

KK.2010.00023

Sozialversicherungsgericht
des Kantons Zürich
II. Kammer
Sozialversicherungsrichter Mosimann, Vorsitzender

Sozialversicherungsrichter Gräub

Sozialversicherungsrichterin Käch

Gerichtsschreiberin Fehr
Urteil vom 26. Juni 2012

in Sachen

X.____

Klägerin

vertreten durch Rechtsanwalt Karsten Fabel
Küter. Rechtsanwälte Notare Fachanwälte
Rendsburger Strasse 34, Postfach 1129, D-24331 Eckenförde

Zustelladresse: Rechtsanwalt Karsten Fabel

gegen

Helsana Zusatzversicherungen AG
Zürichstrasse 130, 8600 Dübendorf
Beklagte

vertreten durch Helsana Versicherungen AG
Versicherungsrecht
Postfach, 8081 Zürich Helsana

Sachverhalt:

1.

1.1 X.____, geboren 1953, war im Jahr 2009 bei der Helsana Zusatzversicherungen AG (nachfolgend: Helsana) unter anderem mit den Zusatzversicherungen „TOP Krankenpflege-Zusatzvers. für spezielle Leistungen“, „HOSPITAL CLASSICA Spitalzusatzversicherung COMFORT, private Abteilung ganze Schweiz“ und „VARIA Spitalgeldversicherung“ gemäss dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) versichert (Urk. 9/1).

1.2 Am 30. September 2009 ersuchte das Kreiskrankenhaus Y.____, Deutschland, die Helsana um Kostengutsprache, weil X.____ seit dem 25. September 2009 dort auf der Privatstation hospitalisiert sei (Urk. 9/5). Die Helsana zog daraufhin Erkundigungen ein (Urk. 9/6-11) und verweigerte in der Folge die Übernahme der Kosten für die Spitalbehandlung in Deutschland, da für die behandelte Alkoholabhängigkeit einerseits keine Versicherungsdeckung bestehe und es sich nicht um eine Notfallbehandlung handle (Urk. 9/12-13).

An dieser Beurteilung hielt sie nach Korrespondenz mit der Versicherten fest (Urk. 9/14-19).

2.

2.1 Mit Eingabe vom 21. Juli 2010, betitelt als „Beschwerde“, gelangte X.____ ans hiesige Gericht mit den Begehren, die Helsana sei zur Bezahlung von € 43'843.70 nebst Zinsen zu verpflichten; weiter sei festzustellen, dass auch die Kosten künftiger stationärer Heilbehandlungen in Krankenhäusern der Bundesrepublik Deutschland zu ersetzen seien (Urk. 1 S. 2).

Die Eingabe wurde vom Gericht als Klage über eine Streitigkeit aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach § 2 Abs. 2 lit. b des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) entgegengenommen.

2.2 Mit Klageantwort vom 15. November 2010 schloss die Helsana auf Abweisung der Klage (Urk. 8). Gleichzeitig wies sie darauf hin, dass X.____ neben den Zusatzversicherungen bei ihr auch die obligatorische Krankenversicherung abgeschlossen habe. Unter Hinweis auf ihren Einspracheentscheid vom 18. Juni 2010 (Urk. 2/14) erstattete die Helsana Versicherungen AG mit separater Eingabe vom 15. November 2010 eine Beschwerdeantwort und beantragte die Abweisung der Beschwerde (vgl. Urk. 4 im Prozess KV.2010.00079).

In der Folge trennte das Gericht mit Verfügung vom 25. November 2010 das Verfahren betreffend die Ansprüche aus der obligatorischen Krankenversicherung von diesem Prozess ab und legte es mit den dazugehörigen Unterlagen (Urk. 2-5 im Prozess KV.2010.00079) unter der Prozessnummer KV.2010.00079 an (Urk. 10).

2.3 Entsprechend den gerichtlichen Aufforderungen vom 25. November 2010 (Urk. 10 Dispositiv-Ziffern 2-3) reichte die Helsana am 29. November 2010 die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) 2007 nach (Urk. 11-12), und die Versicherte äusserte sich am 19. Februar 2011 zur Eintretensfrage sowie zur Sache und erneuerte im Wesentlichen ihre Anträge (Urk. 16/1-2). Das Gericht wies mit unangefochten in Rechtskraft erwachsener Verfügung vom 3. März 2012 das Gesuch um Zusendung der Akten an den Rechtsvertreter in

Deutschland ab (Urk. 17). Mit Eingabe vom 31. März 2011 beantragte die Helsana nochmals die Abweisung der Klage (Urk. 19), wovon der Versicherten am 5. April 2011 Kenntnis gegeben wurde (Urk. 20).

2.4 Der parallel laufende Prozess betreffend die obligatorische Krankenversicherung wurde mit Urteil heutigen Datums entschieden (Urk. 15 im Prozess KV.2010.00079).

Das Gericht zieht in Erwägung:

1.

1.1 Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) unterstehen nach Art. 12 Abs. 3 KVG dem VVG. Streitigkeiten im Bereich dieser Zusatzversicherungen, wie die vorliegende Klage, sind privatrechtlicher Natur (BGE 133 III 439 E. 2.1).

Im Kanton Zürich ist das Sozialversicherungsgericht zuständig für die Behandlung der Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung (§ 2 Abs. 2 lit. b GSVGer). Gemäss Art. 31 AVB (2008; Urk. 9/2) bzw. Art. 32 AVB (AVB 2007; Urk. 12) für die Krankenzusatzversicherungen kann die Klage unter anderem am Sitz des Versicherers erhoben werden. Angesichts des Sitzes der Helsana Zusatzversicherungen AG in Dübendorf ist das angerufene Gericht jedenfalls örtlich zuständig.

Die sachliche und örtliche Zuständigkeit des hiesigen Gerichts zur Beurteilung der Klage ist somit unstrittig gegeben.

1.2 Das Verfahren richtet sich nach den Bestimmungen des GSVGer, wobei hier aufgrund der Rechtshängigkeit der Klage am 20. September 2010 (Eingangsdatum, Urk. 1) das (bis Ende 2010 gültig gewesene) kantonale Gesetz über den Zivilprozess (ZPO ZH) sinngemäss Anwendung findet (§ 28 GSVGer; Art. 404 Abs. 1 der seit 1. Januar 2011 gültigen Schweizer Zivilprozessordnung, ZPO).

Unter Beachtung der Verfahrensgrundsätze gemäss den bis Ende 2010 gültig gewesenen Art. 85 Abs. 2 und Abs. 3 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die privaten Versicherungseinrichtungen (VAG) ist das Verfahren grundsätzlich kostenlos, der rechtserhebliche Sachverhalt ist von Amtes wegen festzustellen und die Beweise sind nach freiem Ermessen (BGE 112 II 179) zu würdigen.

Der Untersuchungsgrundsatz, wonach das Gericht alle rechtserheblichen Sachverhaltselemente zu berücksichtigen hat, die sich im Verlaufe des Verfahrens ergeben, auch wenn die Parteien diese nicht angeführt haben, gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien. Er entbindet die Parteien nicht davon, Beweise beizubringen und bei der Erstellung des Sachverhalts mitzuwirken (BGE 125 III 231 E. 4a). Ebenso schliesst er die antizipierte Beweismündigung nicht aus (Urteil des Bundesgerichts 5C.206/2006 vom 9. November 2006, E. 2.1).

2.

2.1 Unstrittig und aufgrund der Akten ausgewiesen ist, dass die Klägerin im Zeitpunkt der Hospitalisation im Kreiskrankenhaus in Y.____, Deutschland, am 25. September 2009 (vgl. Urk. 2/3) bei der Beklagten unter anderem die Zusatzversicherungen „TOP Krankenpflege-Zusatzvers. für spezielle Leistungen“, „HOSPITAL CLASSICA Spitalzusatzversicherung COMFORT, private Abteilung ganze Schweiz“ und „VARIA Spitalgeldversicherung“ gemäss VVG abgeschlossen hatte (vgl. Versicherungspolice, Urk. 9/1).

Aus der ab 1. Januar 2009 gültigen Versicherungspolice VVG geht hervor und blieb im Übrigen unbestritten, dass für die hier fraglichen Zusatzversicherungen folgende Versicherungsbestimmungen massgebend sind (Urk. 9/1):

- TOP Krankenpflege-Zusatzvers. für spezielle Leistungen“: AVB 2008 (Urk. 9/2) und ZVB 2009 (Urk. 9/3);
- „HOSPITAL CLASSICA Spitalzusatzversicherung COMFORT, private Abteilung ganze Schweiz“: AVB 2007 (Urk. 12) und ZVB 1997 (Urk. 9/4);
- „VARIA Spitalgeldversicherung“: AVB 2007 (Urk. 12).

2.2 Die Klägerin forderte mit Eingabe vom 21. Juli 2010, die Beklagte sei aus diesen Zusatzversicherungen zur Bezahlung von € 43'843.70, nebst Zinsen seit dem 26. März 2010, sowie von künftigen Kosten für die stationäre Heilbehandlung in Krankenhäusern in Deutschland zu verpflichten (Urk. 1 S. 2). Dazu führte sie aus, sie stehe in der Schweiz bei Dr. med. Z.____, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, in hausärztlicher Behandlung (Urk. 1 S. 2 f.). Während ihres Ferientaufenthaltes im Herbst 2009 in Y.____, Deutschland, sei es durch den Diabetes und eine Erkrankung aus dem depressiven Formenkreis - dies nicht zuletzt wegen der von Dr. Z.____ verursachten und in Y.____ festgestellten überhöhten Medikamentendosis, die zu kurzzeitigem Alkoholabusus geführt habe - zu einer akuten Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes gekommen. Zum Lebensschutz sei deshalb eine Akuteinweisung dringend geboten gewesen. Sie sei für den empfohlenen Rücktransport nicht reisefähig gewesen (Urk. 1 S. 3 ff.). Sie habe über die „Europäische Versicherungskarte“ der Helsana verfügt, und es sei ihr nicht bekannt gewesen, dass nur Aufenthalte in einem Schweizer Krankenhaus gedeckt seien. Dies führe zu einer nicht nachvollziehbaren Einschränkung für Deutsche Versicherte (Urk. 1 S. 4 und S. 6 f.). Sie habe in die Behandlung in der Schweiz kein Vertrauen mehr gehabt (Urk. 1 S. 5). Im Kreiskrankenhaus Y.____ und hernach im Zentrum für Integrative Psychiatrie sei sie vollständig entgiftet worden. In der Schweiz gebe es keine geeigneten Therapien und Behandlungsorte (Urk. 1 S. 7). Sie ersuchte deshalb um die Zusage, dass die Fortsetzung der Behandlung in Deutschland übernommen werde, zumal die Kosten in der Schweiz höher wären (Urk. 1 S. 8).

Betreffend die seitens des Gerichts aufgeworfene Frage des Feststellungsinteresses hinsichtlich der Übernahme von zukünftigen Leistungen durch die Beklagte (Urk. 10) äusserte sich die Klägerin in der Eingabe vom 19. Februar 2011 dahin gehend, dass ihr schutzwürdiges Interesse wegen der bestehenden Rechtsunsicherheit zu bejahen sei. Sie halte sich regelmässig an der A.____ auf, weshalb jederzeit wieder mit einem stationären Krankenhausaufenthalt gerechnet werden müsse (Urk. 16/1 S. 1 f.). Ihr Arzt habe ihr keine vergleichbare Klinik in der Schweiz nennen können, während ihr in der Universitätsklinik B.____ geholfen werden könne. Sie habe daher auch wegen den anfallenden Kosten von etwa € 300.-- täglich ein vitales Interesse an der Feststellung der Leistungspflicht der Beklagten. Die Fortdauer der Ungewissheit sei für die Klägerin unzumutbar (Urk. 16/1 S. 2 f.). Zudem gehe es ihr auch um die Klärung der Frage, ob die Zusagen der Beklagten in der Helsanacard eingehalten werden (Urk. 16/1 S. 3).

Zur Sache führte sie im Weiteren aus, die Behandlungskosten von € 995.24 seien nunmehr im Verfahren KV.2010.00079 geltend gemacht worden, weshalb sich ihre ursprüngliche Forderung in diesem Verfahren auf €

42'848.46 verringere (Urk. 16/1 S. 4). Schliesslich rügte sie, die Helsana ziehe sich mit unlauteren Mitteln aus ihrer Verantwortung, wenn sie sich auf die Leistungsfreiheit berufe, zumal die Medikamentenabhängigkeit durch den Arzt in der Schweiz verursacht worden sei (Urk. 16/1 S. 4 f.). Die Klägerin sei akut lebensbedrohlich erkrankt und habe mit neuer Medikation hospitalisiert werden müssen, andernfalls mit ihrem Ableben hätte gerechnet werden müssen (Urk. 16/1 S. 5). Die Überdosierung der Medikamente habe auch den kurzzeitigen Alkoholkonsum verursacht. Sie sei nicht mehr transportfähig gewesen und in der Schweiz sei ihr auch keine vergleichbare Therapie angeboten worden (Urk. 16/1 S. 5 f.).

2.3 Dagegen vertrat die Beklagte die Auffassung, zur Bestimmung des Leistungsumfanges seien die anwendbaren AVB und Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB) massgebend und nicht die Helsanacard (Urk. 8 S. 2 und S. 5 f.). Zudem sei stets vorgängig eine Kostengutsprache einzuholen. Für Krankheiten infolge missbräuchlichen Konsums von Alkohol, Medikamenten, Drogen und Chemikalien bestehe keine Versicherungsdeckung (Urk. 8 S. 6). Und selbst wenn kein Versicherungsausschluss bestünde, sei die Leistungspflicht zu verneinen, weil nur eine notfallmässige Behandlung bei fehlender Zumutbarkeit der Heimreise oder Verlegung in eine Schweizer Heilanstalt übernommen werde (Ziff. 3.1 ZVB TOP; Urk. 9/3). Davon könne hier keine Rede sein. Vielmehr sei davon auszugehen, dass die Behandlung in Deutschland gezielt vorgenommen wurde, wofür aus der Versicherung TOP keine Leistungspflicht bestehe. Ebenso decke die HOSPITAL CLASSICA COMFORT gemäss Ziff. 16 ZVB HOSPITAL CLASSICA (Urk. 9/4) nur notfallmässige Behandlungen im Ausland. Prof. Dr. med. E.____, Medizinische Klinik Y.____, habe am 13. Oktober 2009 (Urk. 9/11) volle Transportfähigkeit attestiert, weshalb keine Leistungen geschuldet seien (Urk. 8 S. 7).

Die Beklagte machte in der weiteren Stellungnahme sodann geltend, das Feststellungsinteresse sei zu verneinen, da ihre Leistungspflicht mittels Leistungsklage geklärt werden könne (Urk. 19 S. 2). Es könne auch nicht nachvollzogen werden, wie die Klägerin die geltend gemachten Kosten zwischen der obligatorischen Krankenversicherung und der Zusatzversicherung aufgeteilt habe (Urk. 19 S. 3).

2.4 Strittig und zu prüfen ist somit, ob die Beklagte aus den Zusatzversicherungen Leistungen für die stationäre Behandlung im Kreiskrankenhaus Y.____ und im Zentrum für Integrative Psychiatrie in B.____ zu bezahlen hat.

3.

3.1 Die Beklagte berief sich auf Art. 21.1 lit. k der AVB 2008. Laut dieser Bestimmung besteht keine Versicherungsdeckung bei Krankheiten infolge missbräuchlichen Konsums von Alkohol, Medikamenten, Drogen und Chemikalien (Urk. 9/2 S. 5). Die nämliche Bestimmung fand sich in den AVB 2007 in Art. 22.1 lit. k (Urk. 12 S. 5). Alle hier fraglichen Zusatzversicherungen sehen in den jeweils anwendbaren AVB (vgl. vorstehend E. 2.1) somit den gleichen Leistungsausschluss vor, weshalb zu prüfen ist, ob dieser hier zum Tragen kommt.

Zu bemerken bleibt hiezu, dass die Klägerin nicht bestritt, dass die fraglichen AVB-Bestimmungen bei Vertragsabschluss durch Globalübernahme in den Versicherungsvertrag übernommen wurden. Es ist mithin unbestritten und davon auszugehen, dass im Grundsatz über den Bestand der Ausschlussklausel zwischen den Parteien Konsens herrscht.

3.2 Die Klägerin stand in der Schweiz bei Dr. med. Z.____ in Behandlung und bezog über ihn ihre Medikamente (Urk. 1 S. 2). Gemäss ihren eigenen Aussagen begab sich die Klägerin im Herbst 2009 für einen Ferienaufenthalt nach C.____ (Urk. 1 S. 3 Mitte).

Dr. med. D.____, Facharzt für Allgemeinmedizin, wies sie gemäss Verordnung vom 29. September 2009 am 25. September 2009 (vgl. Urk. 2/3) ins Kreiskrankenhaus Y.____ zur Entgiftung ein. Dabei stellte er folgende Diagnosen: Schlafmittel- und Alkoholsucht, Diabetes mellitus Typ 2, Hypertonie und Depression (Urk. 2/2). In seinen Honorarrechnungen nannte er zudem Schlafstörungen und eine Polyneuropathie (Urk. 2/11/2-3). In der Rechnung der Radiologischen Praxis Y.____ über die am 25. September 2009 erfolgte Untersuchung wurde diagnostisch allein der Alkoholabusus erwähnt (Urk. 2/11/11).

Am 25. September 2009 wurde die Klägerin entsprechend der Zuweisung von Dr. D.____ im Kreiskrankenhaus Y.____ hospitalisiert. Prof. Dr. E.____ stellte im Bericht vom 13. Oktober 2009 folgende Diagnosen: Alkoholabhängigkeit, Abhängigkeit von mehreren Medikamenten inklusive Beruhigungsmittel. Dazu führte er aus, dass die stationäre Aufnahme zur Alkoholentzugsbehandlung erfolgt sei. Aus seiner Sicht sei die Klinik für diese Behandlung eigentlich die falsche Adresse. Die Entzugsbehandlung könne letztendlich an jedem Ort in der Schweiz und in Deutschland durchgeführt werden. Die Klägerin sei voll transportfähig. Einen Rücktransport schloss Prof. Dr. E.____ nicht aus, wobei er wegen der psychischen Labilität einen raschen Transport mit ärztlicher Begleitung in einem Linienflug nahe legte (Urk. 2/3 S. 1). Die Behandlungen im Kreiskrankenhaus in der Zeit vom 25. September bis 16. Oktober 2009 wurden in der Rechnung als Alkoholintoxikation und Alkoholentzug beschrieben (Urk. 2/11/4). Und im Rechnungsduplikat lauteten die Diagnosen: Alkohol- und Benzodiazepin-Abhängigkeit, Durchführung einer Alkoholentgiftung, depressive Stimmungslage, verbunden mit Schlafstörungen, Diabetes mellitus Typ 2, COPD (Chronic obstructive pulmonary disease; Urk. 2/11/7).

Am 29. September 2009 fand eine psychiatrische Abklärung durch Prof. Dr. med. F.____, Chefarzt im Kreiskrankenhaus Y.____ statt. Seine Rechnung vom 3. November 2009 nennt folgende, nach ICD-10 codierten Diagnosen: F10.2 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom), F32.9 (Depressive Episode, nicht näher bezeichnet) und F13.2 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom; Urk. 2/11/13).

3.3 Bis am 16. Oktober 2009 war die Beschwerdeführerin im Kreiskrankenhaus Y.____ hospitalisiert (Urk. 9/19 S. 9-11).

Hernach trat sie bis am 1. Februar 2010 ins Zentrum für Integrative Psychiatrie B.____ über. Die dort behandelnden Ärzte berichteten am 1. Februar 2010 neben den bereits von Dr. F.____ gestellten Diagnosen von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (F33.2; Urk. 9/19 S. 40). Anamnestisch wurde ausgeführt, dass die Beschwerdeführerin Mitte der 80-er Jahre während etwa 10 Jahren alkoholabhängig gewesen sei. Dann sei sie 10 Jahre trocken geblieben, und Ende August 2009 habe sie einen Rückfall erlitten. Daneben leide sie wegen lange anhaltenden Einschlafstörungen an einer Benzodiazepinabhängigkeit. Trotz Erhöhung der Dosis habe sie nicht die erwünschte Wirkung verspürt. Daher habe sie sich für einen stationären Aufenthalt entschieden. Im Zentrum sei ein Benzodiazepinentzug durchgeführt

worden (Urk. 9/19 S. 40).

3.4 Die behandelnden Ärzte in Deutschland stellten somit praktisch übereinstimmend fest, dass die Abhängigkeit der Klägerin von Medikamenten und Alkohol die Aufenthalte sowohl im Kreiskrankenhaus Y.____ als auch im Zentrum für Integrative Psychiatrie indiziert hatte. Die Hospitalisationen dienten zur Hauptsache der Entgiftung (Dr. D.____, Urk. 2/2), der Alkoholentzugsbehandlung (Dr. E.____, Urk. 2/3) bzw. dem Benzodiazepinentzug (Zentrum für Integrative Psychiatrie, Urk. 9/19 S. 40).

Es ist daher ohne Zweifel davon auszugehen, dass der Substanzgebrauch zur behandlungsbedürftigen Krankheit geführt und die Entzugsbehandlungen erfordert hat. Die diesbezüglichen Akten sind klar und übereinstimmend, weshalb von den von der Klägerin beantragten zusätzlichen Zeugenbefragungen oder Begutachtungen keine weiterführenden Erkenntnisse zu erwarten sind. Es kann deshalb in antizipierter Beweiswürdigung von ergänzenden Beweissmassnahmen abgesehen werden.

Fraglich bleibt, ob von missbräuchlichem Konsum im Sinne der den Versicherungsschutz ausschliessenden AVB gesprochen werden kann.

3.5 Die aus ärztlicher Sicht gestellten Diagnosen F10.2 (Abhängigkeitssyndrom Alkohol) und F13.2 (Abhängigkeitssyndrom Sedative und Hypnotika) lassen darauf schliessen, dass der Substanzgebrauch entweder chronisch und kontinuierlich bzw. periodisch übermässig war (vgl. Horst Dilling, Weltgesundheitsorganisation: Lexikon zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen, Bern 2002, S. 1, Stichwort „Abhängigkeitssyndrom“, und S. 9, Stichwort „Alkoholismus“). Die Diagnosestellungen zeigen auf, dass die Ärzte der Störung Krankheitswert im Rechtssinne zuerkannten und der Alkohol- und Medikamentenkonsum jedenfalls über das sozialübliche Mass hinausging.

Angesichts dieses übermässigen Substanzgebrauchs ist das Kriterium des missbräuchlichen Konsums als erfüllt zu betrachten. Da für den Leistungsausschluss der Umstand des Substanzenmissbrauchs genügt, kann die Klägerin nicht mit Aussicht auf Erfolg gelten machen, die Abhängigkeit sei vom behandelnden Schweizer Hausarzt zu verantworten, denn die Ursache der Abhängigkeit ist für den Leistungsausschluss ohne Belang. Zudem ist die angebliche Fehlbehandlung durch den Schweizer Hausarzt in keiner Weise belegt, da weder den aufliegenden Akten der Deutschen Ärzte entsprechende Anhaltspunkte zu entnehmen sind, noch - nach Aussage der Klägerin - im Spital G.____ eine Übermedikation festgestellt wurde (Urk. 1 S. 5).

Damit muss es mit der Feststellung sein Bewenden haben, dass die Behandlung wegen des missbräuchlichen Substanzkonsums erforderlich war und dass damit die Beklagte in Anbetracht des Versicherungsausschlusses für die entstandenen Kosten grundsätzlich nicht leistungspflichtig ist.

3.6 Gemäss Art. 33 VVG haftet der Versicherer für alle Ereignisse, welche die Merkmale der Gefahr, gegen deren Folgen Versicherung genommen wurde, an sich tragen, es sei denn, dass der Vertrag einzelne Ereignisse in bestimmter, unzweideutiger Fassung von der Versicherung ausschliesst. Dabei ist eine gefahrenbeschränkende Abrede nur insofern wirksam, als sie einzelne Ereignisse in bestimmter, unzweideutiger Fassung von der Versicherung ausschliesst. Ob diese Voraussetzung im konkreten Falle erfüllt ist, beurteilt sich in erster Linie nach der Bedeutung, die den verwendeten Wörtern im täglichen Sprachgebrauch üblicherweise zukommt (BGE 116 II 189 E. 2a).

Der in den vorliegenden Ausschlussklauseln verwendete Begriff des „missbräuchlichen Konsums“ ist weder unbestimmt noch zweideutig. Damit steht Art. 33 VVG der Anwendbarkeit der AVB-Bestimmungen nicht entgegen. Die aufliegenden ärztlichen Berichte sagen übereinstimmend aus, dass die Klägerin bei der Einlieferung ins Spital übermässig, mithin über das sozialübliche Mass hinaus Alkohol und Medikamente konsumiert hat. Es darf daher im Konkreten den Ausschlussklauseln ihre Anwendung nicht versagt werden.

Die stationären Behandlungen der Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit sind nach dem Gesagten von der Versicherungsdeckung der Zusatzversicherungen nicht erfasst, weshalb die Leistungspflicht der Beklagten zu verneinen und die Klage abzuweisen ist.

3.7 Demnach kann offen bleiben, ob die Leistungspflicht auch deswegen zu verneinen gewesen wäre, weil die Behandlungen im Ausland durchgeführt wurden.

3.8 Insoweit die Klägerin ihre Ansprüche direkt auf die Helsanacard (Urk. 2/4-5, Urk. 2/15) stützt, kann ihr nicht gefolgt werden. Aufgrund der ihr zugestellten Versicherungspolice 2009 (Urk. 9/1) musste sie sich im Klaren sein, dass nicht die Karte allein, sondern die vereinbarten Vertragsbestimmungen das Rechtsverhältnis zwischen ihr und der Beklagten regelten. Den aufliegenden Unterlagen zur Helsanacard sind denn auch keine Hinweise darauf zu entnehmen, dass damit weitergehende Ansprüche begründet wurden. Zudem kann niemand Vorteile aus der allfälligen eigenen Rechtsunkenntnis ableiten.

4.

4.1 Die Klägerin beantragte neben der Übernahme von bereits entstandenen Behandlungskosten die Zusprache von künftigen Leistungen, nämlich von weiteren stationären Heilbehandlungen in Krankenhäusern der Bundesrepublik Deutschland (Urk. 1 S. 2, Urk. 16/1).

4.2 Gemäss § 28 lit. a GSVGer in Verbindung mit § 59 ZPO wird auf die Klage betreffend Feststellung des Bestehens oder Nichtbestehens eines Rechtsverhältnisses nur eingetreten, wenn ein rechtliches Interesse an der Feststellung besteht. Nicht zulässig sind Begehren auf Entscheidung einer abstrakten Rechtsfrage. Gegenstand des Feststellungsinteresses muss ein bestimmtes Rechtsverhältnis sein, beispielsweise das Begehren auf Feststellung der Gültigkeit oder der Nichtigkeit eines Vertrages oder einzelner Vertragsbestimmungen. Ein rechtliches Interesse fehlt in der Regel, wenn über die blosser Feststellung hinaus eine vollstreckbare Leistung verlangt werden kann (Frank/Sträuli/Messmer, Kommentar zur Zürcherischen Zivilprozessordnung, § 59 N 8 f. und N 15).

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts ist die Feststellungsklage zuzulassen, wenn die Klägerin an der sofortigen Feststellung ein erhebliches schutzwürdiges Interesse hat, das kein rechtliches zu sein braucht, sondern auch bloss tatsächlicher Natur sein kann. Diese Voraussetzung ist namentlich gegeben, wenn die Rechtsbeziehungen der Parteien ungewiss sind und die Ungewissheit durch die richterliche Feststellung behoben werden kann. Dabei genügt nicht jede Ungewissheit; erforderlich ist vielmehr, dass ihre Fortdauer der Klägerin nicht mehr zugemutet werden darf, weil sie sie in ihrer Bewegungsfreiheit behindert (zur Publikation vorgesehene Urteil des Bundesgerichts vom 5. April 2012, 4A_589/2011, E. 4.1 mit Hinweisen).

Es kann sich auch bei Möglichkeit der Leistungsklage ein selbständiges Interesse an gerichtlicher

Feststellung ergeben. Dies ist namentlich der Fall, wenn es darum geht, nicht nur die fällige Leistung zu erhalten, sondern die Gültigkeit des ihr zugrunde liegenden Rechtsverhältnisses auch für dessen künftige Abwicklung feststellen zu lassen (zur Publikation vorgesehene Urteil des Bundesgerichts vom 5. April 2010, 4A 589/2011, E. 4.1 mit Hinweis).

4.3 Auch wenn die von der Klägerin geltend gemachte Rechtsunsicherheit über die Leistungspflicht der Beklagten betreffend die Kostenübernahme von stationären Behandlungen in Deutschland nicht von der Hand zu weisen ist, genügt dies allein nicht zur Begründung eines rechtserheblichen Feststellungsinteresses. Denn nicht zulässig sind Begehren auf Entscheidung einer abstrakten Rechtsfrage oder auf Feststellung von Rechtsverhältnissen, die sich noch gar nicht verwirklicht haben (Frank/Sträuli/Messmer, a.a.O., § 59 N 9).

Die Klägerin legte nicht im Konkreten dar, welche zukünftig anfallenden Behandlungskosten sie beurteilt haben möchte. Dies ist jedoch zur abschliessenden Prüfung der Leistungspflicht der Beklagten massgebend. In Unkenntnis der konkreten Behandlung kann die Leistungspflicht gar nicht bejaht oder verneint werden, mithin kann das Gericht die Unsicherheit der Klägerin nicht ausräumen. Im Weiteren ist es der Klägerin zuzumuten, diese sich aus dem Vertragsverhältnis ergebende Unsicherheit auszuhalten, zumal sie dadurch kaum in ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkt wird. Denn bei gegebener Voraussetzung hat nicht nur die Zusatz-, sondern auch die obligatorische Krankenversicherung für im Ausland anfallende (Not-)Behandlungen einzustehen, so dass das finanzielle Risiko der Klägerin beim Eintritt eines Versicherungsfalles nicht unbeschränkt ist. Sodann ist es der Klägerin ungenommen, bei Eintritt eines versicherten Risikos von der Klägerin eine Kostengutsprache zu verlangen und damit kurzfristig Aufschluss über die Frage der Deckung der Behandlungskosten zu erlangen.

4.4 Mangels eines hinreichenden Feststellungsinteresses ist daher auf das auf künftige Leistungen gerichtete Begehren nicht einzutreten.

Das Gericht erkennt:

1. Die Klage wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:
 - Rechtsanwalt Karsten Fabel
 - Helsana Versicherungen AG
 - Eidgenössische Finanzmarktaufsicht FINMA
4. Gegen diesen Entscheid kann innert **30 Tagen** seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde in Zivilsachen nach Art. 72 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) eingereicht werden. Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, 1000 Lausanne 14, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).