Oberlandesgericht Köln, 9 U 138/19

Datum:	28.01.2020
Gericht:	Oberlandesgericht Köln
Spruchkörper:	9. Zivilsenat
Entscheidungsart:	Urteil
Aktenzeichen:	9 U 138/19
ECLI:	ECLI:DE:OLGK:2020:0128.9U138.19.00

Vorinstanz: Landgericht Köln, 23 O 373/18

Tenor:

Auf die Berufung des Klägers wird unter Zurückweisung des weitergehenden Rechtsmittels das am 03.07.2019 verkündete Urteil der 23. Zivilkammer des Landgerichts Köln - 23 O 373/18 - teilweise abgeändert und wie folgt neu gefasst:

Es wird festgestellt, dass die Prämienerhöhungen in den Tarifen A und B zum 01.01.2014 und im Tarif A zum 01.01.2015 jeweils für die Zeit bis zum 31.03.2019 unwirksam waren und der Kläger nicht zur Zahlung des jeweiligen Erhöhungsbetrages – bezogen auf den letzten rechtmäßigen Beitrag vom 01.12.2012 in Höhe von insgesamt 256,40 Euro – verpflichtet ist. Im Übrigen wird festgestellt, dass der Rechtsstreit hinsichtlich der Erhöhungen in den Tarifen A und B zum 01.01.2014 und im Tarif A zum 01.01.2015 ab dem 01.04.2019 erledigt ist.

Die Beklagte wird verurteilt, an den Kläger 3.588,45 Euro nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 04.01.2019 zu zahlen.

Die weitergehende Klage wird abgewiesen.

Die Kosten des Rechtsstreits tragen der Kläger zu 55 % und die Beklagte zu 45 %.

Der jeweilige Vollstreckungsschuldner darf die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 110 % des aufgrund des Urteils vollstreckbaren Betrages abwenden, wenn nicht der Vollstreckungsgläubiger vor der Vollstreckung Sicherheit in Höhe von 110 % des jeweils zu vollstreckenden Betrages leistet.

Die Revision wird zugelassen.

G r ü n d e: 1

I. 2

Die Parteien streiten über die Wirksamkeit von Beitragserhöhungen in der privaten Krankenversicherung des Klägers. Streitig sind vorgenommene Erhöhungen 3

im Tarif A	zum 01.01.2014 (24,93 €)	4
	zum 01.01.2015 (40,59 €)	5
	zum 01.01.2017 (75,48 €)	6
	zum 01.01.2018 (96,95 €),	7
im Tarif B	zum 01.01.2014 (10,83 €) sowie	8
im Tarif C	zum 01.01.2013 (7,50 €).	9

Der am xx.xx.1982 geborene Kläger ist bei der Beklagten privat krankenversichert und unterhält unter anderem die Tarife A, B und C. Wegen der Einzelheiten wird auf die Nachträge zu den Versicherungsscheinen aus November 2012, aus November 2013, aus November 2014, aus November 2016 und aus November 2017 (jeweils im Anlagenheft) verwiesen. 10

Die für die streitgegenständlichen Prämienerhöhungen maßgeblichen Zustimmungen wurden bis einschließlich des Geschäftsjahres 2014 durch den Treuhänder D und sodann durch den Treuhänder Dipl.-Math. E erteilt. 11

Die Beklagte teilte dem Kläger die Erhöhung zum 01.01.2013 mit Schreiben aus November 2012 nebst Anlagen mit. Die Prämienerhöhungen zum 01.01.2014 teilte sie mit Schreiben aus November 2013 nebst Anlagen, zum 01.01.2015 mit Schreiben aus November 2014 nebst Anlagen, zum 01.01.2017 mit Schreiben aus November 2016 nebst Anlagen und zum 01.01.2018 mit Schreiben aus November 2017 nebst Anlagen (jeweils Anlagenkonvolut BLD 5 im Anlagenheft) mit. Auf den Inhalt der vorgenannten Schreiben nebst Anlagen wird Bezug genommen. 12

Mit anwaltlichem Schreiben vom 16.08.2018 ließ der Kläger die Beklagte zur Rückzahlung überzahlter Beiträge sowie der daraus gezogenen Nutzungen auffordern. Die Beklagte wies die Ansprüche zurück. 13

In der dem Kläger am 08.02.2019 zugestellten Klageerwiderung (Bl. 23 ff.) hat die Beklagte die Prämienerhöhungen zum 01.01.2014, zum 01.01.2015, zum 01.01.2017 und zum 01.01.2018 mit einem Anstieg der Leistungsausgaben begründet und den jeweiligen auslösenden Faktor mitgeteilt. Entsprechend ist die Beklagte für die Erhöhung im Tarif C zum 01.01.2013 in ihrem Schriftsatz vom 26.04.2019 (Bl. 81 ff.) verfahren. 14

Mit Schriftsatz vom 05.03.2019 (Bl. 53 d.A.) hat der Kläger seinen „Feststellungsantrag zu 1) insoweit für erledigt erklärt, als nicht die Beitragserhöhungen in den Tarifen C und F zum 01.01.2013 betroffen sind.“ Die Beklagte hat dieser Erledigungserklärung mit Schriftsatz vom 26.04.2019 widersprochen. 15

Das Landgericht hat mit Beschluss vom 24.05.2019 (Bl. 122 d.A.) den Rechtstreit gemäß § 145 Abs. 1 ZPO bzgl. des Feststellungsantrages zu 1d) (Pflegeversicherung im Tarif F) bezogen auf den Zahlungsantrag zu 2) in Höhe von 79,22 Euro und in Höhe von 3,73 Euro – jeweils nebst anteiliger Zinsen – und bezogen auf den Feststellungsantrag zu 3), soweit er sich auf den (abgetrennten) Feststellungsantrag zu 1d) bezog, abgetrennt. Bezüglich des abgetrennten Verfahrens 23 O 112/19 hat das Landgericht den Rechtsweg zu den ordentlichen Gerichten für unzulässig erklärt und den Rechtsstreit an das zuständige Sozialgericht G verwiesen. 16

Wegen der weiteren Einzelheiten des erstinstanzlichen Sach- und Streitstandes einschließlich der dort gestellten Schlussanträge wird auf die tatsächlichen Feststellungen in der angefochtenen Entscheidung Bezug genommen. 17

Das Landgericht hat die Klage als zulässig, aber unbegründet erachtet und abgewiesen. Hinsichtlich des ursprünglichen Feststellungantrages, der durch die einseitige 18

Erledigungserklärung des Klägers in einen Antrag auf Feststellung der Erledigung in der Hauptsache geändert worden ist, sei die Klage unbegründet. Die Klage sei von Anfang an unbegründet gewesen. Die Beitragsanpassungen seien formell nicht zu beanstanden gewesen; ihre materielle Rechtmäßigkeit habe nicht in Streit gestanden, was unstreitig ist.

Die in Rede stehenden Prämienanpassungen seien gemäß § 203 Abs. 2 S. 1 VVG nicht deshalb unwirksam, weil die Treuhänder D und E, welche die Technischen Berechnungsgrundlagen überprüft und den Prämienanpassungen zugestimmt haben, unter Umständen nicht als unabhängig anzusehen seien. Das Landgericht folge nunmehr der Entscheidung des BGH im Urteil vom 19.12.2018 – IV ZR 255/17; NJW 2019, 919 -, wonach die Unabhängigkeit des zustimmenden Treuhänders im Rechtsstreit über eine Prämienanpassung in der Krankenversicherung gemäß § 203 Abs. 2 Satz 1 VVG von den Zivilgerichten nicht gesondert zu überprüfen sei. 19

Die durch die Beklagte vorgenommenen Beitragserhöhungen seien formell wirksam. Die mit den jeweiligen Erhöhungsschreiben übersandten „Informationen zur Beitragsanpassung“ genügten als Mitteilung der maßgeblichen Gründe im Sinne des § 203 Abs. 5 VVG. An die Mitteilung der für die Beitragsanpassung maßgeblichen Gründe seien keine zu hohen Anforderungen zu stellen. Die Vorschrift ziele in erster Linie darauf ab, dem Versicherungsnehmer einen gewissen Zeitraum zu belassen, um sich auf eine ihm mitgeteilte Vertragsänderung einstellen zu können und sich darüber klar zu werden, ob er innerhalb der zeitgleich ausgestalteten Frist des § 205 Abs. 4 VVG sein Kündigungsrecht ausübt oder die Prämienänderung zum Anlass nehme, von seinem Tarifwechselrecht nach § 204 VVG Gebrauch zu machen. Die sämtlichen Erhöhungsschreiben der Beklagten erfüllten die Voraussetzungen, da ihnen entnommen werden könne, dass die Prämienanpassung durch eine Veränderung der Rechnungsgrundlage Versicherungsleistungen (§ 203 Abs. 2 Satz 3 VVG) ausgelöst worden sei. 20

Soweit der Feststellungantrag Beitragserhöhungen im Tarif C zum 01.01.2013 betreffe, sei er ebenfalls unbegründet. Es handele sich bei der Änderung im Tarif zum 01.01.2013 nicht um eine vom Anwendungsbereich der Norm erfasste Prämienerhöhung, da das Versicherungsverhältnis vor dem 01.01.2013 nicht bestanden habe, § 203 Abs. 1 Satz 1 VVG aber an „bestehende Versicherungsverhältnisse“ anknüpfe. 21

Der auf Zahlung überhöhter Prämien gerichtete Antrag zu 2) sei daher aus den genannten Gründen ebenfalls unbegründet. 22

Mit seiner form- und fristgerechten Berufung verfolgt der Kläger sein erstinstanzliches Klagebegehren weiter. Er ist der Auffassung, das Urteil des Landgerichts Köln leide an materiellen Fehlern und sei daher aufzuheben. Dabei stützt der Kläger sein Klagebegehren nicht mehr auf die Ansicht, die Treuhänder D und E seien nicht unabhängig gewesen. Er ist der Auffassung, bei zutreffender rechtlicher Würdigung des zugrundeliegenden Sachverhalts hätte das Landgericht Köln der Klage stattgeben müssen. 23

Im Tarif C sei eine Beitragsanpassung im Sinne des § 203 Abs. 2 Satz 1 VVG zum 01.01.2013 erfolgt. Zwar habe der Versicherungsschutz erst ab dem 01.01.2013 bestanden. Der Versicherungsvertrag sei aber schon im Oktober 2012 geschlossen und ein monatlicher Beitrag von 25,50 Euro festgelegt worden. Die Anpassung auf eine Höhe von 33,00 Euro sei erst im November 2012 und damit nach Vertragsschluss erfolgt. 24

Die Mitteilungsschreiben genügten nicht den an ihre formelle Rechtmäßigkeit zu stellenden Anforderungen. Das Begründungserfordernis des § 203 VVG solle es dem Versicherungsnehmer möglich machen, die grundlegenden Tatsachen, die zur Beitragserhöhung geführt haben, in Erfahrung zu bringen und diese anschließend auf dieser Grundlage überprüfen zu lassen. Eine bloß formelhafte Begründung genüge nicht. Aus der Begründung müsse hervorgehen, welche der nach § 203 Abs. 2 Sätze 1 und 3 VVG zu betrachtenden Rechtsgrundlagen sich gegenüber der ursprünglichen Kalkulation verändert haben. Die Gründe müssten detailliert aufgeführt und auch die konkrete Höhe der 25

Veränderung müsse mitgeteilt werden. Andernfalls sei der Versicherungsnehmer nicht in der Lage, die Vertragsanpassung nachzuvollziehen oder zu überprüfen.

Nachdem der Kläger mit Schriftsatz vom 16.12.2019 ihren Feststellungsantrag zu 1) auch im Hinblick auf die letzte übrige (noch nicht für erledigt erklärte) Erhöhung vom 01.01.2013 im Tarif C für erledigt erklärt hat und die Beklagte mit Schriftsatz vom 20.12.2019 auch dieser Teilerledigungserklärung widersprochen hat, 26

beantragt der Kläger nunmehr, 27

das Urteil des Landgerichts Köln, Az.: 23 O 373/18 aufzuheben und die Beklagte nach Maßgabe der nachfolgenden Anträge zu verurteilen: 28

1) Es wird festgestellt, dass der folgende Feststellungsantrag – auch soweit er für erledigt erklärt wurde – ursprünglich zulässig und begründet war: 29

Es wird festgestellt, dass folgende Erhöhungen des Monatsbeitrags in der zwischen dem Kläger und der Beklagten bestehenden Krankenversicherung mit der Versicherungsnummer 4xx00xx34x unwirksam sind und der Kläger nicht zur Zahlung des jeweiligen Erhöhungsbetrages – bezogen auf den letzten rechtmäßigen Beitrag vom 01.12.2012 in Höhe von insgesamt 256,40 € - verpflichtet ist: 30

a) in der Krankenkostenversicherung im Tarif A die Erhöhungen zum 01.01.2014 um 24,93 €, zum 01.01.2015 um 40,59 €, zum 01.01.2017 um 75,48 € und zum 01.01.2018 um 96,95 €, 31

b) in der Krankenkostenversicherung im Tarif B zum 01.01.2014 um 10,83 €, 32

c) in der Krankenkostenversicherung im Tarif C zum 01.01.2013 um 7,50 €, 33

2) Die Beklagte wird verurteilt, an den Kläger 4.417,00 Euro nebst Zinsen hieraus in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz ab Rechtshängigkeit zu zahlen. 34

3) Die Beklagte wird verurteilt, den Kläger von vorgerichtlichen Rechtsanwaltskosten und Auslagen in Höhe von 1.184,05 Euro freizustellen. 35

Die Beklagte beantragt, 36

die Berufung zurückzuweisen. 37

Die Beklagte verteidigt das angefochtene Urteil. Sie hält an ihrer Auffassung fest, im Tarif C zum 01.01.2013 sei keine Beitragsanpassung im Sinne des § 203 VVG erfolgt. Das Versicherungsvertragsverhältnis habe erst zum 01.01.2013 begonnen. Zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses im Oktober 2012 sei die Beitragserhöhung zum 01.01.2013 noch nicht erfolgt. Da der Kläger auf die Mitteilung aus November 2012 über den höheren monatlichen Beitrag hin seine Vertragserklärung nicht widerrufen und in der Folgezeit den erhöhten Beitrag über mehr als fünf Jahre lang ohne Beanstandung entrichtet hat, sei die Erhöhung wirksam erfolgt. Ob die Erhöhung zum 01.01.2013 den Anforderungen des § 203 VVG unterliege, könne letztlich dahingestellt bleiben, da die Begründung ausreichend sei. Ein etwaiger Begründungsmangel sei aber zumindest durch Nennung des auslösenden Faktors im Schriftsatz vom 26.04.2019 geheilt worden. 38

Unter Vertiefung ihres erstinstanzlichen Vortrages hält die Beklagte daran fest, dass die sämtlichen Erhöhungsschreiben den formellen Voraussetzungen genügten. Sie erhebt zudem erneut die Einrede der Verjährung und ist der Auffassung, dass für den Beginn der dreijährigen Verjährungsfrist die Kenntnis von den Beitragsanpassungen genüge. Der Gläubiger müsse den Hergang in seinen Grundzügen kennen und wissen, dass der Sachverhalt erhebliche Anhaltspunkte für die Entstehung eines Anspruches bietet. Die 39

erforderliche Kenntnis habe bei dem Kläger vorgelegen, als er die sämtlichen Beitragsanpassungsschreiben erhalten habe. Eine unsichere und zweifelhafte Rechtslage, die dem Kläger die Erhebung einer Klage unzumutbar mache, liege nicht vor. Aus der höchstrichterlichen Rechtsprechung zu jeder Zeit ergebe sich, dass der Erfolg einer Klage gegen eine Beitragsanpassung in der privaten Krankenversicherung vom Ergebnis eines gerichtlich einzuholenden versicherungsmathematischen Sachverständigengutachtens abhängen werde. Dass auch der BGH davon ausgehe, dass ein Verjährungsbeginn bei Beitragsanpassungen nicht wegen einer etwaigen unsicheren Rechtslage hinausgeschoben werden kann, ergebe sich aus der Entscheidung vom 19.12.2018. Eine andere Auffassung widerspräche auch dem Sinn der kurzen Verjährungsfrist nach § 195 BGB, da zentrale Rechtfertigung des Verjährungsrechts der Gedanke des Rechtsfriedens und der Rechtssicherheit sei.

Die Beklagte ist der Auffassung, soweit ältere Anpassungsmitteilungen als unzureichend, spätere aber als ausreichend anzusehen seien, könnten sich Ansprüche nur für die Zeit bis zum Zugang der späteren wirksamen Mitteilungen ergeben. Etwaige frühere Begründungsmängel könnten sich nur für die Zeit bis zu einer formell wirksamen Anpassungsmitteilung auswirken, weil ab diesem Zeitpunkt eine (materiell unstreitig) wirksame und vollständige Neufestsetzung der Beitragshöhe stattgefunden habe. 40

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die zu den Akten gereichten Schriftsätze der Parteien nebst Anlagen und das Sitzungsprotokoll Bezug genommen. 41

II. 42

Die zulässige Berufung des Klägers hat in der Sache teilweise Erfolg. 43

Der Antrag des Klägers ist bei verständiger Würdigung seines Klage-/ Berufungsbegehrens dahingehend auszulegen, dass er nach seiner einseitigen Erledigungserklärung die Feststellung dahingehend beantragt, dass seine ursprüngliche Feststellungsklage zunächst zulässig und begründet war und erst durch die Zustellung der Klageerwiderung eine Heilung des Formmangels als erledigendes Ereignis eingetreten ist, wodurch die Feststellungsklage ab diesem Zeitpunkt unbegründet geworden ist. Er begehrt nach dem Berufungsantrag und dem Inhalt der Berufungsbegründung insoweit die Feststellung, dass die seinerseits sämtlich angegriffenen Prämienerhöhungen bis zum Zeitpunkt der Heilung unwirksam waren. Da die materielle Rechtmäßigkeit der Prämienerhöhung vom Kläger nicht angegriffen wird, bedarf es auch einer über den Zeitpunkt der Heilung hinausgehenden Feststellung nicht. 44

Auf diese einseitige Erledigungserklärung des Klägers hin ist festzustellen, dass die Beitragserhöhungen im Tarif A zum 01.01.2014 und zum 01.01.2015 sowie im Tarif B zum 01.01.2014 – jeweils betreffend die Zeit bis zum 31.03.2019 – unwirksam sind sowie dass der Rechtsstreit hinsichtlich dieser Erhöhungen im Tarif A zum 01.01.2014 und zum 01.01.2015 sowie im Tarif B zum 01.01.2014 ab dem 01.04.2019 erledigt ist. Der ursprüngliche Feststellungsantrag war in Bezug auf diese Tariferhöhungen für den Zeitraum vom 01.01.2014 bzw. 01.01.2015 bis zum 31.03.2019 zulässig und begründet und ist durch die erfolgte Heilung als erledigendes Ereignis unbegründet geworden. Im Übrigen ist der Feststellungsantrag unbegründet, da keine Erledigung eingetreten ist, sondern auch der ursprüngliche Feststellungsantrag schon unbegründet war. Der Kläger hat gegen die Beklagte einen Anspruch auf Rückzahlung geleisteter Prämien in Höhe von 3.588,45 Euro nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 04.01.2019. Im Übrigen ist die Klage unbegründet und die Berufung ohne Erfolg. 45

Die streitgegenständlichen Tariferhöhungen im Tarif A zum 01.01.2014, zum 01.01.2015 sowie im Tarif B zum 01.01.2014 waren in formeller Hinsicht unwirksam und sind erst durch die Zustellung der Klageerwiderung am 08.02.2019 geheilt und zum 01.04.2019 wirksam geworden. Die streitgegenständlichen weiteren Tariferhöhungen im Tarif A zum 01.01.2017 und zum 01.01.2018 sind wirksam. Aufgrund dessen ist auf den Klageantrag zu 1 die zeitweise Unwirksamkeit der Tariferhöhungen in den Tarifen A ab dem 01.01.2014 und ab 46

dem 01.01.2015 sowie im Tarif B ab dem 01.01.2014 jeweils bis zum 31.03.2019 festzustellen.

1. 47

Bedenken gegen die Zulässigkeit des ursprünglichen Feststellungsantrages zu 1) bestehen in Anwendung der vom Bundesgerichtshof in dem Urteil vom 19.12.2018 - IV ZR 255/17 - (VersR 2018, 283 ff., zitiert nach juris) entwickelten Grundsätze nicht. 48

Der Bundesgerichtshof hat die Zulässigkeit der Feststellungsklage gerichtet auf Feststellung der Unwirksamkeit der jeweiligen Beitragsanpassungen – vorliegend Feststellungsantrag zu 1) – bejaht. Der Annahme eines feststellungsfähigen gegenwärtigen Rechtsverhältnisses steht nicht entgegen, dass die Beitragsanpassung wegen der zeitlich nachfolgenden Erhöhung überholt sei und sich gegenwärtige Rechtsfolgen aus ihr nur noch mit Blick auf die Rückforderung eines etwaig überzahlten Betrages ergeben könnten, die schon Gegenstand des bezifferten Leistungsantrags sei. Allein mit dem vom Kläger erstrebten Leistungsurteil wäre nicht rechtskräftig festgestellt, dass er zukünftig nicht zur Zahlung des sich aus der angegriffenen Beitragsanpassung ergebenden Erhöhungsbetrags verpflichtet ist. Ein gegenwärtiges Feststellungsinteresse kann daher hinsichtlich früherer Prämienanpassungen allenfalls dann zu verneinen sein, wenn sich der Versicherungsnehmer nicht zugleich gegen die Wirksamkeit einer nachfolgenden Prämienanpassung wendet. Zudem ist die begehrte Feststellung der Unwirksamkeit der Prämienerhöhung eine Vorfrage für den Leistungsantrag und geht zugleich über das dort erfasste Rechtsschutzziel des Klägers hinaus. Sie wäre deshalb auch als Zwischenfeststellungsklage i.S.v. § 256 Abs. 2 ZPO zulässig (zum Ganzen BGH, Urteil vom 19.12.2018, - IV Z R 255/17 -, VersR 2018, 283 ff. in juris Rn. 17). 49

2. Der Feststellungsantrag zu 1 war ursprünglich zulässig, aber nur insoweit begründet, als die Prämienerhöhungen in den Tarifen A und B zum 01.01.2014 und im Tarif A zum 01.01.2015 für die Jahre 2014 und 2015 bis zum 01.04.2019 nicht formell wirksam waren. Erst durch die Heilung mit Zustellung der Klageerwiderung am 8.2.2019 als erledigendes Ereignis ist der ursprünglich zulässige und begründete Feststellungsantrag zum 01.04.2019 unbegründet geworden. Hinsichtlich der übrigen angegriffenen Prämienerhöhungen in den Tarifen C zum 01.01.2013 und in A zum 01.01.2017 sowie zum 01.01.2018 war der zulässige Feststellungsantrag von vornherein unbegründet. 50

Die Mitteilungsschreiben der Beklagten aus November 2013 und November 2014 zu den Tarifen A und B jeweils nebst Anlagen genügen nicht den Anforderungen des § 203 Abs. 5 VVG. Erst durch den Zugang der Klageerwiderung vom 05.02.2019 am 08.02.2019 ist eine Heilung ab dem zweiten darauffolgenden Monat, also ab April 2019, eingetreten. Im Übrigen war der ursprüngliche Feststellungsantrag zu 1) unbegründet. 51

a) Der Feststellungsantrag, mit dem der Kläger die Feststellung einer Unwirksamkeit der Erhöhung zum 01.01.2013 im Tarif C begehrt hat, war bereits von Beginn an unbegründet. 52

Mit dem Schreiben von November 2012 hat die Beklagte keine dem Anwendungsbereich des § 203 Abs. 2 VVG unterfallende Beitragserhöhung vorgenommen. Auf die Frage, ob die formellen Voraussetzungen des § 203 Abs. 2 VVG erfüllt sind, kommt es nicht an. 53

Zum Zeitpunkt der Ankündigung der Erhöhung mit Schreiben von November 2012 war der streitgegenständliche Versicherungsvertrag noch nicht in Kraft getreten; vielmehr trat er erstmals zum 01.01.2013 in Kraft. 54

Das Ankündigungsschreiben aus November 2012 stellt ein Änderungsangebot zu diesem noch nicht in Kraft getretenen Versicherungsvertrag dar. Dieses Angebot hat der Kläger konkludent angenommen. 55

Die Parteien hatten den streitgegenständlichen Versicherungsvertrag zum Tarif C bereits im Oktober 2012 zu einem monatlichen Beitrag von 25,50 Euro abgeschlossen. Der Kläger war darauf hingewiesen worden, dass der Beitrag bei diesem zum Jahresende geschlossenen 56

Vertrag noch angepasst werden könnte. Dem Kläger war daher bei Abschluss des Versicherungsvertrages bekannt, dass die Prämienangabe von 25,50 Euro nur vorläufigen Charakter hatte und sich noch bis zum Inkrafttreten des Vertrages ändern konnte. Dazu kam es, als die Beklagte mit Schreiben von November 2012 ab dem 01.01.2013 einen Beitrag von 33,00 Euro forderte. Der Kläger hat dieser Beitragsanpassung nicht widersprochen und den Versicherungsvertrag nicht widerrufen. Vielmehr hat er dieses Änderungsangebot der Beklagten konkludent angenommen, indem er den geänderten höheren Beitrag über nahezu fünf Jahre hinweg vorbehaltslos entrichtet hat.

b) Nach § 203 Abs. 2 S. 1 VVG ist der Versicherer, wenn bei einer Krankenversicherung das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers gesetzlich oder vertraglich ausgeschlossen ist, bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung einer für die Prämienkalkulation maßgeblichen Rechnungsgrundlage berechtigt, die Prämie entsprechend den berichtigten Rechnungsgrundlagen auch für bestehende Versicherungsverhältnisse neu festzusetzen, sofern ein unabhängiger Treuhänder die technischen Berechnungsgrundlagen überprüft und der Prämienanpassung zustimmt. Diese Voraussetzungen liegen nach dem unstreitigen Sachvortrag der Parteien vor. 57

aa) Die Beklagte hat schlüssig dargetan, dass die bestellten Treuhänder D und E die der jeweiligen Prämienanpassung zugrundeliegenden technischen Berechnungsgrundlagen erhalten, überprüft und seine Zustimmung dazu erteilt haben. Diesem Sachvortrag ist der Kläger nicht entgegengetreten. 58

bb) Seine Rechtsauffassung, die Treuhänder D und E seien nicht unabhängig im Sinne des § 203 Abs. 2 VVG gewesen, hat der Kläger in zweiter Instanz nicht mehr aufrechterhalten. 59

cc) § 203 Abs. 2 1 VVG regelt die materiellen Voraussetzungen für die Prämienerhöhungen. Danach ist der Versicherer, wenn bei einer Krankenversicherung das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers gesetzlich oder vertraglich ausgeschlossen ist, - wie vorliegend gemäß § 206 Abs. 1 VVG - bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung einer für die Prämienkalkulation maßgeblichen Rechnungsgrundlage berechtigt, die Prämie entsprechend den berichtigten Rechnungsgrundlagen auch für bestehende Versicherungsverhältnisse neu festzusetzen. Maßgebliche Rechnungsgrundlagen in diesem Sinne sind die Versicherungsleistungen und die Sterbewahrscheinlichkeiten. Außerdem dürfen nach § 203 Abs. 2 S. 2 VVG auch ein betragsmäßig festgelegter Selbstbehalt angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden, soweit dies vereinbart ist. 60

Die Beklagte hat für die streitgegenständlichen Prämienerhöhungen schlüssig dargelegt, dass die materiellen Voraussetzungen gemäß § 203 Abs. 2 S. 1 VVG in Verbindung mit § 155 VAG vorliegen, nämlich eine nicht nur vorübergehende Veränderung einer für die Prämienkalkulation maßgeblichen Rechnungsgrundlage. Die Beklagte hat nachvollziehbar dargelegt, dass alle streitgegenständlichen Prämienerhöhungen auf einer Veränderung der Berechnungsgrundlage Versicherungsleistungen beruhen. In ihrer Klageerwiderung (Bl. 23 ff.) und in dem Anlagenkonvolut BLD3 (Anlagenheft) hat sie bezogen auf jeden streitgegenständlichen Tarif und Zeitraum eine Berechnung der erforderlichen und der kalkulierten Leistungen für die jeweiligen Beobachtungseinheiten vorgelegt und schlüssig vorgetragen, dass die auslösenden Faktoren jeweils über dem in § 12b Abs. 2 VAG a.F., § 155 Abs. 3 VAG vorgeschriebenen Wert von 10 % lagen. Sie hat zudem schlüssig vorgetragen, dass die jeweiligen Veränderungen nicht nur vorübergehend waren. Außerdem hat die Beklagte differenziert nach den einzelnen Tarifen und Zeiträumen in der Klageerwiderung im Einzelnen dargelegt, dass die bezogen auf den Versicherungsvertrag des Klägers vorgenommenen Neuberechnungen der Prämien nach aktuariellen Grundsätzen mit den bestehenden Rechtsvorschriften in Einklang stehen (vgl. hierzu BGH, Urteil vom 16.06.2004, - IV ZR 117/02 -, VersR 2004, 991 ff. in juris Rn. 22; OLG Celle, Urteil vom 13.03.2008, - 8 U 152/07 -, VersR 2008, 1198 ff. in juris Rn. 5 ff.). 61

62

Diesen substantiierten Sachvortrag der Beklagten zu den materiellen Voraussetzungen der Prämienerhöhungen hat der Kläger nicht bestritten. Im Verhandlungstermin vor dem Senat am 07.01.2020 hat der Kläger zudem klargestellt, dass keine Einwendungen gegen die materielle Wirksamkeit der streitgegenständlichen Prämienerhöhungen erhoben werden sollen. Eine Überprüfung der materiellen Wirksamkeit im Rechtsstreit erübrigt sich deshalb.

c) Nach § 203 Abs. 5 VVG werden die Neufestsetzung der Prämie und die Änderungen nach § 203 Abs. 2 und 3 VVG zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung oder der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt. Vorliegend genügen die von der Beklagten vorgelegten Begründungsschreiben zu den Tarifen A und B nebst Anlagen für die Jahre 2014 und 2015 - anders als die Schreiben im Tarif A für die Jahre 2017 und 2018 - nicht den zu stellenden Mindestanforderungen an eine Mitteilung der maßgeblichen Gründe im Sinne des § 203 Abs. 5 VVG. Bei der Mitteilungspflicht gemäß § 203 Abs. 5 VVG handelt es sich um eine gesetzliche Voraussetzung für das Wirksamwerden der Prämienerhöhungen. 63

aa) Streitig und noch nicht höchstrichterlich geklärt ist, was unter Mitteilung der „maßgeblichen Gründe“ im Sinne von § 203 Abs. 5 VVG zu verstehen ist und welche Angaben die Mitteilung im Einzelnen enthalten muss (Klimke, VersR 2016, S. 22 Ziff. II a.E.; LG Frankfurt, Urteil vom 18.01.2018, - 14 O 203/16 -, VersR 2018, 669 ff. in juris Rn. 64). „Gründe“ i.S.d. § 203 Abs. 5 VVG sind jedenfalls die Umstände, die eine Neufestsetzung der Prämie inhaltlich rechtfertigen. Da das Anpassungsrecht eine dauerhafte Veränderung der für die Prämienkalkulation maßgeblichen Rechnungsgrundlagen im Sinne von § 203 Abs. 2 VVG, § 12 b Abs. 2 VAG bzw. § 155 Abs. 3 VAG 2016 voraussetzt, muss die Mitteilung daher zumindest irgendwelche Aussagen zu diesem Punkt enthalten. Problematisch ist nur, in welcher Ausführlichkeit (Klimke, VersR 2016, S. 22 Ziff. II 1.). Einigkeit besteht in Rechtsprechung und Literatur insoweit, als der Versicherer nicht von sich aus detailliert die gesamte der Anpassung zugrundeliegende Kalkulation offenlegen muss. Nicht geboten ist daher insbesondere die Überlassung der Unterlagen, die dem Treuhänder bei seiner Prüfung vorlagen, weil es sich bei den Einzelheiten der Prämienberechnung um Betriebsgeheimnisse des Versicherers handelt, die ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer ohnehin nicht nachvollziehen kann (vgl. Klimke VersR 2016, S. 22 Ziff. II. 1. a) m.w.N. in Fußnote 5 – 8). 64

Zu den weiteren Anforderungen an die Mitteilung gemäß § 205 Abs. 5 VVG werden im Wesentlichen folgende Ansichten vertreten: 65

(1) Teilweise wird vertreten, dass sowohl die die Prämienanpassung auslösende Veränderung der Rechnungsgrundlagen als auch die die Prämienerhöhung beeinflussenden Kriterien unter Nennung der konkreten Höhe der Veränderung mitgeteilt werden müssten. Mit letzterem ist gemeint, welche Rechnungsgrundlagen sich in welcher Höhe gegenüber der ursprünglichen bzw. letzten Kalkulation verändert haben und wie der konkrete Wert des auslösenden Faktors je Beobachtungseinheit laute, um dem Versicherungsnehmer eine Plausibilitätsprüfung zu ermöglichen (LG Neuruppin, Urteil vom 25.08.2017 – 1 O 338/16 -, VersR 2018, 469 ff. in juris Rn. 27; für die Rechnungsgrundlagen auch Klimke, VersR 2016, 22, 23 Ziff. 1. c)). 66

(2) Teilweise wird darüber hinaus vertreten, dass zusätzlich zu den Rechnungsgrundlagen und der konkreten Höhe der Veränderung auch Name und Anschrift des Treuhänders mitgeteilt werden müsse (Klimke, VersR 2016, 22, 23, 24 II. Ziff. 2.). 67

(3) Nach anderer Ansicht soll es demgegenüber ausreichen, die für die Anpassung ausschlaggebende Rechnungsgrundlage (Versicherungsleistung oder Sterbewahrscheinlichkeit) zu benennen (Brand, VersR 2018, 453/455 Ziff. 1.; ähnl. wohl Wendt, VersR 2018, 449/435 unter II. 6.). 68

(4) Eine weitere Ansicht lässt die Erläuterung genügen, welche Faktoren für eine Prämienanpassung relevant sein können und wie das Verfahren der Prämienanpassung dem Grunde nach funktioniert (Looschelders/Pohlmann/Reinhard, VVG, 3. Aufl. 2016, § 203 VVG Rn. 19). 69

(5) Eine vermittelnde Ansicht verlangt die Benennung der wichtigsten Gründe, die die Rechtsposition des Versicherungsnehmers am stärksten verändern; dazu sollen neben der Veränderung der Rechnungsgrundlagen, die die Prämienanpassung überhaupt erst ausgelöst haben, bspw. auch die Absenkung des Rechnungszinses sowie dessen Verteilung auf mehrere Jahre gehören (MK/Boetius, VVG, Band 2, 2. Aufl. 2017, § 203 VVG Rn. 1155b; Boetius, Private Krankenversicherung, 2010, § 203 VVG Rn. 205). 70

(6) Das OLG Celle erachtet es als sachgerecht, keine zu hohen Anforderungen an die Mitteilung der maßgeblichen Gründe zu stellen (OLG Celle, Urteil vom 20.08.2018, - 8 U 57/18 -, VersR 2018, 1179 ff., in juris Rn. 99). Nicht erforderlich sei die Mitteilung von Name und Anschrift des Treuhänders. Aber auch die Benennung konkreter Werte sowohl der Veränderung der die Prämienanpassung ermöglichenden Rechnungsgrundlage als auch der Veränderung der die Prämienhöhe beeinflussenden Kriterien erscheine nicht geboten (OLG Celle, Urteil vom 20.08.2018, - 8 U 57/18 -, VersR 2018, 1179 ff., in juris Rn. 99). Soweit es um die Veränderung der Rechnungsgrundlage gehe, sei die Kenntnis der konkreten Höhe der Veränderung nicht erforderlich. Für die Prämienanpassung reiche es aus, dass die Veränderung den in den Versicherungsbedingungen festgelegten Schwellenwert übersteige. Dass dies der Fall sei, ergebe sich bereits daraus, dass der Versicherer die Prämienanpassung vorgenommen habe. Wie groß die Überschreitung des Schwellenwerts sei, sei ohne Bedeutung (OLG Celle, Urteil vom 20.08.2018, - 8 U 57/18 -, VersR 2018, 1179 ff., in juris Rn. 100). 71

Nach Ansicht des OLG Celle entspreche die Mitteilung der Gründe einer Prämienanpassung jedenfalls dann den Anforderungen des § 203 Abs. 5 VVG, wenn sie die Rechnungsgrundlage, deren Veränderung die Prämienanpassung ausgelöst hat, und die wesentlichen Kriterien, die deren Höhe beeinflusst haben, benenne (OLG Celle, Urteil vom 20.08.2018, - 8 U 57/18 -, VersR 2018, 1179 ff., in juris Rn. 101). Solche weiteren Kriterien neben der gesetzlich genannten Rechnungsgrundlagen (Leistungsausgaben/Versicherungsleistung und Sterbewahrscheinlichkeit), die die Prämienanpassung ausgelöst und deren Höhe beeinflusst haben, sind nach OLG Celle die steigende Lebenserwartung, das Absenken des Rechnungszinsens und die Entwicklung des Versichertenbestandes namentlich in Form der seltener gewordenen Beendigung von Tarifen (OLG Celle, Urteil vom 20.08.2018, - 8 U 57/18 -, VersR 2018, 1179 ff., in juris Rn. 103 a.E.). 72

(7) Das OLG München stellt nach seiner im Beschluss vom 06.03.2019 – 25 U 1969/18 – offengelegten derzeitigen Auffassung deutlich strengere Anforderungen an die Mitteilung der maßgeblichen Gründe. Danach hat die Begründung jedenfalls die Rechnungsgrundlage, die sich erhöht hat, anzugeben und auch, dass der Schwellenwert überschritten ist, sowie wohl auch, um wie viel Prozent sich die Rechnungsgrundlage erhöht hat. Alternativ könnten auch die jeweiligen Beträge angegeben werden. Zu der Frage, inwieweit eine detaillierte Begründung der Höhe des neu verlangten Beitrages erforderlich sei, hat sich das OLG München nach eigenem Bekunden noch keine abschließende Meinung gebildet. 73

(8) Das OLG Stuttgart wählt nach seiner in dem Beschluss vom 06.06.2019 – 7 U 237/18 – offengelegten vorläufigen rechtlichen Würdigung einen anderen Ansatz für die Bestimmung des Umfangs der Begründungspflicht und gibt § 203 Abs. 5 VVG insoweit auch eine etwas andere Zweckrichtung. Das OLG Stuttgart neigt dazu, dass § 203 Abs. 5 VVG in formaler Hinsicht nur die Angabe der maßgeblichen Rechnungsgrundlagen (Versicherungsleistungen oder Sterbewahrscheinlichkeit) erfordere, ohne dass - unabhängig von der Aufforderung des Versicherungsnehmers – die Höhe der Veränderung oder noch weitere Angaben gemacht werden müssten. Allerdings habe der Versicherungsnehmer aufgrund einer vertraglichen Nebenpflicht des Versicherers einen Anspruch auf Auskunft darüber, um welchen Faktor die als auslösender Faktor maßgebliche Berechnungsgrundlage sich verändert habe, auf der Veränderung welcher Rechnungsgrundlage(n) – ggf. insbesondere auch der Absenkung des Rechnungszinses - die Höhe der den Versicherungsnehmer betreffenden konkreten Neufestsetzung beruhe und welcher Treuhänder zugestimmt habe. Dieser Auskunftsanspruch des Versicherungsnehmers müsse aber – wie jeder Anspruch - geltend gemacht werden und sei daher vom Versicherer nicht proaktiv zu erfüllen. Eine Verletzung dieses 74

Auskunftsanspruchs führe nicht rückwirkend zur formalen Unwirksamkeit der Neufestsetzung gemäß § 203 Abs. 5 VVG, sondern habe (nur) die allgemeinen Ansprüche bei Vertragsverletzung zur Folge.

Das OLG Stuttgart begründet seine Auffassung damit, dass ein Mitteilen von Gründen im Sinne des § 203 Abs. 5 VVG begrifflich zwar mehr sein müsse als eine bloße Benachrichtigung nach dem alten Recht. Dies werde aber bereits dadurch erreicht, dass der Versicherer – unstreitig – die die Beitragsanpassung auslösende Rechnungsgrundlage benennen müsse. Hätte der Gesetzgeber darüber hinaus beabsichtigt, dass der Versicherer für jede Beobachtungseinheit und jeden Tarif getrennt standardmäßig die Höhe der Veränderung des auslösenden Faktors oder gar – bezogen auf den einzelnen Versicherungsnehmer – die wichtigsten Gründe angeben müsse, so wäre zu erwarten und zu fordern gewesen, dass der Gesetzgeber eine solche gravierende Änderung der Pflichten des Versicherers in den Motiven begründet hätte. Denn es liege auf der Hand, dass es sich bei den Beitragsanpassungen um Massenverfahren handele, bei denen der Verwaltungsaufwand im Hinblick auf die Vielzahl der Tarife schon durch die Angabe der Höhe der Veränderung des auslösenden Faktors deutlich und bei einem Herunterbrechen auf den einzelnen Versicherten sogar massiv gesteigert werde. 75

Der Zweck des § 203 Abs. 5 VVG liege aus Sicht des OLG Stuttgart nicht darin, dem Versicherungsnehmer eine Überprüfungsmöglichkeit zu geben, damit er eine Entscheidungsgrundlage für die Frage habe, ob er die Vertragsänderung gerichtlich angreifen könne. Die Norm ziele vielmehr – wie ihre Vorläuferbestimmung – in erster Linie darauf ab, dem Versicherungsnehmer einen gewissen Zeitraum zu belassen, um sich auf eine ihm mitgeteilte Vertragsänderung einstellen zu können und sich darüber klar zu werden, ob er innerhalb der zeitgleich ausgestalteten Frist des § 205 Abs. 4 VVG sein Kündigungsrecht ausübe oder die Prämienänderung zum Anlass nehme, von seinem Tarifwechselrecht nach § 204 VVG Gebrauch zu machen, auf das ihn der Versicherer bei der substitutiven Krankenversicherung nach § 6 Abs. 3 VVG-InfoV bei der Prämienerhöhung ebenfalls hinzuweisen habe. 76

bb) Der Senat schließt sich im Wesentlichen den Auffassungen des OLG Celle und des OLG Stuttgart an. Auszugehen ist von dem Sinn und Zweck des Begründungserfordernisses in § 203 Abs. 5 VVG. Dabei ist in den Blick zu nehmen, dass der Zweck des Begründungserfordernisses nicht mehr einheitlich beurteilt wird. Zunächst wurde der Zweck übereinstimmend darin gesehen, dass der Versicherungsnehmer in die Lage versetzt werden soll, die Gründe für die Vertragsänderung zu verstehen, nachzuvollziehen und auf ihre Plausibilität zu prüfen (Klimke, VersR 2016, S. 22 Ziff. II.; MK/Boetius, VVG Band 2, 2. Aufl. 2017, § 203 VVG Rn. 1155; LG Frankfurt, Urteil vom 18.01.2018 - 14 O 203/16 -, VersR 2018, 669 ff., in juris Rn.64). Nach der Auffassung des OLG Stuttgart (Beschluss vom 06.06.2019 – 7 U 237/18) soll die Norm hingegen – wie ihre Vorläuferbestimmung – in erster Linie darauf abzielen, dem Versicherungsnehmer einen gewissen Zeitraum zu belassen, um sich auf eine ihm mitgeteilte Vertragsänderung einstellen zu können und sich darüber klar zu werden, ob er innerhalb der zeitgleich ausgestalteten Frist des § 205 Abs. 4 VVG sein Kündigungsrecht ausübt oder die Prämienänderung zum Anlass nimmt, von seinem Tarifwechselrecht nach § 204 VVG Gebrauch zu machen, auf das ihn der Versicherer bei der Prämienerhöhung ebenfalls hinzuweisen hat. 77

Beide vorgenannten Zweckrichtungen - Nachvollziehbarkeit der Vertragsänderung bzw. Entscheidungsgrundlage für die Ausübung von Gestaltungsrechten – gebieten zwar die Einhaltung bestimmter Mindestanforderungen an eine ordnungsgemäße Begründung. Jedoch bedarf es zur Erfüllung der beiden Zwecke nicht der Angabe von Einzelheiten, die im Rahmen der vorliegenden Massenverfahren nur mit einem erheblichen Verwaltungsaufwand zu erbringen wären, was zulasten der Versichertengemeinschaft ginge. 78

Im Einzelnen sind folgende Anforderungen zu beachten: 79

80

Zunächst ist erforderlich, in der Mitteilung gemäß § 203 Abs. 5 VVG zur Begründung der Prämienanpassung die Rechnungsgrundlage zu nennen, deren Veränderung die Prämienanpassung ausgelöst hat, also die Veränderung der Leistungsausgaben bzw. Versicherungsleistungen und/oder der Sterbewahrscheinlichkeit bzw. Sterbetafeln, weil die Veränderung zumindest einer dieser beiden Rechnungsgrundlagen oder ggf. auch beider in § 155 VAG ausdrücklich als Voraussetzung für eine Prämienanpassung genannt sind.

Die Benennung der Rechnungsgrundlage muss auch und gerade bezogen auf die konkrete Prämienanpassung erfolgen. Nicht ausreichend ist insofern, dass in Informationsblättern allgemein darauf hingewiesen wird, dass eine Veränderung einer der beiden genannten Rechnungsgrundlagen eine Prämienanpassung auslösen kann, ohne klar darauf hinzuweisen, welche geänderte Rechnungsgrundlage für die in Rede stehende konkrete Prämienerhöhung maßgeblich war. Eine bloße Erläuterung der allgemeinen gesetzlichen und tariflichen Grundlagen reicht nicht aus. Denn dem Gesetzeswortlaut ist durch die Verwendung des Begriffs „maßgeblich“ zu entnehmen, dass nicht eine allgemeine Information oder Belehrung über das Prämienanpassungsrecht ausreicht, sondern ein Bezug zu der konkreten Prämienanpassung hergestellt werden muss. 81

Hingegen ist die Angabe der konkreten Höhe der Veränderung oder des sog. auslösenden Faktors nicht erforderlich. Denn für die Prämienerhöhung reicht es aus, dass die Veränderung den in den Versicherungsbedingungen oder im Gesetz festgelegten Schwellenwert übersteigt. Soweit es um die die Prämienhöhe beeinflussenden Faktoren geht, hat die Kenntnis konkreter Zahlen – soweit es sich dabei nicht ohnehin um Geschäftsgeheimnisse des Versicherers handelt – für den Versicherungsnehmer regelmäßig keinen Nutzen. Denn die Kenntnis einzelner Zahlen ermöglicht dem Versicherungsnehmer weder eine rechnerische Kontrolle noch auch nur eine Plausibilitätsprüfung der Prämienerhöhung; dafür sind die versicherungsmathematischen Zusammenhänge zu komplex (vgl. OLG Celle, Urteil vom 20.08.2018, - 8 U 57/18 -, VersR 2018, 1179 ff., in juris Rn. 100, 101). 82

Nicht erforderlich ist zudem, dass in der Mitteilung konkret angegeben wird, welcher Schwellenwert überschritten wurde, der gesetzliche Faktor gemäß § 155 VAG (Versicherungsleistungen über 10 % bzw. Sterbetafeln über 5 %) oder ein gegebenenfalls abweichender tariflich vereinbarter auslösender Faktor (z.B. § 8 b MB/KK: Versicherungsleistungen über 5 %). Es reicht aus, wenn der Versicherungsnehmer dem Gesamtzusammenhang des Begründungsschreibens klar entnehmen kann, dass der Versicherer seine Erhöhung mit einer Überschreitung des geltenden Faktors begründet (OLG Celle, Urteil vom 20.08.2018, - 8 U 57/18 -, VersR 2018, 1179 ff., in juris Rn. 100). 83

Damit kann der Versicherungsnehmer die rechtlichen Voraussetzungen, mit denen der Versicherer die Prämienanpassung begründet, in hinreichendem Maße nachvollziehen. Die Höhe des geltenden gesetzlichen Faktors kann er über die in § 203 VVG genannte Normenkette erkennen. Einen gegebenenfalls abweichend vereinbarten Faktor kann er den Versicherungsbedingungen entnehmen. Einem Versicherungsnehmer ohne vertiefte Spezialkenntnisse im privaten Krankenversicherungsrecht wird selbst ein formaler Abgleich der vom Versicherer genannten Begründung mit den rechtlichen Wirksamkeitsvoraussetzungen für seinen Tarif ohne die Einholung weiterer Auskünfte nicht möglich sein. Dies gilt unabhängig davon, ob ihm in der Begründung der maßgebliche Schwellenwert genannt wird. 84

Für eine rechnerische Überprüfung hilft die Benennung des einschlägigen Faktors - gesetzlich oder tariflich vereinbart - bzw. des jeweiligen Schwellenwertes - über 5 % bzw. über 10 % - dem Versicherungsnehmer ohnehin nicht weiter. Entsprechendes gilt für das zeitgleich laufende Kündigungsrecht oder das Tarifwechselrecht des Versicherungsnehmers nach § 204 VVG. Auf diese Rechte hat der Versicherer den Versicherungsnehmer gesondert hinzuweisen. Die vom Versicherungsnehmer zu treffende Entscheidung über die Ausübung der Rechte wird durch die Angabe, ob der auslösende Faktor über einem bestimmten gesetzlichen oder tariflich festgelegten Prozentsatz liegt, für sich genommen nicht erleichtert, weil auch insofern die zu treffende Entscheidung von verschiedenen Faktoren abhängt. 85

Soweit der Versicherungsnehmer im Einzelfall ein Interesse an weiteren Informationen hat, sei es wegen einer beabsichtigten Plausibilitätskontrolle oder als Entscheidungshilfe für die Ausübung seiner Rechte nach § 204 VVG, so ist ihm - der Auffassung des OLG Stuttgart folgend - ein weitergehender Auskunftsanspruch zuzubilligen. Bei den Prämienanpassungen in der privaten Krankenversicherung handelt es sich um ein Massenverfahren. Es ist davon auszugehen, dass der Gesetzgeber den Umfang der Begründungspflicht näher ausgestaltet hätte, wenn er dem Versicherer im Vergleich zur früheren Rechtslage einen erheblichen weiteren Verwaltungsaufwand bei der Ausgestaltung der Begründung im Einzelfall hätte auferlegen wollen. Die schutzwürdigen Interessen des Versicherungsnehmers sind hinreichend dadurch gewahrt, dass ihm nach entsprechender Geltendmachung die Gründe für die Prämienerhöhung im Einzelnen mitzuteilen sind. 86

Die Einhaltung der von Klimke (a.a.O.) und dem LG Neuruppin formulierten weitergehenden Anforderungen für den Versicherer sind in der Praxis kaum umsetzbar und führten zu Lasten der Versichertengemeinschaft zu einer erheblichen Erhöhung des Verwaltungsaufwands. Der Versicherer müsste für jeden versicherten Tarif jeder versicherten Person eine Vielzahl von Angaben je Beobachtungszeitraum technisch in eine auf diese Daten abgestimmte verbale Begründung einfügen und für den Versicherungsnehmer transparent darstellen, ohne dass dem Versicherungsnehmer anhand dieser Angaben – auch unter Zuhilfenahme eines Sachverständigen – ein ansatzweises „Nachrechnen“ möglich wäre. Denn dafür bedürfte es des gesamten Rechenwerks, das der Versicherer aufgrund des vom Bundesgerichtshof anerkannten Geheimhaltungsinteresses der Begründung nicht beifügen muss und das auch über eine „Mitteilung“ hinausgeht. Gerade deshalb hat der Gesetzgeber die Prüfung durch einen sachverständigen Treuhänder vorgeschrieben, der auf der Grundlage aller Informationen die Neukalkulation des Versicherers vorab detailliert überprüft (Looschelders/Pohlmann/Reinhard a.a.O. § 203 VVG Rn. 19; vgl. Brand, VersR 2018, 453/456 IV 2.). 87

Dahingestellt bleiben kann, ob dem Versicherungsnehmer als Wirksamkeitsvoraussetzung i.S.d. § 203 Abs. 5 VVG ausnahmsweise auch ohne entsprechende Nachfrage im Begründungsschreiben mitzuteilen ist, wenn der Versicherer eine Prämienerhöhung trotz sinkender Leistungsausgaben vorgenommen hat. Vorliegend erfolgten alle streitgegenständlichen Prämienerhöhungen aufgrund gestiegener Leistungsausgaben. 88

Nicht erforderlich ist die Angabe des Namens und der Anschrift des Treuhänders in der Mitteilung nach § 203 Abs. 5 VVG durch den Versicherungsnehmer. Da die Unabhängigkeit des Treuhänders nach der Entscheidung des Bundesgerichtshofs nicht gerichtlich zu überprüfen ist, ist der Name für den Versicherungsnehmer zunächst ohne Bedeutung. 89

Jedenfalls bei gestiegenen Leistungsausgaben ist ebenfalls nicht zwingend erforderlich die Nennung der Veränderung weiterer Kriterien, welche die Prämienhöhe zumindest auch noch beeinflusst haben, wie bspw. der Rechnungszins. Insbesondere muss ein konkreter Bezug zwischen der streitgegenständlichen Prämienerhöhung und den veränderten weiteren Faktoren in der Begründung nicht hergestellt werden. Denn dies führte zu einer erheblichen Erhöhung des Verwaltungsaufwands, der zulasten der Versicherungsgemeinschaft ginge, ohne dass dem Aufwand ein nur ansatzweise entsprechender Nutzen für den einzelnen Versicherungsnehmer gegenüberstünde. Der Versicherer müsste für jeden versicherten Tarif jeder versicherten Person eine Vielzahl von Faktoren angeben. Dennoch wäre dem Versicherungsnehmer anhand von diesen Angaben zu den weiteren veränderten Faktoren – auch unter Zuhilfenahme eines Sachverständigen – ein ansatzweises „Nachrechnen“ nicht möglich. Denn hierfür bedürfte es des gesamten Rechenwerks, das der Versicherer aufgrund seines schützenswerten Geheimhaltungsinteresses der Begründung gerade nicht beifügen muss. 90

cc) Gemessen daran erfüllen die streitgegenständlichen Begründungen für die Prämienerhöhungen in den Tarifen A und B zum 01.01.2014 und im Tarif A zum 01.01.2015 (jeweils im Anlagenheft) nicht die nach § 203 Abs. 5 VVG zu stellenden Mindestanforderungen an die Mitteilung der maßgeblichen Gründe. Hingegen wurden die 91

streitgegenständlichen Prämienerhöhungen im Tarif A zum 01.01.2017 und zum 01.01.2018 (jeweils im Anlagenheft) ordnungsgemäß begründet.

Im Einzelnen gilt folgendes: 92

(1) In Anwendung der oben ausgeführten Grundsätze genügt das Mitteilungsschreiben der Beklagten aus November 2013 nebst Anlagen (Anlagenheft) nicht den zu stellenden Anforderungen an eine ordnungsgemäße Begründung der Beitragserhöhungen in den Tarifen A und B zum 01.01.2014 im Sinne des § 203 Abs. 5 VVG. Der in Bezug genommenen Anlage „Informationen zu den Beitragsänderungen zum 01.01.2014“ kann der Versicherungsnehmer als Empfänger auch unter Berücksichtigung des Gesamtzusammenhangs nicht mit der gebotenen Klarheit entnehmen, dass eine Veränderung der Rechnungsgrundlage Versicherungsleistungen die konkrete Beitragserhöhung für die von ihm unterhaltenen Tarife ausgelöst hat. 93

Nicht zu beanstanden ist zunächst, dass das Anschreiben aus November 2013 selbst keine Begründung für die dort ausgewiesene Prämienerhöhung enthält. Die Verweisungskette auf die einschlägigen Ausführungen in den beigefügten Anlagen ist für den Empfänger des Mitteilungsschreibens ohne Mühe nachzuvollziehen und in sich schlüssig. In dem Anpassungsschreiben aus November 2013 findet sich deutlich hervorgehoben in Fettdruck ein Hinweis auf die Anlage „Informationen zur Beitragsanpassung zum 01.01.2014“. Im Versicherungsschein wird unter „Änderungsgründe“ getrennt nach dem jeweiligen erhöhten Tarif auf die Ziffer 1 verwiesen. In dem beigefügten und mit „Änderungsgründe“ überschriebenen Informationsblatt wird zu Ziffer 1. „Beitragsanpassung“ darauf verwiesen: „Nähere Informationen finden Sie in der separaten Beilage“. Die separate Beilage mit der in Fettdruck hervorgehobenen Überschrift „Informationen zu den Beitragsänderungen zum 01.01.2014“ wird der Versicherungsnehmer unschwer finden. 94

Inhaltlich genügen die Ausführungen in der separaten Beilage mit dem Titel „Informationen zur Beitragsanpassung zum 01.01.2014“ jedoch nicht den zu stellenden Mindestanforderungen. 95

Dort heißt es auszugsweise: 96

„„Mit ihrer privaten Kranken-/Pflege-Versicherung sichern Sie sich lebenslang eine optimale Versorgung. In der privaten Krankenversicherung (PKV) stehen Ihnen alle Möglichkeiten der modernen Medizin offen – und das ein Leben lang! Denn die einmal vertraglich vereinbarten Leistungen sind lebenslang garantiert. 97

Ihr privater Krankenversicherungsschutz berücksichtigt darüber hinaus den medizinischen Fortschritt bei Diagnostik, Therapiemethoden und Medikamenten. Mit dem medizinischen Fortschritt wächst also der Umfang Ihres Versicherungsschutzes. 98

Damit wir unser Leistungsversprechen dauerhaft einhalten können, müssen wir wie alle privaten Krankenversicherer einmal jährlich alle Beiträge überprüfen. Dies erfolgt in der Kranken-, Krankentagegeld- und Pflegeergänzungsversicherung für jeden einzelnen Tarif, getrennt nach Alter und Geschlecht. 99

Bei der Überprüfung vergleichen wir die kalkulierten Leistungsausgaben mit den zukünftig erforderlichen. Weichen die Zahlen um den in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegten Prozentsatz nach oben oder unten voneinander ab, müssen die Beiträge angepasst werden. Hierzu sind wir gesetzlich verpflichtet. 100

Neben den Leistungsausgaben beeinflussen weitere Faktoren den Beitrag: 101

Steigende Lebenserwartung 102

…. 103

Kapitalmarktsituation

…

Entwicklung des Versichertenbestandes

…“

Die vorstehenden Erläuterungen der Beklagten sind allgemein gehalten. Eine hinreichend klare Bezugnahme auf die Rechnungsgrundlage, welche die konkrete Prämienanpassung ausgelöst hat, erfolgt nicht. Den Erläuterungen kann der Versicherungsnehmer zwar noch entnehmen, dass eine jährliche Überprüfung der Beiträge in Bezug auf die Leistungsausgaben durchgeführt wird. Das Ergebnis der aktuellen Überprüfung wird jedoch nicht mitgeteilt. Dass einem durchschnittlichen Versicherungsnehmer ohne versicherungsrechtliche Spezialkenntnisse der Rückschluss von den allgemein gehaltenen Erläuterungen zu der Veränderung der maßgeblichen Rechnungsgrundlage Leistungsausgaben in Bezug auf seinen konkreten Tarif gelingt, ist nicht bzw. jedenfalls nicht zwingend zu erwarten. An dieser Stelle bedürfte es eines klaren Hinweises. Ein solcher Hinweis ist ohne übermäßigen Verwaltungsaufwand unschwer möglich, wie der Inhalt der nachfolgenden Mitteilungen für die Beitragsanpassungen zum 01.01.2017 bzw. 01.01.2018 zeigt.

Hinzu kommt, dass die Erläuterungen der Beklagten in dem Informationsblatt zur Beitragsanpassung zum 01.01.2014 missverständlich, wenn nicht gar inhaltlich falsch sind. Ein Versicherungsnehmer wird bei einem Blick in die Versicherungsbedingungen feststellen, dass nach § 8 b MB/KK jährlich für jeden Tarif nicht nur die Versicherungsleistungen, sondern auch die Sterbewahrscheinlichkeiten zu überprüfen sind. Abweichungen bei einer der beiden Rechnungsgrundlagen über dem jeweils geltenden Prozentsatz können, wie in den Bedingungen ausgeführt, eine Beitragsanpassung auslösen. Entsprechendes ergibt sich aus § 203 VVG i.V.m. der dort genannten Normenkette. Für einen Empfänger der Mitteilung der Beklagten stellt sich daher bei einem Abgleich mit den gesetzlichen und tariflichen Vorgaben für eine Beitragsanpassung die Frage, ob nach dem Inhalt des Informationsblattes eine vorgeschriebene Überprüfung der Sterbewahrscheinlichkeiten nicht durchgeführt wurde oder nur deshalb nicht erwähnt wird, weil eine Abweichung über dem Prozentsatz von 5 % nicht festgestellt wurde. Auch insofern sind die Angaben unklar.

Zusätzlich verwirrend ist, dass in dem Informationsblatt unter den weiteren Faktoren, die neben den Leistungsausgaben den Beitrag beeinflussen können, an oberster Stelle die steigende Lebenserwartung genannt wird. Die Begriffe „steigende Lebenserwartung“ und „Sterbewahrscheinlichkeit“ werden in der Praxis synonym verwendet, wie die Diktion in dem Informationsschreiben der Beklagten zur Beitragsanpassung zum 01.01.2017 zeigt. Dort heißt es zu „steigende Lebenserwartung“ in Klammern „Sterbewahrscheinlichkeiten“. Ein objektiver Empfänger, der die rechtlichen Grundlagen für eine Beitragsanpassung nachvollzogen hat, wird sich deshalb fragen, ob die Beklagte bei den streitgegenständlichen Beitragserhöhungen Veränderungen bei der Rechnungsgrundlage Sterbewahrscheinlichkeit nur für die Berechnung der Beitragshöhe oder auch als möglichen auslösenden Faktor berücksichtigt hat. Bei der Auflistung der weiteren Faktoren ist nur von „Beitrag“ und nicht – wie in den zeitlich späteren Informationen – von „Beitragskalkulation“ die Rede ist.

Angesichts der aufgezeigten Widersprüchlichkeiten ist gerade auch bei einem informierten Versicherungsnehmer eine dahingehende Schlussfolgerung nicht gerechtfertigt, dass dieser schon der Erwähnung nur der Leistungsausgaben im Zusammenhang mit der Verpflichtung zur Beitragsanpassung entnimmt, dass es sich hierbei um die maßgebliche Rechnungsgrundlage handelt, welche die konkrete Beitragserhöhung für seine Tarife ausgelöst hat.

Die aufgezeigten Unklarheiten und Widersprüche in den „Informationen zur Beitragsanpassung zum 01.01.2014“ gehen zulasten der Beklagten. Wie die nachfolgenden Informationen zu den Beitragserhöhungen zum 01.01.2017 und 01.01.2018 zeigen, ist eine

ordnungsgemäße Mitteilung der maßgeblichen Gründe ohne größeren Verwaltungsaufwand in einem einheitlichen formularmäßigen Informationsblatt unschwer möglich.

Aufgrund der formellen Unwirksamkeit der Erhöhungen zum 01.01.2014 kann dahingestellt bleiben, welche Auswirkungen es haben kann, wenn – wie vorliegend im Tarif B – hinter dem jeweiligen Tarif im Nachtrag zum Versicherungsschein keine Ziffer aufgeführt ist, anhand derer der Versicherungsnehmer im Informationsblatt „Änderungsgründe“ den entsprechenden einschlägigen Grund finden könnte. 113

(2) Das Mitteilungsschreiben der Beklagten aus November 2014 nebst Anlagen (Anlagenheft) genügt nicht den zu stellenden Anforderungen an eine ordnungsgemäße Begründung der Prämienerhöhungen zum 01.01.2015 in dem Tarif A im Sinne des § 203 Abs. 5 VVG. 114

Hinsichtlich der Begründung wird hierzu auf die obigen Ausführungen zur Prämienerhöhung zum 01.01.2014 verwiesen. Genau wie bei dieser Erhöhung verweist auch das hiesige Anschreiben aus November 2014 auf den Nachtrag zum Versicherungsschein, der seinerseits unter Nennung der Ziffer 1 auf das Blatt „Änderungsgründe“ und sodann auf die Broschüre „Informationen zur Beitragsanpassung zum 01.01.2015“ verweist. Die in dieser Broschüre enthaltenen Erklärungen entsprechen wörtlich denen im Erhöhungsschreiben zum 01.01.2014 nebst Anlagen. 115

(3) Hingegen genügt die Änderungsmitteilung aus November 2016 nebst Anlagen (Anlagenheft) den nach § 203 Abs. 5 VVG zu stellenden Anforderungen an eine ordnungsgemäße Begründung der Prämienerhöhung für den Tarif A zum 01.01.2017. 116

In dem Anschreiben aus November 2016 (Anlagenheft) wird durch Fettdruck hervorgehoben auf die „Informationen zur Beitragsanpassung zum 01.01.2017“ hingewiesen. Zudem wird im Nachtrag zum Versicherungsschein unter „Änderungsgründe“ getrennt nach dem jeweiligen erhöhten Tarif die Ziffer 1 vermerkt. In dem beigefügten und mit „Änderungsgründe“ überschriebenen Informationsblatt wird zu 1 „Beitragsanpassung“ wiederum darauf verwiesen, dass der Versicherungsnehmer nähere Informationen in der separaten Beilage finde. Die einschlägige separate Beilage „Informationen zur Beitragsanpassung zum 01.01.2017“ wird der Versicherungsnehmer daher unschwer finden. 117

Inhaltlich wird dem Versicherungsnehmer in den „Informationen zur Beitragsanpassung zum 01.01.2017“ der maßgebliche Grund für die Erhöhung seiner Beiträge mitgeteilt. Der Versicherungsnehmer kann dem Wortlaut und Sinnzusammenhang der dortigen Ausführungen klar entnehmen, dass eine Veränderung der Rechnungsgrundlage Versicherungsleistungen oberhalb der für die Tarife festgelegten Prozentsätze die konkrete Beitragserhöhung für den von ihm unterhaltenen Tarif ausgelöst hat. 118

In den „Informationen zur Beitragsanpassung zum 01.01.2017“ heißt es neben der Frage „Was sind die Gründe für die Beitragsanpassung in der Kranken-, Krankentagegeld- und Pflegeergänzungsversicherung?“ (Bl. 317) auszugsweise: 119

„Mit ihrer privaten Kranken-/Pflege-Versicherung sichern Sie sich lebenslang eine optimale Versorgung. 120

In der privaten Krankenversicherung (PKV) stehen Ihnen alle Möglichkeiten der modernen Medizin offen – und das ein Leben lang! Denn die einmal vertraglich vereinbarten Leistungen sind lebenslang garantiert. 121

Darüber hinaus wächst mit dem medizinischen Fortschritt der Umfang Ihres privaten Krankenversicherungsschutzes, denn er berücksichtigt neue Methoden bei Diagnostik und Therapie sowie neue Medikamente. 122

Damit wir unser Leistungsversprechen dauerhaft einhalten können, müssen wir wie alle privaten Krankenversicherer einmal jährlich alle Beiträge überprüfen. Dies erfolgt in der Kranken-, Krankenhaustagegeld- und Krankentagegeldversicherung für jeden einzelnen Tarif, 123

getrennt nach Alter und - für Verträge, die vor dem 21.12.2012 abgeschlossen wurden – zusätzlich nach Geschlecht.

Bei der Überprüfung vergleichen wir die kalkulierten Leistungsausgaben mit den zukünftig erforderlichen Leistungsausgaben und die kalkulierte mit der zukünftigen Lebenserwartung. Weicht das Ergebnis dieser Überprüfung um mehr als den in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegten Prozentsatz nach oben oder unten voneinander ab, müssen die Beiträge überprüft werden. Hierzu sind wir gesetzlich verpflichtet. 124

Die aktuelle Überprüfung der Beiträge in der Kranken-, Krankenhaustagegeld- und Krankentagegeld-Versicherung hat bei den Leistungsausgaben Abweichungen oberhalb der für die Tarife festgelegten Prozentsätze ergeben, so dass die Beiträge zum 01.01.2017 angepasst werden müssen. Die einzige Ausnahme ist der Tarif H: Hier hat die Überprüfung Abweichungen aufgrund der gestiegenen Lebenserwartung ergeben, so dass Anpassungsbedarf besteht. 125

Wenn eine Beitragsanpassung erfolgt, müssen neben **veränderten Leistungsausgaben** auch weitere Faktoren bei der Beitragskalkulation berücksichtigt werden. Diese sind: 126

Steigende Lebenserwartung (Sterbewahrscheinlichkeiten) 127

…. 128

Kapitalmarktsituation 129

… 130

Entwicklung des Versichertenbestandes 131

…“ 132

Diesen Erläuterungen kann der Versicherungsnehmer unmissverständlich entnehmen, dass Auslöser für die Erhöhung seiner Beiträge eine Abweichung der Leistungsausgaben oberhalb der für die Tarife festgelegten Prozentsätze war. Zunächst wird der Versicherungsnehmer in dem Informationsblatt darauf hingewiesen, dass für jeden einzelnen Tarif, also auch für die von ihm unterhaltenen Tarife, eine jährliche Überprüfung der kalkulierten Leistungsausgaben mit den zukünftig erforderlichen Leistungsausgaben und der kalkulierten mit der zukünftigen Lebenserwartung stattfindet. Das Ergebnis der „aktuellen Überprüfung“ wird dem Versicherungsnehmer sodann klar und verständlich dahingehend mitgeteilt, dass sich bis auf eine konkret benannte Ausnahme – Tarif I – Abweichungen oberhalb der für die Tarife festgelegten Prozentsätze „nur“ bei den Leistungsausgaben ergeben haben. Durch die im gleichen Satz genannte Folge („so dass die Beiträge zum 01.01.2017 angepasst werden müssen“) wird klargestellt, dass mit Ausnahme des Tarifs I die festgestellten Abweichungen bei den Leistungsausgaben Auslöser für die Beitragserhöhungen zum 01.01.2017 sind. Da der Versicherungsnehmer aufgrund des Nachtrags zu seinem Versicherungsschein weiß, dass in seinem Fall nicht der als Ausnahme genannte Tarif I erhöht wurde, wird er das ihm mitgeteilte Ergebnis der aktuellen Überprüfung zutreffend dahingehend werten, dass eine Abweichung bei den Leistungsausgaben die Beitragserhöhungen bei seinem Tarif zum 01.01.2017 ausgelöst hat. Der erforderliche Bezug zwischen den allgemeinen Erläuterungen und der streitgegenständlichen konkreten Erhöhung wird hierdurch hergestellt. Weitergehender Schlussfolgerungen des Versicherungsnehmers bedarf es nicht. 133

Unschädlich ist, dass nachfolgend in dem Informationsblatt noch weitere Faktoren aufgelistet werden, die bei der Beitragskalkulation berücksichtigt werden müssen und in diesem Zusammenhang auch die steigende Lebenserwartung genannt wird. Denn die Verwendung der Begriffe „berücksichtigen“ und „Beitragskalkulation“ verdeutlichen, dass die steigende Lebenserwartung sowie die weiteren aufgelisteten Faktoren Kapitalmarktsituation und Entwicklung des Versicherungsbestandes die Beitragserhöhung nicht ausgelöst haben, sondern lediglich für die Höhe der zu kalkulierenden Beiträge bedeutsam sind. Zudem wird 134

durch den vorherigen Abschnitt unmissverständlich klargestellt, dass nur hinsichtlich des ausdrücklich genannten Tarifs I die maßgebliche Rechnungsgrundlage eine Änderung der Sterbewahrscheinlichkeit war. Die „veränderten Leistungsausgaben“ werden ebenso wie die nachfolgend aufgeführten weiteren Faktoren in Fettdruck hervorgehoben. Damit ist die Begründung der Beitragserhöhung zum 01.01.2017 für einen informierten Versicherungsnehmer ebenso wie für einen Empfänger ohne versicherungsrechtliche Spezialkenntnisse klar und verständlich.

(4) Auch die Änderungsmitteilung aus November 2017 nebst Anlagen (Anlagenheft) genügt den nach § 203 Abs. 5 VVG zu stellenden Anforderungen an eine ordnungsgemäße Begründung der Prämienerhöhung für den Tarif A zum 01.01.2018. 135

Der in Bezug genommenen Anlage „Informationen zur Beitragsanpassung zum 01.01.2018“ ist unmissverständlich zu entnehmen, dass eine Veränderung der Rechnungsgrundlage Versicherungsleistungen oberhalb der für die Tarife festgelegten Prozentsätze die konkrete Beitragserhöhung ausgelöst hat. 136

In dem Anschreiben aus November 2017 wird - wie in den Vorjahren - durch Fettdruck hervorgehoben auf die „Informationen zur Beitragsanpassung zum 01.01.2018“ hingewiesen. Zudem wird im Nachtrag zum Versicherungsschein unter „Änderungsgründe“ getrennt nach dem jeweiligen erhöhten Tarif die Ziffer 1 vermerkt. In dem beigefügten und mit „Änderungsgründe“ überschriebenen Informationsblatt wird zu Ziffer 1 „Beitragsanpassung“ darauf verwiesen, dass der Versicherungsnehmer nähere Informationen in der separaten Beilage finde. Die einschlägige separate Beilage „Informationen zu den Beitragsänderungen zum 01.01.2017“ wird der Versicherungsnehmer danach unschwer finden. 137

In den „Informationen zur Beitragsanpassung zum 01.01.2018“ werden dem Versicherungsnehmer zunächst die allgemeinen Grundsätze für eine Beitragsanpassung erläutert. Die beiden jährlich zu überprüfenden Rechnungsgrundlagen Leistungsausgaben und Sterbewahrscheinlichkeiten werden zutreffend genannt. Sodann wird konkret die für die Beitragsanpassung zum 01.01.2018 maßgebliche Veränderung der Rechnungsgrundlage unter den in Fettdruck hervorgehobenen Überschriften in Bezug auf die einzelnen Tarife genannt. 138

Dort heißt es auszugsweise: 139

„Maßgebliche Gründe im Sinne von § 203 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) für eine Beitragsanpassung können veränderte Versicherungsleistungen und/oder eine veränderte Lebenserwartung (Sterbewahrscheinlichkeit) sein. 140

Im VV und der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung ist genau geregelt, wann und wie eine Beitragsanpassung erfolgen muss. Wie alle privaten Krankenversicherungsunternehmen sind wir danach gesetzlich verpflichtet, jährlich die zukünftig erforderlichen Leistungen mit den kalkulierten Leistungen und die zukünftig erforderlichen Sterbewahrscheinlichkeiten mit den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten zu vergleichen. 141

Ergibt dieser Vergleich eine Abweichung um mehr als den in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegten Prozentsatz, müssen alle Rechnungsgrundlagen eines Tarifs überprüft und in der Folge in der Regel die Beiträge angepasst werden. Der vorgenannte Prozentsatz beträgt grundsätzlich 10 % bei geschlechtsabhängig kalkulierten Tarifen (Bisex) und 7 % bei geschlechtsunabhängig kalkulierten Tarifen (Unisex). In Ausnahmen gilt für einige Tarife der Prozentsatz 5 %, wenn er in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen vereinbart ist. 142

Bei den Sterbewahrscheinlichkeiten beträgt der Prozentsatz 5 %. 143

Für die Beitragsanpassung zum 01.01.2018 kommen je nach versichertem Tarif die folgenden maßgeblichen Gründe zum Tragen: 144

Steigende Leistungsausgaben 145

…. 146

Bei allen Tarifen – mit Ausnahme der unter den Punkten „Steigende Lebenserwartung“ sowie „Steigende Leistungsausgaben und steigende Lebenserwartung“ genannten Tarife – sind die maßgeblichen Gründe für die Beitragsanpassung also eine insbesondere auf steigende Kosten im Gesundheitswesen und medizinischen Fortschritt zurückzuführende Veränderung bei den Versicherungsleistungen.“ 147

Unter den drucktechnisch hervorgehobenen Überschriften „Steigende Lebenserwartung“ und „steigende Leistungsausgaben“ werden dann namentlich die Tarife aufgelistet, bei denen die in der jeweiligen Überschrift genannten Rechnungsgrundlagen und nicht die steigende Leistungsausgaben die Beitragserhöhung ausgelöst haben. Das Regel-Ausnahme-Verhältnis ermöglicht dem Versicherungsnehmer ohne weiteres, den maßgeblichen Grund für die Beitragserhöhung in dem von ihm unterhaltenen Tarif zum 01.01.2018 nachzuvollziehen. Die von einer Beitragserhöhung betroffenen Tarife werden im Nachtrag zum Versicherungsschein durch die Gegenüberstellung des bisherigen und des neuen Monatsbeitrags sowie durch die unter „Änderungsgründe“ angeführte Ziffer 1 unmissverständlich herausgestellt. Weitergehender Schlussfolgerungen des Versicherungsnehmers bedarf es nicht. Die Mitteilung ist in Bezug auf die erforderlichen Mindestangaben zu den maßgeblichen Gründen klar und verständlich. 148

d) Die zunächst unzureichenden Begründungen für die Prämienerhöhungen zum 01.01.2014 und zum 01.01.2015 wurden mit Zustellung der Klageerwiderung am 08.02.2019 (Bl. 50) an die Prozessbevollmächtigten des Klägers geheilt. Nach Ablauf der Frist nach § 203 Abs. 5 VVG wurden die vorgenannten Prämienerhöhungen zum 01.04.2019 wirksam. 149

aa) Nach der Auffassung des Bundesgerichtshofs führt eine etwaige zunächst unzureichende Mitteilung der Gründe möglicherweise nur zum Erfolg des Zahlungsantrags auf Rückzahlung der bis zum geltend gemachten Zeitpunkt einschließlich geleisteten Prämienzahlungen, nicht aber auch zum Erfolg des darüber hinaus reichenden Feststellungsantrags, sofern eine ausreichende Mitteilung der Gründe in den detaillierten Angaben in der Klageerwiderung erblickt werden könnte (BGH, Urteil vom 19.12.2018, - IV Z R 255/17 -, VersR 2018, 283 ff. in juris Rn. 65). Erfolgt eine Mitteilung der Prämienanpassung zunächst ohne eine den Anforderungen des § 203 Abs. 5 VVG genügende Begründung, wird diese aber später nachgeholt, wird durch den Zugang dieser nachgeholten Begründung die für die Wirksamkeit der Neufestsetzung der Prämie angeordnete Frist in Lauf gesetzt, so dass erst von diesem Zeitpunkt an das Inkrafttreten nach § 203 Abs. 5 VVG zu berechnen ist (BGH, Urteil vom 19.12.2018, - IV Z R 255/17 -, VersR 2018, 283 ff. in juris Rn. 65; MK/Boetius a.a.O. § 203 Rn. 1160; Boetius, Private Krankenversicherung a.a.O. § 203 VVG Rn. 207; **a.A.** und für vollständige Unwirksamkeit: LG Neuruppin, Urteil vom 25.08.2017, - 1 O 338/16 -, VersR 2018, 469 ff. in juris Rn. 26; Brömmelmeyer in Schwintowski/Brömmelmeyer, Praxiskommentar z. VVG, 3. Aufl. 2016, § 203 VVG Rn. 47; Klimke, VersR 2016, 22/24 Ziff. III 1. a) u. b)). 150

bb) Der Senat schließt sich der vom Bundesgerichtshof favorisierten Lösung an. Zunächst spricht der Wortlaut „werden … wirksam“ gegen die Annahme einer endgültigen Wirksamkeit. Außerdem entspricht es dem Willen des Gesetzgebers, an der Rechtslage vor 2008 nichts Wesentliches zu ändern. Dieser Wille würde in sein Gegenteil verkehrt, wenn formelle Mängel bei der Mitteilung ein dauerhaft beachtliches Wirksamkeitshindernis für eine Prämienanpassung darstellten. Ein solches Wirksamkeitshindernis sollte nicht leichtfertig aufgestellt werden, da das Recht des Versicherers auf Beitragsanpassungen nach § 203 Abs. 2 VVG ein wesentlicher Stützpfeiler der aufsichtsrechtlich angestrebten dauernden Erfüllbarkeit der Versicherungsverträge ist (Brand, VersR 2018, 453/457 Ziff. V) und der Versichertengemeinschaft dient. Das berechtigte Interesse des einzelnen Versicherungsnehmers an einer Mitteilung der für seine konkrete Prämienanpassung 151

maßgeblichen Gründe wird hinreichend dadurch geschützt, dass dieser bis zur Heilung etwaiger Begründungsmängel nicht zur Zahlung des erhöhten Beitrages verpflichtet ist.

cc) In Anwendung der vorgenannten Grundsätze sind die unzureichenden Begründungen der Beklagten für die Prämienerhöhung zum 01.01.2014 und 01.01.2015 durch die Ausführungen auf Seite 7 ff. der Klageerwiderung vom 05.02.2019 (Bl. 23 ff.) geheilt. Die Beklagte hat dort die maßgebliche Rechnungsgrundlage (Versicherungsleistungen) und den jeweiligen auslösenden Faktor genannt. Insoweit hat sie nachvollziehbar dargetan, dass und inwieweit bei den einzelnen Erhöhungen der jeweiligen Tarife zu den jeweiligen Stichtagen der gesetzliche Schwellenwert von 10 % überschritten ist. 152

Mit Zustellung der Klageerwiderung am 08.02.2019 wurde in Anwendung der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs die Frist des § 203 Abs. 5 VVG in Lauf gesetzt. Die Prämienerhöhungen in den Tarifen A und B für das Jahr 2014 und im Tarif A für das Jahr 2015 sind ab April 2019 wirksam geworden. 153

Anders als die Beklagte meint, ist eine Heilung der formell unwirksamen Erhöhungen nicht bereits durch die dieser unwirksamen Erhöhung nachfolgenden wirksamen Erhöhung zum 01.01.2017 eingetreten. 154

Für die Heilung einer formell unzureichenden vorgerichtlichen Mitteilung kommt es auf die Nachholung der Mitteilung gemäß § 203 Abs. 5 VVG in der Klageerwiderung an. Allein dadurch, dass die Mitteilung für die Prämienerhöhung im Tarif A zum 01.01.2017 formell ordnungsgemäß ist und den Anforderungen des § 203 Abs. 5 VVG entspricht, folgt nicht, dass damit auch die formell unzureichenden Mitteilungen zu den vorangegangenen Prämienerhöhungen in den Tarifen A und B zum 01.01.2014 und in A zum 01.01.2015, jedenfalls ab dem 01.01.2017 im Wege der Heilung wirksam geworden sind. 155

Die vorgerichtliche Mitteilung zur Prämienerhöhung im Tarif A zum 01.01.2017 bezieht sich nur auf den Erhöhungsbetrag von weiteren 75,48 Euro, nicht aber auf die früheren Erhöhungsbeträge im Tarif A von 24,93 Euro zum 01.01.2014 und von weiteren 40,59 Euro zum 01.01.2015 und erst recht nicht auf den früheren Erhöhungsbetrag in dem anderen Tarif B von 10,83 Euro zum 01.01.2014. 156

Die Heilung einer formell unwirksamen vorgerichtlichen Mitteilung tritt durch ergänzenden Vortrag in der Klageerwiderung dann ein, wenn in der Klageerwiderung zu den jeweiligen Tariferhöhungen in den einzelnen Tarifen und den entsprechenden Stichtagen konkret vorgetragen wird, aufgrund welcher Rechtsgrundlage (gestiegene Leistungsausgaben oder Sterbewahrscheinlichkeit) diese einzelnen Tariferhöhungen beruhen. Dies aber ist bei der vorgerichtlichen Mitteilung zur Tariferhöhung im Tarif A zum 01.01.2017 nicht der Fall. Dieses Mitteilungsschreiben enthält keinerlei Angaben dazu, warum bereits vor dem 01.01.2017 in diesem oder in anderen Tarifen Beitragserhöhungen erforderlich waren. 157

Eine Heilung dieser früheren Tariferhöhungen durch die Mitteilung zur Tariferhöhung im Tarif A zum 01.01.2017 kann insoweit nicht eintreten, weil daraus nicht ersichtlich ist, auf welcher tatsächlichen und rechtlichen Grundlage die früheren Tariferhöhungen vorgenommen worden sind. Die Begründung, die für die Erhöhung zum 01.01.2017 gegeben wird, betrifft allein die dortige Erhöhung im dortigen Tarif, die auf gestiegenen Leistungsausgaben beruhte. Warum vorherige Erhöhungen erfolgt sind, ob diese ebenfalls auf gestiegenen Leistungsausgaben oder aber auf anderen Gründen beruhen, ergibt sich daraus nicht. Insbesondere ergibt sich daraus keine Begründung für eine Erhöhung zum 01.01.2014 in einem anderen Tarif, nämlich in B. 158

Die Mitteilung der maßgeblichen Gründe im Sinne des § 203 Abs. 5 VVG dient, wie oben ausgeführt, zumindest auch dazu, den Versicherungsnehmer umfassend über die anstehende Erhöhung und die dieser zugrundeliegenden Gründe zu informieren. Der Versicherungsnehmer wird so in die Lage versetzt, unter Berücksichtigung dieser Gründe zu entscheiden, ob er aufgrund der Erhöhung einen Tarifwechsel wünscht oder gar den bestehenden Tarif kündigt. Ohne ausreichende Informationen in dem Begründungsschreiben 159

kann er diese Entscheidung nicht zum maßgeblichen Zeitpunkt treffen, zu dem die Erhöhung erfolgen soll. Wenn er erst im Rahmen des Erhöhungsschreibens zum 01.01.2017 Informationen erhalten und diese keine Begründung mehr für die bereits erfolgten Prämienerhöhungen enthalten würde, könnte die Entscheidung zur eventuellen Ausübung des Tarifwechsel- oder Kündigungsrechts auch zu diesem Zeitpunkt noch nicht getroffen werden.

Eine andere rechtliche Beurteilung ergibt sich auch nicht aus dem von der Beklagten zitierten Urteil des Landgerichts Essen vom 30.01.2019 – VersR 2019, 1203. Gegenstand dieses Urteils war eine Prämienerhöhung zum 01.01.2015. Das Landgericht hat darauf abgestellt, dass die Begründung für den ab 01.01.2017 zu zahlenden Versicherungsbeitrag auch den Erhöhungsteil erfasste, der dort ab 01.01.2015 im Streit stand. 160

Insoweit ist zunächst nicht ersichtlich, welchen Inhalt die Begründung für den ab 01.01.2017 zu zahlenden Versicherungsbeitrag hatte, insbesondere ob sich diese zumindest auch auf die vorangegangene Erhöhung zum 01.01.2015 bezogen hat. Im Übrigen wird vom Landgericht Essen übersehen, dass sich die Mitteilung über eine spätere Beitragserhöhung nur zu den für die konkrete Erhöhung maßgeblichen Umständen – z.B. maßgebliche Rechnungsgrundlage, Tarif, auslösender Faktor etc. – verhält, die regelmäßig nicht mit den Grundlagen einer früheren unwirksamen Beitragserhöhung übereinstimmen. Infolge dessen kann eine Mitteilung zu einer Prämienerhöhung zum 01.01.2017 nicht einen Begründungsmangel einer früheren Prämienerhöhung zu einem früheren Stichtag in formeller Hinsicht heilen. 161

Auch aus dem von der Beklagten zitierten Urteil des Landgerichts Dortmund vom 14.08.2013 – 2 O 276/10 – ergibt sich keine andere Beurteilung. In diesem Urteil wird maßgeblich die Frage der materiellen Rechtmäßigkeit behandelt. Es wird darauf abgestellt, dass die Unwirksamkeit einer vorangegangenen Beitragsanpassung in den Folgejahren nicht dazu führt, dass die dafür errechneten auslösenden Faktoren nicht korrekt sind, da die in diese eingehenden rechnungsmäßigen Leistungen auch bei unwirksamer Beitragsanpassung keine anderen als die von der Beklagten bei angenommener Wirksamkeit der Beitragsanpassung berechneten Leistungen sind. 162

Die materiellen Wirksamkeitserwägungen sind nicht geeignet, die vorliegende Unwirksamkeit der Beitragserhöhung in formeller Hinsicht zu heilen. 163

Auch auf den Einwand der unzulässigen Rechtsausübung wegen widersprüchlichen Verhaltens gemäß § 242 BGB kann die Beklagte sich nach dem Grundsatzurteil des BGH vom 19.12.2018, - IV ZR 25/17 – nicht mit Erfolg berufen. 164

Bei der Neufestsetzung einer Prämie betrifft die Begründung der jeweiligen Prämienerhöhung nur den „Erhöhungsbetrag“, nicht aber bereits vorangegangene Prämienanpassungen, die der Versicherer üblicherweise bereits in dem Herbst des entsprechenden Vorjahres angekündigt und – zumindest aus seiner Sicht – ausreichend begründet hat. Demnach hat eine nicht berechtigte frühere Beitragserhöhung keine Auswirkung auf die Höhe der später geforderten Prämie, weil die Erhöhung jeweils für sich genommen berechnet wird und zu dem Ergebnis führt, dass nunmehr ein bestimmter Betrag gefordert werden kann, der allein auf der Neuberechnung beruht. Etwaige Fehler in der Vergangenheit werden nicht „weitergeführt“. 165

Ein Versicherer kann eine formell oder materiell unwirksame Prämienerhöhung daher nicht dadurch ausgleichen, dass eine zeitlich später vorgenommene, dann formell und materiell wirksame Prämienerhöhung entsprechend höher ausfällt. Denn damit würden die in den alleinigen Verantwortungsbereich der beklagten Versicherung fallenden Verpflichtungen zur Einhaltung der formellen und materiellen Voraussetzungen bei der Prämienerhöhung nachträglich auf die Versicherten abgewälzt. Ihnen würden die aufgrund festgestellter Unwirksamkeit der Prämienerhöhungen für einen bestimmten Zeitraum zustehenden bereicherungsrechtlichen Rückforderungsansprüche hinsichtlich der geleisteten, aber unwirksamen Erhöhungsbeträgen über den Umweg einer später nachgeholten wirksamen und entsprechend höheren Beitragsanpassung wieder genommen, indem sie die erhöhten Prämienbeiträge zahlen müssten. 166

2. Der Klageantrag zu 2 ist teilweise begründet. 167

Der Kläger hat gegen die Beklagte einen Anspruch auf Rückzahlung geleisteter Erhöhungsbeiträge i.H.v. 3.588,45 Euro aus § 812 Abs. 1 S. 1 1. Alt. BGB. 168

a) Darüber hinausgehende Beitragszahlungen, die bis Ende 2014 auf unwirksame Erhöhungen erfolgt sind, sind verjährt. Die Beklagte hat erfolgreich bereits mit ihrer Klageerwiderung vom 05.02.2019 die Einrede der Verjährung erhoben. Der Anspruch des Klägers auf Rückzahlung war mit der jeweiligen monatlichen Prämienzahlung entstanden. Der Kläger hatte mit Erhalt der Anpassungsschreiben zu den formell unwirksamen Erhöhungen zum 01.01.2014 und zum 01.01.2015 Kenntnis von den anspruchsbegründenden Umständen. 169

Für den bereicherungsrechtlichen Rückerstattungsanspruch gilt die dreijährige Verjährungsfrist gemäß § 195 BGB, deren Beginn sich nach § 199 Abs. 1 BGB bzw. § 199 Abs. 3 BGB richtet. Nach § 199 Abs. 1 BGB beginnt die regelmäßige Verjährungsfrist gemäß § 195 BGB, soweit nicht ein anderer Verjährungsbeginn bestimmt ist, mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist (Nr. 1) und der Gläubiger von den den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt oder ohne grober Fahrlässigkeit erlangen müsste. 170

aa) Für die Entstehung des bereicherungsrechtlichen Rückzahlungsanspruchs gemäß § 199 Abs.1 Nr. 1 BGB ist auf die jeweilige monatliche Prämienzahlung abzustellen, weil frühestens mit der jeweiligen monatlichen Zahlung der vermeintlich überhöhten Prämie der Rückforderungsanspruch fällig wird und entsteht. 171

Die Verjährung beginnt zu dem Zeitpunkt zu laufen, in dem dem Versicherungsnehmer die Mitteilung über die Beitragserhöhung zugegangen ist. Der Gesetzgeber hat nicht ähnliche Regelungen wie bei dem Widerrufsrecht nach Verbraucherschutznormen oder z.B. § 5a Abs. 1 VVG a.F. getroffen, sondern den Wirksamkeitszeitpunkt der Beitragserhöhung bis zu dem Zeitpunkt hinausgeschoben, in dem der Versicherungsnehmer eine ordnungsgemäße Mitteilung über die Beitragserhöhung erhalten hat (LG Neuruppin, Urteil vom 25.08.2017, - 1 O 338/16 -, VersR 2018, 469 ff. in juris Rn. 40). Die Rückzahlungsforderung ist jeweils frühestens mit der Zahlung der vermeintlich überhöhten Prämie fällig geworden, also entstanden (LG Neuruppin, a.a.O; OLG Köln, Urteil vom 20 U 128/16 -, in juris Rn 14 f.). 172

bb) Die erforderliche Kenntnis bzw. grob fahrlässige Unkenntnis des Klägers lag mit Erhalt der Anpassungsschreiben aus November 2013 und aus November 2014 vor. Bezogen auf die formelle Unwirksamkeit liegt die Kenntnis bzw. grob fahrlässige Unkenntnis des Klägers als Versicherungsnehmer im Sinne des § 199 Abs. 1 Nr. 2 BGB mit Erhalt der jeweiligen Anpassungsschreiben der Beklagten für die betreffenden Tarife vor. Diesen konnte der Kläger nichts entnehmen, was ihm die Prüfung der durch die Beklagte aufgestellten Behauptung über die Erforderlichkeit der Beitragsanpassung ermöglicht hätte. 173

Soweit der Gläubiger – hier der Versicherte – von den den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt oder ohne grob fahrlässige Unkenntnis erlangt haben muss, ist dies hinsichtlich der formellen Voraussetzung der Mitteilung über die Beitragserhöhung mit Zugang derselben der Fall. Ab diesem Zeitpunkt ist von einer grob fahrlässigen Unkenntnis des Klägers in dem Sinne auszugehen, dass er seine Beiträge in einer Höhe entrichtet, die auf einer unwirksamen Beitragserhöhung beruht. Es genügt die Kenntnis von den anspruchsbegründenden Umständen, nicht erforderlich ist, dass der Gläubiger den Vorgang rechtlich zutreffend bewertet (LG Neuruppin, a.a.O, juris Rn. 42; BGH NJW 2008, 1729 ff. in juris Rn. 26). 174

Grundsätzlich reicht eine Kenntnis aus, die den Berechtigten in die Lage versetzt, wenn auch nicht ohne Risiko, eine Feststellungsklage zu erheben (LG Neuruppin, a.a.O., in juris Rn. 42, BGH NJW 2013, 1801). Der Versicherungsnehmer hat im Hinblick auf das Fehlen der formellen Voraussetzung der Mitteilung der wesentlichen Gründe gemäß § 203 Abs. 5 VVG 175

die Kenntnis von der Unwirksamkeit dann grob fahrlässig nicht erlangt, wenn er den Mitteilungen der in Anspruch genommenen Versicherung über die jeweilige Prämienerhöhung ganz offensichtlich nichts entnehmen konnte, was ihn die Richtigkeit der von der beklagten Versicherung aufgestellten Behauptung über die Erforderlichkeit der Beitragserhöhung überprüfen ließ. (LG Neuruppin, a.a.O., in juris Rn. 43).

Von einer solchen grob fahrlässigen Unkenntnis der Versicherten vom Fehlen einer ausreichenden Mitteilung gemäß § 203 Abs. 5 VVG und einer daraus folgenden – zeitweisen – formellen Unwirksamkeit der Prämienerhöhung bis zur Vorlage einer ausreichenden Mitteilung gemäß § 203 Abs. 5 VVG durch die Versicherung ist vorliegend auszugehen, da in den betreffenden Anpassungsmitteilungen der Versicherung nicht einmal die maßgebliche Rechnungsgrundlage (Leistungsausgaben oder Sterbewahrscheinlichkeit), die für die Prämienanpassung verantwortlich war, und die Überschreitung des gesetzlichen Schwellenwertes (> 10 %) oder des in den AVB vereinbarten geringeren Schwellenwertes (> 5 %) angegeben wurde. 176

Denn als gesetzliche Voraussetzung für eine Beitragsanpassung ist nach §§ 203 Abs. 2 VVG, 155 VAG eine Veränderung der Rechnungsgrundlage „Leistungsausgaben oder Sterbewahrscheinlichkeit“ erforderlich und außerdem muss für die Rechtsgrundlage „Leistungsausgabe“ der gesetzliche bzw. tarifliche Schwellenwert überschritten sein. Soweit diese aus dem Gesetz ersichtlichen Voraussetzungen für die jeweils erhöhten Tarife der Krankheitskosten- oder Krankentagegeldversicherung in einer Anpassungsmitteilung nicht enthalten sind, ist daraus für den betroffenen Versicherten offensichtlich erkennbar, dass er die ihm mitgeteilte Beitragsanpassung nicht einmal aufgrund der Behauptung der Beklagten anhand der gesetzlich dafür erforderlichen Voraussetzungen überprüfen kann. 177

Der Kläger kann sich auch nicht darauf berufen, dass es aufgrund unklarer Rechtslage im Hinblick auf die Anforderungen an die Mitteilung der maßgeblichen Gründe gemäß § 203 Abs. 5 VVG an einer Kenntnis bzw. grob fahrlässigen Unkenntnis i.S.d. § 199 Abs. 1 Nr. 2 BGB fehle. Denn dem Kläger war der Inhalt der Anpassungsschreiben, insbesondere die Tatsachen, die die zeitweise fehlende Wirksamkeit der Prämienerhöhung begründen, bekannt. 178

Dem Kläger war eine Klageerhebung trotz des bis heute noch bestehenden Meinungsstreits in Rechtsprechung und Literatur hinsichtlich der Anforderungen an eine Mitteilung der maßgeblichen Gründe im Sinne des § 203 Abs. 5 VVG nicht unzumutbar, nachdem er inzwischen trotz fortbestehenden Meinungsstreits Klage erhoben und sich u.a. auch auf den unzureichenden Inhalt der Anpassungsschreiben sowie die daraus folgende fehlende Wirksamkeit der Prämienanpassung berufen hat. Angesichts dessen hätte die Klage auch schon früher erhoben werden können, weil der Meinungsstreit bis heute nicht höchstrichterlich entschieden ist. Würde man dies anders sehen, könnte in solchen Fällen die Verjährung nie zu laufen beginnen, bis der jeweilige Meinungsstreit höchstrichterlich entschieden ist. 179

Zwar können bei besonders unübersichtlicher und verwickelter Rechtslage ausnahmsweise erhebliche Zweifel den Verjährungsbeginn bis zur Klärung ausschließen (BGH NJW 1999, 2041; Palandt/Ellenberger a.a.O. § 199 Rn. 27). Eine solche hat der BGH im Falle der Widerspruchsfälle gemäß § 5a VVG a.F. verneint und hierzu ausgeführt, für eine Unzumutbarkeit der Klageerhebung genügt es nicht, dass über die Richtlinienkonformität des § 5a VVG a.F. ein Meinungsstreit bestand, über den der Senat im Jahr 2010 noch nicht abschließend entschieden hatte. Eine Rechtslage ist nicht schon dann im Sinne der genannten Rechtsprechung unsicher und zweifelhaft, wenn eine Rechtsfrage umstritten und noch nicht höchstrichterlich entschieden ist. Bei einer solchen Konstellation sei dem Gläubiger die Erhebung der Klage jedenfalls dann nicht unzumutbar, wenn er gleichwohl bereits vor einer höchstrichterlichen Entscheidung seinen Anspruch gegenüber dem Schuldner geltend macht und dadurch zu erkennen gibt, vom Bestehen des Anspruchs auszugehen (BGH, Urteil vom 21.02.2018, - IV ZR 385/16 -, VersR 2018, 404 f. in juris Rn. 17). Genau dies tat der Kläger. 180

b) Der Kläger hat gemäß § 812 Abs. 1 Satz 1 Alt. 1 BGB einen Anspruch gegen die Beklagte auf Rückzahlung von Prämien, die er ohne Rechtsgrund geleistet hat. 181

Die streitgegenständlichen Prämienerhöhungen zum 01.01.2014 und 01.01.2015 sind wegen unzureichender Begründungen in den Mitteilungsschreiben bis zur Heilung ab April 2019 nicht wirksam geworden. Der Kläger begehrt ausweislich seiner erstinstanzlichen Berechnung (Bl. 11 ff. d.A.) sowie der Klarstellung in der mündlichen Verhandlung vom 07.01.2020 die Rückzahlung der zuviel gezahlten Beiträge für die Zeit bis zum 01.12.2018. Die auf die vorgenannten Prämienanpassungen vom Kläger geleisteten Erhöhungsbeiträge bis einschließlich November 2018 erfolgten ohne Rechtsgrund. Die zu viel gezahlten Beträge auf die Erhöhungen für die Jahre 2014 und 2015 errechnen sich – unter Berücksichtigung der hinsichtlich der Mehrzahlungen bis Ende des Jahres 2014 eingetretenen Verjährung – auf insgesamt 3.588,45 Euro: 182

Tarif	Erhöhung	2015	2016	2017	2018	insgesamt
A	ab 01.01.14: 24,93 €	299,16€	299,16€	299,16€	274,23€	1.171,71 €
A	ab 01.01.15: 40,59 €	487,08€	487,08€	487,08€	446,49€	1.907,73 €
B	ab 01.01.14: 10,83 €	129,96€	129,96€	129,96€	119,13€	509,01 €
insgesamt						**3.588,45 €**

183

c) Die von der Beklagten erhobenen Einwendungen gegen die Höhe des geltend gemachten Rückzahlungsanspruchs greifen nicht durch. 184

aa) Entgegen der Ansicht der Beklagten muss sich der Kläger auf der Rechtsfolgenseite des bereicherungsrechtlichen Rückzahlungsanspruchs gemäß § 812 Abs. 1 S. 1 1. Alt. BGB nicht etwaige Vorteile aus den geleisteten erhöhten Prämienbeiträgen anrechnen lassen, weil die Grundsätze der Vorteilsausgleichung im Bereicherungsrecht grundsätzlich keine Anwendung finden. Die erstinstanzlich erklärte Aufrechnung der Beklagten geht insoweit ins Leere. Der Bereicherte – hier die Beklagte – kann sich nicht darauf berufen, dass der Entreicherte – hier der Versicherte – durch den Bereicherungsvorgang – hier Zahlung der erhöhten Prämienbeiträge – auch Vorteile gehabt hat. Die Grundsätze der Vorteilsausgleichung sind auf die nur auf objektiven Ausgleich gerichteten Ansprüche aus unberechtigter Bereicherung nicht anwendbar (Palandt/Sprau, BGB, 78. Aufl. 2019, § 812 Rn. 72; BGH, Urteil vom 05.11.2002, - XI ZR 381/01 -, NJW 2003, 582 ff. in juris Rn. 26 m.w.N.; BGH, Kartellsenat, Urteil vom 22.07.2014, - KZR 27/23 -, NJW 2014, 3089 ff. in juris Rn. 43). Zwar können nach dem Grundsatz von Treu und Glauben im Einzelfall Ausnahmen in Betracht kommen (BGH, Kartellsenat, Urteil vom 22.07.2014, - KZR 27/23 -, NJW 2014, 3089 ff. in juris Rn. 43), den der Bundesgerichtshof beim Rückforderungsanspruch nach § 3 HWiG angenommen und eine Anrechnung von Steuervorteilen im Wege der Vorteilsausgleich in entsprechender Anwendung der dafür geltenden Grundsätze vorgenommen hat (BGH, Urteil vom 24.04.2007, - XI ZR 17/06 -,NJW 2007, 2401 ff. in juris Rn. 24). Ein solcher Ausnahmefall ist allerdings vorliegend nicht gegeben. 185

bb) Eine abweichende rechtliche Beurteilung ergibt sich nicht aus der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs zu den Fällen, in denen Lebens- oder Rentenversicherungen nach § 5 a VVG a.F. nach einem wirksamen Widerspruch nach § 812 Abs. 1 S. 1 1. Alt. BGB 186

rückgewickelt werden mussten. Zwar hat der Bundesgerichtshof in diesen Fällen entschieden, dass die bereicherungsrechtlichen Rechtsfolgen der Europarechtswidrigkeit des § 5a Abs. 2 S. 4 VVG a.F. nicht auf eine Wirkung ab Zugang des Widerspruchs (ex nunc) zu beschränken sind, sondern nur eine Rückwirkung dem Effektivitätsgebot entspreche (BGH, Urteil vom 11.11.2015, - IV ZR 513/14 -, VersR 2016, 33 ff. in juris Rn. 29) und dass der Anspruch auf Prämienrückzahlung nach § 812 Abs. 1 S. 1 1. Alt. BGB der Höhe nach nicht uneingeschränkt alle gezahlten Prämien umfasse, vielmehr dem Kläger bei der bereicherungsrechtlichen Rückabwicklung der jedenfalls faktisch bis zum Widerspruch genossene Versicherungsschutz anzurechnen sei (BGH, Urteil vom 11.11.2015, - IV ZR 513/14 -, VersR 2016, 33 ff. in juris Rn. 30; BGH, Urteil vom 07.05.2014, - IV ZR 76/11 -, VersR 2014, 817 ff. in juris Rn. 45).

Diese Fälle sind mit den vorliegenden Fällen eines Rückgewähranspruchs des Versicherten nach unwirksamer Prämienerhöhung insoweit nicht vergleichbar, als eine etwaige Unwirksamkeit einer Prämienerhöhung keine Auswirkungen auf die Wirksamkeit und den Fortbestand des Krankenversicherungsschutzes sowie die Höhe der vereinbarten Prämien bis zum Zeitpunkt der unwirksamen Prämienerhöhung hat. Infolge dessen erfolgt bei Unwirksamkeit einer Prämienerhöhung – anders als in den Widerspruchsfällen gem. § 5a VVG a.F. – keine Rückabwicklung des Krankenversicherungsvertrags. Vielmehr bleibt die beklagte Versicherung nach wie vor zur Versicherungsleistung bei Vorliegen eines Versicherungsfalles verpflichtet und der Versicherte hat jedenfalls die Prämien in der bisherigen Höhe zu zahlen. 187

cc) Entgegen der Auffassung der Beklagten ist die sog. Saldotheorie nicht anzuwenden. Die Saldotheorie findet dogmatisch nur bei rechtsunwirksamen Verträgen Anwendung, was bei einer unwirksamen Prämienerhöhung nicht der Fall ist. Der Krankenversicherungsvertrag bleibt im Übrigen mit der bisherigen, geringeren Prämie wirksam. Der vertraglich zugesagte Leistungsanspruch des Versicherungsnehmers erhöht sich nicht aufgrund einer Prämienanpassung. 188

dd) Entgegen der Ansicht der Beklagten sind als anzurechnende Vermögensvorteile des Versicherungsnehmers nicht in Abzug zu bringen die Sparprämie (= zur Bildung von Rückstellungen für die im Alter steigenden Versicherungsleistungen), die Risikoprämie und der gesetzliche Beitragszuschlag (= Erhebung gem. § 149 VAG und Zuführung zur Alterungsrückstellung), die anteilig aus den Prämienbeiträgen gebildet werden. Denn es ist keineswegs sicher und auch nicht absehbar, ob und ggf. in welchem Umfang der jeweilige Versicherte überhaupt in den Genuss dieser Leistungen kommt. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Versicherte die dafür geltende Altersgrenze noch nicht erreicht hat. Insofern erscheint es angemessen, dass allein das Versicherungsunternehmen das rechtliche Risiko trägt, eine Prämienanpassung rechtswirksam durchzusetzen (Ossyra, VuR 2018, 373/380 Ziff. II.). 189

ee) Die Beklagte kann sich gegenüber dem bereicherungsrechtlichen Rückerstattungsanspruch des Klägers wegen erhöhter Prämien nicht mit Erfolg auf Entreicherung gemäß § 818 Abs. 3 BGB berufen. 190

Soweit die Beklagte die vereinnahmten erhöhten Prämien zur Erbringung von Versicherungsleistungen verwendet hat, ist sie schon deswegen nicht entreichert, weil sie durch diese Leistung die ihr aufgrund der jeweiligen Krankenversicherungsverträge obliegende Verpflichtung zur Erstattung der versicherten Krankheitskosten erfüllt hat und sie damit von einer Verbindlichkeit befreit worden ist. Diese Leistungsverpflichtung der Beklagten bei Vorliegen eines Versicherungsfalles besteht unabhängig davon, ob die Prämienanpassung wirksam ist oder nicht, denn der Krankenversicherungsvertrag besteht fort. Die Befreiung von einer Verbindlichkeit mit Hilfe des rechtsgrundlos Erlangten durch den Bereicherungsschuldner stellt eine fortbestehende Bereicherung dar, der Bereicherungsschuldner kann sich grundsätzlich nicht auf § 818 Abs. 3 BGB berufen (Palandt/Sprau a.a.O. § 818 Rn. 45, BGH NJW 1985, 2700). 191

Soweit die Beklagte nach ihrem Vortrag aus den eingenommenen erhöhten Prämien anteilig Sparprämien, Risikoprämien und den gesetzlichen Beitragszuschlag gebildet haben will, entspricht auch dies ihrer Verpflichtung aus dem Versicherungsvertrag. Dabei verkennt der Senat nicht, dass ein Unterschied zu der Verwendung der erhöhten Prämien zur Erbringung der versicherungsvertraglich geschuldeten Leistungen insofern bestehen dürfte, als eine Verpflichtung zur Bildung entsprechender anteiliger Sparprämien, Risikoprämien und des gesetzlichen Beitragszuschlags erst aufgrund der Prämienerhöhung entstanden sein wird. Indes hat die Beklagte trotz ihres umfangreichen Vortrages bisher nicht konkret dargetan, dass es ihr bei einer gerichtlichen Feststellung der Unwirksamkeit der erhöhten Prämien nicht möglich wäre, die zur Bildung von Sparprämien und gesetzlichen Beitragszuschlägen verwendeten erhöhten Prämienanteile wieder zurück zu buchen oder mit späteren auf diese Prämienanteile zu erbringenden Aufwendungen zu verrechnen. Bei der Möglichkeit einer Rückbuchung oder späteren Verrechnung scheidet eine Entreicherung der Beklagten von vornherein aus. Hierzu verhält sich der Vortrag der Beklagten nicht. 192

Der Kläger hat gemäß §§ 288 Abs. 1, 291 BGB einen Anspruch auf Zinszahlung in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 04.01.2019, dem Eintritt der Rechtshängigkeit, aus dem Rückzahlungsanspruch in Höhe von 3.588,45 Euro. 193

4. Ein Anspruch des Klägers auf Erstattung vorgerichtlicher Rechtsanwaltskosten besteht nicht. 194

Ein Anspruch aus Verzug ist nicht schlüssig dargelegt. Dem klägerischen Vortrag ist nicht zu entnehmen, dass die Beklagte sich bei Übersendung und Zugang des vorgerichtlichen anwaltlichen Mahnschreibens vom 16.08.2018 schon in Verzug befunden hat. Die Kosten eines verzugsbegründenden anwaltlichen Mahnschreibens sind nicht erstattungsfähig, da sie nicht infolge des Verzugs der Beklagten entstanden sind. 195

5. Die prozessualen Nebenentscheidungen beruhen auf §§ 92 Abs. 1, 708 Nr. 10, 711 ZPO. Der Kläger obsiegt hinsichtlich des Antrages zu 1) mit 3.206,70 Euro (Erhöhungen zum 01.01.2014 von 24,93 Euro und 10,83 Euro und Erhöhung zum 01.01.2015 um 40,59 Euro – Gesamt 76,35 Euro x 42 Monate). Hinsichtlich des Antrages zu 2) obsiegt der Kläger mit 3.588,45 Euro. Daraus ergibt sich insgesamt eine Quote des Obsiegens von 45 %. 196

6. Die Revision wird gemäß § 543 Abs. 1 Nr. 1 ZPO zugelassen. Die Rechtssache hat grundsätzliche Bedeutung (§ 543 Abs. 2 Nr. 1 ZPO). 197

7. Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird auf 15.180,76 Euro festgesetzt. 198

Bezüglich des Antrages zu 1 auf Feststellung der eingetretenen Erledigung bzgl. der Unwirksamkeit der Prämienerhöhungen ist § 9 ZPO i.V.m. § 48 Abs. 1 GKG anzuwenden (so auch LG Frankfurt (Oder), Urteil vom 18. Januar 2018 – 14 O 203/16 –, Rn. 117, juris). D. h. die streitgegenständlichen Erhöhungsbeiträge (24,93 €+ 40,59 € + 75,48 € + 96,96 € + 10,83 € + 7,50 € = 256,28 €) sind mit 42 zu multiplizieren. Danach errechnet sich für den Feststellungsantrag zu 1 ein Wert von 10.763,76 €. Ein Feststellungsabschlag ist bei der begehrten negativen Feststellung nicht vorzunehmen (Herget, in Zöller, ZPO, 32. Aufl., § 3, Rn. 16 „Feststellungsklagen“). Da die Erledigungserklärung einseitig erfolgte, ändert sich der Streitwert nicht. Zu dem Streitwert zu 1) addiert sich der Zahlungsantrag in Höhe von 4.417,00 Euro. Der Antrag zu 3 bleibt gemäß § 4 Abs. 1 ZPO außer Ansatz. 199

www.nrwe.de
Justiz-ONLINE
NRWE - Rechtsprechungsdatenbank der Gerichte in Nordrhein-Westfalen