LG Nürnberg-Fürth, Endurteil v. 28.10.2022 – 11 O 3715/22

Titel:

Krankenversicherung, Leistungen, Versicherungsschutz, Versicherungsbedingungen, Versicherungsnehmer, Pflegeversicherung, Kostenerstattung, Versicherungsvertrag, Streitwert, Vergleich, Berechnung, Versicherungsleistungen, Versicherer, Abweichung, Kosten des Rechtsstreits, private Pflegeversicherung, keinen Erfolg, Prämienanpassung, Veränderung der Rechnungsgrundlage, Richtungsneutralität, Treuhänder, Unabhängigkeit, Materielle Prüfung, Limitierungsmittelverwendung, Beitragsanpassung, Mitteilungspflicht, Schwellenwertmechanismus, Zustimmung des Treuhänders, Kalkulation der Anpassungen, Wirksamkeit der Anpassungen, Prämienerhöhung, Beitragsanpassungen, Verjährung, Bereicherungsanspruch, Rückzahlungsansprüche, Vorlagepflicht, Nachfragerecht, Kostenentscheidung, Klagezulässigkeit, Feststellungsklage, Wirksamkeit von Beitragsanpassungen, Rückzahlungsanspruch, Feststellungsinteresse

Schlagworte:

Krankenversicherung, Leistungen, Versicherungsschutz, Versicherungsbedingungen, Versicherungsnehmer, Pflegeversicherung, Kostenerstattung, Versicherungsvertrag, Streitwert, Vergleich, Berechnung, Versicherungsleistungen, Versicherer, Abweichung, Kosten des Rechtsstreits, private Pflegeversicherung, keinen Erfolg, Prämienanpassung, Veränderung der Rechnungsgrundlage, Richtungsneutralität, Treuhänder, Unabhängigkeit, Materielle Prüfung, Limitierungsmittelverwendung, Beitragsanpassung, Mitteilungspflicht, Schwellenwertmechanismus, Zustimmung des Treuhänders, Kalkulation der Anpassungen, Wirksamkeit der Anpassungen, Prämienerhöhung, Beitragsanpassungen, Verjährung, Bereicherungsanspruch, Rückzahlungsansprüche, Vorlagepflicht, Nachfragerecht, Kostenentscheidung, Klagezulässigkeit, Feststellungsklage, Wirksamkeit von Beitragsanpassungen, Rückzahlungsanspruch, Feststellungsinteresse

Rechtsmittelinstanzen:

OLG Nürnberg, Hinweisbeschluss vom 05.06.2023 – 8 U 3284/22
OLG Nürnberg, Beschluss vom 27.06.2023 – 8 U 3284/22

Tenor

I. Die Klage wird abgewiesen.

II. Der Kläger hat die Kosten des Rechtsstreits zu tragen.

III. Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar. die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 110 % des aufgrund des Urteils vollstreckbaren Betrags abwenden, wenn nicht vor der Vollstreckung Sicherheit in Höhe von 110 % des zu vollstreckenden Betrags.

Beschluss

Der Streitwert wird auf 5.190,91 € festgesetzt.

Tatbestand

1
Die Parteien streiten über die Wirksamkeit von Beitragsanpassungen in der privaten Krankenversicherung des Klägers.

2
Der Kläger unterhält bei dem Beklagten unter der Versicherungsnummer ... seit dem 01.10.1995 eine private Kranken- und Pflegeversicherung. Versichert sind u.a. die Tarife 200 (Krankenhauskostentarif), 103 (Krankheitskostentarif für ambulante Leistungen) und 194 (Zusatztarif für Zahnersatz). Versicherte Person ist der Kläger selbst. Dem Vertrag liegen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung nebst Tarifbedingungen zugrunde

(Anlagenkonvolut B 2). In § 8 b Abs. 1 MB/KK in Verbindung mit den dazugehörigen Tarifbedingungen (Teil II TB/KK) ist ein Beitrags- und Selbstbehaltsanpassungsrecht für den Fall vereinbart, dass die jährlich vorzunehmende Gegenüberstellung der erforderlichen Mittel in der technischen Berechnungsgrundlage mit den kalkulierten Versicherungsleistungen einer Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als fünf Prozent ergibt.

3
Beklagtenseits wurden folgende Beitragserhöhungen vorgenommen (…), denen jeweils ein unabhängiger Treuhänder zustimmte:

Tarif 103

- 01.01.2017 um 4,13 EUR (auslösender Faktor 91,8)

Tarif 194

- 01.01.2019 um 3,20 EUR (auslösender Faktor 76,4)

Tarif 200

- 01.01.2015 um 44,95 EUR (auslösender Faktor 112,1)

- 01.01.2018 um 15,59 EUR (auslösender Faktor 89,3)

4
Der Beklagte informierte den Kläger mit Schreiben vom 05.11.2016, dem ein Nachtrag zum Versicherungsschein (Anlagenkonvolut …) beigefügt war, über die Beitragsanpassung zum 01.01.2017 (…). Dort heißt es auf Seite 1 auszugsweise wie folgt:

„Sehr geehrter Herr …,

für Ihren Versicherungsvertrag N-2.853.826 ergeben sich zum 1. Januar 2017 Änderungen, über die wir Sie heute informieren möchten.

Beitragsanpassungen

Kostensteigerungen im Gesundheitswesen, die z. B. durch den medizinischen Fortschritt und die steigende Lebenserwartung entstehen, lassen sich nicht vermeiden. Alle privaten Krankenversicherungsunternehmen sind gesetzlich dazu verpflichtet, mindestens jährlich die Beiträge zu überprüfen und bei Bedarf anzupassen. Die Überprüfung der Beitragskalkulation hat ergeben, dass eine Anpassung der Versicherungsbeiträge zum 1. Januar 2017 erforderlich ist.“

5
Seite 2 des vorgenannten Schreibens lautet auszugsweise wie folgt:

„Für welche Personen und Tarife ergeben sich Änderungen durch Beitragsanpassungen gemäß § 203 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)?

Eugen Pfeuffer: 103, PVN

Welche Änderungen ergeben sich?

- Die bedingungsgemäß durchgeführte Beitragsüberprüfung führt zu Beitragssenkungen in der Krankenversicherung.

- Den bisher gewährten einjährigen Nachlass in der Krankenversicherung für das Jahr 2016 verlängern wir insoweit, dass keine Beitragserhöhung oberhalb der allgemeinen Kostenentwicklung im Gesundheitswesen entsteht. Gegebenenfalls wird dieser für die jeweilige versicherte Person für das Jahr 2017 auf dem Versicherungsschein ausgewiesen.“

6
Seite 3 des vorgenannten Schreibens lautet auszugsweise wie folgt:

„Weitere Informationen

Änderung des einjährigen Nachlasses

Zum 1. Januar 2017 erfolgte eine Neufestsetzung des einjährigen Nachlasses mit der Folge einer Beitragsänderung. Es handelt sich hierbei um keine Beitragserhöhung gemäß § 8b Abs. 1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Beitragsanpassungsklausel). Ein Sonderkündigungsrecht besteht daher nicht.“

7
Der Beklagte informierte den Kläger mit Schreiben vom 11.11.2017, dem ein Nachtrag zum Versicherungsschein (Anlagenkonvolut …) beigefügt war, über die Beitragsanpassung zum 01.01.2018 (…). Seite 1 ist mit Ausnahme des Datums (01.01.2018 statt 01.01.2017) in den zitierten Passagen identisch zu dem Schreiben vom 05.11.2016.

8
Seite 2 des vorgenannten Schreibens vom 11.11.2017 lautet auszugsweise wie folgt:

„Für welche Personen und Tarife ergeben sich Änderungen durch Beitragsanpassungen gemäß § 203 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)?

…: 200

Welche Änderungen ergeben sich?

- Die bedingungsgemäß durchgeführte Beitragsüberprüfung führt zu Beitragsanhebungen.

- Den bisher gewährten einjährigen Nachlass in der Krankenversicherung für das Jahr 2017 verlängern wir insoweit, dass keine Beitragserhöhung oberhalb der allgemeinen Kostenentwicklung im Gesundheitswesen entsteht. Gegebenenfalls wird dieser für die jeweilige versicherte Person für das Jahr 2018 auf dem Versicherungsschein ausgewiesen.

- Die LKH wird wiederum in hohem Maße Mittel aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung einsetzen, um einen Teil der Beitragsanhebungen zu finanzieren. Hierdurch wird die Beitragserhöhung insbesondere unserer älteren Versicherten deutlich begrenzt.

- Soweit wir zur Begrenzung der Beitragsanpassung einen einjährigen Nachlass gewähren, wird dieser auf dem beiliegenden Versicherungsschein je versicherter Person ausgewiesen.“ Seite 3 des vorgenannten Schreibens lautet auszugsweise wie folgt:

Weitere Informationen

Warum findet eine Beitragsanpassung statt?

Die LKH ist wie jedes andere Unternehmen der privaten Krankenversicherung gesetzlich dazu verpflichtet, jährlich eine Anpassung für alle Tarife zu prüfen. Über- oder unterschreiten die tatsächlich erbrachten Leistungen im Tarif die rechnungsmäßig veranschlagten Versicherungsleistungen, müssen die Beiträge angepasst werden. Dies gilt für Beitragserhöhungen, aber natürlich auch für Beitragssenkungen.

Damit wir Ihnen während der gesamten Vertragslaufzeit den vertraglich vereinbarten Versicherungsschutz bieten können, wird durch eine Beitragsänderung die Wiederherstellung des Gleichgewichtes zwischen kalkulierten und tatsächlich erbrachten Leistungen sichergestellt.

Was sind die maßgeblichen Gründe für Beitragserhöhungen?

Aufgrund des gestiegenen Gesundheitsbewusstseins werden ärztliche Leistungen häufiger in Anspruch genommen. Kostensteigerungen im Gesundheitswesen, z. B. bedingt durch den medizinischen Fortschritt, müssen ebenfalls berücksichtigt werden.

Auch die steigende Lebenserwartung geht mit einer längeren und intensiveren medizinischen Betreuung einher, für die der Versicherer länger als ursprünglich kalkuliert aufkommen muss.

Damit Sie jederzeit von diesem wachsenden Versicherungsumfang profitieren können, lassen sich entsprechende Beitragsänderungen leider nicht immer vermeiden.

Wonach richtet sich die Höhe der Beiträge?

Die Beiträge in der privaten Krankenversicherung sind so kalkuliert, dass sie aufgrund der gebildeten Alterungsrückstellungen höhere Krankheitskosten mit zunehmendem Alter bereits berücksichtigen. Somit ist

sichergestellt, dass die Beiträge für den einzelnen Versicherten nicht allein aufgrund des Älterwerdens steigen.

Allerdings können sich die Kalkulationsgrundlagen im Laufe der Vertragszeit (z. B. medizinischer Fortschritt, Lebenserwartung) ändern. Ergibt der jährliche Vergleich der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen eine Abweichung, die über den in dem jeweiligen Tarif vereinbarten Prozentsatz (§ 8b der jeweiligen AVB) hinausgeht und ist diese nicht als vorübergehend anzusehen, ist eine Anpassung der Beiträge unvermeidbar. In diesem Zusammenhang sind sämtliche Rechnungsgrundlagen zu überprüfen und ggf. anzupassen.

Die Berechnung der Beiträge ergibt sich aus § 8a der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes und ist in den Technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.

Was sind die Rechtsgrundlagen für Beitragsanpassungen?

Die Rechtsgrundlage für Beitragsänderungen in der Krankenversicherung ergibt sich aus § 8b der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen, aus § 203 des Versicherungsvertragsgesetzes (WG), aus den §§ 155, 157 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und der aufgrund § 160 VAG erlassenen Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV).

Als unabhängiges Prüfungsorgan trägt ein Treuhänder Sorge dafür, dass die Beiträge und ggf. die Selbstbehalte nur in dem Umfang angepasst werden, der erforderlich ist, um das Gleichgewicht zwischen Leistungsausgaben und Beitragseinnahmen wieder herzustellen.

Die Beiträge der zu Ihrer Krankenversicherung gehörenden und von einer Beitragsänderung betroffenen Tarife wurden angepasst, weil der gemäß § 155 Abs. 3 VAG durchzuführende Vergleich der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen eine Abweichung ergeben hat, die über den für den Tarif maßgeblichen Prozentsatz (§ 8b der jeweiligen AVB) hinausgeht. Eine Überprüfung dieser Abweichung hat ergeben, dass diese nicht als vorübergehend anzusehen ist.“

9
Der Beklagte informierte den Kläger mit Schreiben vom 10.11.2018, dem ein Nachtrag zum Versicherungsschein (Anlagenkonvolut …) beigefügt war, über eine Beitragsanpassung zum 01.01.2019 (…). Seite 1 ist mit Ausnahme des Datums (01.01.2019 statt 01.01.2017) in den zitierten Passagen identisch zu dem Schreiben vom 05.11.2016.

10
Seite 2 des vorgenannten Schreibens vom 10.11.2018 lautet auszugsweise wie folgt:

„Für welche Personen und Tarife ergeben sich Änderungen durch Beitragsanpassungen?

…: 194, PVN

Welche Änderungen ergeben sich?

- Die bedingungsgemäß durchgeführte Beitragsüberprüfung führt zu Beitragsanhebungen.

- Den bisher gewährten einjährigen Nachlass in der Krankenversicherung für das Jahr 2018 verlängern wir insoweit, dass keine Beitragserhöhung oberhalb der allgemeinen Kostenentwicklung im Gesundheitswesen entsteht. Gegebenenfalls wird dieser für die jeweilige versicherte Person für das Jahr 2019 auf dem Versicherungsschein ausgewiesen.

- Die LKH wird wiederum in hohem Maße Mittel aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung einsetzen, um einen Teil der Beitragsanhebungen zu finanzieren. Hierdurch wird die Beitragserhöhung insbesondere unserer älteren Versicherten deutlich begrenzt.“

11
Seite 3 des vorgenannten Schreibens lautet auszugsweise wie folgt:

„Warum findet eine Beitragsanpassung statt?

Die LKH ist wie jedes andere Unternehmen der privaten Krankenversicherung gesetzlich dazu verpflichtet, jährlich eine Anpassung für alle Tarife zu prüfen. Über- oder unterschreiten die tatsächlich erbrachten

Leistungen im Tarif die rechnungsmäßig veranschlagten Versicherungsleistungen oder ergeben sich Abweichungen zwischen den tatsächlichen und einkalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten, müssen die Beiträge angepasst werden. Dies gilt für Beitragserhöhungen, aber natürlich auch für Beitragssenkungen.

Damit wir Ihnen während der gesamten Vertragslaufzeit den vertraglich vereinbarten Versicherungsschutz bieten können, wird durch eine Beitragsänderung die Wiederherstellung des Gleichgewichtes zwischen kalkulierten und tatsächlich erbrachten Leistungen sichergestellt.

Was sind die maßgeblichen Gründe für diese Beitragserhöhung?

Aufgrund des gestiegenen Gesundheitsbewusstseins werden ärztliche Leistungen häufiger in Anspruch genommen. Kostensteigerungen im Gesundheitswesen, z. B. bedingt durch den medizinischen Fortschritt, müssen ebenfalls berücksichtigt werden.

Auch die steigende Lebenserwartung geht mit einer längeren und intensiveren medizinischen Betreuung einher, für die der Versicherer länger als ursprünglich kalkuliert aufkommen muss.

Damit Sie jederzeit von diesem wachsenden Versicherungsumfang profitieren können, lassen sich entsprechende Beitragsänderungen leider nicht immer vermeiden.

Wonach richtet sich die Höhe der Beiträge?

Die Beiträge in der privaten Krankenversicherung sind so kalkuliert, dass sie aufgrund der gebildeten Alterungsrückstellungen höhere Krankheitskosten mit zunehmendem Alter bereits berücksichtigen. Somit ist sichergestellt, dass die Beiträge für den einzelnen Versicherten nicht allein aufgrund des Älterwerdens steigen.

Allerdings können sich die Kalkulationsgrundlagen im Laufe der Vertragszeit (z. B. medizinischer Fortschritt, Lebenserwartung) ändern. Ergibt der jährliche Vergleich der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen eine Abweichung, die über den in dem jeweiligen Tarif vereinbarten Prozentsatz (§ 8b der jeweiligen AVB) hinausgeht und ist diese nicht als vorübergehend anzusehen, ist eine Anpassung der Beiträge unvermeidbar. In diesem Zusammenhang sind sämtliche Rechnungsgrundlagen zu überprüfen und ggf. anzupassen.

Die Berechnung der Beiträge ergibt sich aus § 8a der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes und ist in den Technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.

Was sind die Rechtsgrundlagen für Beitragsanpassungen?

Die Rechtsgrundlage für Beitragsänderungen in der Krankenversicherung ergibt sich aus § 8b der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen, aus § 203 des Versicherungsvertragsgesetzes (WG), aus den §§ 155, 157 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und der aufgrund § 160 VAG erlassenen Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV).

Als unabhängiges Prüfungsorgan trägt ein Treuhänder Sorge dafür, dass die Beiträge und ggf. die Selbstbehalte nur in dem Umfang angepasst werden, der erforderlich ist, um das Gleichgewicht zwischen Leistungsausgaben und Beitragseinnahmen wieder herzustellen.

Die Beiträge der zu Ihrer Krankenversicherung gehörenden und von einer Beitragsänderung betroffenen Tarife wurden angepasst, weil der gemäß § 155 Abs. 3 VAG durchzuführende Vergleich der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen eine Abweichung ergeben hat, die über den für den Tarif maßgeblichen Prozentsatz (§ 8b der jeweiligen AVB) hinausgeht. Eine Überprüfung dieser Abweichung hat ergeben, dass diese nicht als vorübergehend anzusehen ist.“

12
Der Beklagte hat die Einrede der Verjährung erhoben.

13
Der Kläger behauptet, es habe im Tarif 103 zum 01.01.2013 und im Tarif 200 zum 01.01.2013, 01.01.2016 und 01.01.2017 Beitragsanpassungen gemäß § 203 Abs. 5 VVG gegeben. Dem Treuhänder sei die Überprüfung der Beachtung der gesetzlichen Voraussetzungen des § 155 Abs. 2 VAG zum Zeitpunkt seiner Einverständniserklärung mit der Limitierungsmittelverwendung nicht ermöglicht worden, da ihm die hierzu

erforderlichen Unterlagen nicht vollständig vorgelegt worden seien. Ob ihm dies ermöglicht worden sei, hänge davon ab, ob aus den dem Treuhänder vorgelegten Unterlagen festgestellt werden könne, ob bei der Limitierungsmittelverwendung die,,Belange der Versicherten ausreichend gewahrt'' (§ 155 Abs. 2 S. 2 VAG) worden seien, ob eine angemessene Verteilung auf Versichertenbestände mit und ohne gesetzlichen Beitragszuschlag gewährleistet worden sei. Die grundsätzliche Richtigkeit der erfolgten Kalkulationen werde ausdrücklich jedoch nicht bestritten, weshalb die Erholung eines Sachverständigengutachtens nicht erforderlich sei.

14
Der Kläger meint, die Mitteilungen zu den Beitragsanpassungen genügen den gesetzlichen Vorgaben nicht. Die Beitragserhöhungen im Tarif 103 zum 01.01.2017, im Tarif 200 zum 01.01.2018 und im 194 zum 01.01.2019 seien unwirksam, da bei gesunkenen Leistungsausgaben keine Beitragserhöhung erfolgen dürfe. Jedenfalls ergebe sich die Unwirksamkeit in diesen Fällen aber aus dem Fehlen einer besonderen Begründung. In der Replik führt der Kläger aus, dass hinsichtlich der dem Treuhänder jeweils vorgelegten Unterlagen betreffend den Einsatz von Limitierungsmitteln gerichtlich nicht die Berechnung zu prüfen sei, das Gericht könne aber ohne Zuhilfenahme eines Sachverständigen strukturelle Unzulänglichkeiten feststellen, wenn die aufgestellten Verteilungsregeln beispielsweise aus Gründen der Logik keine angemessene Verteilung der Limitierungsmittel auf Versichertenbestände mit und ohne gesetzlichen Beitragszuschlag vorsehen oder die Zumutbarkeit der prozentualen und absoluten Prämiensteigerungen für ältere Versicherte nicht überprüfbar gewesen sei.

15
Der Kläger beantragt,

1) Es wird festgestellt, dass folgende Neufestsetzungen der Prämien in der zwischen der Klägerseite und der Beklagten bestehenden Kranken-/Pflegeversicherung mit der Versicherungsnummer ... unwirksam sind:

a) die Erhöhung des Beitrags im Tarif 103 zum 01.01.2013 in Höhe von 0,90 €

b) die Erhöhung des Beitrags im Tarif 200 zum 01.01.2013 in Höhe von 0,88 €

c) die Erhöhung des Beitrags im Tarif 200 zum 01.01.2015 in Höhe von 44,95 €

d) die Erhöhung des Beitrags im Tarif 200 zum 01.01.2016 in Höhe von 2,21 €

e) die Erhöhung des Beitrags im Tarif 103 zum 01.01.2017 in Höhe von 4,13 €

f) die Senkung des Beitrags im Tarif 200 zum 01.01.2017 um -21,33 €

g) die Erhöhung des Beitrags im Tarif 200 zum 01.01.2018 in Höhe von 15,59 €

h) die Erhöhung des Beitrags im Tarif 194 zum 01.01.2019 in Höhe von 3,20 €

und die Klägerseite nicht zur Zahlung des jeweiligen Differenzbetrages verpflichtet, sowie der Gesamtbeitrag unter Berücksichtigung der erfolgten Absenkungen um insgesamt 50,53 € zu reduzieren ist.

2) Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerseite 2.172,79 € nebst Zinsen hieraus in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz ab Rechtshängigkeit zu zahlen.

3) Es wird festgestellt, dass die Beklagte

a) der Klägerseite zur Herausgabe der Nutzungen verpflichtet ist, die sie aus dem Prämienanteil gezogen hat, den die Klägerseite auf die unter 1) aufgeführten Beitragserhöhungen gezahlt hat,

b) die nach 3a) herauszugebenden Nutzungen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz ab Rechtshängigkeit zu verzinsen hat.

16
Der Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

17
Der Beklagte trägt vor, dass in den Tarifen 103 zum 01.01.2013 und 200 zum 01.01.2013, 01.01.2016 und 01.01.2017 keine Beitragsanpassungen erfolgt seien, könne nachvollzogen werden, in dem der jeweils

ausgewiesene zu zahlende Beitrag ohne den gesetzlichen Zuschlag ermittelt werde. Wenn das Resultat dem zu zahlenden Beitrag des vorherigen Versicherungsscheines übereinstimme, sei keine Beitragsanpassung erfolgt. Die vorgenannten Beitragsänderungen seien infolge des Wegfalls eines freiwilligen, einjährigen Nachlasses erfolgt.

18
Der Beklagte meint, der Feststellungsantrag sei mangels Feststellungsinteresse bereits unzulässig. Der BGH habe in seiner Entscheidung vom 19.12.2018 ausgeführt, dass ein gegenwärtiges Feststellungsinteresse hinsichtlich früherer Beitragsanpassungen dann zu verneinen sei, wenn sich der Versicherungsnehmer nicht zugleich gegen die Wirksamkeit einer nachfolgenden Prämienanpassung wende (BGH r+s 2019, 155 Rdn. 17). Die Klage sei im Übrigen unbegründet. Die Prämienanpassungen seien formell wirksam. Der Vortrag zur Unvollständigkeit der dem Treuhänder vorgelegten Unterlagen erfolge vollkommen ins Blaue hinein. Das Bestreiten der Vollständigkeit von Unterlagen, die die Gegenseite nicht gesichtet habe und die ihr nicht bekannt seien, sei daher unbeachtlich. Überdies führe es nicht zur Unwirksamkeit der Beitragsanpassung, wenn die dem Treuhänder vorgelegten Unterlagen nicht ausgereicht hätten, die Voraussetzungen der Zustimmung nach § 155 Abs. 2 VAG zu prüfen. Das Gesetz knüpfe in § 155 Abs. 2 VAG die Zustimmung des Treuhänders nicht an das Vorliegen bestimmter Unterlagen. Eine Beitragserhöhung sei auch aufgrund vermeintlich „gesunkener Leistungsausgaben“ möglich, vgl. BGH, Urteil vom 20.10.2021 (IV ZR 148/20; Rn. 29 ff.). Einen gesonderten Hinweis, dass die Erhöhung der Prämie trotz sinkender Leistungsausgaben erfolgt sei, habe der Bundesgerichtshof an keiner Stelle gefordert. Erforderlich und ausreichend sei die Angabe der Rechnungsgrundlage, die die Prämienanpassung ausgelöst habe. Bedingt durch die Einrede der Verjährung könne sich ein etwaiger, unterstellter, Rückzahlungsanspruch auch nur auf den Zeitraum ab 2019 erstrecken.

19
Zudem habe der Kläger die Kostenerstattung für kostenbewusstes Verhalten (unstreitig 5% der Prämie ohne Berücksichtigung des gesetzlichen Zuschlags) in seiner Rückforderung nicht berücksichtigt.

20
Das Gericht hat keinen Beweis erhoben.

21
Wegen der weiteren Einzelheiten des Parteivorbringens wird auf die Schriftsätze der Parteien sowie auf die mit ihnen vorgelegten Unterlagen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

22
Die nur teilweise zulässige Klage (A.) hat – soweit sie zulässig ist – in der Sache keinen Erfolg (B.).

A.

23
Die Klage ist in den Anträgen 1 und 3 nur teilweise zulässig. Der Antrag Ziffer 2 ist zulässig.

24
I. Das angerufene Gericht ist sachlich und örtlich zuständig (§ 1 ZPO, § 23 Nr. 1, § 71 Abs. 1 GVG, § 215 Abs. 1 Satz 1 VVG).

25
II. Der Feststellungsantrag Ziffer 1 betreffend die Unwirksamkeit der unstreitigen Prämienanpassungen zum 01.01.2017 Tarif 103, zum 01.01.2018 Tarif 200 und zum 01.01.2019 Tarif 194 und die Nichtverpflichtung zur erhöhten Beitragsleistung ist zulässig. Es liegt ein feststellungsfähiges Rechtsverhältnis nach § 256 Abs. 1 ZPO vor, da der Kläger die Unwirksamkeit von Beitragsanpassungen in einem bestimmten Tarif zu einem bestimmten Zeitpunkt festgestellt wissen möchte. Aus dem Antrag in Verbindung mit dem schriftsätzlichen Vortrag ergibt sich auch ausreichend bestimmt, welche Beitragserhöhungen in welchem Tarif und betreffend ihn selbst als versicherte Person streitgegenständlich sind. Die begehrte Feststellung der Unwirksamkeit der Prämienerhöhungen ist eine Vorfrage für den Leistungsantrag Ziffer 2, so dass die Feststellungsklage als Zwischenfeststellungsklage im Sinne von § 256 Abs. 2 ZPO zulässig ist (vgl. BGH, Urteil vom 19.12.2018 –

IV ZR 255/17, juris Rn. 17), bei der die Vorgreiflichkeit das sonst für die Feststellungsklage erforderliche Feststellungsinteresse entbehrlich macht (vgl. BGH, Urteil vom 14.04.2021 – IV ZR 36/20, juris Rn. 28).

26
III. Hinsichtlich der unstreitigen bzw. klägerseits behaupteten Beitragsanpassungen zum 01.01.2013 Tarife 103, 200, zum 01.01.2015 Tarif 200, zum 01.01.2016 Tarif 200 und zum 01.01.2017 Tarif 200, ist das Feststellungsinteresse jedoch nicht entbehrlich, da der Leistungsantrag wegen Verjährung abweisungsreif ist bzw. im Falle behaupteter Beitragsanpassung abweisungsreif wäre, so dass über die Unwirksamkeit dieser (behaupteten) Anpassungen nicht als Vorfrage für den Leistungsantrag Ziffer 2 zu entscheiden ist. Ein Feststellungsinteresse ist jedoch nicht ersichtlich. Ein schutzwürdiges Interesse kann zwar auch an der Feststellung eines vergangenen Rechtsverhältnisses bestehen, wenn sich aus der Feststellung noch Rechtsfolgen für die Gegenwart und Zukunft ergeben können (so BGH, Urteil vom 16.12.2020 – IV ZR 294/19 – Rn. 19 – juris). Dies ist vorliegend jedoch wegen der Verjährung etwaiger Leistungsansprüche nicht der Fall (vgl. OLG Dresden, Beschluss vom 23.08.2022 – 4 U 1176/22 –, Rn. 29, juris).

27
IV. Der Feststellungsantrag Ziffer 3 betreffend die Nutzungen und Zinsen der unstreitigen Prämienanpassungen zum 01.01.2017 Tarif 103, zum 01.01.2018 Tarif 200 und zum 01.01.2019 Tarif 194 ist zulässig. Der Kläger hat ein Feststellungsinteresse gemäß § 256 Abs. 1 ZPO. Hinsichtlich der Nutzungen und Zinsen ist die Feststellungsklage auch nicht unter dem Gesichtspunkt des Vorrangs der Leistungsklage unzulässig, da diese nicht abschließend bezifferbar sind (vgl. BGH, Urteil vom 19.12.2018 – IV ZR 255/17).

28
V. Hinsichtlich der unstreitigen bzw. klägerseits behaupteten Beitragsanpassungen zum 01.01.2013 Tarife 103, 200, zum 01.01.2015 Tarif 200, zum 01.01.2016 Tarif 200 und zum 01.01.2017 Tarif 200, besteht jedoch entsprechend der Ausführungen in Ziffer A. III. kein Feststellungsinteresse. Nutzungen und Zinsen teilen gemäß § 217 BGB das Schicksal der Hauptforderung.

B.

29
Soweit die Klage zulässig ist, hat sie in der Sache keinen Erfolg. Die Beitragsanpassungen zum 01.01.2017 Tarif 103, zum 01.01.2018 Tarif 200 und zum 01.01.2019 Tarif 194 betreffend den Kläger selbst als versicherte Person sind wirksam, sodass weder der Feststellungsantrag noch der auf Rückzahlung rechtsgrundlos geleisteter Beitragsteile gerichtete Leistungsantrag Erfolg haben (I.). Hinsichtlich der unstreitigen Beitragsanpassung zum 01.01.2015 Tarif 200 und der klägerseits behaupteten Beitragsanpassungen zum 01.01.2013 Tarife 103, 200, zum 01.01.2016 Tarif 200 und zum 01.01.2017 Tarif 200 sind etwaige Ansprüche jedenfalls wegen Verjährung nicht durchsetzbar (II.). Mangels Hauptanspruchs hat der Kläger auch keinen Anspruch auf Nutzungen oder Zinsen (III.).

30
I. Aus den Beitragsanpassungen zum 01.01.2017 Tarif 103, zum 01.01.2018 Tarif 200 und zum 01.01.2019 Tarif 194 betreffend den Kläger selbst als versicherte Person hat der Kläger gegen den Beklagten schon dem Grunde nach keine Ansprüche. Dementsprechend ist weder die Unwirksamkeit der Beitragsanpassungen und Nichtverpflichtung zur Zahlung festzustellen, noch hat der Kläger gegen den Beklagten insoweit aus § 812 Abs. 1 S. 1 Alt. 1 BGB einen Anspruch auf Rückzahlung der auf diese Beitragsanpassungen entfallenden Erhöhungsbeträge nebst Zinsen. Die vorgenannten Beitragsanpassungen sind formell und materiell wirksam.

31
1. Die Prämienanpassungen sind formell wirksam.

32
a) Ob die Mitteilung einer Prämienanpassung den gesetzlichen Anforderungen des § 203 Abs. 5 VVG genügt, hat der Tatrichter im jeweiligen Einzelfall zu entscheiden (vgl. BGH, Urteil vom 16.12.2020 – IV ZR 314/19, juris Rn. 33). Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (Urteile vom 16.12.2020 – IV ZR 294/19 – und IV ZR 314/19 – juris) erfordert die Mitteilung der maßgeblichen Gründe für die Neufestsetzung der Prämie nach § 203 Abs. 5 VVG die Angabe der Rechnungsgrundlage, deren nicht nur vorübergehende Veränderung die Neufestsetzung nach § 203 Abs. 2 Satz 1 VVG veranlasst hat. Der Gesetzeswortlaut sieht die Angabe der „hierfür maßgeblichen Gründe“ vor und macht damit deutlich, dass sich diese auf die

konkret in Rede stehende Prämienanpassung beziehen müssen; eine allgemeine Mitteilung, die nur die gesetzlichen Voraussetzungen der Beitragserhöhung wiedergibt, genügt danach nicht (so BGH, Urteil vom 16.12.2020 – IV ZR 294/16 – Rdnr. 26). Zugleich folgt aus dem Wortlaut „maßgeblich“, dass nicht alle Gründe genannt werden müssen, sondern nur die für die Prämienanpassung entscheidenden Umstände. In diesem Sinne entscheidend ist nur, ob eine Veränderung der erforderlichen gegenüber den kalkulierten Versicherungsleistungen oder Sterbewahrscheinlichkeiten die in den § 155 Abs. 3 und 4 VAG oder in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen geregelten Schwellenwerte übersteigt. Dagegen ist die konkrete Höhe der Veränderungen dieser Rechnungsgrundlagen nicht entscheidend (so BGH, Urteil vom 16.12.2020 – IV ZR 294/16 – Rdnr. 26). Die Überprüfung der Prämie wird ausgelöst, sobald der Schwellenwert überschritten wird; dabei kommt es nicht darauf an, in welchem Umfang er überschritten wird (vgl. hierzu OLG Dresden, Urteil vom 14.12.2021 – 4 U 1693/21). Unerheblich und nicht zwingend mitzuteilen ist auch, ob der überschrittene Schwellenwert im Gesetz oder davon abweichend in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen geregelt ist (BGH Urteil vom 16.12.2020 – IV ZR 294/19 = NJW 2021, 378 Rn. 30, beck-online). Ebenfalls nicht erforderlich ist die Angabe, dass die Veränderung nicht nur vorübergehend ist. Dies lässt sich der Entscheidung des Bundesgerichtshofs vom 20.10.2021 (Az. IV ZR 148/20) zu der dortigen Information zur Beitragsanpassung zum 01.01.2012 entnehmen, die diese Angaben ebenfalls nicht enthalten hat und die für wirksam erachtet wurde.

33
Die Mitteilung erfüllt so den Zweck, dem Versicherungsnehmer zu verdeutlichen, dass weder sein individuelles Verhalten noch eine freie Entscheidung des Versicherers Grund für die Beitragserhöhung waren, sondern dass eine bestimmte Veränderung der Umstände diese aufgrund gesetzlicher Regelungen veranlasst hat (so BGH, Urteil vom 16.12.2020 – IV ZR 294/16). Das wird durch die Angabe der Rechnungsgrundlage, die die Prämienanpassung ausgelöst hat, erreicht. Dagegen ist es für diesen Zweck nicht erforderlich, dem Versicherungsnehmer die Rechnungsgrundlage des geltenden Schwellenwertes oder die genaue Höhe der Veränderung der Rechtsgrundlage mitzuteilen (so BGH, Urteil vom 16.12.2020 – IV ZR 294/16). Die Mitteilungspflicht hat auch nicht den Zweck, dem Versicherungsnehmer eine Plausibilitätskontrolle der Prämienanpassung zu ermöglichen (so BGH, Urteil vom 16.12.2020 – IV ZR 294/16.; OLG Dresden a.a.O., OLG Dresden Hinweisbeschluss v. 23.8.2022 – 4 U 1176/22, BeckRS 2022, 24220 Rn. 6, 7, beckonline).

34
b) Zunächst lässt sich dem zweiten Absatz auf der ersten Seite des Schreibens vom 05.11.2016 entnehmen, dass jährlich eine Überprüfung der Beiträge erfolgt. Aus dem nächsten Satz ergibt sich, dass aktuell eine Überprüfung durchgeführt wurde, mit dem Ergebnis, dass eine Beitragsanpassung erforderlich ist. In der Zusammenschau mit dem ersten, einleitenden Satz auf der ersten Seite (“für Ihren Versicherungsvertrag […] ergeben sich zum 1. Januar 2017 Änderungen“) ergibt sich unmissverständlich, dass zum 01.01.2017 eine Beitragsanpassung erfolgt. Aus der ebenfalls im zweiten Absatz auf der ersten Seite erteilten Information, dass Kostensteigerungen im Gesundheitswesen nicht vermeidbar seien, ergibt sich für den durchschnittlichen Versicherungsnehmer in der Zusammenschau mit der direkt im Anschluss erläuterten jährlichen Beitragsüberprüfung und dem sich daran anschließenden Hinweis, dass diese eine Anpassung der Beiträge zum 01.01.2017 ergeben hat, dass eine Veränderung der Rechnungsgrundlage Versicherungsleistungen zu der Beitragsanpassung führte. Auch die Information zum Schwellenwertmechanismus ist – sofern diese im Hinblick auf den fehlenden Mehrwert für den Versicherungsnehmer überhaupt zu fordern ist – noch ausreichend. Aus der Erläuterung, für welche Personen und Tarife sich Änderungen „durch Beitragsanpassungen gemäß § 203 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz VVG“ ergeben und der Erläuterung in dem sich anschließenden Abschnitt auf Seite 2 des Schreibens „Welche Änderungen ergeben sich?“, dass die „bedingungsgemäß durchgeführte Beitragsüberprüfung“, sowie dem Hinweis zur Änderung des einjährigen Nachlasses auf Seite 3 des Schreibens, dass es sich bei der Neufestsetzung dieses Nachlasses „um keine Beitragserhöhung gemäß § 8b Abs. 1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Beitragsanpassungsklausel)“ handelt, kann der durchschnittliche Versicherungsnehmer noch hinreichend deutlich erkennen, dass es bestimmte Voraussetzungen für eine Beitragsanpassung gibt, die gesetzlich und vertraglich geregelt sind, so dass die Anpassung nicht in der freien Entscheidung des Versicherers liegt (vgl. OLG Hamburg, Urteil vom 25.02.2022 – 9 U 96/21). Der interessierte Versicherungsnehmer kann aufgrund der genauen Bezeichnung der gesetzlichen und der vertraglichen Rechtsgrundlage näheres unschwer erfahren, indem er den Gesetzestext und/oder die ihm mindestens bei Vertragsbeginn ausgehändigten AVB nachschlägt.

35
c) Gemessen an dem unter B. I. 1. a). skizzierten Maßstab sind die streitgegenständlichen Anpassungsmitteilungen zu den Beitragsanpassungen zum 01.01.2018 Tarif 200 und zum 01.01.2019 Tarif 194 betreffend den Kläger selbst als versicherte Person ebenfalls nicht zu beanstanden. Die von dem Beklagten erteilten Informationen genügen jeweils den Anforderungen des § 203 Abs. 5 VVG.

36
Die Anpassungsmitteilung ist auf Seite 1 in den zitierten Passagen identisch mit der Mitteilung vom 05.11.2016, so dass hinsichtlich der Information über die Durchführung einer Überprüfung mit dem Ergebnis einer Beitragsanpassung und der Information über eine Veränderung der Rechnungsgrundlage Versicherungsleistungen auf die Ausführungen im Abschnitt B. I. 1 b) verwiesen werden kann. In den Mitteilungen zu den Anpassungen zum 01.01.2018 und 01.01.2019 wird dies überdies in den „Weitere[n] Informationen“ auf Seite 3 des Schreibens nochmals ausführlich erläutert. Auf Seite 2 der Mitteilung zur Anpassung sind jeweils konkret die betroffenen Tarife und versicherten Personen bezeichnet. Das Anpassungsverfahren wird also nicht nur abstrakt ohne Nennung des Ergebnisses beschrieben. Auch entsteht nicht der Eindruck, dass das individuelle Verhalten des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Personen zu der Anpassung geführt hat, denn es wird kein Bezug zur Abrechnung von Kosten des Klägers hergestellt, sondern stets nur allgemein auf „Kostensteigerungen im Gesundheitswesen“ abgestellt.

37
Über den Schwellenwertmechanismus wird auf Seite 3 der Schreiben jeweils ausführlich informiert (zweiter Absatz im Abschnitt „Wonach richtet sich die Höhe der Beiträge“ und Abschnitt „Was sind die Rechtsgrundlagen für Beitragsanpassungen“). Diesen Informationen kann der durchschnittliche Versicherungsnehmer unschwer entnehmen, dass der Vergleich der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen eine Abweichung über einem bestimmten Prozentsatz ergeben haben muss.

38
Ebenfalls ausreichend ist die Information zu der jeweiligen Beitragsanpassung. Es wird ausdrücklich aufgeführt, welcher Tarif welcher versicherten Person von der Anpassung betroffen ist. Dem Mitteilungsschreiben kann der Versicherungsnehmer den neuen Zahlbetrag (“Gesamtbetrag“) in der jeweiligen Zeile entnehmen. Unschädlich ist, dass sich der Gesamtbetrag für den jeweiligen Tarif in den Folgejahren ändert, denn dieser wird dann wiederum ausdrücklich in neuen Versicherungsscheinen mitgeteilt. Zudem gehört der Anpassungsbetrag nicht zu den „maßgeblichen Gründen“ für eine Beitragsanpassung, denn dieser ist Folge der Anpassung, so dass eine diesbezüglich nicht hinreichend klare Mitteilung nicht zur formellen Unwirksamkeit der Beitragsanpassung führt.

39
2. Die Beitragsanpassungen zum 01.01.2017 Tarif 103, zum 01.01.2018 Tarif 200 und zum 01.01.2019 Tarif 194 betreffend den Kläger selbst als versicherte Person sind auch materiell wirksam. Die Zustimmung des unabhängigen Treuhänders (vgl. § 12b VAG a.F. bzw. § 157 VAG n.F.) ist unstreitig erteilt worden. Auch ergab sich aus dem auslösenden Faktor jeweils eine Abweichung von über 5 Prozent (Anpassung zum 01.01.2017 Tarif 103) bzw. über 10 Prozent (Anpassungen zum 01.01.2018 Tarif 200 und zum 01.01.2019 Tarif 194).

40
Angegriffen wird klägerseits nicht die Kalkulation der Anpassungen an sich, sondern – ohne Erfolg – nur, dass die Beitragserhöhungen im Tarif 103 zum 01.01.2017, im Tarif 200 zum 01.01.2018 und im Tarif 194 zum 01.01.2019 unwirksam seien, da bei gesunkenen Leistungsausgaben keine Beitragserhöhung erfolgen dürfe (a.) bzw. da eine besondere Begründung diesbezüglich erforderlich sei und fehle (b.), sowie dass die dem Treuhänder jeweils vorgelegten Unterlagen betreffend den Einsatz von Limitierungsmitteln unvollständig gewesen seien (c.), sowie „strukturelle Unzulänglichkeiten bei der Verwendung von Limitierungsmitteln.(d.).

41
a) Die auf gesunkenen Leistungsausgaben beruhenden Beitragserhöhungen im Tarif 103 zum 01.01.2017, im Tarif 200 zum 01.01.2018 und im Tarif 194 zum 01.01.2019 sind wirksam.

42

Auch bei gesunkenen Leistungsangaben kann eine Beitragserhöhung erfolgen, da die Über/Unterschreitung des Schwellenwerts nur ein Anpassungsverfahren in Gang setzt (vgl. OLG Nürnberg, Hinweisbeschluss vom 30.01.2019 – 8 U 1482/19 und OLG Dresden, Urteil vom 22. Februar 2022 – 4 U 1712/21 –, Rn. 50 – 55, juris, sowie BGH, Urteil vom 20.10.2021 – IV ZR 148/20 Rn. 30 a.E., juris).

43
Eine Unterschreitung des Schwellenwerts für eine Anpassung kann auch eine Prämienerhöhung zur Folge haben und umgekehrt. Die Über- oder Unterschreitung des Schwellenwerts für die Versicherungsleistung oder die Sterbewahrscheinlichkeit öffnet gewissermaßen nur die Tür für das dann durchzuführende Anpassungsverfahren. Bei diesem ist die Prämie neu zu kalkulieren und dann entsprechend dem Ergebnis der Neukalkulation festzusetzen, vgl. auch Oberlandesgericht Nürnberg, Hinweis vom 30.01.2019 – 8U1482/18 auf Seite 8f.: Eine „Abweichung“ von mehr als 5% bedeutet sowohl im Wortlaut als auch im Wortsinne nur eine Differenz bestimmter Größenvorgabe ohne Beschränkung auf eine „abweichende“ Richtung. Wenn diese Differenzvorgabe erfüllt ist – wie unstreitig im vorliegenden Fall – dann ist ein bedingungsgemäßes Anpassungsverfahren eröffnet. Wie dann das Ergebnis dieser Neukalkulation des Versicherers ausfällt, steht auf einem anderen Blatt und ist in dieser Prüfstufe unerheblich.

44
Da die Möglichkeit der Prämienanpassung dem Versicherer die aufsichtsrechtliche gebotene Neuberechnung der Prämie ermöglichen soll, führt auch eine für den Versicherer positive Abweichung bei der Sterbewahrscheinlichkeit oder beim Leistungsvolumen dazu, dass bei Überschreitung des Auslösewerts die Prämie neu berechnet wird. Bei Steigerungen in anderen Rechnungsfaktoren kann es so im Ergebnis auch zu einer Prämienerhöhung kommen (LG Nürnberg VersR 2018, 1116 f.; a. A. Köln VersR 2013, 1561 m. krit. Anm. Wandt und Boetius; LG Dortmund v. 14.8.2013 – 2 O 276/10, Prölss/Martin/Voit, 31. Aufl. 2021, VVG § 203 Rn. 22).

45
Eine Abweichung des auslösenden Faktors „nach unten“ hindert den Versicherer nicht an einer Prämienerhöhung, denn der auslösende Faktor zeigt nur die Notwendigkeit einer Prüfung an, sagt aber nichts darüber aus, ob im Ergebnis eine Anpassung der Prämien nach oben oder unten angezeigt ist (LG Nürnberg-Fürth VersR 2018, 1116 [nrk]; aA OLG Köln VersR 2013, 1561 mkrit Anm. Wandt und Boetius, Langheid/Rixecker/Muschner, 6. Aufl. 2019, VVG § 203 Rn. 23a).

46
In welcher Richtung sich die Rechnungsgrundlage verändert, ist rechtlich ohne Belang. § 203 Abs. 2 Satz 1 spricht richtungsneutral nur von „Veränderung“. Im Regelfall sind dies zwar Veränderungen, die zu einer Prämienerhöhung führen. Dies ist jedoch nicht zwingend.

47
Das Versicherungsunternehmen ist auch bei einer für den Versicherungsnehmer günstigen Entwicklung der Rechnungsgrundlagen zu einer Prämiensenkung verpflichtet, sofern die übrigen Voraussetzungen erfüllt sind. Die vereinzelte Gegenmeinung in der Literatur fand schon bisher in § 178g Abs. 2 VVG a.F. keine Grundlage. Jede zu überprüfende Rechnungsgrundlage muss selbständig auf ihren Veränderungsbedarf hin überprüft werden und die Veränderungsvoraussetzungen erfüllen. Dies kann zur Folge haben, dass im selben Tarif einige Rechnungsgrundlagen zu Prämienerhöhungen und andere Rechnungsgrundlagen zu Prämiensenkungen führen. Prämienerhöhungen und Prämiensenkungen werden dann miteinander saldiert und ergeben im Saldo die eigentliche Prämienanpassung. Wenn eine maßgebliche Rechnungsgrundlage sich prämiensenkend verändert und eine Nachkalkulation auslöst, kann es gleichwohl zu einer Prämienerhöhung kommen, sofern die übrigen Rechnungsgrundlagen sich in noch stärkerem Umfang prämienerhöhend verändert haben (Rn. 794). Die These des OLG Köln, eine dem Versicherungsnehmer günstige Veränderung einer maßgebenden Rechnungsgrundlage veranlasse „allein eine Prüfung dahin, ob eine Prämiensenkung in Betracht kommt“, widerspricht sowohl dem Inhalt als auch dem Zweck der gesetzlichen Vorschriften über die Prämienanpassung. Die Veränderungsrichtung der maßgeblichen Rechnungsgrundlage bestimmt nicht gleichzeitig die Veränderungsrichtung der Prämienanpassung (Langheid/Wandt/Boetius, 2. Aufl. 2017, VVG § 203 Rn. 793-795).

48
Auch der Bundesgerichtshof hat im Rahmen der Ausführungen zu den Anforderungen an eine Anpassungsmitteilung zum Ausdruck gebracht, dass die Anpassungsrichtung unabhängig von der

Errichtung der Über-/Unterschreitung des Schwellenwerts ist: Dagegen ist es ohne Bedeutung, ob die über den Schwellenwert hinausreichende Veränderung in Gestalt einer Steigerung oder einer Verringerung eingetreten ist. Die Überprüfung der Prämie wird unabhängig von diesem Umstand ausgelöst, sobald der Schwellenwert überschritten wird (BGH Urt. v. 20.10.2021 – IV ZR 148/20, BeckRS 2021, 33458 Rn. 30, beck-online).

49
b) Da bei einer Über- bzw. Unterschreitung des Schwellenwerts das gesetzlich vorgeschriebene Anpassungsverfahren in Gang gesetzt wird, bedarf es auch keiner gesonderten Begründung, wenn eine Beitragserhöhung aufgrund gesunkener Leistungsausgaben erfolgt (vgl. BGH, Urteil vom 20.10.2021 – IV ZR 148/20 Rn. 30 a.E., juris), so dass die Beitragsanpassungen im Tarif 103 zum 01.01.2017, im Tarif 200 zum 01.01.2018 und im Tarif 194 zum 01.01.2019 auch nicht unter diesem Gesichtspunkt unwirksam sind.

50
c) Soweit der Kläger die Vollständigkeit der für die Zustimmung des Treuhänders erforderlichen Unterlagen hinsichtlich der Limitierungsmittelverwendung rügt, die Beitragskalkulation jedoch ausdrücklich nicht angreift, verhilft ihm dieses unschlüssige Vorbringen ebenfalls nicht zum Erfolg (vgl. zum Folgenden: LG Köln, Urteil vom 01.06.2022 – 20 O 475/21, juris Rn. 46 f. mwN).

51
Der Bundesgerichtshof hat – für die Frage der Unabhängigkeit des Treuhänders – entschieden, dass die Zivilgerichte die Voraussetzungen und den Umfang der vorgenommenen Prämienerhöhung materiell zu prüfen haben, weil damit zugleich eine umfassende Überprüfung der Ordnungsgemäßheit der Beitragsanpassung erfolge, was für die Frage der Prämienstabilität unabdingbar sei (BGH, Urteil vom 19.12.2018 – IV ZR 255/17, juris Rn. 48). Die Frage der Unabhängigkeit des Treuhänders sei nicht gesondert von den Zivilgerichten zu prüfen (BGH, aaO Rn. 30 ff; BVerfG, Nichtannahmebeschluss vom 30.10.2020 – 1 BvR 453/19, juris Rn. 14 ff). Vorliegend kann nichts anderes gelten: Eine Überprüfung des Treuhändervorgangs birgt nach dem Bundesgerichtshof die Gefahr, dass die Überprüfung der Richtigkeit der Anpassung im Übrigen unterbliebe und eine diesbezüglich nicht zu beanstandende Anpassung für unwirksam erklärt würde, obwohl auch ein anderer Treuhänder – bzw. im vorliegenden Fall sodann (unterstellt) ein vollständig informierter Treuhänder – die Zustimmung hätte erteilen müssen. Das Gericht hat daher allein die Prämienanpassung inhaltlich zu überprüfen, nicht aber den Treuhändervorgang an sich. Nichts anderes ergibt sich aus den Entscheidungen des Kammergerichts Berlin, Urteil vom 08.02.2022 – 6 U 88/18, und des Oberlandesgerichts Stuttgart, Urteil vom 15.7.2021 – 7 U 237/18, BeckRS 2021, 33305 Rn. 20, beck-online), denn dort war auch die Kalkulation der Beitragsanpassungen angegriffen und die Berufungsgerichte entschieden lediglich, dass dem Sachverständigen nur die Unterlagen vorzulegen sind, die auch dem zustimmenden Treuhänder vorgelegt worden waren. Lässt sich anhand dieser die Wirksamkeit einer Beitragsanpassung nicht feststellen, hat der Versicherer nicht bewiesen, dass die Beitragsanpassung materiell rechtmäßig ist.

52
Der Kläger hat vorliegend stets deutlich gemacht, dass er lediglich die Überprüfung begehrt, ob anhand der dem Treuhänder vorliegenden Unterlagen eine Zustimmung betreffend den Einsatz von Limitierungsmitteln erfolgen durfte. Er verdeutlicht damit, dass er unabhängig davon, ob der Treuhänder auch vollständig informiert die Zustimmung hätte erteilen müssen – einmal unterstellt, er sei nicht vollständig seitens der Beklagten informiert worden – nur wegen der Unvollständigkeit der dem Treuhänder vorliegenden Unterlagen die Beiträge zurückfordern will. Der Angriff des Klägers verkennt jedoch, dass sich erst im Rahmen einer Überprüfung der Beitragserhöhungen, ob diese nach aktuariellen Grundsätzen als mit den bestehenden Rechtsvorschriften in Einklang stehend anzusehen sind, die sich vorzunehmende Kontrolle der Prämienanpassung auf Grundlage der dem Treuhänder vom Versicherer (seinerzeit) vorgelegten Unterlagen zu vollziehen hat. Genau eine solche sachverständige Überprüfung (nach Heranziehung geheimhaltungsbedürftiger Unterlagen der Beklagten) wünscht der Kläger aber ausdrücklich nicht mehr.

53
Etwas anderes ergibt sich auch nicht unter dem Gesichtspunkt, dass dem Treuhänder vom Versicherer die erforderlichen Dokumente zur Verfügung zu stellen sind, § 155 Abs. 3 Satz 2, Abs. 1 Satz 3 VAG, damit er die gesetzlich vorgegebenen Prüfungshandlungen vornehmen kann. Anhand dieser Dokumentation muss der Treuhänder in die Lage versetzt werden, die Beitragsanpassung und ihre Voraussetzungen

nachvollziehen zu können. Für den Versicherer besteht insoweit eine öffentlich-rechtliche Pflicht zur Vorlage der erforderlichen Unterlagen gegenüber dem Treuhänder. Hiermit korrespondiert aber schon kein zivilrechtlicher Anspruch des Treuhänders selbst auf Herausgabe von Unterlagen. Im Übrigen bezieht sich die Vorlagepflicht des Versicherers nach § 155 Abs. 1 Satz 3 VAG nicht auf die gesamten technischen Berechnungsgrundlagen, sondern – wie ebenfalls der Wortlaut zeigt – auf die „für die Prüfung der Prämienänderungen erforderlichen“. Divergiert die Ansicht des Treuhänders von der des Versicherers im Hinblick auf den Beitrag in einem relevanten Punkt oder sind Unterlagen nach Auffassung des Treuhänders teilweise nicht aussagekräftig und/oder unklar, hat der Treuhänder ein Nachfragerecht, das sich zu einer Nachfragepflicht verdichtet. Der Übergang zwischen erforderlichen und nicht erforderlichen Dokumentationen ist damit zwar fließend, aber für die Überprüfung der Beitragserhöhungen, ob diese nach aktuariellen Grundsätzen als mit den bestehenden Rechtsvorschriften in Einklang stehend anzusehen sind, insoweit ohne Belang, als sich die vorzunehmende Kontrolle der Prämienerhöhung nach der Rechtsprechung auf Grundlage der dem Treuhänder vom Versicherer (seinerzeit) vorgelegten Unterlagen zu vollziehen hat. Deshalb kommt es auf die streitige Frage, ob dem Treuhänder alle Unterlagen für die Beurteilung des Einsatzes der Limitierungsmittel vorgelegen haben, entscheidungserheblich nur an, wenn eine Begutachtung durch den Sachverständigen erfolgen soll. Eine solche Begutachtung hat vorliegend indes nicht zu erfolgen, da der Kläger die Richtigkeit der Neukalkulation der Beitragserhöhungen nicht in Abrede stellt.

54
d) Unschlüssig ist die Klage auch hinsichtlich der klägerseits gerügten „einfachen Fehler“ (strukturelle Unzulänglichkeiten: namentlich wenn die aufgestellten Verteilungsregeln beispielsweise aus Gründen der Logik keine angemessene Verteilung der Limitierungsmittel auf Versichertenbestände mit und ohne gesetzlichen Beitragszuschlag vorsehen oder die Zumutbarkeit der prozentualen und absoluten Prämiensteigerungen für ältere Versicherte nicht überprüfbar gewesen sei) betreffend den Einsatz von Limitierungsmitteln unter gleichzeitiger Ablehnung der Erholung eines Sachverständigengutachtens. Entgegen der Annahme des Klägers hat das Gericht nicht das erforderliche Fachwissen, so dass es auch für sämtliche Fragen betreffend die Vollständigkeit der dem Treuhänder vorgelegten Unterlagen und/oder der Richtigkeit der Neukalkulation eines Sachverständigengutachtens bedarf (vgl. BeckOK ZPO/Scheuch, 46. Ed. 1.9.2022, ZPO § 403 Rn. 2).

55
II. Aufgrund der wirksamen Beitragsanpassungen zum 01.01.2017 Tarif 103 und zum 01.01.2018 Tarif 200 betreffend den Kläger selbst als versicherte Person steht Ansprüchen des Klägers gegen den Beklagten aus der unstreitigen Beitragsanpassung im Tarif 200 zum 01.01.2015, sowie den klägerseits behaupteten Beitragsanpassungen zum 01.01.2013, Tarife 103 und 200, sowie zum 01.01.2016 und 01.01.2017 je Tarif 200, jeweils die beklagtenseits erhobene Einrede der Verjährung entgegen.

56
Etwaige Ansprüche des Klägers sind verjährt. Der Kläger hat maximal bis 31.12.2016 Leistungen ohne Rechtsgrund auf die behauptete Beitragsanpassung im Tarif 103 zum 01.01.2013 erbracht, denn in diesem Tarif fand zum 01.01.2017 eine wirksame Beitragsanpassung statt. Hinsichtlich der behaupteten und unstreitigen Beitragsanpassungen im Tarif 200 hat der Kläger maximal bis 31.12.2017 Leistungen ohne Rechtsgrund erbracht, denn in diesem Tarif fand zum 01.01.2018 eine wirksame Beitragsanpassung statt.

57
Für alle bis zum 31.12.2018 geleisteten Zahlungen des Klägers ist spätestens mit Ablauf des 31.12.2021 Verjährung eingetreten. Die am 05.07.2022 eingegangene und am 19.08.2022 zugestellte Klage hat die Verjährung insoweit nicht mehr hemmen können.

58
a) Die hier geltend gemachten bereicherungsrechtlichen Erstattungsansprüche unterliegen der regelmäßigen Verjährung (§ 195 BGB; vgl. BGH, Urteil vom 26.09.2012 – VIII ZR 152/11, Rn. 27 m.w.N.). Die Frist beginnt nach dem allgemeinen Grundsatz des § 199 Abs. 1 BGB mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Gläubiger von den anspruchsbegründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste. Dabei ist grundsätzlich nicht erforderlich, dass der Gläubiger hieraus die zutreffenden rechtlichen Schlüsse zieht (vgl. BGH, Urteil vom 08.05.2008 – VII ZR 106/07, NJW 2008, 2427 Rn. 12 m.w.N.).

59
Die Rückzahlungsansprüche aufgrund unwirksamer Beitragserhöhungen entstehen jeweils mit der Zahlung der Erhöhungsbeträge (vgl. Senatsurteil vom 17. November 2021 – IV ZR 113/20, VersR 2022, 97 Rn. 41). Bei rechtsgrundlos erbrachten Leistungen, die periodisch fällig und dementsprechend bezahlt werden, entsteht mit jeder Zahlung ein sofort fälliger und damit ein regelmäßig zeitlich wiederkehrender Bereicherungsanspruch (vgl. BGH, Urteil vom 27. Mai 2008 – XI ZR 409/06, WM 2008, 1258 Rn. 12, BGH, Urteil vom 22. Juni 2022 – IV ZR 253/20 –, Rn. 42, juris).

60
Spätestens mit der Zahlung der erhöhten Beiträge musste der Kläger Kenntnis von einem bereicherungsrechtlichen Erstattungsanspruch haben (vgl. auch OLG Köln, Urteil vom 22.09.2020 – I-9 U 130/19, juris Rn. 69 ff.). Ausnahmsweise kann etwas anderes gelten, wenn es sich um eine unübersichtliche oder zweifelhafte Rechtslage handelt, so dass sie selbst ein rechtskundiger Dritter nicht zuverlässig einzuschätzen vermag (vgl. BGH, Urteil vom 18.12.2008 – III ZR 132/08, NJW 2009, 984 Rn. 14 m.w.N.). Insbesondere kann die Rechtsunkenntnis des Gläubigers den Verjährungsbeginn hinausschieben, wenn zunächst noch eine entgegenstehende höchstrichterliche Rechtsprechung vorlag, die sich später geändert hat. Dies ist hier jedoch nicht der Fall (ebenso OLG Köln, aaO. Rn. 76 ff.).

61
Dem Kläger war bereits in den Jahren zuvor zumutbar, Klage – zumindest Feststellungsklage – zu erheben und die Unwirksamkeit der streitigen Beitragserhöhungen geltend zu machen. Dem steht nicht entgegen, dass in diesem Zeitraum in der instanzgerichtlichen Rechtsprechung und im Schrifttum unterschiedliche Ansichten zu den Einzelheiten der gemäß § 203 Abs. 5 VVG erforderlichen Mitteilung der maßgeblichen Gründe vertreten worden sind (vgl. hierzu ausführlich Franz, VersR 2020, 449) und eine höchstrichterliche Klärung erstmals mit Urteil des Bundesgerichtshofs vom 16.12.2020 (Az. IV ZR 294/19, NJW 2021, 378) erfolgt ist, denn es lag keine der Auffassung des Klägers entgegenstehende höchstrichterliche Entscheidung vor, sondern nur eine offene Rechtsfrage, so dass ihm die Erhebung der Klage auch zuvor bereits zumutbar war. Im Übrigen erfordert das Verjährungsrecht angesichts seines Schutzzwecks eindeutige Verjährungsregeln und eine Anwendung, die die gebotene Rechtssicherheit gewährleistet (vgl. OLG Nürnberg, Hinweis vom 21.09.2021 – 8 U 1851/21).

62
III. Mangels Hauptanspruchs hat der Kläger gegen den Beklagten auch keinen Anspruch auf Nutzungen oder Zinsen (Klageantrag Ziffer 3).

C.

63
Die Kostenentscheidung beruht auf § 91 Abs. 1 Satz 1 ZPO. Der Ausspruch zur vorläufigen Vollstreckbarkeit folgt aus §§ 708 Nr. 11, 711 ZPO.

D.

64
Die Entscheidung über die Festsetzung des Gebührenstreitwertes beruht auf §§ 2-5, 9 ZPO i.V.m. § 40, § 43 Abs. 1, § 48 Abs. 1 Satz 1 GKG.

65
Für den Antrag Ziffer 1 ergibt sich ein Streitwert von 3.018,12 € (42-faches der im Antrag genannten Erhöhungsbeträge), für Ziffer 2 von 2.179,79 €.

66
Der Antrag bzgl. der Nutzungen und Zinsen betrifft Nebenforderungen und erhöht den Gebührenstreitwert daher nicht (vgl. BGH, Urteil vom 10.03.2021 – IV ZR 353/19 Rn. 8, 37).