

Leitsatz:

1. Die Klausel in einem privaten Krankenversicherungsvertrag, die eine Erstattung im europäischen Ausland an die deutschen amtlichen Gebührenordnungen bindet, ist nicht deswegen intransparent, weil der Versicherte hieraus nicht ersehen kann, in welcher Höhe hiernach Kosten nicht übernommen werden.
2. Eine solche Leistungsbegrenzung stellt auch keine unangemessene Benachteiligung dar.
3. Werden im Leistungsverzeichnis eines Krankenversicherungsvertrags die Kosten für den Transport in einem Rettungsfahrzeug übernommen, ist hiervon ein für die Pistenbergung des Versicherten eingesetzter Schlitten nicht umfasst.

OLG Dresden, 4. Zivilsenat, Beschluss vom 27. Januar 2026, Az.: 4 U 1229/25



Oberlandesgericht

Dresden

Zivilsenat

Aktenzeichen: **4 U 1229/25**
Landgericht Leipzig, 03 O 178/24

BESCHLUSS

In dem Rechtsstreit

M..... P....., ...

- Klägerin, Widerbeklagte und Berufungsklägerin -

Prozessbevollmächtigte:

Rechtsanwälte p..... Rechtsanwälte Steuerberater Unternehmensberater Partnerschaft mbB,
.....

gegen

..... Krankenversicherung AG, ...

vertreten durch den Vorstandsvorsitzenden

- Beklagte, Widerklägerin und Berufungsbeklagte -

Prozessbevollmächtigte:

B..... L..... D..... Rechtsanwälte Partnerschaftsgesellschaft mbB, ...

wegen Forderung

hat der 4. Zivilsenat des Oberlandesgerichts Dresden durch

Vorsitzenden Richter am Oberlandesgericht S.....,

Richterin am Oberlandesgericht P..... und

Richterin am Oberlandesgericht R.....

ohne mündliche Verhandlung am 27.01.2026

beschlossen:

1. Der Senat beabsichtigt, die Berufung der Klägerin ohne mündliche Verhandlung durch Beschluss zurückzuweisen.
2. Die Klägerin hat Gelegenheit, innerhalb von drei Wochen Stellung zu nehmen. Sie sollte allerdings auch die Rücknahme der Berufung in Erwägung ziehen.
3. Der auf Dienstag, 3.2.2026, 14.00 Uhr bestimmte Termin zur mündlichen Verhandlung wird aufgehoben.

4. Es ist beabsichtigt, den Streitwert für das Berufungsverfahren auf 7.338,28 EUR festzusetzen.

Gründe:

I.

Die Klägerin ist bei der Beklagten seit 1998 privat krankenversichert und verlangt von ihr die Erstattung von Auslandskrankenkosten. Nach Teilerstattung durch die Beklagte hat die Klägerin erstinstanzlich weitere Zahlung und die Beklagte widerklagend Rückzahlung bereits erstatteter Teilbeträge verlangt. Nach Einholung eines Sachverständigengutachtens und nach übereinstimmenden teilweisen Erledigungserklärungen hat das Landgericht die Klage abgewiesen und der Widerklage teilweise stattgegeben. Mit der Berufung verlangt die Klägerin weitere Erstattung und Abweisung der Widerklage.

II.

Der Senat beabsichtigt, die zulässige Berufung nach § 522 Abs. 2 ZPO ohne mündliche Verhandlung durch - einstimmig gefassten - Beschluss zurückzuweisen. Die zulässige Berufung der Klägerin bietet in der Sache offensichtlich keine Aussicht auf Erfolg. Die Rechtssache hat auch weder grundsätzliche Bedeutung noch erfordert die Fortbildung des Rechts oder die Sicherung einer einheitlichen Rechtsprechung eine Entscheidung des Berufungsgerichts durch Urteil. Auch andere Gründe gebieten eine mündliche Verhandlung nicht. Zu Recht hat das Landgericht die Klage abgewiesen und der Widerklage teilweise stattgegeben. Die hiergegen gerichteten Berufungsangriffe greifen nicht durch.

1.

Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Auskehr weiterer Versicherungsleistungen in Höhe von 6.745,33 EUR wegen des streitgegenständlichen Behandlungsfalls aus der bei der Beklagten gehaltenen privaten Krankenversicherung.

Die Versicherungs- und Tarifbedingungen, auf die die Beklagte sich stützt, sind weder intransparent (hierzu unter 1.a)), noch benachteiligen sie die Klägerin als Versicherungsnehmerin in sonstiger Weise unangemessen (1.b)). Das Landgericht hat die Höhe der Erstattungsleistung zutreffend berechnet, insbesondere hat es zu Recht die Erstattungsfähigkeit der Bergungskosten von der Piste mit Schlitten verneint (hierzu unter 2.). Die teilweise Verurteilung der Klägerin zur widerklagend geltend gemachten Rückzahlungsforderung erfolgte zu Recht, weil in der Zahlung der Beklagten weder ein deklaratorisches, noch ein konstitutives Schuldanerkennnis zu sehen ist (3.).

1.

a)

Die unstreitig zwischen den Parteien vereinbarten allgemeinen Versicherungs- und Tarifbedingungen (Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) und Tarifbedingungen (TB/KK 2009)) verstoßen in den hier streitgegenständlichen Klauseln § 1 (4) MB/KK (Anlage K 3) in Verbindung mit Ziffer 5.1 TB/KK (Anlage K 2) nicht gegen das Transparenzgebot nach § 307 Abs. 1 S. 2 BGB und sie sind auch nicht überraschend.

Allgemeine Versicherungsbedingungen sind so auszulegen, wie ein durchschnittlicher, um Verständnis bemühter Versicherungsnehmer sie bei verständiger Würdigung, aufmerksamer Durchsicht und unter Berücksichtigung des erkennbaren Sinnzusammenhangs versteht BGH, Urteile vom 20. Juli 2016 - IV ZR 245/15, VersR 2016, 1184 Rn. 22; vom 23. Juni 1993

- IV ZR 135/92, BGHZ 123, 83, 85 [juris Rn. 14]; st. Rspr.). In erster Linie ist dabei vom Bedingungswortlaut auszugehen. Der mit dem Bedingungsmerk verfolgte Zweck und der Sinnzusammenhang sind zusätzlich zu berücksichtigen, soweit sie für den Versicherungsnehmer erkennbar sind (BGH, Beschluss vom 6. März 2019 – IV ZR 108/18 –, juris-Rz. 23; Urteil vom 18. Oktober 2017 - IV ZR 188/16, Rn. 12 m.w.N.; st. Rspr.).

Gemessen hieran sind die streitgegenständlichen Klauseln weder intransparent noch überraschend.

Das Transparenzgebot verpflichtet den Verwender Allgemeiner Geschäftsbedingungen, Rechte und Pflichten seiner Vertragspartner möglichst klar und durchschaubar darzustellen (st. Rspr.; vgl. nur BGH, Urteile vom 3. Dezember 2015 - VII ZR 100/15, BB 2016, 84 Rn. 22 und vom 29. April 2015 - VIII ZR 104/14, NJW 2015, 2244 Rn. 16, jeweils m.w.N.). Dazu gehört nicht nur, dass die einzelne Regelung für sich genommen klar formuliert ist, vielmehr muss die Regelung auch im Kontext mit den übrigen Regelungen des Klauselwerks verständlich sein. Erforderlich ist ferner, dass zusammengehörende Regelungen im Zusammenhang aufgeführt werden oder der Zusammenhang in anderer Weise, etwa durch Bezugnahme auf konkrete Klauseln, deutlich gemacht wird. Der Vertragspartner soll seine Rechte möglichst klar und einfach feststellen können, damit er nicht von deren Durchsetzung abgehalten wird. Eine Vertragsgestaltung, die objektiv dazu geeignet ist, den Vertragspartner bezüglich seiner Rechtsstellung irrezuführen, verstößt danach gegen das Transparenzgebot (vgl. BeckOK BGB/H. Schmidt, Stand: 1. November 2015, § 307 Rn. 43). Abzustellen ist bei der Bewertung der Transparenz einer Vertragsklausel auf die Erwartungen und Erkenntnismöglichkeiten eines durchschnittlichen Vertragspartners des Verwenders im Zeitpunkt des Vertragsschlusses (st. Rspr.; statt aller: BGH, Urteil vom 25. Februar 2016 – VII ZR 156/13 –, juris-Rz. 31).

Ein intransparenten oder überraschenden Klauseln im Sinne von § 307 Abs. 1 BGB innewohnender Überrumpelungseffekt scheidet vorliegend aus, weil im Klauselwerk keine Regelungen enthalten sind, die von den Erwartungen des Vertragspartners deutlich abweichen und mit denen er nach den Umständen vernünftigerweise nicht zu rechnen braucht. Gerade in Anbetracht des mit dem Hauptleistungsversprechen in § 1 (4) MB/KK weit gesteckten Leistungsrahmens, alle mit der Heilbehandlung zusammenhängenden Aufwendungen zu übernehmen, wird der Versicherte davon ausgehen, dass dieses Leistungsversprechen näherer Ausgestaltung bedarf, die auch Einschränkungen nicht ausschließt (vgl. BGH, Urteile vom 19. Mai 2004 - IV ZR 29/03 - VersR 2004, 1035 unter II 3 a und vom 17. März 1999 - IV ZR 137/98 - VersR 1999, 745 unter II 3 a, 4 a). Darauf wird der Versicherte vorliegend aber auch in den Versicherungsbedingungen selbst ausdrücklich hingewiesen, denn in den Erläuterungen zu §1 (4) MBI/KK 2008 heißt es nämlich wörtlich:

„a) Bei vorübergehendem Aufenthalt der versicherten Person im europäischen Ausland kann durch Besondere Bedingungen die volle tarifliche Leistung ohne Begrenzung auf die deutschen amtlichen Gebührenordnungen gemäß der Tarifbedingung zu § 4 Abs. 2 MB/KK 2009 vereinbart werden. Der Versicherer verlangt im Rahmen dieser Besonderen Bedingungen einen angemessenen Beitragszuschlag.“

Eine dahingehende Erwartungshaltung, er bekomme im Falle eines Krankheitsfalls im Ausland den dortigen vollen Entgeltsatz erstattet, kann der Versicherte angesichts dieses ausdrücklichen Hinweises in den Versicherungsbedingungen vernünftigerweise nicht entwickeln; sie fände in der Vertragsgestaltung keinen Anhalt (vgl. BGH, Urteil vom 27. Oktober 2004 – IV ZR 141/03 –, juris-Rz.30).

Die Klauseln sind auch nicht deshalb intransparent, weil der Versicherte aus ihnen nicht

ersehen kann, in welcher Höhe im Krankheitsfall Kosten nach dem deutschen Gebührenrecht anfallen. Die Transparenzanforderungen dürfen nicht überspannt werden. Die Verpflichtung, den Klauselinhalt klar und verständlich zu formulieren, besteht nur im Rahmen des Möglichen. Weder bedarf es eines solchen Grades an Konkretisierung, dass alle Eventualitäten erfasst sind und im Einzelfall keinerlei Zweifelsfragen auftreten können, noch ist ein Verstoß gegen das Transparenzgebot schon dann zu bejahen, wenn Bedingungen noch klarer und verständlicher hätten formuliert werden können BGH, Urteil vom 5. Oktober 2023 – III ZR 216/22 –, juris-Rz. 22). Es wäre vollkommen unangemessen, von den Krankenversicherern zu fordern, sie müssten bei einem Verweis auf deutsches Gebührenrecht in ihren allgemeinen Bedingungen den Versicherern die GoÄ und alle dazugehörigen Bestimmungen so erläutern, dass der Versicherte im Krankheitsfall selbst von vornherein ausrechnen könnte, welche Leistungen ihm zustehen. Intransparent sind im Falle der vorliegenden Versicherungsbestimmungen nicht diese, sondern allenfalls die GoÄ. Hierfür hat der private Krankenversicherer aber nicht einzustehen.

b)

Die Leistungsbegrenzung auf deutsche Tarife benachteiligt die Klägerin auch nicht unangemessen im Sinne des § 307 Abs. 2 Ziff. 2 BGB.

Nicht jede Leistungsbegrenzung bedeutet schon eine Vertragszweckgefährdung, sondern ist zunächst grundsätzlich der freien unternehmerischen Entscheidung des Versicherers überlassen, soweit er nicht mit der Beschreibung der Hauptleistung beim Versicherungsnehmer falsche Vorstellungen erweckt (BGHZ 141, 137, 143). Eine Gefährdung ist daher erst dann anzunehmen, wenn mit der Einschränkung der Leistung der Vertrag ausgehöhlt werden kann und damit der Versicherungsvertrag in Bezug auf das zu versichernde Risiko zwecklos wird (BGH, Urteil vom 19. Mai 2004 – IV ZR 29/03 –, juris-Rz. 26; BGHZ 137, 174, 176 und st.Rspr.).

Die Begrenzung der Erstattungspflicht im Bereich der Auslandsrankenbehandlung auf deutsche Gebührensätze führt nicht zu einer Aushöhlung des Vertrages und damit dazu, dass der Versicherungsvertrag in Bezug auf das zu versichernde Risiko zwecklos wird (vgl. BGHZ 137, 174, 176). Es wird insbesondere keine bestimmte Behandlungsmethode vom Leistungsumfang ausgenommen. Das primäre Leistungsversprechen der Kostenübernahme für alle medizinisch notwendigen ärztlichen Heilbehandlungen bleibt unangetastet (vgl. BGH, Urteil vom 27. Oktober 2004 – IV ZR 141/03 –, juris-Rz.31). Die Beschränkung auf deutsche Gebührensätze hat im Gegenteil ihren guten Sinn, denn damit wird gerade für den Fall, dass dieser Behandler nicht an amtliche Gebührenordnungen gebunden ist, einem Erstattungsanspruch in beliebiger Höhe zu Lasten der Versichertengemeinschaft vorgebeugt (BGH, Urteil vom 19. Mai 2004 – IV ZR 29/03 –, juris-Rz. 25).

2.

Die Klägerin wendet sich im Rahmen des vom Landgericht errechneten Erstattungsbetrages konkret nur noch gegen die Verneinung der Erstattung der Pistenbergung. Sie verweist darauf, dass es sich auch bei dem Schlitten um ein „Rettungsfahrzeug“ im Sinne der Versicherungsbedingungen handelt. Hiermit dringt sie nicht durch: Auch hier ist auf die allgemeine Auslegungsregel zu verweisen, nach der Allgemeine Versicherungsbedingungen so auszulegen sind, wie ein durchschnittlicher, um Verständnis bemühter Versicherungsnehmer sie bei verständiger Würdigung, aufmerksamer Durchsicht und unter Berücksichtigung des erkennbaren Sinnzusammenhangs versteht (siehe oben). Zum einen wird ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer nach seinem natürlichen Wortverständnis Schlitten nicht unter Rettungsfahrzeuge und Hubschrauber fassen - ihm werden die Regelungen in der europäischen Norm EN 1789 vom 23.1.2001 oder zu § 2 Abs. 3 Satz 1

des sächsischen Gesetzes über den Brandschutz, Rettungsdienst und Katastrophenschutz im Zweifel nicht bekannt sein. Zum anderen wird er einen Schlitten für einen Schlitten, und nicht für einen Krankentransporter halten. Schließlich ist die Klägerin auch nicht mit dem Schlitten zum nächstgelegenen Krankenhaus gefahren worden, sondern nur bis zum Rettungstransporter. Die Versicherungsbedingungen stellen aber auf dasjenige Fahrzeug ab, dass den Versicherten zum (nächstgelegenen) Krankenhaus befördert. Weitere Einwendungen gegen die Berechnung des Erstattungsbetrages, namentlich hinsichtlich der Wahl des DRG-Schlüssels oder hinsichtlich der Physiotherapiekosten erhebt die Klägerin in der Berufungsinstanz nicht mehr.

3.

Das Landgericht hat die Klägerin auch zu Recht und mit zutreffender Begründung zur Teilrückzahlung des widerklagend geltend gemachten Betrages verurteilt. Die Klägerin greift mit ihrer hiergegen gerichteten Berufung die Berechnungsweise des zurück zu zahlenden Betrages nicht mehr an, sie wendet sich lediglich gegen die Feststellung, die Beklagte habe durch die Leistung der nun rückgeforderten Beträge kein Anerkenntnis erklärt. Hiermit dringt sie nicht durch. Zur Meidung von Wiederholungen ist zunächst vollumfänglich auf die diesbezüglichen zutreffenden Ausführungen des Landgerichts (ab S. 14 des angefochtenen Urteils) zu verweisen. Ergänzend ist auszuführen: Auch der Schriftverkehr zwischen den Parteien, vorgelegt als Anlagen K 13 und K 14 gebietet keine andere Betrachtung, auch im Schreiben der Beklagten vom 21.7.2023 als Antwort auf das Schreiben der Bevollmächtigten der Klägerin vom 2.6.2023 ist kein deklaratorisches Anerkenntnis zu sehen. Bei der Frage, ob ein Schuldanerkennnis (konstitutiv oder deklaratorisch) vorliegt, stellt das Gesetz auf den Willen der Parteien ab. Ob der Wille auf die Begründung einer selbstständigen Verpflichtung gerichtet ist, muss im Wege der Auslegung ermittelt werden. Primär ist der übereinstimmende wirkliche Wille der Parteien zu erforschen (natürliche Auslegung) (BGH, Urt. v. 09.07.1999 - V ZR 72/98 - juris, Rz. 10 m.w.N.). Kann ein übereinstimmender Parteiwille nicht ermittelt werden, so ist der mutmaßliche Wille zu ermitteln (normative Auslegung). Kriterien hierfür sind der Wortlaut, die vorangegangenen Verhandlungen, der Anlass und der wirtschaftliche Zweck des Vertrages, die Interessenlage beider Parteien, die Verkehrsauffassung über die Bedeutung eines solchen Anspruchs und die sonstigen, auch außerhalb der Urkunde liegenden Umstände des Falles (BGH, Urt. v. 23.11.2010 - XI ZR 26/10 - juris, Rz. 19 m.w.N.). Eine Vermutung für ein abstraktes Schuldversprechen besteht hierbei grundsätzlich nicht (Juris-Praxiskommentar, § 780 Rz. 10 m.w.N.). Ausgehend hiervon ist weder ein konstitutives noch ein deklaratorisches Schuldanerkennnis in den Abrechnungen und in dem Schreiben der Beklagten zu sehen. Ein konstitutives Schuldanerkennnis scheidet aus, weil ersichtlich weder die Klägerin noch die Beklagte davon ausgehen, die Klägerin könne Ansprüche auf Zahlung von Versicherungsleistungen unabhängig und gelöst vom Schuldgrund haben. Es scheidet aber auch ein deklaratorisches Anerkenntnis aus. Es fehlt vorliegend bereits an den allgemeinen Voraussetzungen für das Entstehen eines wirksamen Vertrages. Das deklaratorische Schuldanerkennnis setzt als vertragliches kausales Schuldanerkennnis (BGH, Urt. v. 11.01.2007 - VII ZR 165/05 - Rz. 8) das Vorliegen zweier übereinstimmender Willenserklärungen voraus. Zwar können diese auch durch schlüssiges Verhalten abgegeben werden. Voraussetzung hierfür ist, dass die Willensbekundungen der Parteien von dem Willen getragen sind, sich entsprechend vertraglich zu binden, wobei dies nach der ständigen Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes voraussetzt, dass die Vertragsparteien das Schuldnerverhältnis ganz oder teilweise dem Streit oder der Ungewissheit der Parteien entziehen und sich dahingehend einigen wollen (BGH, Urteil vom 11.11.2008 - VIII ZR 265/07 - Rz. 11 jeweils m.w.N.). Bei Übersendung einer Abrechnung und vorbehaltloser Auskehr des dadurch

errechneten Guthabens gibt der Abrechnende aus der maßgeblichen Sicht des Abrechnungsempfängers aber in der Regel keine auf den Abschluss eines deklaratorischen Schuldanerkenntnisses gerichtete Willenserklärung ab (Senat, Hinweisbeschluss vom 7.4.2020 - 4 U 123/20, juris). Bei Versicherungsleistungen gilt allgemein, dass auch eine bereits erfolgte Auszahlung nur eine Erfüllungshandlung einer zuvor durch die Berechnung eines Auszahlungsbetrages im Rahmen einer Versicherung vorgenommenen Wissenserklärung darstellt (vgl. Senat, a.a.O, juris Rz. 3 ff m.w.N.; OLG Hamm, Beschluss vom 15. Juni 2015 - 20 U 79/159, juris). Schließlich hat die Beklagte auch durch die Abgabe ihrer Teilerledigungserklärung kein Signal in Richtung eines (Teil-)anerkenntnisses gesetzt, denn diese bezog sich allein auf die Teilerledigungserklärung der Klägerin im Hinblick auf einen Teil der von ihr geforderte weiteren Versicherungsleistung und es handelte sich hierbei nur um den Teilbereich der Differenz des krankenhausesindividuellen Zusatzentgelttarifs zwischen Leipzig und Chemnitz, so dass hiervon die Rückforderung der Beklagten nicht betroffen war.

Der Senat rät nach allem zu einer Berufungsrücknahme, die zwei Gerichtsgebühren spart.

S.....

P.....

R.....