

**Titel:**

**Beitragsanpassung in der privaten Krankenversicherung**

**Normenkette:**

VVG § 203 Abs. 2 S. 1, Abs. 5

VAG § 155 Abs. 3, Abs. 4

GVG § 172, § 174

**Leitsätze:**

1. Da der Versicherungsnehmer einer privaten Krankenversicherung, der die materielle Rechtmäßigkeit einer Beitragsanpassung durch den Versicherer durch Bestreiten der Richtigkeit der "versicherungsmathematischen" Kalkulation des Versicherers in Frage stellt, zunächst nicht über die notwendigen Informationen zur Darlegung der von ihm angenommenen materiellen Unwirksamkeit einer Beitragsanpassung verfügt, trifft den Versicherer jedenfalls eine sekundäre Darlegungslast. Deshalb genügt zunächst ein einfaches Bestreiten der kalkulatorischen Richtigkeit nach versicherungsrechtlichen und -mathematischen Grundsätzen von Seiten des Versicherungsnehmers, der von sich aus keinen Einblick in diese zum Teil als Geschäftsgeheimnisse unzugänglichen versicherungsmathematischen Berechnungen des Versicherers hat und diese auch nicht aus allgemein zugänglichen Quellen überprüfen kann. Hat der Versicherer dagegen seiner (sekundären) Darlegungslast entsprochen, muss der Versicherungsnehmer seinen Vortrag substantiieren bzw. qualifiziert bestreiten. (Rn. 42) (redaktioneller Leitsatz)

2. Wenn der Versicherer dem Versicherungsnehmer die Grundlagen der einzelnen streitgegenständlichen Prämienanpassungen unter Vorlage der entsprechenden Unterlagen dargelegt und zur Verfügung gestellt hat, obliegt es daher dem Versicherungsnehmer, anhand der ihm nun zugänglichen Unterlagen zu präzisieren, unter welchen konkreten Gesichtspunkten er die Neubemessung der Prämien in den streitgegenständlichen Tarifen weiterhin angreift. (Rn. 43) (redaktioneller Leitsatz)

3. In einem solchen Fall ist das allgemeine und pauschale Bestreiten des Versicherungsnehmers, dass die erforderlichen Unterlagen zur Prüfung sämtlicher Beitragsanpassungen den jeweiligen Treuhändern vorlagen, nicht (mehr) ausreichend. (Rn. 44) (redaktioneller Leitsatz)

**Schlagworte:**

Krankenversicherung, Beitragsanpassung, Prämienanpassung, materielle Rechtmäßigkeit, Darlegungslast

**Rechtsmittelinstanz:**

OLG München, Hinweisbeschluss vom 08.05.2023 – 38 U 6499/22

**Fundstelle:**

BeckRS 2022, 48208

**Tenor**

1. Die Klage wird abgewiesen.
2. Der Kläger hat die Kosten des Rechtsstreits zu tragen.
3. Das Urteil ist gegen Sicherheitsleistung in Höhe von 110 % des jeweils zu vollstreckenden Betrags vorläufig vollstreckbar.

Beschluss

Der Streitwert wird auf 6.000,00 € festgesetzt.

**Tatbestand**

1

Der Kläger wendet sich gegen Beitragserhöhungen in seiner privaten Krankenversicherung.

2

Der Kläger unterhält bei der Beklagten eine private Krankenversicherung mit verschiedenen Tarifen. Es gelten die von der Beklagten unter Anlagenkonvolut B 1 vorgelegten Versicherungsbedingungen. Seit 2014 fanden die im Klageantrag zu Ziffer 1.) aufgeführten Beitragsanpassungen in den Tarifen (davon abweichend laut unbestrittenem Vortrag der Beklagten im Tarif 815 S zum 01.09.2014 um 5,28 € an Stelle von 8,46 €) statt. Der Kläger zahlte die Beiträge jeweils in voller Höhe ohne Vorbehalt.

### 3

Er verlangt nunmehr die Rückzahlung der auf diese Beitragserhöhungen gezahlten Prämienanteile, sowie die Feststellung der Unwirksamkeit der Prämienanpassungen, sowie die Herausgabe von Nutzungen.

### 4

Der Kläger ist der Ansicht, die Beitragserhöhungen seien schon aus formellen Gründen unwirksam, weil die Beklagte die maßgeblichen Gründe nicht ordnungsgemäß im Sinne von § 203 Abs. 5 VVG mitgeteilt habe. Zudem meint der Kläger, die Prämienhöhungen seien materiell unwirksam, weil die jeweils auslösenden Faktoren die gesetzlich vorgeschriebene Schwelle von 10 % nicht überschritten hätten. Soweit in den Versicherungsbedingungen der Beklagten eine Anpassungsmöglichkeit bei Überschreiten des auslösenden Faktors um 5 % zulasse, sei die entsprechende Klausel in § 8 b) Abs. 2 MB/KK unwirksam.

### 5

Der Kläger bestreitet, dass den die Beitragsanpassungen prüfenden Treuhändern die hierfür maßgeblichen technischen Berechnungsgrundlagen vorgelegen hätten und darüber hinaus ganz allgemein das Vorliegen der materiellen Voraussetzungen der Beitragsanpassungen.

### 6

Zudem meint der Kläger, ihm stehe gegen die Beklagte ein Schadensersatzanspruch infolge der Verletzung der vertraglichen Beratungspflicht nach § 6 Abs. 5 VVG zu. Im Zusammenhang mit den Beitragsanpassungen sei der Kläger nicht auf günstigere Tarife aufmerksam gemacht worden. Die schlichte Angabe eines Wechselrechts und die Benennung des Beitrags eines geringeren Standardtarifs ohne Gegenüberstellung der jeweils versicherten Leistung sei nicht ausreichend.

### 7

Der Kläger beantragt,

1. Es wird festgestellt, dass folgende Erhöhungen des Monatsbeitrags in der zwischen dem Kläger und der Beklagten geschlossenen Krankenversicherung, Versicherungsschein-Nummer: ... nicht wirksam geworden sind und der Kläger nicht zur Zahlung des jeweiligen Erhöhungsbetrages verpflichtet ist.

a) Im Tarif „815 S“

Die Erhöhungen um 8,46 € zum 01.09.2014, um weitere 7,19 € zum 1.9.2016, um weitere 7,48 € zum 01.09.2017, um weitere 7,57 € zum 01.09.2019 und um weitere 7,65 € zum 01.09.2020

b) Im Tarif „8351“

Die Erhöhungen um die Erhöhungen um 3,76 € zum 01.09.2016, um weitere 6,53 € zum 01.09.2017, um weitere 7,93 € zum 1.9.2019 und um weitere 6,77 € zum 01.09.2020

2. Es wird festgestellt, dass die Beklagte

a) dem Kläger zur Herausgabe der Nutzungen verpflichtet ist, die sie bis Rechtshängigkeit aus dem Prämienanteil gezogen hat, den der Kläger auf die unter Ziffer 1. aufgeführten Beitragserhöhungen gezahlt hat,

b) die nach Ziffer 2 a) herauszugebenden Nutzungen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz ab Rechtshängigkeit zu verzinsen hat

3. Die Beklagte wird verurteilt, an den Kläger 2648,50 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen.

### 8

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

**9**

Sie ist der Ansicht, ihre Anpassungsmitteilungen genügten den Anforderungen, welche der Bundesgerichtshof in seinen Urteilen vom 16.12.2020 zu den Aktenzeichen IV ZR 294/19 und IV ZR 314/19 aufgestellt hat. Auslöser für die Anpassungen seien jeweils Veränderungen in den Versicherungsleistungen gewesen. Ab der Beitragsanpassung zum 01.01.2013 habe sie in den Versicherungsscheinen den Anpassungsgrund für die Erhöhung (Versicherungsleistungen) aufgeführt. Ab der Beitragsanpassung zum 01.01.2018 sei in den Versicherungsscheinen neben dem Anpassungsgrund auch die konkrete Höhe des auslösenden Faktors aufgeführt. Sie habe die Beitragsanpassungen auch in materieller Hinsicht wirksam vorgenommen. Insbesondere sei die Anpassungsklausel in den Versicherungsbedingungen der Beklagten unter § 8b auf AVB wirksam, sodass auch Beitragsanpassungen, die auf einem auslösenden Faktor von über 5 % zurückzuführen sind, ebenfalls wirksam seien.

**10**

Die Beklagte habe auch nicht gegen Beratungspflichten verstoßen. Mit jeder Beitragsanpassung habe sie den Kläger auf die Möglichkeit einer Beratung hingewiesen, von der er jedoch keinen Gebrauch gemacht habe. Einen konkreten Beratungsanlass gebe es bei Beitragsanpassungen erst bei Versicherungsnehmern über 60 Jahren, zu denen der ... geborene Kläger nicht gehöre.

**11**

Im Übrigen hätte erhebt die Beklagte die Einrede der Verjährung.

**12**

Wegen des weiteren Sach- und Streitstands wird auf Schriftsätze der Parteien nebst Anlagen, sowie auf das Protokoll der Sitzung vom 19.05.2022 und den gerichtlichen Hinweis – Beschluss vom 20.05.2022 Bezug genommen

### **Entscheidungsgründe**

I.

**13**

Die Klage ist zulässig.

**14**

Nach der Rechtsprechung des BGH, Urteil vom 19.12.2018, Aktenzeichen IV ZR 255/17, der das Gericht folgt, besteht ein Feststellungsinteresse grundsätzlich auch hinsichtlich früherer Prämienanpassungen ungeachtet dessen, dass eine frühere Prämienanpassung wegen einer zeitlich nachfolgenden Erhöhung überholt sein könnte und sich gegenwärtige Rechtsfolgen aus ihr nur noch mit Blick auf die Rückforderung eines etwaig überzahlten Betrags ergeben könnten, die bereits Gegenstand des bezifferten Leistungsantrags sind. Denn allein mit einem Leistungsurteil wäre nicht rechtskräftig festgestellt, dass die Klagepartei zukünftig nicht zur Zahlung des sich aus der angegriffenen Beitragsanpassung ergebenden Erhöhungsbetrages verpflichtet ist. Zudem ist die begehrte Feststellung der Unwirksamkeit der Prämienhöhung eine Vorfrage für den Leistungsantrag und geht zugleich über das dort erfasste Rechtsschutzziel des Klägers hinaus. Sie ist deshalb auch als Zwischenfeststellungsklage im Sinne von § 256 Abs. 2 ZPO zulässig.

II.

**15**

Die Klage ist jedoch unbegründet.

**16**

Dem Kläger steht unter keinem rechtlichen Gesichtspunkt, insbesondere nicht wegen ungerechtfertigter Bereicherung nach § 812 BGB oder unter dem Gesichtspunkt des Schadensersatzes gegen die Beklagte ein Anspruch auf Erstattung von auf die streitgegenständlichen Beitragserhöhungen gezahlten Prämienanteilen zu. Auch der Antrag auf Feststellung der Unwirksamkeit der Prämienanpassungen, sowie die weiteren Feststellungsanträge zur Herausgabe von Nutzungen sind unbegründet.

**17**

Die streitgegenständlichen Beitragsanpassungen sind formell ordnungsgemäß und materiell im Rahmen der klägerischen Rüge nicht zu beanstanden. Im Einzelnen gilt Folgendes:

## 1. Zur formellen Wirksamkeit der Beitragsanpassungen

### 18

1.1 Das Gericht folgt den folgenden Grundsätzen des Bundesgerichtshofes in dem Urteil vom 16.12.2020, Aktenzeichen IV ZR 294/19 und in dem Urteil vom 19.12.2018, Aktenzeichen IV ZR 255/17: Bei einer Prämienanpassung nach § 203 Abs. 2 VVG wird erst durch die Mitteilung einer den Anforderungen des § 203 Abs. 5 VVG genügenden Begründung die für die Wirksamkeit der Neufestsetzung der Prämie angeordnete Frist in Lauf gesetzt.

### 19

Die Begründung muss sich auf die konkret in Rede stehende Prämienanpassung beziehen. Anzugeben ist nur die Rechnungsgrundlage, d.h. entweder die kalkulierten Versicherungsleistungen oder die Sterbewahrscheinlichkeiten (§ 155 Abs. 3 und 4 VAG), deren nicht nur vorübergehende Veränderung die Prämienanpassung ausgelöst hat, nicht aber die genaue Höhe dieser Veränderung. Zweck des § 203 Abs. 5 VVG ist es, 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 sein Kündigungsrecht ausübt oder von seinem Tarifwechselrecht Gebrauch macht. Dem Versicherungsnehmer soll verdeutlicht werden, dass weder sein individuelles Verhalten, noch eine freie Entscheidung des Versicherers Grund für die Beitragserhöhung waren, sondern dass eine bestimmte Veränderung der Umstände dies aufgrund gesetzlicher Regelungen veranlasst hat. Dies wird durch die Angabe der Rechnungsgrundlage, welche die Prämienanpassung ausgelöst hat, erreicht. Dagegen ist es für diesen Zweck nicht erforderlich, dem Versicherungsnehmer die Rechtsgrundlage des geltenden Schwellenwerts oder die genaue Höhe der Veränderung der Rechnungsgrundlage mitzuteilen. Denn dem Versicherungsnehmer soll nicht eine Plausibilitätskontrolle der Prämienanpassung ermöglicht werden.

### 20

Die Versicherung muss entgegen der Ansicht des Klägers nicht ausdrücklich klarstellen, dass es sich nicht nur um vorübergehende Veränderungen handelt. Dies verlangen weder der Gesetzeswortlaut des § 203 VVG noch die zitierten Entscheidungen des Bundesgerichtshofs. Durch die Mitteilung der Rechnungsgrundlage gibt der Versicherer das Ergebnis seiner Überprüfung und Berechnungen wieder, die er nicht näher erläutern muss. Gemessen an diesen Vorgaben des Bundesgerichtshofs waren alle streitgegenständlichen Beitragsanpassungen formell wirksam.

## 1.2 Beitragsanpassung zum 01.09.2020

### 21

Die Informationen zur Beitragserhöhung zum 01.09.2020 sind ordnungsgemäß.

### 22

Schon im Anschreiben vom Juli 2020 wird im ersten Absatz mitgeteilt, dass die Teilnahme am medizinischen Fortschritt zu gestiegene Leistungsausgaben im Tarif bzw. in den Tarifen des Kunden führten. Im beigefügten Nachtrag zum Versicherungsschein ist bei jedem der von der Beitragserhöhung betroffenen Tarife zunächst der konkrete Änderungsbetrag benannt.

### 23

In einer weiteren Beilage zum Anschreiben mit dem Titel „Zusatzinformationen zu Ihrer Beitragsanpassung“ werden zunächst unter Ziffer 1. in allgemeiner Form die Grundlagen zur Beitragsanpassung und der Anpassungsmechanismus dargestellt. Unter Ziffer 2. Mit der Überschrift „Anpassungssituation in Ihren Tarifen“ erhält der Kunde in einer übersichtlichen Tabelle die Gründe für die Anpassung in seinen Tarifen mitgeteilt, sogar überobligatorisch unter Benennung des jeweiligen auslösenden Faktor bei den Versicherungsleistungen.

## 1.3 Beitragsanpassung zum 01.09.2019

### 24

Die Mitteilung der maßgeblichen Gründe zur Beitragsanpassung zum 01.09.2029 war ordnungsgemäß.

### 25

Im Kundenanschreiben vom Juli 2019 heißt es „Die Allianz private Krankenversicherung ermöglicht ihren Kunden, am medizinischen Fortschritt teilzuhaben. Dies führte im letzten Jahr zu gestiegenen Leistungsausgaben – auch in Ihrem Tarif bzw. in Ihren Tarifen.“

## **26**

Um die Beiträge und Leistungsausgaben eines Tarifs dauerhaft im Gleichgewicht zu halten, sind wir gesetzlich verpflichtet, die Ausgabenentwicklung jährlich zu überprüfen und die Beiträge bei Bedarf entsprechend anzupassen. Da die prall private Krankenversicherung eine Solidargemeinschaft ist, kann es auch dann zu einer Erhöhung kommen, wenn sie selbst keine Leistungen in Anspruch genommen haben.“ Es folgt die Mitteilung, in welcher Höhe der Gesamtbeitrag sich für den Kunden erhöht. Schon dies wäre eine ausreichende Mitteilung der für die Beitragsanhebung maßgeblichen Gründe. Denn der Kunde erfährt, dass die Beitragsanhebung auf gestiegenen Leistungsausgaben für Versicherungsleistungen beruht. Im dem Kundenansreiben beigefügten Nachtrag zum Versicherungsschein wird jeweils bei den betroffenen Tarifen der die Beitragsanpassung auslösende Faktor bei den Versicherungsleistungen mitgeteilt. Die Information ist mustergültig.

### 1.4 Beitragsanpassung zum 01.09.2017

## **27**

Auch die Informationen zur Beitragsanpassung zum 01.09.2017 sind ordnungsgemäß.

## **28**

Im Kundenansreiben vom Juli 2017 wird noch in allgemeiner Form mitgeteilt, dass die medizinische Entwicklung zu einem Anstieg der medizinischen Kosten führt. Die maßgeblichen Gründe sind im beigefügten wegen der Beitragsanpassung ausgefertigten Versicherungsschein mitgeteilt. Bei den von der Beitragserhöhung betroffenen Tarifen 815 S und 8351 ist jeweils ein mit doppeltem Sternchenhinweis versehener Vermerk „Anpassungsgrund ...“ angebracht. Zum „Anpassungsgrund ...“ lautet die Erläuterung am Ende des drei- seitigen Versicherungsscheins: „Die Gegenüberstellung der erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen ergab eine Abweichung von mehr als 10 %.“ Damit erfährt der Kunden zu den Beitragserhöhungen in beiden Tarifen, dass diese auf einer Veränderung bei den Versicherungsleistungen beruht, und welcher Schwellenwert überschritten war. Dies genügt für eine ordnungsgemäße Begründung vollauf.

### 1.5 Beitragsanpassung zum 01.09.2016

## **29**

Auch die maßgeblichen Gründe zur Beitragsanpassung zum 01.09.2016 hat die Beklagte ordnungsgemäß mitgeteilt. Im Kundenansreiben vom Juli 2016 verweist die Beklagte unter der Überschrift „warum müssen wir Ihren Beitrag anpassen?“ in allgemeiner Form auf die steigenden Kosten aufgrund des Fortschritts bei der medizinischen Versorgung, die zu einem Anstieg der Ausgaben führen.

## **30**

Im beigefügten Versicherungsschein sind die geänderten Tarife jeweils mit einem Sternchenhinweis versehen. Der mit einem einfachen Sternchen versehene Anpassungsgrund wird erläutert mit „Anpassungsgrund ...: Die Gegenüberstellung der erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen ergab eine Abweichung von mehr als 5 % und nicht mehr als 10 %.“ Das doppelte Sternchen beim Anpassungsgrund wird am Ende des Dokuments wie folgt erklärt: „Die Gegenüberstellung der erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen ergab eine Abweichung von mehr als 10 %.“

## **31**

Auf diese Weise ist für den Versicherungskunden gut nachvollziehbar dargestellt, dass die Beitragsanpassung einer Erhöhung der Leistungsausgaben für medizinischen Leistungen geschuldet ist. Durch die Sternchenhinweise im Nachtrag zum Versicherungsschein erfährt der Kunde, in welchen Tarifen konkret die Anpassung erfolgte und welcher Schwellenwert jeweils überschritten war. Der maßgebliche Grund des Anstiegs der Ausgaben für Versicherungsleistungen ist damit ordnungsgemäß mitgeteilt.

### 1.6 Beitragsanpassung zum 01.09.2014

## **32**

Auch die Mitteilung der maßgeblichen Gründe für die Beitragsanpassung zum 01.09.2014 war ordnungsgemäß. Im Kundenansreiben vom Juni 2014 teilt die Beklagte in Abs. 4 unter der Überschrift: „Warum erhöhen wir Ihren Beitrag?“ mit:

„Wir garantieren Ihnen einen leistungsstarken Versicherungsschutz. Durch den medizinischen Fortschritt steigen allerdings mitunter die Gesundheitskosten. Daher prüfen wir nach den gesetzlichen Vorschriften einmal jährlich für jeden Tarif das Verhältnis von Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben. Zeigt sich wie in diesem Jahr bei Ihrem Tarif eine deutliche Abweichung, werden die Beiträge angepasst. Nähere Informationen hierzu finden Sie unter „wichtige Hinweise „.“

### **33**

Bereits mit diesem Kundenanschreiben hat die Beklagte deutlich gemacht, dass die Beitragsanpassung einer Erhöhung der Leistungsausgaben geschuldet ist. Es wird mitgeteilt, dass bei der jährlichen Überprüfung sich ergeben hat, dass im Tarif des betroffenen Kunden sich eine deutliche Abweichung ergeben hat. Allein mit dem Kundenanschreiben sind die maßgeblichen Gründe der Beitragsanpassung somit ausreichend und gut verständlich mitgeteilt.

### **34**

Dem Kundenanschreiben ist ein Versicherungsschein mit dem Ausfertigungsgrund der Beitragsanpassung beigelegt, aus dem sich die jeweiligen Prämienanpassungen in den einzelnen Tarifen, hier bei der ambulanten Heilbehandlung und der zahnärztlichen Behandlung ergeben.

### **35**

Auch die Prämienanpassung zum 01.09.2014 ist daher formell wirksam.

## **2. Zur materiellen Wirksamkeit der Prämienanpassungen**

### **36**

Die Beitragsanpassungen sind auch materiell wirksam.

### **37**

2.1 Ohne Erfolg ist die Einwendung des Klägers, Prämienanpassungen, die auf einem auslösenden Faktor unter 110.0 (10 %) beruhten, seien materiell unwirksam, weil vom gesetzlichen Schwellenwert von 10 % gemäß § 155 VAG abweichende Bestimmungen in den Versicherungs- bzw. Tarifbedingungen der Beklagten unwirksam seien, also eine wirksame Rechtsgrundlage fehle. Entgegen der Auffassung der Klagepartei ist die Beitragsanpassungsklausel des § 8b Abs. 1 ihrer Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), vorliegend in Anlage B 1, wirksam und die Beklagte war daher befugt, auch bei einer Abweichung der erforderlichen von den kalkulierten Versicherungsleistungen um mehr als 5 % nach Überprüfung und Zustimmung des Treuhänders anzupassen. Dies hat der Bundesgerichtshof in seinem Urteil vom 22.06.2022 (Az. IV ZR 253/20) für eine gleichlautende Klausel entschieden.

### **38**

2.2 Ohne Erfolg bleibt auch das Bestreiten der Klagepartei, dass den die Beitragsanpassungen prüfenden Treuhändern die hierfür maßgeblichen technischen Berechnungsgrundlagen vorgelegen hätten und dass darüber hinaus ganz allgemein die materiellen Voraussetzungen der Beitragsanpassungen vorgelegen hätten. Das von der Klagepartei beantragte Sachverständigengutachten zur Überprüfung Vorlage der für die Prämienanpassungen notwendigen Unterlagen an den jeweiligen Treuhänder und der kalkulatorischen und versicherungsmathematischen Richtigkeit der Beitragsneuberechnungen in den streitgegenständlichen Tarifen war nicht zu erholen, denn es fehlt bereits an qualifiziertem Sachvortrag zu den erhobenen Einwendungen. Die Klagepartei hat trotz des Hinweises des Gerichts vom 20.05.2020 zur Notwendigkeit eines qualifizierten Vortrags zur von ihr behaupteten materiellen Unwirksamkeit der Prämienanpassungen auf Basis der von der Beklagten angebotenen technischen Berechnungsunterlagen mit dem Schriftsatz vom 21.06.2022 auf Seite 2 unten ausdrücklich darauf verzichtet, vor der von ihr angestrebten Erholung eines Sachverständigengutachtens zur materiellen Wirksamkeit der Beitragsanpassungen, im Haupttermin am 29.09.2022 von der Beklagten vorzulegende Geschäftsunterlagen entgegenzunehmen bzw. Einsicht zu nehmen und inhaltlich Stellung zu nehmen. Daher bestand kein Anlass mehr für das Gericht, die Beklagte aufzufordern, die zur Darlegung der materiellen Richtigkeit notwendigen Unterlagen zum Zwecke der Übergabe an die Klagepartei unter Anordnung der Geheimhaltung in nichtöffentlicher Verhandlung nach §§ 172, 174 Abs. 3 GVG zum Haupttermin am 29.09.2022 vorzulegen. Denn die Klagepartei hat sich durch den Verzicht auf die Entgegennahme der technischen Berechnungsunterlagen im Haupttermin von vornherein der Möglichkeit begeben, die streitgegenständlichen Beitragsanpassungen in materieller Hinsicht qualifiziert anzugreifen. Zudem könnte ein – unterstellt – erholtes Sachverständigengutachten weder dem sachbearbeitenden anwaltlichen Vertreter der Klagepartei noch der Klagepartei selbst zugänglich gemacht

werden, da die Geheimhaltung der im Gutachten eingeflossenen Berechnungsunterlagen, die in der Regel auch schützenswerte Geschäftsgeheimnisse der beklagten Versicherung enthalten, nicht durch ein vorangehendes Geheimhaltungsprozedere nach den §§ 172, 174 GVG sichergestellt worden ist.

### 39

Im Einzelnen gilt Folgendes:

### 40

Ausgangspunkt ist, dass Prämien erhöhungen trotz der Zustimmung durch den Treuhänder einer umfassenden tatsächlichen und rechtlichen Prüfung durch die Zivilgerichte unterliegen. Maßstab hierfür sind die gesetzlichen und die vertraglichen Bestimmungen, d.h. ob die Beitragsanpassungen nach aktuariellen Grundsätzen als mit den bestehenden Rechtsvorschriften in Einklang stehend anzusehen ist. Die danach vorzunehmende Kontrolle der Prämienanpassung hat sich auf der Grundlage der dem Treuhänder vom Versicherer vorgelegten Unterlagen zunächst darauf zu erstrecken, ob die Anpassungsvoraussetzungen gegeben sind. Ist das der Fall, ist der Umfang der Prämienhöhung zu überprüfen.

### 41

Der Kläger hat materielle Einwendungen gegen die streitgegenständlichen Beitragsanpassungen nicht wirksam, d.h. nicht ausreichend substantiiert vorgetragen. Die Beklagte bietet zur Überprüfung der materiellen Rechtmäßigkeit die Vorlage der maßgeblichen technischen Berechnungsgrundlagen, die dem jeweiligen Treuhänder tatsächlich vorlagen, an.

### 42

Zwar trägt die Beklagte die Darlegungs- und letztlich Beweislast für die materielle Wirksamkeit der Beitragsanpassungen jedenfalls dann, wenn der Versicherungsnehmer sich gegen eine Prämienhöhung mit einer negativen Feststellungsklage wehrt (BGH, Urteil vom 16.06.2014, Az. 117/02, Ziff. II.2., Seite 10 „Wehrt sich der Versicherungsnehmer mit einer negativen Feststellungsklage gegen die Prämienhöhung, hat der Versicherer die Berechtigung darzulegen und zu beweisen.“). Für einen auf Erstattung vorbehaltlos bezahlter Erhöhungsbeträge gerichteter Bereicherungsanspruch nach § 812 BGB, hier mit Klageantrag zu Ziffer III. in Höhe von 2.648,50 € geltend gemacht, dürfte indessen nach dem allgemeinen Grundsatz „Der Anspruchsteller hat seinen Anspruch darzulegen und zu beweisen“, also nach den allgemeinen Beweisregeln der Kläger am Ende beweibelastet sein. Das ändert allerdings nichts an der Darlegungslast zur materiellen Richtigkeit von Prämienanpassungen: Da der Versicherungsnehmer zunächst nicht über die notwendigen Informationen zur Darlegung der von ihm angenommenen materiellen Unwirksamkeit einer Beitragsanpassung verfügt, trifft die beklagte Versicherung in diesen Fällen jedenfalls eine sekundäre Darlegungslast. Deshalb genügt zunächst ein einfaches Bestreiten der kalkulatorischen Richtigkeit nach versicherungsrechtlichen und -mathematischen Grundsätzen von Seiten des Versicherungsnehmers, der von sich aus keinen Einblick in diese zum Teil als Geschäftsgeheimnisse unzugänglichen versicherungsmathematischen Berechnungen des Versicherers hat und diese auch nicht aus allgemein zugänglichen Quellen überprüfen kann. Hat die Versicherung ihrer (sekundären) Darlegungslast entsprochen, muss der Versicherungsnehmer seinen Vortrag substantiieren bzw. qualifiziert bestreiten (Vgl. auch Einiko Franz, Aufsatz in VersicherR 2020, 449 ff. III. 5. „Beweislast“).

### 43

Etwas anderes kann die Klagepartei auch nicht aus dem Urteil des OLG Köln vom 04.05.2021 (Az. 9 U 306/19) für sich herleiten. Das OLG Köln hielt das einfache Bestreiten mit Nichtwissen angesichts des Umstandes, dass dem klagenden Versicherungsnehmer die der Erhöhung zugrundeliegenden Berechnungsgrundlagen nicht zur Verfügung gestellt worden sind, für ausreichend. Hierin unterschied sich der dem OLG Köln vorliegende Fall von dem dem Bundesgerichtshof zum Urteil vom 09.12.2015 (Az. IV ZR 272/15) vorliegenden Sachverhalt, worauf das OLG Köln zu Recht hinweist. Bietet die Versicherung die Vorlage der Unterlagen zur den Prämienanpassungen an und verzichtet – wie hier – die Klagepartei darauf, diese im Haupttermin entgegenzunehmen, gelten demgegenüber die vom Bundesgerichtshof im Urteil vom 09.12.2015 (Az. 272/15) aufgestellten Grundsätze. Dort hatte das Amtsgericht – ohne zunächst dem Kläger die von der Versicherung vorgelegten Kalkulationsgrundlagen zugänglich zu machen – ein versicherungsmathematisches Sachverständigengutachten zu den vom Versicherungsnehmer in materieller Hinsicht einfach bestrittenen Prämien erhöhungen erholt und der Klage überwiegend stattgegeben. Auf die Berufung der Versicherung hat das Landgericht München I zunächst in der mündlichen Verhandlung unter Ausschließung der Öffentlichkeit den Kläger und seinen Prozessbevollmächtigten zur Verschwiegenheit über

die Unterlagen der Beklagten verpflichtet, soweit es sich um als Geschäftsgeheimnisse der Versicherung geheimhaltungsbedürftige technische Berechnungsgrundlagen handelte. Das Berufungsgericht wies sodann die Klage unter Zugrundelegung des Sachverständigengutachtens ab unter Hinweis darauf, dass das allgemeine Bestreiten der Richtigkeit der in den technischen Berechnungsgrundlagen enthaltenen Einzelangaben sowie der Ausführungen des Sachverständigen nicht genüge. Dies bestätigte der Bundesgerichtshof und führt aus: „Rechtsfehlerfrei hat das Berufungsgericht in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, der Kläger habe die Möglichkeit, die Plausibilität der statistischen Nachweise durch einen eigenen Sachverständigen überprüfen zu lassen, nicht wahrgenommen. Da keine konkreten Anhaltspunkte vorgetragen oder sonst ersichtlich seien, die auf eine fehlerhafte Datengrundlage hindeuteten, sei das Bestreiten der Daten in dieser Hinsicht ins Blaue hinein erfolgt und damit prozessual unbeachtlich“ (a.a.O. Rz. 24). Dies gilt auch hier. Ein strukturelles Informationsdefizit gibt es nach einem Angebot zur Übergabe der Unterlagen zu den streitigen Beitragsanpassungen an die Klagepartei nicht mehr. Wie auch in anderen Prozessen über komplexe Spezialmaterien kann sich eine fachlich unterlegene Partei durch einen Privatsachverständigen beraten lassen und die Ergebnisse entsprechend vortragen. Anderenfalls würde ein einfaches Bestreiten der materiellen Wirksamkeit der Prämienanpassungen im Prozess ausreichen, um nicht nur die Krankenversicherer zur aufwändigen Zusammenstellung und Vorlage der technischen Berechnungsgrundlagen und der sonstigen zum Beitragsanpassungsvorgang gehörenden Unterlagen zu veranlassen, sondern auch im Anschluss daran, ohne weitere Beschäftigung mit den erhaltenen Unterlagen auf Seiten der Klagepartei, ein kostenintensives versicherungsmathematisches Sachverständigengutachten zu allen denkbaren Aspekten der im Prozess gegenständlichen Prämienanpassungen auszulösen. Vielmehr gilt: Wenn die Beklagte dem Versicherungsnehmer die Grundlagen der einzelnen streitgegenständlichen Prämienanpassungen unter Vorlage der entsprechenden Unterlagen dargelegt und zur Verfügung gestellt hat, obliegt es der Klagepartei, anhand der ihr nun zugänglichen Unterlagen zu präzisieren, unter welchen konkreten Gesichtspunkten sie die Neubemessung der Prämien in den streitgegenständlichen Tarifen weiterhin angreift. Darauf könnte sich dann ein Beweisbeschluss z.B. zur Erholung eines versicherungsmathematischen Gutachtens beziehen.

#### **44**

Das allgemeine und pauschale Bestreiten der Klagepartei, dass die erforderlichen Unterlagen zur Prüfung sämtlicher Beitragsanpassungen den jeweiligen Treuhändern vorlagen, ist daher in der vorliegenden Verfahrenssituation nicht mehr ausreichend. Der Kläger verzichtet schriftsätzlich vor dem Haupttermin ausdrücklich darauf, Einblick in von der Beklagten zur Vorlage angebotenen Geschäftsunterlagen mit allen maßgeblichen Zahlen und technischen Berechnungsunterlagen nach Geheimhaltungsprozedere zu nehmen und meint, dies könne auf einen späteren Zeitpunkt zurückgestellt werden.

#### **45**

Ein qualifizierter Sachvortrag des Klägers, welche Unterlage dem Treuhänder nicht vorgelegen haben soll, ist damit von vornherein ausgeschlossen. Der Kläger könnte nach Vorlage der und Einsicht in die Unterlagen im Einzelnen darlegen, welche Unterlagen seiner Ansicht nach fehlen. Diese Möglichkeit nimmt er nicht wahr. Die allgemeine und pauschale Behauptung, bei sämtlichen Beitragsanpassungen hätten dem Treuhänder die Unterlagen nicht vollständig vorgelegen stellt ein pauschales Bestreiten ins Blaue hinein dar, welches prozessual unbeachtlich ist.

#### **46**

Das Gleiche gilt für die pauschale Einwendung der Klagepartei, die materiellen Voraussetzungen nach § 203 Abs. 2 VVG seien bei den streitgegenständlichen Beitragsanpassungen nicht erfüllt. Die Klagepartei hat durch den Verzicht auf die Entgegennahme der von der Klagepartei angebotenen Unterlagen sich selbst die Möglichkeit zur Substatiiierung der materiellen Einwendungen gegen die Prämienanpassungen genommen.

#### **47**

3. Einen Schadensersatzanspruch durch Verletzung von Beratungspflichten hat die Klagepartei nicht schlüssig dargelegt. Eine Pflichtverletzung ist nicht ersichtlich. Den Mitteilungen zu den Beitragsanpassungen hat die Beklagte ein Beiblatt mit Zusatzinformationen beigefügt, in denen unter der Überschrift „Allgemeine Informationen zum Tarifwechsel“ aus auf das Recht zum Wechsel in einen Tarif mit günstigerem Beitrag ohne Gesundheitsprüfung und auf das Angebot einer entsprechende individuelle Beratung durch den Vermittler oder den Kundenservice hingewiesen wird. Außer bei Versicherungsnehmern über 60 Jahren besteht keine besondere Beratungspflicht bei Beitragserhöhungen.

Auch zu einem durch eine Beratungspflichtverletzung verursachten Schaden trägt die Klagepartei nichts Konkretes vor. Auch darauf hat das Gericht mit Beschluss vom 19.05.2022 hingewiesen.

#### 4. Verjährung

##### **48**

Die Beklagte hat zudem die Verjährungseinrede erhoben. Für Forderungen auf Erstattung von auf unwirksame Prämien erhöhungen geleistete Erhöhungsbeträge gilt die dreijährige Verjährungsfrist des § 195 BGB (Vgl. BGH, Urteil vom 19.12.2018, Az. IV ZR 255/17, Rz. 72). Diese beginnt gemäß § 199 Abs. 1 BGB zum Schluss des Jahres der Entstehung des Anspruchs – der Zahlung des jeweiligen Erhöhungsbeitrages auf eine (unwirksame) Prämienanpassung – und der Kenntnis des Gläubigers von den anspruchsbegründenden Umständen. Mit Erhalt der Schreiben und Mitteilungen der Beklagten zur jeweiligen Beitragserhöhung erhält der Versicherungskunde Kenntnis von allen Umständen, die einen Anspruch wegen nach seiner Auffassung nach unzureichender Mitteilungen begründen könnten. (BGH Urteil vom 17.11.2021, Az. IV ZR 113/20). Darauf, ob er schon zu diesem Zeitpunkt die entsprechenden rechtlichen Schlüsse gezogen hat, kommt es nicht an.

##### **49**

Da die Klage im Jahr 2021 erhoben wurde, sind etwaige Rückzahlungsansprüche auf bis zum 31.12.2017 geleistete Erhöhungsbeträge zudem verjährt.

##### **50**

5. Die Kostenentscheidung folgt aus § 91 ZPO; die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit ergibt § 709 ZPO.