwiegenen Gefahrstatsachen hinsichtlich der infrage stehenden Vertragsabschlüsse.

6. Mit prozessleitender Verfügung vom 22. Oktober 2015 beschränkte der Instruktionsrichter den Streitgegenstand antragsgemäss auf die Frage der rechtzeitigen Kündigung.
7. In der Klageantwort vom 27. November 2015 beantragte die B._____ AG (nachfolgend Beklagte) die kostenfällige Abweisung der Klage. Da dem Schreiben der PDGR weder eine zusammenfassende Wiedergabe des Klinikberichts der Psychiatrischen Universitätsklinik D._____ noch eine Diagnose oder Behandlung einer Krankheit oder Störung des Nervensystems oder der Psyche habe entnommen werden können, habe sie von den der damaligen stationären Behandlung zugrunde liegenden Diagnosen und damit von der Anzeigepflichtverletzung erst mit Zugang des Klinikberichts der Psychiatrischen Universitätsklinik D._____ am 24. April

2015 Kenntnis erhalten. Damit sei der Klägerin das Kündigungsschreiben am 21. Mai 2015 unzweifelhaft innert der vierwöchigen Frist zugegangen. Sodann werde die Erheblichkeit einer verschwiegenen Gefahrstatsache von Gesetzes wegen vermutet, wenn eine Frage unzweideutig darauf gerichtet sei.

8. In ihrer Replik vom 11. Januar 2016 hielt die Klägerin an ihren Rechtsbegehren fest und vertiefte ihre Ausführungen zur Verletzung der Anzeigepflicht und zum Beginn der Kündigungsfrist. Dabei hielt sie im Wesentlichen dafür, dass für den Beginn des Fristenlaufs nur die Kenntnis einer früheren Behandlung und nicht der dieser zugrunde liegenden Diagnosen massgebend sei.
9. In ihrer Duplik vom 26. Januar 2016 erneuerte auch die Beklagte ihre Anträge und vertiefte ihre bisherigen Ausführungen unter Widerlegung der klägerischen Vorbringen.
10. Nachdem die Klägerin mit Schreiben vom 5. Februar 2016 auf die Eingabe einer weiteren Stellungnahme verzichtet hatte, erweiterte der Instruktionsrichter das Verfahren mit prozessleitender Verfügung vom 11. August 2016 auf die weiteren Kündigungsvoraussetzungen bzw. die Folgen der Anzeigepflichtverletzung.
11. Daraufhin reichte die Klägerin am 26. August 2016 eine weitere Stellungnahme ein, wobei sie an ihren bisherigen Anträgen festhielt und die bereits in der Klage gemachten Ausführungen zur Erheblichkeit sowie zum fehlenden Fortbestand und zur fehlenden Kausalität der verschwiegenen Gefahrstatsachen vertiefte. Zur bestrittenen Erheblichkeit beantragte sie sodann die Edition sämtlicher Grundlagen der Risikoeinschätzung aus den Händen der Beklagten. In tatsächlicher Hinsicht ergänzte sie ihre bisherigen Ausführungen um einen am 15. März 2016 erlittenen Unfall mit

dreifachem Knöchelbruch, wobei sie das ursprünglich gestellte Rechtsbegehren nicht um die in diesem Zusammenhang angefallenen Spitalkosten und Taggeldleistungen erweiterte.

12. Mit erweiterter Klageantwort vom 9. September 2016 sowie einer weiteren Stellungnahme vom 27. Oktober 2016 hielt die Beklagte ihrerseits an den gestellten Anträgen fest und äusserte sich zum bestrittenen Fortbestand resp. zur Kausalität zwischen den verschwiegenen Gefahrstatsachen und dem dritten Krankheitsfall vom November 2014 sowie zu Bestand und Höhe der geltend gemachten Forderungen.
13. Darauf reichte die Klägerin die Stellungnahmen vom 28. Oktober sowie 7. November 2016 ein. Die Beklagte äusserte sich dazu am 22. November 2016 und 5. Dezember 2016. Mit Schreiben vom 9. Februar 2017 verzichtete der Beklagte auf eine weitere Stellungnahme.

Auf die weiteren Ausführungen der Parteien und die eingereichten Beweismittel wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1. a) Die eingeklagten Forderungen beruhen auf Zusatzversicherungen zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung, welche gemäss Art. 12 Abs. 2 und 3 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG; SR 221.229.1) unterstehen. Streitigkeiten aus solchen Verträgen sind privatrechtlicher Natur (vgl. BGE 138 III 558 E.3.2, 138 III 2 E.1.1, 133 III 439 E.2.1, Urteil des Bundesgerichts 4A_158/2011 vom 6. April 2011 E.1.1). Soweit das Versicherungsvertragsgesetz keine (besondere) Regelung

enthält, gelangen die Bestimmungen des Obligationenrechts (OR; SR 220) zur Anwendung (Art. 100 Abs. 1 VVG). Das Verfahren richtet sich grundsätzlich nach der Schweizerischen Zivilprozessordnung (ZPO; SR 272).

- b) Die zur Beurteilung stehenden Versicherungsverträge hat die Klägerin mit der Beklagten – welche als gewerbsmässige Anbieterin solcher Versicherungsleistungen auftritt – geschlossen, um den Versicherungsschutz in einem über die obligatorische Krankenpflegeversicherung hinausgehenden Masse zu gewährleisten. Solche Verträge gelten nach der Praxis des Verwaltungsgerichts als Konsumentenvertrag im Sinne von Art. 32 ZPO (VGU S 12 43 vom 28. Mai 2013 E.1b, U 12 46 vom 15. November 2012 / 15. Februar 2013 E.1b, S 09 54 vom 24. Mai 2011 E.1c). Laut dieser Bestimmung ist für Klagen der Konsumentin oder des Konsumenten das Gericht am Wohnsitz oder Sitz einer der Parteien zuständig (Abs. 1 lit. a). Auf diesen Gerichtsstand kann der Konsument nicht zum Voraus oder durch Einlassung verzichten (Art. 35 Abs. 1 lit. a ZPO). Vorbehalten bleibt der Abschluss einer Gerichtsstandsvereinbarung nach Entstehung der Streitigkeit (Art. 35 Abs. 2 ZPO). Im vorliegenden Fall wohnt die Klägerin in St. Peter (Kanton Graubünden). Demnach ist das angerufene Gericht für die Beurteilung der vorliegenden Streitigkeit örtlich zuständig.

- c) Hinsichtlich der sachlichen Zuständigkeit eröffnet Art. 7 ZPO den Kantonen die Möglichkeit, ein Gericht zu bezeichnen, welches als einzige kantonale Instanz für Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung zuständig ist. Diese Gelegenheit hat der Kanton Graubünden wahrgenommen und dem Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden die fraglichen Streitigkeiten in Art. 63 Abs. 2 lit. b des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege (VRG; BR 370.100) zur Beurteilung zugewiesen (vgl. dazu Urteile des Verwaltungsgerichts des Kantons Graubünden [VGU] S 12 112 vom 31. Januar 2013 E.1, S 12 43 vom

28. Mai 2013 E.1a, S 09 54 vom 24. Mai 2011 E.1b). Die vorliegende Streitigkeit fällt somit in die sachliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts des Kantons Graubünden. Damit erweist sich das angerufene Gericht als zuständig.

- d) Die Klägerin hat die vorliegende Klage eingereicht, ohne vorgängig ein Schlichtungsverfahren durchzuführen. Dieses Vorgehen steht im Einklang mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, wonach Streitigkeiten aus einer Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung, für welche die Kantone eine einzige Instanz vorsehen, direkt beim zuständigen Gericht einzureichen sind (BGE 138 III 558 E.4). Da auch die übrigen Prozessvoraussetzungen erfüllt sind, ist auf die vorliegende Klage einzutreten.
 - e) Die Klägerin und die Beklagte haben vorliegend explizit bzw. stillschweigend auf die Durchführung einer Hauptverhandlung verzichtet (Art. 233 ZPO). Das Verwaltungsgericht entscheidet daher aufgrund der Ausführungen in den Rechtsschriften sowie der eingereichten Akten.
2. a) Im vorliegenden Fall sind sich die Parteien darin einig und ist aufgrund der Akten im Übrigen erstellt, dass die Beklagte mit der Klägerin nebst der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit Unfall (nach KVG) per 2. März 2010 diverse Zusatzversicherungen nach VVG; vgl. Versicherungsangebot vom 15. Februar 2010 in Beilage der Beklagten [bB] 4) abschloss und auf der Grundlage dieser Versicherungsverträge in den Jahren 2011/2012 und 2013 Versicherungsleistungen erbrachte. Mit Schreiben vom 19. Mai 2015 kündigte die Beklagte diese Zusatzversicherungen per 31. Mai 2015 mit der Begründung, die Beklagte habe die ihr obliegenden Anzeigepflichten verletzt.

- b) Diese Kündigung erachtet die Klägerin als unwirksam. Zur Begründung dieser Rechtsauffassung macht sie im Wesentlichen geltend, die Beklagte habe sich erst am 12. März 2015 bei den PDGR nach der Krankengeschichte der Klägerin erkundigt, obgleich sie bis dahin schon aufgrund zwei Krankheitsfällen stationär behandelt worden sei, die behandelnden Ärzte für Auskünfte stets zur Verfügung gestanden seien und die Beklagte im Zusammenhang mit diesen Krankheitsfällen Leistungen erbracht habe. Im Übrigen hätten die PDGR der Beklagten mit Schreiben vom 2. April 2015 mitgeteilt, die Klägerin sei vom 30. März 2006 bis zum 5. April 2006 in stationärer Betreuung in der Psychiatrischen Universitätsklinik D. _____ gewesen, wobei bei der Behandlung der missbräuchliche Alkoholkonsum im Vordergrund gestanden sei. Mit Eingang dieses Schreibens habe die Beklagte sichere Kenntnis davon gehabt, dass die Klägerin im genannten Zeitraum hospitalisiert gewesen und notfallmässig wegen missbräuchlichen Alkoholkonsums betreut worden sei. Die vierwöchige Kündigungsfrist habe folglich am 11. April 2015 zu laufen begonnen und spätestens am 11. Mai 2015 geendet. Demzufolge habe die Beklagte die mit der Klägerin geschlossenen Zusatzversicherungen zu spät aufgelöst. Im Übrigen vermöge nur das Verschweigen erheblicher Gefahrstatsachen die Rechtsfolge einer Anzeigepflichtverletzung auszulösen. Diesbezüglich sei vorliegend zu beachten, dass für die Beklagte – wie aus dem TRIAS-Protokoll hervorgehe – nur zwei Kriterien, welche im Rahmen der Gesundheitsdeklaration abgefragt worden seien, für den Abschluss der interessierenden Versicherungsverträge relevant gewesen seien. Einerseits, ob die Klägerin Medikamente einnehme und andererseits, ob sie schwanger sei. Die anderen abgefragten Risikomerkmale dienten lediglich zur Bestimmung des anwendbaren Versicherungstarifs. Hätte die Klägerin schon vor dem Vertragsabschluss von der fast "verjäherten" Behandlung der Klägerin gewusst, so hätte dies demnach am Versicherungsabschluss nichts geändert. Die allenfalls verschwiegenen Gefahrstatsachen seien folglich für den Abschluss der interessierenden Versicherungsverträge ohne Bedeu-

tung gewesen. Die Beklagte habe die mit der Klägerin geschlossenen Zusatzversicherungen demnach zu erfüllen und auf deren Grundlage insbesondere die eingeklagten Fr. 50'126.-- zuzüglich Verzugszins zu bezahlen.

- c) Dieser Argumentation hält die Beklagte entgegen, erstmals mit Zugang des Berichts der Psychiatrischen Universitätsklinik D._____ davon Kenntnis erhalten zu haben, dass die Klägerin aufgrund einer diagnostizierten Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F 10.2) und einer akuten Konfliktreaktion (ICD-10: F 43.2; Anpassungsstörung) in stationärer Behandlung gewesen sei. Aus dem Bericht der PDGR gehe nur hervor, dass die Klägerin aufgrund einer Selbstzuweisung in der psychiatrischen Universitätsklinik D._____ in stationärer Behandlung gewesen sei. Daraus könne jedoch nicht geschlossen werden, dass mit Eingang dieses Berichts bereits die Frist für die rechtsgültige Sanktionierung einer Anzeigepflichtverletzung zu laufen begonnen habe. Die Klägerin verkenne nämlich, dass dem fraglichen Bericht die der Behandlung zugrunde liegenden Diagnosen nicht entnommen werden könnten, sei doch dort nur die Rede von einem missbräuchlichen Alkoholkonsum, was keine Krankheit oder Störung des Nervensystems oder der Psyche im Sinne der Gesundheitsdeklaration darstelle. Erst mit Eingang des Berichts der Psychiatrischen Universitätsklinik D._____ habe die Beklagte erfahren, dass die Klägerin aufgrund der Diagnose Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F 10.2) und akute Konfliktreaktion (ICD-10: F 43.2) stationär psychiatrisch vom 30. März 2006 bis zum 4. April 2006 behandelt worden sei. Ausserdem gehe daraus hervor, dass die Klägerin in der Vergangenheit regelmässig mehr als 0.5 l Wein pro Tag konsumiert habe. Der von der Klägerin unterzeichneten Gesundheitsdeklaration könne weder entnommen werden, dass sie sich in den letzten fünf Jahren vor der Unterzeichnung einer stationären psychiatrischen Behandlung unterzogen habe noch regelmässig Alkohol getrunken habe. Mit Schreiben vom 19. Mai 2015 habe die Beklagte die mit der Klä-

gerin geschlossenen Versicherungsverträge folglich rechtzeitig per 31. Mai 2015 aufgelöst. Im Übrigen bestehe zwischen den verschwiegenen Gefahrstatsachen und dem Krankheitsfall im 2014/2015 ein hinreichender Kausalzusammenhang, weshalb die Beklagte hierfür nicht leistungspflichtig sei.

3. a) Gemäss Art. 6 VVG kann eine Versicherungsgesellschaft den Vertrag kündigen, wenn die anzeigepflichtige Versicherungsnehmerin beim Abschluss des Versicherungsvertrages eine erhebliche Gefahrstatsache, die sie kannte oder hätte kennen müssen und über die sie schriftlich befragt worden ist, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen hat (Abs. 1). Das Kündigungsrecht erlischt vier Wochen, nachdem die Versicherungsgesellschaft von der Anzeigepflichtverletzung Kenntnis erhalten hat (Abs. 2). Wird der Vertrag durch Kündigung nach Abs. 1 aufgelöst, so erlischt auch die Leistungspflicht der Versicherungsgesellschaft 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 die Versicherungsgesellschaft Anspruch auf Rückerstattung (Abs. 3).
- b) Um entscheiden zu können, ob die Beklagte der Klägerin die eingeklagten Forderungen schuldet und die mit ihr geschlossenen Zusatzversicherungen weiterhin zu erfüllen hat, ist vorliegend demnach zunächst zu prüfen, ob die Beklagte eine Anzeigepflichtverletzung im Sinne von Art. 6 Abs. 1 VVG begangen hat. Ist dies zu bejahen, so wird in einem weiteren Schritt zu untersuchen sein, ob die Beklagte das ihr unter diesen Voraussetzungen zustehende Kündigungsrecht genutzt und die mit der Klägerin geschlossenen Zusatzversicherungen per 31. Mai 2015 rechtswirksam aufgelöst hat. Fällt auch diese Prüfung positiv aus, bleibt abschliessend zu untersuchen, ob sich die Beklagte zu Recht geweigert hat, für den im 2014/2015 und damit vor der Vertragsauflösung eingetretenen Krank-

heitsfall Versicherungsleistungen zu erbringen. Für die mit der Beurteilung dieser Fragen verbundenen Tatsachenbehauptungen, die rechtsaufhebender Natur sind, trägt nach Art. 8 des Schweizerischen Zivilgesetzbuchs (ZGB; SR 210) die Beklagte die Beweislast. Diese Grundregel, die durch abweichende gesetzliche Regelungen verändert werden kann, gilt auch im Bereich des Versicherungsvertragsgesetzes (BGE 130 III 321 E.3.1; NEBEL, in: HONSELL/VOGT/SCHNYDER, Kommentar zum Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, Basel 2001, Art. 100 N. 4). Dabei hat eine Partei den Beweis für eine rechtserhebliche Tatsache erbracht, wenn das zuständige Gericht nach objektiven Gesichtspunkten von der Richtigkeit ihrer Sachbehauptung überzeugt ist. Absolute Gewissheit ist hierzu nicht erforderlich. Es genügt, wenn das Gericht am Vorliegen der behaupteten Tatsache keine ernsthaften Zweifel mehr hat oder allenfalls verbleibende Zweifel unter den gegebenen Umständen nicht nennenswert ins Gewicht fallen. Ausnahmen von diesem Regelbeweismass ergeben sich zum einen aus dem Gesetz selbst, zum anderen aus Rechtsprechung und Lehre. Diesen liegt die Überlegung zugrunde, dass die Rechtsdurchsetzung nicht an Beweisschwierigkeiten 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 (BGE 130 III 321 E.3.2 und 3.5). Da der Eintritt des Versicherungsfalles regelmässig mit Beweisschwierigkeiten verbunden ist, genießt die beweispflichtige Anspruchsberechtigte insoweit eine Beweiserleichterung und genügt ihrer Beweislast, wenn sie den Eintritt des Versicherungsfalles mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen vermag (BGE 130 III 321 E.3.3 und 3.5). Für andere rechtserhebliche Tatsachen, deren Beweis keine besonderen Schwierigkeiten bietet, gilt hingegen das ordentliche Beweismass. Ob der beweispflichtigen Partei dieser Beweis gelungen

ist, entscheidet das Gericht nach freier Würdigung der Beweise (Art. 157 ZPO), wobei es den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen hat (Art. 247 Abs. 1 lit. a i.V.m. Art. 243 lit. f ZPO).

4. a) Art. 6 VVG knüpft an die Art. 4 und 5 VVG an, in denen die vorvertraglichen Anzeigepflichten der antragsstellenden Versicherungsnehmerin umschrieben werden. Danach hat die antragsstellende Versicherungsnehmerin der Versicherungsgesellschaft anhand eines Fragebogens oder auf sonstiges schriftliches Befragen hin alle für die Beurteilung des versicherten Risikos erheblichen Tatsachen mitzuteilen, soweit und so wie sie ihr beim Vertragsabschluss bekannt sind oder bekannt sein müssen (Art. 4 Abs. 1 VVG). Erheblich sind diejenigen Gefahrstatsachen, die geeignet sind, den Entschluss der Versicherungsgesellschaft zu beeinflussen, den Vertrag überhaupt oder zu den offerierten Bedingungen abzuschliessen (Art. 4 Abs. 2 VVG). Dabei ist zu vermuten, dass Gefahrstatsachen, auf welche die schriftlichen Fragen des Versicherers in bestimmter, unzweideutiger Fassung gerichtet sind, erheblich sind (Art. 4 Abs. 3 VVG). Als Gefahrstatsachen im Sinne von Art. 4 VVG gelten alle Tatsachen, die bei der Beurteilung der Gefahr in Betracht fallen und die Versicherungsgesellschaft über den Umfang des zu deckenden Risikos aufklären können; dazu sind nicht nur jene Tatsachen zu rechnen, welche die Gefahr verursachen, sondern auch solche, die bloss einen Rückschluss auf das Vorliegen von Gefahrenursachen gestatten. Die Anzeigepflicht des Antragstellers weist indessen keinen umfassenden Charakter auf. Sie beschränkt sich vielmehr auf die Angabe jener Gefahrstatsachen, nach denen die Versicherungsgesellschaft ausdrücklich und in unzweideutiger Art gefragt hat; die Antragstellerin 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). Bei sehr umfassend und weit formulierten bzw. offen gehaltenen Fragen, in denen nicht näher spezifizierte Begriffe verwendet werden, ist eine Anzeigepflichtverletzung nur

restriktiv anzunehmen. Entscheidend ist, ob und inwieweit eine antragstellende Versicherungsnehmerin nach ihren Kenntnissen der Verhältnisse gegebenenfalls nach den ihr von fachkundiger Seite erteilten Aufschlüssen eine Frage der Versicherungsgesellschaft nach dem Vorliegen einer Gefahrstatsache in guten Treuen verneinen durfte. Bei der Beurteilung dieser Frage sind die Umstände des Einzelfalls, insbesondere die persönlichen Eigenschaften (Intelligenz, Bildungsgrad, Erfahrung) und die persönlichen Verhältnisse der antragstellenden Versicherungsnehmerin, zu berücksichtigen (vgl. BGE 134 III 511 E.3.3.3 sowie GAUCH, Das Kündigungsrecht des Versicherers bei verletzter Anzeigepflicht des Antragstellers, in: ZBJV 2006, S. 361 ff., S. 365). Im Unterschied zum vertraglich vereinbarten Rechtsnachteil bei der Verletzung einer Obliegenheit gemäss Art. 45 Abs. 1 VVG fällt die Frage nach dem Verschulden im Bereich des Art. 6 VVG ausser Betracht. Wann die Anzeigepflicht verletzt ist, beurteilt sich verschuldensunabhängig nach subjektiven wie auch nach objektiven Kriterien.

- b) Die Beklagte wirft der Klägerin vor, erhebliche Gefahrstatsachen verschwiegen und dadurch eine Anzeigepflichtverletzung begangen zu haben, indem sie die Fragen 3 und 9 der Gesundheitsdeklaration vom 25. Februar 2010 wahrheitswidrig verneinte (Beilagen der Beklagten [bB] 34). Die interessierenden Fragen lauten wie folgt:

- 3 Wurde in den letzten 5 Jahren eine ambulante bzw. stationäre ärztliche/zahnärztliche/naturärztliche/therapeutische Behandlung/Kontrolle/Untersuchung aufgrund körperlicher oder psychischer Beschwerden durchgeführt?
- Zum Beispiel wegen Krankheit oder Störung:
- a) der Atemwege/-organe?
 - b) des Herzens, der Blutgefässe oder des Kreislaufsystems?
 - c) des Nervensystems oder der Psyche?
 - d) der Verdauungsorgane?
 - e) der Harn- und Geschlechtsorgane?
 - f) der Haut oder Allergien?
 - g) der Muskeln, Knochen, Gelenke und Wirbelsäule?
 - h) des Stoffwechsels oder der Drüsen?
 - i) des Blutes oder Infektionskrankheiten?
 - j) der Sinnesorgane (Augen, Ohren, Nase)?
 - k) Tumorleiden?
 - l) An einer anderen oder oben genannten Erkrankung, Gebrechen oder Missbildung?

Falls Sie unter 2a, 2b oder 3 eine oder mehrere der Fragen mit "Ja" beantwortet haben, bitte hier näher beschreiben:

Art der Krankheit/Störung (Diagnose), der Beschwerden oder Ergebnis/Grund der Behandlung/ Kontrolle/Untersuchung

Datum der letzten Behandlung (...)

-
- 9 Trinken/tranken Sie regelmässig Alkohol?
- *mehr als 0,5 l Wein oder 1 l Bier oder 1,5 dl Spirituosen täglich
-

Diese Fragen sind klar und unmissverständlich formuliert. Die Beklagte hat darin insbesondere den unbestimmten Begriff des regelmässigen Alkoholkonsums mengenmässig konkretisiert und hierdurch die erfasste Personengruppe unzweideutig umschrieben. Hinsichtlich der Frage 3 gilt grundsätzlich dasselbe. Diese Fragestellung weist allerdings aufgrund ihres mehrgliedrigen Aufbaus eine deutlich komplexere Struktur auf als Frage 9. Zunächst bezieht sie sich auf irgendwelche ambulante bzw. stationäre medizinische Behandlungen, Kontrollen oder Untersuchungen aufgrund körperlicher oder psychischer Beschwerden, die in den lit. a–k beispielhaft umschrieben und durch einen Auffangtatbestand (lit. l) ergänzt werden. Darin schliessen sich Zusatzfragen an, die bei der Bejahung einer oder mehrerer dieser Fallkonstellationen zu beantworten sind. Hiermit erkundigt sich die Beklagte nach dem Grund für eine allfällige

medizinische Behandlung und verlangt die Angabe der Diagnose und der behandelten Beschwerden. Mit der Frage 3 will die Beklagte somit nicht nur die Tatsache einer früheren medizinischen Behandlung erfragen, sondern vielmehr evaluieren, ob Krankheiten oder Störungen bestehen oder bestanden haben, die so schwer sind resp. waren, dass eine medizinische Behandlung erforderlich ist bzw. war. Mit anderen Worten geht es der Beklagten bei der Frage 3 auch um die Korrelation zwischen einer allfälligen medizinischen Behandlung und behandelten Krankheiten. Antragsteller haben folglich nicht nur die medizinische Behandlung als solche, sondern auch das dieser Behandlung zugrunde liegende Krankheitsbild anzugeben, freilich ohne die infrage stehenden Beschwerden anhand einer Diagnose gemäss der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) zu bezeichnen. Ausgehend von diesen Fragestellungen ist nachfolgend zu beurteilen, ob die Beklagte die Fragen 3 und 9 in der Gesundheitsdeklaration vom 25. Februar 2010 korrekt und vollständig beantwortete, als sie in Frage 3 bei lit. a-k Nein ankreuzte und Frage 9 verneinte (bB 34). Da die Fragen 3 und 9 nicht untrennbar miteinander verbunden sind, begründet die wahrheitswidrige Beantwortung jeder dieser beiden Fragen eine Anzeigepflichtverletzung.

- c) Diesbezüglich ist unbestritten und aufgrund der Akten ausgewiesen, dass die Klägerin in der Zeit vom 30. März 2006 bis zum 5. April 2006 wegen einer akuten Konfliktreaktion (ICD-10: F 43.2; Anpassungsstörung) sowie einer Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F 10.2) in der Psychiatrischen Universitätsklinik D._____ behandelt wurde. Diese stationäre Behandlung lag im Zeitpunkt der Unterzeichnung der Gesundheitsdeklaration rund vier Jahre zurück. Die Beklagte hätte folglich die Frage 3 lit. c bejahen müssen. Hinsichtlich der Anschlussfragen hätte sie festhalten müssen, in der Zeit vom 30. März 2006 bis zum 5. April 2006 bei Dr. med. E._____, Chefarzt, und Dr. med. F._____, Oberarzt, in der Psychiatrischen Universitätsklinik

D._____ in Behandlung gewesen zu sein, wobei sie die damaligen Beschwerden unter Angabe der ICD-10 Diagnose oder einer zutreffenden Umschreibung des Beschwerdebildes hätte bezeichnen müssen. Schliesslich hätte sie angeben müssen, ob die fraglichen Krankheiten zwischenzeitlich folgenlos ausgeheilt sind oder nicht. Diese Informationen dürften der gut ausgebildeten und durchschnittlich intelligenten Klägerin bei der Unterzeichnung der Gesundheitsdeklaration bekannt gewesen sein. Zumindest aber hätte sie sich diese in Erinnerung rufen können, wenn sie ernsthaft über die ihr gestellten Fragen nachgedacht hätte. Indem die Klägerin das Vorliegen aller Fallkonstellationen gemäss Frage 3 verneinte, beantwortete sie die Frage 3 lit. c wahrheitswidrig und die sich daran anschliessenden Zusatzfragen unvollständig. Dies wird von der Klägerin, soweit ersichtlich, nicht in Abrede gestellt.

- d) Dagegen ist die Klägerin der Meinung, Frage 9 zutreffend beantwortet zu haben.

- aa) Im Hinblick auf den Alkoholkonsum der Klägerin führten die behandelnden Ärzte im Bericht der Psychiatrischen Universitätsklinik D._____ vom 11. April 2006 (bB 1) aus, die Patientin habe angegeben, zum ersten Mal in ihrem Leben schon am frühen Nachmittag am Arbeitsplatz eine ganze Flasche Wein hintereinander ausgetrunken zu haben und danach betrunken gewesen zu sein. Das sei noch nie vorgekommen. Sie wisse jetzt, dass sie alkoholabhängig sei und etwas unternehmen müsse. Schon seit Anfang dieses Jahres habe sie gemerkt, dass sie ihre Trinkmenge bei der Arbeit steigern, immer im Sinne von heimlichem Spiegeltrinken. Unter der Überschrift "Hintergrund" werden diese Angaben der Beschwerdeführerin dahingehend ergänzt, als die behandelnden Ärzte ausführten, es sei nach einer spontanen Fehlgeburt erstmals zu einer mehrmonatigen Phase des Alkohol-Missbrauchs gekommen, dann habe die Patientin bis Herbst letzten Jahres (2005) wieder kontrolliert Alkohol getrunken. Ab dann habe sie

mit dem heimlichen Spiegeltrinken begonnen, bis sie zuletzt auch in der Firma Alkohol konsumiert habe. Etwa ab Anfang dieses Jahres (2006) sei eine rasche Steigerung der weiter heimlichen und von den Mitarbeitern, einschliesslich der Sekretärin, nicht bemerkten Trinkmenge bis zur jetzigen Eskalation erfolgt. Bisher keine psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungen, keine Psychopharmaka. Auf diese Ausführungen wird im psychopathologischen Aufnahmebefund insofern Bezug genommen, als von einem inhaltlich auf scham- und schuldbesetztes Erkennen des eigenen abhängigen Trinkverhaltens eingeeengten Denkens die Rede ist. Schliesslich diagnostizierten die behandelnden Ärzte bei unverdächtigen Laborwerten insbesondere eine Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10.2) und empfahlen eine ambulante Entwöhnungstherapie bei der Beratungsstelle für suchtkranke Frauen "FAM" (bB 1). Im Zwischenbericht vom 3. März 2015 (kB 28) nahmen Dr. med. G._____, Chefärztin der PDGR, sowie die Psychologin H._____ auf diese Ausführungen Bezug und konstatierten einen in den letzten 15 Jahren immer wieder sporadisch aufgetretenen Alkoholmissbrauch. Demgegenüber wird weder in diesem Zwischenbericht noch im Erstbericht von Dr. med. I._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und K._____, analytische Psychologin, datierend vom 11. August 2011 (kB 9), eine Alkoholabhängigkeit festgestellt.

- bb) Der Klägerin ist darin beizupflichten, dass aufgrund dieser medizinischen Aktenlage aktuell eine Alkoholabhängigkeit nicht ausgewiesen ist. Hingegen zeigen die fraglichen Ausführungen, dass die Klägerin in den letzten 15 Jahren immer wieder übermässig Alkohol getrunken hat, sich deshalb in stationäre psychiatrische Behandlung begab und ihr eine Entwöhnungstherapie bei einer spezialisierten Fachstelle empfohlen wurde. Zudem belegt der im Bericht der Universitätsklinik D._____ vom 11. April 2006 anamnestisch wiedergegebene Alkoholkonsum, dass die Klägerin in der Zeit von Januar bis April 2006 täglich mehr als 0,5 Liter Wein getrun-

ken hat. Folglich hätte die Klägerin Frage 9 bejahen müssen, wenn ihr dies aufgrund ihrer persönlichen Verhältnisse und Kenntnisse hätte bewusst sein müssen. Daran bestehen unter den gegebenen Umständen keine ernsthaften Zweifel. Für die Klägerin war erkennbar, dass die Frage 9 darauf abzielte, einen gesundheitsgefährdenden Alkoholkonsum zu erfragen. Dass sie zumindest im Jahr 2006 ein solches Verhalten zeigte, musste der Klägerin bei Unterzeichnung der Gesundheitsdeklaration bei gebotener Sorgfalt bekannt gewesen sein, trat sie am 30. März 2006 doch freiwillig in die Psychiatrische Universitätsklinik D._____ ein, um sich wegen des von ihr als problematisch empfundenen Alkoholkonsums behandeln zu lassen und diagnostizierten die behandelnden Ärzte in der Folge eine Alkoholabhängigkeit. Damit ist ausgewiesen, dass die Klägerin bei gebotener Sorgfalt hätte erkennen müssen, in der Vergangenheit sporadisch regelmässig Alkohol im Sinne der Frage 9 konsumiert zu haben. Sie hätte diese Frage folglich bejahen müssen. An diesem Beweisergebnis würden weitere Beweisvorkehren nichts ändern. Die diesbezüglichen Beweisangebote der Klägerin sind deshalb in antizipierter Beweiswürdigung abzuweisen (BGE 133 III 439 E.3.3, 130 II 530 E.4.3; KÖLZ/HÄNER/BERTSCHI, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 3. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2013, Rz. 536). Dies gilt vorliegend umso mehr, als fraglich ist, ob die beantragte Einvernahme von Dr. med. I._____ als Zeugen bzw. die alternativ beantragte Einholung eines unabhängigen Gutachtens überhaupt zuverlässige Rückschlüsse auf das Trinkverhalten der Klägerin vor der Unterzeichnung der Gesundheitsdeklaration zuliessen.

- e) Die wahrheitswidrigen und teils unvollständigen Angaben der Klägerin betreffend die Fragen 3 und 9 der Gesundheitsdeklaration begründen freilich nur eine Anzeigepflichtverletzung im Sinne von Art. 6 VVG, wenn es sich bei den erfragten und nicht korrekt beantworteten Tatsachen um erhebliche Gefahrstatsachen im Sinne von Art. 6 Abs. 1 VVG handelt. Dies

ist gemäss Art. 4 Abs. 3 VVG zu bejahen. Diese gesetzliche Rechtsvermutung wird nach Auffassung der Klägerin durch das TRIAS-Protokoll vom 1. März 2010 widerlegt.

- aa) Die Beklagte evaluierte das mit dem Abschluss der infrage stehenden Zusatzversicherungsverträge verbundene Risiko insbesondere mithilfe der Gesundheitsdeklaration und der Zuhilfenahme der Underwriting Software TRIAS. Vorliegend fanden von den in der Gesundheitsdeklaration enthaltenen 14 Fragen nur deren zwei in die softwaregestützte Risikoanalyse Eingang (Beilagen der Beklagten [bB] 8). Daraus lässt sich folgern, dass die Beklagte diesen beiden Fragen bei der Risikobeurteilung eine besondere Bedeutung beigemessen hat. Demgegenüber ist hiermit keineswegs erstellt, dass den übrigen Fragen bei der Risikobeurteilung keine Bedeutung zukommt. Dies mag allenfalls zutreffen, wenn sämtliche Fragen in der Gesundheitsdeklaration – wie vorliegend von der Klägerin – verneint werden. Wird jedoch eine der gestellten Fragen bejaht, so wird die entsprechende Tatsache als Risiko identifiziert und diesbezüglich eine weitergehende Risikoprüfung vorgenommen. Dies steht hinsichtlich der vorliegend mittels der Fragen 3 und 9 erfragten Tatsachen ausser Frage. Einzig die in Frage 3 enthaltene Anschlussfrage nach "Name und Adresse behandelnder Arzt, Zahnarzt, Naturarzt, Therapeut, Spital" dient ausschliesslich dazu, die Angaben der Antragstellerin zu verifizieren und weitere Informationen einzuholen. Diese Frage bezieht sich daher nicht auf eine erhebliche Gefahrstatsache. Anders verhält es sich betreffend der übrigen Anschlussfragen gemäss Frage 3, die es ermöglichen, Art und Schweregrad der Krankheit abzuschätzen (Art der Krankheit/Störung [Diagnose], der Beschwerden oder Ergebnis/Grund der Behandlung /Kontrolle/ Untersuchung) und zu beurteilen, ob die angegebene(n) Krankheit(en) zwischenzeitlich folgenlos geheilt ist/sind (Datum der letzten Behandlung, folgenlos geheilt: ja/ nein).

- bb) Im Übrigen kann dahingestellt bleiben, ob die Beklagte – wie von der Klägerin behauptet – die infrage stehenden Versicherungsverträge auch in Kenntnis der verschwiegenen Tatsachen abgeschlossen hätte (vgl. Klage S. 22). Bei dem hier zu beurteilenden hypothetischen Kausalzusammenhang zwischen den verschwiegenen Gefahrstatsachen und dem Entschluss der Versicherungsgesellschaft, einen Versicherungsvertrag zu schliessen (sog. Underwritingentscheid), kommt es nämlich nicht nur auf das Zustandekommen des Versicherungsvertrages an. Nach der gesetzlichen Konzeption genügt bereits die *Möglichkeit*, dass der Versicherer den Vertrag bei richtiger Mitteilung der Gefahrstatsache nicht oder *nur mit inhaltlichen Abweichungen* abgeschlossen hätte. Nur wenn die Versicherungsgesellschaft den Vertrag zu den vereinbarten Konditionen auch in Kenntnis des tatsächlich bestehenden Gesundheitszustands abgeschlossen hätte, kann sie den Vertrag nicht kündigen (Art. 4 Abs. 2 VVG; vgl. hierzu auch NEF, a.a.O., Art. 4 N 54). Wenn die Klägerin diesbezüglich ausführt, dass die Beklagte in Kenntnis der verschwiegenen Gefahrstatsachen die Prämien schlimmstenfalls erhöht oder einen Versicherungsausschluss für Beschwerden aufgrund einer Alkoholabhängigkeit verfügt hätte (vgl. Klage S. 22), räumt sie implizit ein, dass der damalige Klinikaufenthalt sowie der regelmässige Alkoholkonsum als erheblich im Sinne der vorerwähnten Bestimmung zu qualifizieren sind. Weitergehende Beweisvorkehren hinsichtlich der erheblichen Gefahrstatsachen sind nicht erforderlich, womit die entsprechenden Editionsanträge der Beklagten in antizipierter Beweiswürdigung abzuweisen sind (BGE 133 II 439 E.3.3, 130 II 530 E.4.3).
- f) Aus dem vorangehend Ausgeführten folgt, dass die Klägerin in der Gesundheitsdeklaration vom 25. Februar 2010 erhebliche Gefahrstatsachen verschwiegen, indem sie die Frage 3 lit. c verneinte, die Anschlussfragen hinsichtlich der Art der im April 2006 behandelten Krankheit/Störung (Diagnose), den diesbezüglichen Beschwerden oder dem Ergebnis/Grund

der Behandlung/Kontrolle/Untersuchung nicht beantwortete und nicht angab, ob die deklarierte(n) Krankheit(en) zwischenzeitlich folgenlos geheilt ist/sind. Ausserdem verneinte sie wahrheitswidrig, in der Vergangenheit regelmässig Alkohol im Sinne von Frage 9 getrunken zu haben. Gestützt auf Art. 6 Abs. 1 VVG war die Beklagte demnach berechtigt, die mit der Klägerin geschlossenen Zusatzversicherungen zu kündigen.

5. a) Damit eine solche Kündigung rechtsgültig ist, muss die Versicherungsgesellschaft im Kündigungsschreiben auf die verschwiegene oder ungenau mitgeteilte Gefahrstatsache hinweisen. Einem Kündigungsschreiben, welches diesen Anforderungen nicht genügt, kommt nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung keine Rechtswirkung zu (vgl. BGE 129 III 713 E.2.1, Urteil des Bundesgerichts 9C_208/2010 vom 10. Mai 2010 E.3.1). Das Kündigungsrecht erlischt sodann binnen vier Wochen, nachdem die Versicherungsgesellschaft von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat (Art. 6 Abs. 2 VVG). Diese zeitliche Begrenzung dient der möglichst raschen Klärung der Rechtslage und soll einem Zuwarten der Versicherungsgesellschaft entgegenwirken. Der Versicherungsgesellschaft wird damit die Möglichkeit entzogen, mit einer "Hinhaltetaktik" den Vertrag vorerst aufrechtzuerhalten und weiterhin die Prämien entgegenzunehmen, um sich dann bei Eintritt eines Schadenfalles auf das Rücktrittsrecht zu berufen (vgl. NEF, in: HONSELL/VOGT/SCHNYDER [Hrsg.], Basler Kommentar zum Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, Basel 2001, Art. 6 N 19). Die vierwöchige Kündigungsfrist beginnt zu laufen, wenn die Versicherungsgesellschaft vollständig über die Anzeigepflichtverletzung orientiert ist, oder zuverlässige Kunde von Tatsachen erhält, aus denen sich der sichere Schluss auf die Verletzung der Anzeigepflicht ziehen lässt. Blosser Verdacht, Vermutungen, Zweifel oder Gerüchte, welche den Versicherer dazu veranlassen könnten, die Angaben des Versicherungsnehmers zu überprüfen, lösen den Fristenlauf nicht aus (vgl. NEF, a.a.O., Art. 6 N 22 m.w.H. und NEF/VON ZEDTWITZ, in:

HONSELL/VOGT/SCHNYDER/ GROLIMUND [Hrsg.], Nachführungsband zum Basler Kommentar zum VVG, Basel 2012, Art. 6 ad N 19 ff. sowie BGE 130 V 9 E.2.1 und Urteil des Bundesgerichts 4A_112/2013 vom 20. August 2013 E.2). Bei verschiedenen Verletzungstatbeständen beginnt mit Kenntnisnahme jeder Verletzung eine neue, selbständige Frist zu laufen, und zwar unabhängig davon, ob Fristen bereits unbenutzt verstrichen sind (vgl. NEF/VON ZEDTWITZ, a.a.O., Art. 6 ad N 23 m.w.H.). Die Kündigungsfrist gilt als eingehalten, wenn die Kündigungserklärung bei der Versicherungsnehmerin vor Ablauf von vier Wochen nach der sicheren Kenntnisnahme der Anzeigepflichtverletzung eintrifft (vgl. GAUCH, a.a.O., S. 367).

- b) Die Beklagte kündigte die mit der Klägerin geschlossenen Zusatzversicherungen mit Schreiben vom 19. Mai 2015 (kB 33), das der Klägerin am 21. Mai 2015 zugeing (kB 34). Begründend führte sie damals im Wesentlichen aus, die Versicherte sei laut dem Bericht vom 11. April 2006 der Psychiatrischen Universitätsklinik D._____ vom 30. März 2006 bis zum 5. April 2006 stationär in der Klinik hospitalisiert gewesen. Dort sei sie wegen eines psychischen Leidens und Alkoholmissbrauchs behandelt worden. Dies hätte die Versicherte in der Gesundheitsdeklaration vom 25. Februar 2010 bei den Fragen Nr. 3 lit. c und Nr. 9 unbedingt erwähnen müssen. Wären sie (die Versicherungsgesellschaft) über ihre Beschwerden/Krankheiten der Psyche und den Alkoholmissbrauch informiert gewesen, hätte sie den Antrag auf Zusatzversicherungen abgelehnt (kB 34). Mit diesen Ausführungen hat die Beklagte unmissverständlich auf die verschwiegenen Gefahrstatsachen hingewiesen, aus denen sie ihr Kündigungsrecht ableitet. Darin sind sich die Parteien denn auch einig. Streitig ist lediglich, ob die Beklagte das ihr zustehende Kündigungsrecht binnen vier Wochen nach Kenntnisnahme der Anzeigepflichtverletzungen beansprucht und damit die mit der Klägerin geschlossenen Zusatzversicherungen per 31. Mai 2015 fristgerecht aufgelöst hat.

c) In dieser Beziehung ist in tatsächlicher Hinsicht erstellt, dass die Beklagte den behandelnden Psychiater der Klägerin, Dr. med. I._____, mit Schreiben vom 12. März 2015 fragte, ob die Klägerin in der Zeit vom 25. Februar 2005 bis zum 25. Februar 2010 ambulant oder stationär aufgrund psychischer Beschwerden behandelt worden sei und falls ja, wann genau und für was, falls nein, warum nicht (bB 27). Mit denselben Fragen wandte sie sich gleichentags an Dr. med. G.____ (bB 28). Dr. med. I.____ teilte der Beklagten daraufhin mit Schreiben vom 18. März 2015 mit, die Klägerin sei im interessierenden Zeitraum weder ambulant noch stationär wegen psychischer Beschwerden behandelt worden, da damals keine (therapiebedürftigen) psychischen Beschwerden bestanden hätten (bB 29). Demgegenüber beantworteten die damalige Chefärztin der PDGR, Dr. med. G.____, und die Psychologin H.____ die von der Beklagten gestellten Fragen im der Beklagten am 10. April 2015 zugegangenen Schreiben vom 2. April 2015 folgendermassen (bB 31):

1. Wurde A.____ zwischen dem 25.02.2005 bis 25.02.2010 ambulant oder stationär behandelt aufgrund psychischer Beschwerden?

Unserer Kenntnis nach war die Patientin im angegebenen Zeitraum vom 30.03.2006 bis 05.04.2006 in stationärer Behandlung der Psychiatrischen Universitätsklinik D._____.

2. Falls Ja: wann genau und für was?

Die Patientin befand sich laut Spitalbericht der D._____ vom 30.03.2006 bis 05.04.2006 in stationärer Betreuung. Sie sei freiwillig per Selbstzuweisung eingetreten. Im Vordergrund habe die notfallmässige Aufnahme aufgrund missbräuchlichen Alkoholkonsums gestanden.

In der Folge forderte die Klägerin bei den PDGR den Bericht der Psychiatrischen Universitätsklinik D._____ an, welcher der Beklagten gemäss Eingangsstempel am 24. April 2015 zuzuging. Dem fraglichen Bericht lässt sich entnehmen, dass die behandelnden Ärzte im Rahmen des damaligen stationären Aufenthalts eine akute Konfliktreaktion (ICD-10: F43.2; An-

passungsstörung) und eine Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10.2) diagnostizierten. Des Weiteren wurde von einem scham- und schuldbesetzten Erkennen des eigenen abhängigen Trinkverhaltens und von einer psychischen Dekompensation nach einer spontanen Fehlgeburt berichtet sowie eine Belastungssituation in Partnerschaft und Geschäft beschrieben, wobei zum Zeitpunkt der Aufnahme kaum klinische Depressivität im engeren Sinne vorgelegen habe (bB 1; vgl. vorstehende Erwägung 4d/aa und nachstehende Erwägung 8b/aa).

- d) Bei dieser Sachlage stellt sich die Frage, ob die Beklagte bereits nach Erhalt des Schreibens vom 2. April 2015 sichere Kenntnis von den Anzeigepflichtverletzungen der Klägerin erhielt. Diese Frage ist anschliessend hinsichtlich der Fragen 3 und 9 gesondert nachzugehen.

- aa) Was die Frage 3 anbelangt, ist dabei zu beachten, dass die Angaben im Schreiben vom 2. April 2015 im Widerspruch zu jenen von Dr. med. I. _____ im Schreiben vom 18. März 2016 stehen, der die Klägerin, soweit aktenkundig, während der ersten beiden Krankheitsfälle in den Jahren 2011 und 2013 als verantwortlicher Oberarzt in der psychiatrischen Klinik Waldhaus betreute und seither offenbar in seiner psychiatrischen Praxis ambulant behandelt (kB 9, 14, 15, 16). Wenn die Beklagte unter diesen Umständen an der Richtigkeit der Angaben im Schreiben vom 2. April 2015 zweifelte, erscheint dies durchaus verständlich. Im Übrigen weist sie zu Recht darauf hin, dass sich Personen in schwierigen Lebensphasen erfahrungsgemäss selbst in psychiatrische Betreuung begeben würden, ohne dass Störungen und Krankheiten des Nervensystems oder der Psyche vorliegen würden. Den Verdacht, dass es sich beim infrage stehenden stationären Aufenthalt so verhalten haben könnte, nährte das Schreiben vom 2. April 2015 insofern, als darin keine Krankheit nach der ICD-10 diagnostiziert wurde, sondern von einem freiwilligen Selbsteintritt aufgrund missbräuchlichen Alkoholkonsums die Rede ist. Auch unter diesem

Blickwinkel vermag das Schreiben vom 5. April 2015 eine psychische Krankheit anzusehende Alkoholabhängigkeit bzw. einen schädlichen Gebrauch von Alkohol kaum mit hinreichender Sicherheit nachzuweisen. Letztlich kann diese Frage aber dahingestellt bleiben. Die Frage 3 ist nämlich – wie dargelegt – mehrgliedrig aufgebaut. Hiermit wollte die Beklagte nicht nur die Tatsache eines früheren Klinikaufenthalts erfragen, sondern auch die Art sowie Schwere der Krankheit, das Datum der letzten Behandlung und ob die Krankheit zwischenzeitlich ausgeheilt ist (vgl. vorstehende Erwägung 4b und e). Diesbezüglich erweisen sich die Angaben im Schreiben 2. April 2015 insofern als unvollständig, als darin die von den behandelnden Ärzten zusätzlich zur Alkoholabhängigkeit diagnostizierte akute Konfliktreaktion ebenso wenig erwähnt wird, wie die zu deren Behandlung empfohlene fachärztliche Weiterbehandlung und das der Klägerin verschriebene Mirtazepin. Das Schreiben vom 2. April 2015 enthielt folglich nicht alle Angaben, welche die Beklagte erhalten hätte, wenn die Klägerin ihre Anzeigepflicht erfüllt und die Frage 3 korrekt beantwortet hätte. Mit dem Schreiben vom 5. April 2015 hat die Beklagte somit nicht Kenntnis über alle für die entsprechende Anzeigepflichtverletzung relevanten Tatsachen erhalten.

- bb) Betreffend den mit Frage 9 erfragten regelmässigen Alkoholkonsum wird im Schreiben vom 2. April 2015 sodann nur ausgeführt, dass es sich beim stationären Klinikaufenthalt im Jahre 2006 um eine Selbstzuweisung aufgrund missbräuchlichen Alkoholkonsums gehandelt habe. Das Attribut "missbräuchlich" an sich sagt aber noch nichts über das Trinkverhalten der Klägerin aus. Aus der Formulierung im Schreiben der PDGR konnte insbesondere nicht geschlossen werden – und dies ist für das Vorliegen einer Anzeigepflichtverletzung hinsichtlich der Frage 9 einzig von Relevanz –, ob die Klägerin regelmässig im Sinne von Frage 9 (mithin mehr als 0,5 Liter Wein, 1 Liter Bier oder 1,2 Deziliter Spirituosen täglich) trinkt oder getrunken hat. Mit anderen Worten konnte aufgrund der Angaben im

Schreiben der PDGR diesbezüglich lediglich ein Verdacht bestehen. Ausserdem wäre es denkbar gewesen, dass die freiwillige Selbsteinweisung auf eine akute Intoxikation zurückzuführen gewesen wäre, welche nicht als regelmässiger Alkoholkonsum im Sinne der Gesundheitsdeklaration aufzufassen gewesen wäre, obschon ein sechstägiger Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik in diesem Fall wohl eher als untypisch zu qualifizieren wäre. Jedenfalls konnte sich die Beklagte über die mit der Frage 9 erfragte Regelmässigkeit des (damaligen) Alkoholkonsums der Klägerin erst nach Erhalt der Epikrise ein zuverlässiges Bild zu machen.

- cc) An dieser Einschätzung vermögen die Vorbringen der Klägerin nichts zu ändern. So kann sie aus der handschriftlichen Telefonnotiz vom 21. April 2015 auf dem Schreiben der PDGR vom 2. April 2015 (vgl. kB 31) nichts zu ihren Gunsten ableiten. Dieser zufolge wurde der Beklagten der Inhalt des Spitalberichts der Psychiatrischen Universitätsklinik D._____ offenkundig nicht telefonisch mitgeteilt, sondern die PDGR lediglich um Zustellung einer Kopie des fraglichen Berichts ersucht. Demnach ist es im vorliegenden Zusammenhang auch nicht von Relevanz, dass die PDGR bereits am 18. Mai 2011 in den Besitz des fraglichen Berichts gelangten (vgl. Klage S. 18). Unbehelflich sind sodann die Einwände der Klägerin, wonach die Gesundheitsdeklaration nicht durch sie, sondern durch ihren ehemaligen Versicherungsbroker ausgefüllt worden sei. Unbestrittenermassen hat sie die Gesundheitsdeklaration nämlich selbst unterzeichnet, und hinsichtlich der Tragweite einer solchen Unterschrift wird im von der Klägerin unterzeichneten Gesundheitsfragebogen in Kodifizierung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung festgehalten, dass damit die vollständige und wahrheitsgetreue Beantwortung der vorstehenden Fragen sowie auch die Richtigkeit der nicht eigenhändig niedergeschriebenen Antworten bestätigt werde. Aus dieser Passage der Gesundheitsdeklaration ging demnach mit hinreichender Deutlichkeit hervor, dass die antragsstellende Versicherungsnehmerin für das wahrheitsgetreue Ausfüllen

des Gesundheitsfragebogens verantwortlich ist und dass sie – sofern sie den Gesundheitsfragebogen durch eine Drittperson ausfüllen lässt – die Rechtsfolgen einer fehlerhaften Beantwortung zu tragen hat (vgl. hierzu Urteil des Bundesgerichts 9C_18/2016 vom 7. Oktober 2016, NEF, a.a.O., Art. 4 N 29). Aus dem gleichen Grund kann sich die Klägerin auch nicht darauf berufen, ihr ehemaliger Broker habe die Bedeutung der Gesundheitsdeklaration bagatellisiert (vgl. Klage S. 6), weshalb auf die diesbezüglich beantragte Durchführung einer Zeugenbefragung zu verzichten ist. Auch die angeblichen organisatorischen Unzulänglichkeiten auf Seiten der Beklagten sowie die "das nachlässige Verhalten der Beklagten dokumentierende" Tatsache, dass diese erst nach dem dritten Krankheitsfall resp. erst vier Jahre nach Vertragsschluss Erkundigungen angestellt habe (vgl. Klage S. 15 ff.), ändern nichts daran, dass die Beklagte erst mit dem Erhalt des Spitalbericht der Psychiatrischen Universitätsklinik D._____ vom 11. April 2006 sichere Kenntnis von den für die Anzeigepflichtverletzungen relevanten Tatsachen erhielt.

- e) Demzufolge begann die vierwöchige Kündigungsfrist hinsichtlich der von der Klägerin begangenen Anzeigepflichtverletzungen erst nach dem Erhalt des Berichts der Psychiatrischen Universitätsklinik D._____, d.h. am 25. April 2015, zu laufen und lief folglich am 23. Mai 2015 ab. Da das Fristende damit auf einen Samstag fiel, musste das Kündigungsschreiben, in welchem sich die Beklagte auf die fraglichen Anzeigepflichtverletzungen berief, der Klägerin spätestens bis am Montag, 25. Mai 2015, zugehen. Das Schreiben vom 19. Mai 2015, in welchem die Beklagte die mit der Klägerin geschlossenen Zusatzversicherungen unter Bezeichnung der verletzten Anzeigepflichten auflöste, ging der Klägerin am 21. Mai 2015 zu. Damit hat die Beklagte das ihr gemäss Art. 6 VVG zustehende Kündigungsrecht fristgerecht in Anspruch genommen.

6. a) Die Klägerin gibt für diesen Fall zu bedenken, dass die Folgen der Anzeigepflichtverletzung dann nicht einträten, wenn die verschwiegene oder unrichtig mitgeteilte Gefahrstatsache vor Eintritt des befürchteten Ereignisses im Sinne von Art. 8 Ziff. 1 VVG weggefallen sei. Art. 8 VVG enthält verschiedene Tatbestände, bei deren Vorliegen das in Art. 6 VVG umschriebene Kündigungsrecht des Versicherers entfällt, obwohl die Versicherungsnehmerin die Anzeigepflicht bei Vertragsabschluss verletzt hat (NEF, a.a.O., Art. 8 N. 1). Von den fraglichen in Art. 8 VVG abschliessend aufgeführten Ausnahmetatbeständen fällt vorliegend einzig Art. 8 Ziff. 1 VVG in Betracht. Dieser Bestimmung zufolge kann die Versicherungsgesellschaft den Vertrag trotz Anzeigepflichtverletzung nicht kündigen, wenn die verschwiegene oder unrichtig angezeigte Tatsache vor Eintritt des befürchteten Ereignisses weggefallen ist. Da wandelbare Gefahrstatsachen nicht ein für allemal feststehen, kann der Mangel der unrichtigen Mitteilung durch eine nachträgliche Änderung der Tatsache geheilt werden. Der Wegfall der Gefahrstatsache ergibt sich aufgrund eines Vergleichs der Sachverhaltssituation im Zeitpunkt des Vertragsabschlusses mit der Sachverhaltssituation im Zeitpunkt des Eintritts des befürchteten Ereignisses (NAEF, a.a.O., Art. 8 N 5). Das Gesetz nimmt dabei Rückgriff auf den hypothetischen Kausalzusammenhang zwischen der tatsächlichen bzw. vermeintlich versicherten Gefahr und dem Eintritt des Schadensereignisses. Art. 8 Ziff. 1 VVG kann nicht angewendet werden, wenn im Zeitpunkt des Eintritts des befürchteten Ereignisses noch Folgewirkungen der Gefahrstatsachen bestanden. Wird z.B. eine durch die Versicherungsnehmerin verschwiegene oder unrichtig deklarierte Krankheit nach Vertragsabschluss erfolgreich behandelt, so fällt die Gefahrstatsache nicht dahin, sofern die früher bestehende Gesundheitsstörungen zu Rückfällen oder Spätfolgen führen kann (NEF, a.a.O., Art. 8 N. 7). Art. 8 Ziff. 1 VVG gilt nicht, wenn die mitteilungspflichtige Gefahrstatsache bereits im Zeitpunkt des Vertragsabschlusses nicht mehr bestand, weil sie in der Zeit zwischen Antragsstellung und Vertragsabschluss weggefallen ist (Ur-

teil des Bundesgerichts 9C_66/2008 vom 24. Juni 2008 E.3 und 4.6, Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 26. Juni 2015, KK.2013.00038 E.6.1.1; NEF, a.a.O., Art. 8 N. 7).

- b) Die Klägerin befand sich vom 30. März 2016 bis 5. April 2006 in stationärer Behandlung wegen einer Anpassungsstörung und einer Alkoholabhängigkeit. Die diesen Diagnosen zugrunde liegenden Beschwerden dauern – wie nachfolgend zu zeigen sein wird (vgl. nachstehende Erwägung 8) – nach wie vor an. Die Voraussetzungen von Art. 8 Ziff. 1 VVG sind somit nicht erfüllt. Die von der Klägerin mit Schreiben vom 19. Mai 2015 ausgesprochene Kündigung entfaltet folglich Rechtswirkungen und beendet die mit der Klägerin geschlossenen Zusatzversicherungen per 31. Mai 2015.
7. Aufgrund des Gesagten erweist sich die streitgegenständliche Kündigung der Zusatzversicherungen zufolge Anzeigepflichtverletzung per 31. Mai 2015 als rechtmässig. Eine gestützt auf Art. 6 VVG ausgesprochene Kündigung zeitigt ihre Rechtsfolgen grundsätzlich ex nunc, d.h. lässt den Versicherungsschutz und die Prämienzahlungspflicht für die Zukunft erlöschen, während der bereits abgewickelte Teil des Vertrages und die in dieser Zeit aus dem Schuldverhältnis hervorgegangenen Forderungen bestehen bleiben. Hinsichtlich des Rechtsbegehrens, wonach die Beklagte rückwirkend seit 1. Juni 2015 zur Weiterführung der gekündeten Zusatzversicherungen zu verpflichten sei, ist die vorliegende Klage demnach abzuweisen. In Bezug auf die im Zusammenhang mit der notfallmässigen Blinddarmoperation eingeklagte Forderung in Höhe von Fr. 4'726.-- zzgl. Zinsen ist darauf hinzuweisen, dass diese Operation am 1. Juli 2015 und damit nach rechtswirksam erfolgter Kündigung stattgefunden hat. Soweit die Klägerin dafürhält, sie habe sich aufgrund der ihr zugestellten Prämienrechnung für Juni 2015 im Vertrauen darauf ins Spital einweisen lassen, dass sie weiterhin versichert sei, ist ihr nicht zu folgen. Die Prämien-

rechnung für Juni 2015 ist der Klägerin nämlich am 2. Mai 2015 (vgl. bB 65) und damit vor dem Kündigungsschreiben vom 19. Mai 2015 zugestellt worden. Ausserdem blieb die in Art. 20 VVG vorgeschriebene Mahnung für diese Prämienrechnung aus und wurde im Juni auch keine Prämienrechnung für Juli ausgestellt. Stattdessen wurde der Klägerin mit Schreiben vom 6. Juni 2015 ein Prämienstorno zugestellt, aus welchem sich ein Saldo von Fr. 196.60 zugunsten der Klägerin ergab (vgl. bB 66). Dass sich die Klägerin nun auf ein damaliges Vertrauen auf die Weitergeltung der Zusatzversicherungen beruft, mutet auch insofern etwas widersprüchlich an, als sie die ihr zugestellte Prämienrechnung für Juni 2015 nicht beglichen hatte. Die Voraussetzungen für eine Vertrauenshaftung sind betreffend die notfallmässige Bilddarmoperation folglich nicht gegeben, weshalb die vorliegende Klage in Anbetracht der per 31. Mai 2015 rechtswirksam gekündigten Zusatzversicherungen auch hinsichtlich der eingeklagten Forderung von Fr. 4'726.-- zzgl. Zinsen abzuweisen ist. Damit erübrigt es sich, auf die Vorbringen der Parteien bezüglich Umfang und Bestand dieser Forderung weiter einzugehen. Ohnehin nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens bilden sodann allfällige Versicherungsansprüche im Zusammenhang mit dem jüngsten Unfallereignis vom 15. März 2016.

8. a) Zu prüfen bleibt die Leistungspflicht der Beklagten im Zusammenhang mit dem dritten Krankheitsfall von Anfang November 2014 bis Ende März. Mit der per 1. Januar 2006 in Kraft getretenen Revision von Art. 6 VVG wurde das vormals existierende Rücktrittsrecht der Versicherungsgesellschaft durch ein Kündigungsrecht mit Wirkung ex nunc ersetzt, das als solches nur für die Zukunft Wirkung entfaltet (GAUCH, a.a.O., S. 362). Dieser Grundsatz wird dort durch Art. 6 Abs. 3 VVG durchbrochen, wo bereits eingetretene Schäden durch die nicht oder unrichtig angezeigte erhebliche Gefahrentatsache beeinflusst worden sind (GAUCH, a.a.O., S. 368). In diesem Fall ist es der Versicherungsgesellschaft gestattet, ihre Leis-

tungspflicht auch für Versicherungsfälle zu verneinen, die vor der Kündigung eingetreten sind. Hierfür muss der Schadenseintritt allerdings in einem klaren Konnex zur Anzeigepflichtverletzung stehen. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist der Kausalitätsbegriff, wie er in Art. 6 Abs. 3 VVG stipuliert wird, allerdings weit zu verstehen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_18/2016 vom 7. Oktober 2016 E.6.2.2, 4A_150/2015 vom 29. Oktober 2015 E.7, insbesondere E.7.4 f.). Danach ist es nicht erforderlich, dass die verschwiegene Krankheit gleich diagnostiziert wurde wie die während der Vertragsdauer aufgetretene. Entscheidend sind die psychopathologischen Befunde und der Schweregrad der Symptomatik bzw. die Notwendigkeit einer Behandlung (Urteile des Bundesgericht 9C_308/2016 vom 17. August 2016 E.4.3, 9C_190/2016 vom 20. Juni 2016 E.4.3). Heikel sind diesbezüglich Beurteilungen, wenn sich verschiedene Krankheitsbilder überlappen, geradezu einen Ursachenstrang bzw. eine Gemengelage bilden, welche nicht mit genügender Deutlichkeit aufgetrennt werden kann. Wenn eine derartige Beeinflussung vorliegt, erlischt die Leistungspflicht des Versicherers in vollem Umfang, und zwar unabhängig vom Anteil der Falschdeklaration am Eintritt oder Umfang des Schadens. Indem Art. 6 Abs. 3 VVG auch für Teilursachen ein totales Leistungsverweigerungsrecht des Versicherers vorsieht, weist das Gesetz demnach einen pönalen Charakter auf (vgl. NEF/VON ZEDTWITZ, a.a.O., Art. 6 ad N 31/32; LEHMANN, a.a.O., S. 158). In beweisrechtlicher Hinsicht genügt zum Nachweis des von Art. 6 Abs. 3 VVG geforderten Zusammenhangs zwischen der Verletzung der Aufklärungspflicht und dem nachmaligen Schadenseintritt eine überwiegende Wahrscheinlichkeit der Abfolge der aufeinander bezogenen Tatsachen.

- b) Die Klägerin befand sich vom 3. November 2014 bis zum 31. März 2015 in der Privatklinik C._____. Über diesen Zeitraum hinaus war sie mutmasslich bis zum 17. Juni 2015 in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt. Die Beklagte weigert sich, die im Zusammenhang mit diesem Krankheitsfall

stehenden Taggelderleistungen im Betrag von Fr. 45'400.-- zzgl. Zins zu erbringen. Dieses Vorgehen erweist sich nach dem vorangehend Ausgeführten als korrekt, wenn ein klarer Konnex zwischen den verschwiegenen Gefahrenstatsachen und dem diesem Versicherungsfall zugrunde liegenden Beschwerden besteht. Den aktenkundigen medizinischen Berichten kann diesbezüglich was folgt entnommen werden:

- aa) Im Bericht der Psychiatrischen Universitätsklinik D._____ vom 11. April 2006 (kB 32, bB 1) diagnostizierten die behandelnden Ärzte eine akute Konfliktreaktion (ICD-10: F 43.2) sowie eine Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F 10.2). Im psychopathologischen Aufnahmebefund hielten sie fest, die Patientin sei sehr um Beherrschung bemüht. Im Kontakt sei sie lebhaft, freundlich, zugewandt und angemessen. Kognitiv völlig orientiert bei geschätzter durchschnittlicher Intelligenz. Denken formal geordnet, inhaltlich eingeeengt auf scham- und schuldbesetztes Erkennen des eigenen abhängigen Trinkverhaltens. Nicht psychotisch. Keine Phobien. Keine Zwänge. Affektiv sehr lebhaft und differenziert, milde histrionische Anteile. Stimmung zunächst beherrscht von Scham- und Schuldgefühlen, aber kaum Anzeichen klinischer Depressivität im engeren Sinne. Antrieb ungestört, keine Suizidalität. Im Vordergrund stehe die Erschütterung des Selbstbildes einer lebensstüchtigen und zur Selbstbeherrschung fähigen Frau. Während des stationären Aufenthalts sei die Patientin durch eine Kombination von stationärer Krisenintervention mit Einzel- und Gruppentherapie und Alkoholentgiftung behandelt worden. Dabei habe sich keine relevante Entzugssymptomatik gezeigt. Die Patientin habe relativ rasch erkannt, dass ihr etwas untypisches Trinkverhalten auch den Aspekt des appellativen Vorwurfs an ihren Lebenspartner habe, in ihr nicht nur die tüchtige und fleissige Geschäftspartnerin zu sehen, was sich offenbar eingeschlichen habe. Nach entsprechenden Aussprachen mit dem Ehemann habe sich die Patientin rasch stabilisiert. Sie habe sich für eine ambulante Entwöhnungstherapie entschieden, wobei ihr eine entsprechende

Möglichkeit vermittelt worden sei. Entlassen worden sei eine deutlich stabilisierte, etwas euphorisch wirkende Patientin, dabei aber ausreichend selbstkritisch und insgesamt als prognostisch günstig einzuschätzen. Empfohlen worden sei eine fachärztliche Weiterbehandlung und eine ambulante Entwöhnungstherapie bei der Beratungsstelle für suchtkranke Frauen. Als Entlassungsmedikation erhielt die Patientin Mirtazapin (Remergil) 0-0-30 mg.

- bb) Im Erstbericht zuhanden der Beklagten vom 30. August 2011 (kB 9) diagnostizierten Dr. med. I._____ und K._____ sodann, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F. 33.1), sowie Probleme in der Beziehung zum Ehepartner oder Partner (Z 63.0). Bezüglich des aktuellen Psychostatus hielten sie fest, die Patientin sei bei adäquatem Bewusstsein und allseitig orientiert. Zuweilen sei ihre Konzentrationsfähigkeit mittelgradig beeinträchtigt. Ansonsten bestehe keine Aufmerksamkeits- oder Gedächtnisstörung. Das formale Denken sei unauffällig. Die Patientin neige zu Ängsten, teilweise phobischer Dimensionen hinsichtlich sozialer Situation und beruflicher Exposition. Andere Befürchtungen, Zwänge, Wahnphänomene und Sinnestäuschungen bestünden nicht. In affektiv labilen Zuständen neige die Patientin zu Depersonalisierungs- und Entfremdungsgefühlen sowie dissoziativen (Konversions-)Symptomen. Affektive Symptome bestünden in schwankender Manifestation in depressivem Sinn: Die Patientin sei zeitweise mittelgradig ratlos, ängstlich, innerlich unruhig und affektlabil. Es bestünden leichte bis mittelgradige Insuffizienz- und Schuldgefühle. Der psychosomatische Antrieb sei gesteigert; die Patientin sei in schwankendem Ausmass motorisch unruhig. Die Patientin sei weder selbst- noch fremdaggressiv und nicht suicidal. Vor dem Hintergrund einer schwierigen Kindheit und Lebensgeschichte mit diversen traumatischen Faktoren und einer leistungsstarken, disziplinierten Persönlichkeit habe die Patientin hohe soziale, familiäre und berufliche Kompetenzen und Erfolge bei teilweise defizitären Fähig-

keiten zu emotionaler Selbstwahrnehmung und –fürsorge entwickelt, was zu langandauernden Überforderungszuständen und dysfunktionalen Umgangsstrategien und in der Folge zu asthenisch-depressiven und ängstlich-neurotischen Symptomen geführt habe. Aktuell bestünden zudem diverse belastende psychosoziale Umbruchssituationen und notwendigkeiten im Sinne einer privaten und beruflich weitreichenden Trennungssituation. Die stationäre Behandlung folge einem integriert-psychiatrischen und auf die Bedürfnisse der Patientin angepassten Therapiekonzept mit pharmako-, milieu- und soziotherapeutischen, Aktivierungs- und Kreativ- sowie psychodynamisch-psychotherapeutischen Massnahmen im Einzel- und Gruppensetting. Die antidepressive, schlaffördernde und zentrierende Medikation bestehe in täglich 30 mg Cipralex, 50 mg Trittico und 6.25 mg Stilnox sowie Ceres Ducus comp. Tropfen. In den handschriftlichen Zwischenberichten vom 5. Juli 2013 (k-act. 14), 22. Oktober 2013 (k-act. 15) sowie 23. Dezember 2013 (k-act. 16) bestätigte Dr. med. I._____ diese Beurteilung, wobei sich die gesundheitliche Verfassung der Patientin zunächst verschlechterte und sie unter einer schweren depressiven Episode litt.

- cc) Im Zwischenbericht vom 16. Juni 2015 (kB 28) führten Dr. med. G._____ sowie H._____ zuhanden der Beklagten im Weiteren aus, die Patientin leide hauptsächlich an einer rezidivierenden depressiven Störung (F 33.2), gegenwärtig schwere Episode. Ausserdem diagnostizierten sie eine Agoraphobie mit Panikstörung (F 40.01). Die Patientin sei am 3. November 2014 in die offen geführte Privatklinik C._____ eingetreten. Sie habe sich zunächst in einem stark agitierten, emotional durchlässigen, melancholischen Zustand befunden. Sie habe starke Ängste und Schlafschwierigkeiten sowie soziale Rückzugstendenzen beschrieben, die sie und ihre Partnerschaft sehr belasteten. Hinzu gekommen seien psychosomatische Reaktionen in Form subjektiv stark erlebter Verspannung der Schultern, des rechten Oberarms und einer Intensivierung ihrer langjähri-

gen Migräne. Nach eingehender Anamnese und Exploration der Angstsymptomatik sowie der Zuhilfenahme testpsychologischer Diagnostik sei eine langjährige agoraphobische Reaktionsneigung erkennbar geworden. Diese habe in den vergangenen zwei bis drei Jahrzehnten bei der Patientin zu ausgeprägten Vermeidungsverhalten in bestimmten sozialen Kontexten geführt. Der in den letzten zehn bis 15 Jahren immer wieder sporadisch aufgetretene Alkoholmissbrauch der Patientin sei in Verbindung mit dem bei Agoraphobie auftretenden Vermeidungsverhalten zu sehen. Eine auf die Agoraphobie zentrierte, kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung plus weitere supportive Therapiemaßnahmen hätten in den folgenden vier bis sechs Wochen eine deutliche Besserung der Angstsymptomatik bewirkt. Die Patientin zeige sich gegenüber der Diagnose einer Agoraphobie zustimmend. Die Patientin sei vom 3. November 2014 bis zum 10. Februar 2015 zu 100% arbeitsunfähig gewesen. Seit dem 11. Februar 2015 könne sie wieder einer Arbeitsbeschäftigung nachgehen. Der behandelnde Psychiater, Dr. med. I._____, attestierte der Patientin in den Arbeitsunfähigkeitszeugnissen vom 24. Februar 2015, 4. März 2015 sowie 20. April 2015 in der Folge eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis zum 30. April 2015 und im Arbeitsunfähigkeitszeugnis vom 12. Oktober 2015 ferner eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die Zeit vom 1. Mai 2015 bis zum 17. Juni 2015, ohne sich zu den der bescheinigten Arbeitsunfähigkeit zugrunde liegenden psychischen Beschwerden zu äußern.

- c) Aus den vorstehenden Ausführungen ergibt sich, dass die erstbehandelnden Ärzte bei der Klägerin eine akute Konfliktreaktion (ICD-10: F 43.2; Anpassungsstörung) sowie eine Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F 10.2) feststellten. Diese Diagnosen tauchen in den späteren Arztberichten in dieser Form nicht mehr auf. Dort wird eine rezidivierende depressive Episode (ICD-10: 33.1) allein bzw. in Kombination mit einer Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10: 40.01) konstatiert. Der Klägerin ist darin zuzu-

stimmen, dass diese Krankheiten, abgesehen von der Anpassungsstörung und der Agoraphobie, in der ICD-10 unterschiedlichen Gruppen zugewiesen sind. Dennoch sind die ursprünglich diagnostizierten Krankheitsbilder vorliegend durchaus mit den später festgestellten vergleichbar. So handelt es sich bei Anpassungsstörungen (ICD-10: F 43.2) laut ICD-10 um Zustände von subjektiver Bedrängnis und emotionaler Beeinträchtigung, die im Allgemeinen soziale Funktionen und Leistungen behindern und während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung oder nach belastenden Lebensereignissen auftreten. Die Belastung kann das soziale Netz des Betroffenen beschädigt haben (wie bei einem Trauerfall oder Trennungserlebnissen) oder das weitere Umfeld sozialer Unterstützung oder soziale Werte (wie bei Emigration oder nach Flucht). Sie kann auch in einem grösseren Entwicklungsschritt oder einer Krise bestehen (wie Schulbesuch, Elternschaft, Misserfolg, Erreichen eines ersehnten Zieles und Ruhestand). Die individuelle Prädisposition oder Vulnerabilität spielt bei dem möglichen Auftreten und bei der Form der Anpassungsstörung eine bedeutsame Rolle; es ist aber dennoch davon auszugehen, dass das Krankheitsbild ohne die Belastung nicht entstanden wäre. Die Anzeichen sind unterschiedlich und umfassen depressive Stimmung, Angst oder Sorge (oder eine Mischung von diesen). Zudem kann ein Gefühl bestehen, mit den alltäglichen Gegebenheiten nicht zurechtzukommen, diese nicht vorausplanen oder fortsetzen zu können. Störungen des Sozialverhaltens können insbesondere bei Jugendlichen ein zusätzliches Symptom sein. Hervorstechendes Merkmal kann eine kurze oder längere depressive Reaktion oder eine Störung anderer Gefühle und des Sozialverhaltens sein. In dieser Beziehung ähnelt sich das Beschwerdebild einer Anpassungsstörung und jenes einer rezidivierenden depressiven Störung, die sich durch wiederholte depressiven Episoden auszeichnet, in denen die betroffene Patientin unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität leidet. Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration sind

vermindert. Insofern überlappen sich die psychischen Beschwerden, welche die Anpassungsstörung charakterisieren können mit jenen welche für die rezidivierende depressive Episode typisch sind.

- aa) Dies trifft insbesondere im vorliegenden Fall zu. So verschrieben die erstbehandelnden Ärzte der Klägerin mit Mirtazepin ein Medikament, das zur Akutbehandlung unipolarer depressiver Episoden eingesetzt wird. Ausserdem diagnostizierte Dr. med. I._____ im Erstbericht vom 30. August 2011 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F. 33.1), sowie Probleme in der Beziehung zum Ehepartner oder Partner (Z 63.0). Wird berücksichtigt, dass die Beschwerdeführerin angibt, seit dem stationären Aufenthalt in der Psychiatrischen Universitätsklinik D._____ bis zum Eintritt in die psychiatrische Klinik Waldhaus am 10. Mai 2011 nicht mehr in psychiatrischer Behandlung gewesen zu sein, so hat Dr. med. I._____ den im Jahr 2006 aufgetretenen Krankheitsfall offenbar als erste depressive Episode gewertet. Denn bei der rezidivierend depressiven Störung handelt es sich um eine Störung, die durch wiederholte depressive Episoden charakterisiert ist. Bei einer einmaligen Episode wird je nach Schweregrad eine leichte, mittelgradige oder schwere depressive Episode diagnostiziert. Damit würde übereinstimmen, dass die von den erstbehandelnden Ärzten diagnostizierte Anpassungsstörung nach der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10), ausser wenn sie mit einer längeren depressiven Reaktion (F 43.21) verbunden ist, meist nicht länger als 6 Monate anhält. Dauern die Symptome an, sollte die Diagnose in Übereinstimmung mit dem gegenwärtigen Bild geändert und die andauernden Belastungen unter Verwendung der Z-Kodierungen gekennzeichnet werden. Dieses Vorgehen wählte Dr. med. I._____, indem er die damaligen Beziehungsprobleme, welche die erstbehandelnden Ärzte als Ursache für die Anpassungsstörung ansahen, als Probleme in der Beziehung zum Ehepartner oder Partner (Z 63.0) und den erhobenen psychopathologi-

schen Befund als rezidivierende depressive Episode codiert. Es handelt sich hierbei somit um eine Weiterentwicklung der ursprünglichen Symptomatik, die wider Erwarten persistierte und sich verstärkte.

- bb) Dr. med. G._____ sowie H._____ schliessen sich der Beurteilung von Dr. med. I._____ insofern an, als sie ebenfalls eine rezidivierende depressive Episode feststellen. Daneben diagnostizieren sie eine Agoraphobie (ICD-10: F 40.01), die bei der Beschwerdeführerin zu ausgeprägtem Vermeidungsverhalten führt. Eine von der Beschwerdeführerin gewählte Vermeidungsstrategie sehen sie im übermässigen Alkoholkonsum, mit dem die Beschwerdeführerin aufsteigende Ängste zu bekämpfen versucht. Der übermässige Alkoholkonsum stellt nach ihrer Auffassung somit ein Symptom der Agoraphobie dar. Wenn die erstbehandelnden Ärzte im Bericht der Psychiatrischen Universitätsklinik D._____ vom 11. April 2006 eine Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F 10.2) diagnostizierten, so dürfte es sich damals bereits um ein Symptom der Agoraphobie gehandelt haben. Auch hinsichtlich des Alkoholkonsums der Klägerin erheben die erstbehandelnden Ärzte demzufolge durchaus einen ähnlichen psychopathologischen Befund wie die späteren Ärzte, den sie jedoch als eigenständige Krankheit interpretieren und behandeln. Die erstbehandelnden Ärzte beschreiben im Bericht der Psychiatrischen Universitätsklinik D._____ vom 11. April 2006 folglich im Kern dieselben psychischen Beschwerden, unter denen die Beschwerdeführerin nach wie vor leidet und die dem interessierenden Schadensfall zugrunde lagen.
- cc) Was die Klägerin dagegen einwendet, vermag nicht zu überzeugen. Soweit sie geltend macht, der Klägerin sei im Bericht der Psychiatrischen Universitätsklinik D._____ kein psychiatrisch relevantes und therapiebedürftiges Krankheitsbild attestiert worden, ist festzuhalten, dass die erstbehandelnden Ärzte der Klägerin eine fachärztliche Weiterbehandlung und ambulante Entwöhnungstherapie bei der Beratungsstelle für sucht-

krankte Frauen empfohlen haben. Überdies haben sie der Beschwerdeführerin in Form von Mirtazapin ein Antidepressivum verordnet, das eingenommen werden sollte, bis die Patientin für die Dauer von sechs Monaten komplett symptomfrei ist. Dann erst sollte das fragliche Medikament schrittweise abgesetzt werden. Die Behauptung der Klägerin, im Jahr 2006 hätte kein behandlungsbedürftiges psychisches Leiden bestanden, erweist sich demnach als aktenwidrig. Dagegen trifft es zu, dass die erstbehandelnden Ärzte von einer vorübergehenden psychischen Störung ausgegangen sind, mit welcher die Klägerin auf eine Belastungssituation reagierte und die höchstens sechs Monate dauern sollte. Die dieser Diagnose zugrunde liegende Prognose eines baldigen Verschwindens der psychischen Beschwerden hat sich vorliegend indessen leider nicht bewahrheitet. Deshalb kann im vorliegenden Fall aufgrund der diagnostizierten Anpassungsstörung nicht auf eine erfolgte Heilung geschlossen und der interessierende Kausalzusammenhang mit dieser Begründung verneint werden.

- dd) In Würdigung der medizinischen Akten gelangt das Gericht aus den vorgenannten Überlegungen zum Schluss, dass die erstbehandelnden Ärzte die von der Klägerin verschwiegenen psychischen Beschwerden zwar nicht gleich diagnostizierten wie die während der Vertragsdauer aufgetretenen, diese jedoch auf denselben psychopathologischen Befunden beruhen und einen vergleichbaren Schweregrad der Symptomatik aufweisen, der in beiden Fällen eine stationäre Behandlung erforderte. Für das Gericht ist hiermit eine hinreichende Kausalität gegeben. Anders gesagt fehlt es an einer völligen Losgelöstheit zwischen den psychischen Beschwerden, welche die Klägerin verschwieg, und den zum interessierenden Schadensfall führenden Beschwerden. Dass weitere Beweiserhebungen an diesem Ergebnis etwas zu ändern vermögen, ist auszuschliessen. Der Antrag der Klägerin, den behandelnden Psychiater, Dr. med. I._____, als Zeugen zu befragen oder ein fachärztliches Gutachten einzuholen, ist da-

her in antizipierter Beweiswürdigung abzuweisen (BGE 133 III 439 E.3.3, 130 II 530 E.4.3; KÖLZ/HÄNER/ BERTSCHI, a.a.O., Rz. 536). Die Beklagte hat sich folglich zu Recht geweigert, der Klägerin für die Zeit von Anfang November 2014 bis Ende März 2015 Taggelder in der Höhe von Fr. 45'400.-- zzgl. Zinsen zu bezahlen, da dieser Schadensfall zumindest teilweise auf die verschwiegenen und als erheblich zu qualifizierenden Gefahrstatsachen zurückzuführen ist.

9. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beklagte die mit der Klägerin geschlossenen Zusatzversicherungen TOP, SANA, HOSPITAL COMFORT BONUS und SALARIA zufolge Anzeigepflichtverletzung rechtsgültig per 31. Mai 2015 gekündigt hat. Die Beklagte hat die fraglichen Verträge demnach seither nicht mehr zu erfüllen, insbesondere muss sie der Klägerin die Kosten, die im Zusammenhang mit der notfallmässigen Blinddarmoperation im Juli 2015 entstanden sind, nicht vergüten. Ausserdem besteht hinsichtlich des dritten Krankheitsfalls von Anfang November 2014 bis Ende März 2015 keine Leistungspflicht der Beklagten, da dieser Schadensfall zumindest teilweise auf die verschwiegenen und als erheblich zu qualifizierenden Gefahrstatsachen zurückzuführen ist. Die vorliegende Klage erweist sich demnach als unbegründet, womit sie abzuweisen ist.
10. a) Für das vorliegende Verfahren werden keine Verfahrenskosten erhoben (Art. 114 lit. e ZPO).
- b) Ausgangsgemäss steht der Klägerin als unterliegender Partei keine Parteientschädigung zu (Art. 106 ZPO). Die Beklagte wurde im vorliegenden Verfahren nicht anwaltlich vertreten. Gemäss Art. 95 Abs. 3 lit. b ZPO kann sie in begründeten Fällen dennoch eine angemessene Umtriebsentschädigung als Parteientschädigung beanspruchen. Diese Regelung zielt indessen auf Fälle ab, wo rechtlich bewanderte oder von Dritten im Ver-

borgenen unterstützte Personen ohne Vertreter prozessieren, wo ein Anwalt in eigener Sache auftritt oder als Organ einer Partei oder als Angestellter ihres Rechtsdienstes handelt. Mit der vorgesehenen Umtriebsentschädigung soll in erster Linie ein gewisser Ausgleich für den Verdienstaufschlag einer selbständigerwerbenden Partei erreicht werden (RÜEGG/RÜEGG, in: SPÜHLER/TENCHIO/INFANGER [Hrsg.], Schweizerische Zivilprozessordnung, Basel 2017, Art. 96 N. 21). Im vorliegenden Fall erscheint der Aufwand nicht als ausserordentlich hoch und die Sache war nicht ausserordentlich kompliziert. Für die Beklagte war der Aufwand mit und ohne Beschränkung des Prozessthemas im Übrigen etwa gleich hoch. Jedenfalls waren die hiermit verbundenen Arbeiten nicht ausserordentlich, um die Zusprache einer Umtriebsentschädigung zu rechtfertigen. Es ist demnach dem Regelfall zu folgen und keine Umtriebsentschädigung zuzusprechen.

Demnach erkennt das Gericht:

1. Die Klage wird abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. [Rechtsmittelbelehrung]
5. [Mitteilungen]