

Leitsatz:

1. Die Klausel, in einem privaten Krankenversicherungsvertrag, die einen Hinweis auf die Beschränkung der Erstattung für Auslandsversicherungsfälle auf die in Deutschland erstattungsfähigen Kosten enthält und auf die Möglichkeit des Abschlusses einer Auslandsrankenversicherung verweist, enthält alle Informationen, die dem Versicherungsnehmer eine umsichtige und besonnene Entscheidung ermöglichen und entspricht damit auch der Rechtsprechung des EuGH.

2. Auch der Umstand, dass ein solcher Verweis eine dynamische Verweisung auf Vorschriften eines anderen Regelwerks enthält, steht der Transparenz nicht entgegen.

OLG Dresden, 4. Zivilsenat, Beschluss vom 2. April 2026, Az.: 4 U 1229/25

Hinweisbeschluss vom 27. Januar 2026 vorausgehen.



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:

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 02.04.2026

beschlossen:

1. Die Berufung der Klägerin wird zurückgewiesen.
2. Die Kosten des Berufungsverfahrens trägt die Klägerin.
3. Dieser Beschluss und das angefochtene Urteil sind vorläufig vollstreckbar.
4. Der Gegenstandswert des Berufungsverfahrens wird auf 7.338,28 EUR festgesetzt.

Gründe:

Die zulässige Berufung der Klägerin ist nach § 522 Abs. 2 ZPO ohne mündliche Verhandlung durch – einstimmig gefassten – Beschluss zurückzuweisen. Sie 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.

Der Senat hat die Gründe hierfür in seinem Hinweisbeschluss vom 27.1.2026 dargelegt. In ihrer fristgerecht eingegangenen Stellungnahme vom 3.3.2026 hat die Klägerin hiergegen keine durchgreifenden Bedenken aufgezeigt.

1.

a)

Einen vermeintlichen Verstoß der streitgegenständlichen Versicherungsbedingungen gegen das Transparenzgebot greift die Klägerin zum einen mit der Behauptung an, die Bedingungen enthielten zwar den Hinweis auf die Leistungsbegrenzung bei Auslandsaufenthalten, verschleierten aber „strukturelle Defizite“ des Versicherungsschutzes. Solche strukturellen Defizite hat die Klägerin aber nicht aufgezeigt, sie ergeben sich auch ansonsten nicht aus den Versicherungsbedingungen. Insbesondere trifft es nicht zu, dass strukturell jeder Auslandsaufenthalt den Leistungsanspruch um mehr als 50% gefährdet (S. 3 der Stellungnahme). Dies würde voraussetzen, dass die nach der GoÄ zu erbringenden Leistungen in jedem Einzelfall hinter den bei einem Versicherungsfall im Ausland anfallenden Ansprüchen zurückbleiben, Hierfür ist jedoch nichts ersichtlich, eine entsprechende Behauptung hat auch die Klägerin nicht erhoben. Ob die Leistungsbegrenzung auf die in Deutschland anfallenden Kosten ausreicht, dürfte vielmehr von Land zu Land und abhängig von der Frage, ob die Unterbringung in einem Krankenhaus der öffentlichen Gesundheitsvorsorge oder in einer Privatklinik erfolgt, abhängen. Angesichts des gerichtsbekannten Umstands, dass Deutschland über eines der teuersten Gesundheitssysteme weltweit verfügt, kann angesichts dessen von einem strukturellen Defizit, auf das als Ausfluss des Transparenzgebots hingewiesen werden müsste, keine Rede sein.

b)

Einer vertieften Auseinandersetzung mit der von der Klägerseite zitierten Rechtsprechung des EuGH bedurfte es nicht, weil sie insoweit nicht einschlägig ist, als die Bedingungen die hier streitgegenständliche Leistungsbegrenzung auf eine Inlandskostenerstattung gerade nicht nur durch einen Verweis auf rechtliche Vorschriften regeln, sondern ausdrücklich und unmissverständlich auf die Leistungsbeschränkung der im Inland erstattungsfähigen Kosten und die Möglichkeit einer kostenpflichtigen Zusatzversicherung für die Abdeckung des damit verbundenen Kostenrisikos für den Versicherungsnehmer hinweisen, (§ 1 (4) a) der MB/KK 2008, S. 4 des Hinweisbeschlusses). Ein derartiger Hinweis setzt jedoch gedanklich voraus, dass ohne eine solche Auslandskrankenversicherung die Kosten einer Behandlung im Ausland ggf. nicht vollständig abgedeckt sind. Hiervon wird auch der Versicherungsnehmer, der die Bedingungen liest und verständig zur Kenntnis nimmt, ausgehen. Mit dieser Klausel werden dem Versicherungsnehmer damit auch die Informationen zur Verfügung gestellt, die erforderlich sind, um die wirtschaftlichen Folgen des Vertrags abzuschätzen und so eine „umsichtige und besonnene“ Vertragsschluss-Entscheidung treffen zu können (vgl. EuGH

BeckRS 2021, 34859 Rn. 43 – M. u. B.P./S. Sa). Ein ausführlicher Hinweis auf die in jedem Fall und in jedem erdenklichen Drittstaat anfallenden Mehrkosten wäre demgegenüber ebenso unangemessen wie die Forderung, die Krankenversicherer müssten bei einem Verweis auf deutsches Gebührenrecht den Versicherungsnehmern die GoÄ und alle dazugehörigen Bestimmungen so erläutern, dass der Versicherte im Krankheitsfall selbst von vornherein die anfallenden Kosten ausrechnen könnte (siehe S. 5 oben des Hinweisbeschlusses). Eine solche Forderung stünde nicht zuletzt mit dem Normzweck von § 307 BGB, Klarheit und Verständlichkeit der AGB zu sichern (BeckOK BGB/H. Schmidt, 77. Ed. 1.2.2026, BGB § 307 Rn. 43, beck-online) nicht in Einklang. Dass die Versicherungsbedingungen der Beklagten durch die Begrenzung auf die im Inhalt zu erstattenden Kosten letztlich eine dynamische Verweisung auf das Regelwerk der GoÄ/GoZ enthalten, führt ebenfalls nicht zu einer Intransparenz. Eine dynamische Verweisung auf Vorschriften eines anderen Regelwerks führt für sich genommen noch nicht zur Intransparenz. Bezugnahmeklauseln, auch dynamische, sind im Recht der privaten Krankenversicherung weit verbreitet, entsprechen einer üblichen Regelungstechnik und dienen den Interessen beider Parteien eines auf die Zukunft gerichteten Versicherungsverhältnisses. Dass bei Vertragsschluss noch nicht absehbar ist, welchen Inhalt das andere Regelwerk zu einem späteren Leistungszeitpunkt haben wird, ist unerheblich. Zur Wahrung des Transparenzgebotes reicht es aus, wenn – wie hier – die im Zeitpunkt der jeweiligen Anwendung geltenden in Bezug genommenen Regelungen bestimmbar sind (so für das Arbeitsrecht ausdrücklich BAG (3. Senat), Urteil vom 16.02.2010 - 3 AZR 181/08).

2.

Der Senat bleibt auch bei seiner Einordnung des Pistenbergungsschlittens. Es kommt nicht darauf an, ob man ihn als „Fahrzeug“ oder als „Rettungswagen“ ansehen möchte, jedenfalls wird kein durchschnittlich verständiger Versicherungsnehmer davon ausgehen, dass er mit dem Pistenschlitten zum Krankenhaus gebracht werden wird. Eine Bergung ist nach durchschnittlich verständigem Sprachverständnis etwas anderes als ein Transport zum Krankenhaus. Eine künstliche Aufspaltung ist hierin nicht zu sehen.

3.

Der Senat folgt schließlich auch nicht der klägerischen Auffassung zu den Folgen der übereinstimmenden Teilerledigungserklärung im erstinstanzlichen Verfahren. Im Hinweisbeschluss hat der Senat die Voraussetzungen für die Annahme eines konstitutiven oder deklaratorischen Schuldanerkenntnisses dargelegt. Die übereinstimmende Erledigungserklärung der Parteien im Verlaufe des erstinstanzlichen Rechtsstreits erfüllt diese Voraussetzungen ausschließlich im Hinblick auf den für erledigt erklärten Teil. Es handelte sich hierbei um eine im Verlaufe der ersten Instanz erfolgte Nachzahlung in Höhe von 59,32 Euro, die sich ausschließlich auf den bereits erstatteten Leistungsteil „Krankenhausbehandlung“ bezog und hierbei auch ausschließlich aus dem Ansatz eines höheren Pflegeentgeltwerts des H.....-Klinikums in Höhe von 230,00 Euro gegenüber dem niedrigeren Pflegeentgeltwert des Klinikums C..... in Höhe von 190,94 Euro resultierte. Die Beklagte hat im Verlaufe des Rechtsstreits unmissverständlich zum Ausdruck gebracht, dass sie nur diesen vom Sachverständigen herausgearbeiteten Schwachpunkt ihrer eigenen Berechnung gegen sich gelten lassen möchte. Die von der Beklagten beabsichtigte Beschränkung der weiteren Nachzahlung auf den aus dem geänderten Pflegeentgeltwert folgenden - geringfügigen - Mehrerstattungsbetrag ergibt sich damit so deutlich aus dem Verlauf der erstinstanzlichen Korrespondenz, dass eine Erstreckung auf die weiteren geforderten Leistungsteile nach den allgemeinen Auslegungsgrundsätzen nicht in Betracht

kommt.

Daher bleibt der Senat auch nach nochmaliger Prüfung bei seiner im Hinweisbeschluss geäußerten Rechtsauffassung. Er sieht vor dem Hintergrund des Vorstehenden auch keinen Anlass zur Zulassung der Revision.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 97 ZPO.

Der Gegenstandswert wurde gemäß § 3 ZPO festgesetzt.

S.....

P.....

R.....