

**Titel:**

**Berufung, Versicherer, Versicherungsnehmer, Nichtzulassung, Unwirksamkeit, Versicherungsleistungen, Revision, Wirksamkeit, Anpassung, Zahlung, Beitragspflicht, Herausgabe, Krankheitskostenversicherung, Beitragszuschlag, Nichtzulassung der Revision, Zulassung der Revision, vertragliche Vereinbarung**

**Schlagworte:**

Berufung, Versicherer, Versicherungsnehmer, Nichtzulassung, Unwirksamkeit, Versicherungsleistungen, Revision, Wirksamkeit, Anpassung, Zahlung, Beitragspflicht, Herausgabe, Krankheitskostenversicherung, Beitragszuschlag, Nichtzulassung der Revision, Zulassung der Revision, vertragliche Vereinbarung

**Vorinstanz:**

LG München I, Endurteil vom 12.11.2021 – 25 O 15614/20

**Tenor**

1. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Landgerichts München I vom 12.11.2021, Az. 25 O 15614/20, wird zurückgewiesen.
2. Die Klägerin hat die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen.
3. Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar. Das in Ziffer 1 genannte Urteil des Landgerichts München I ist ohne Sicherheitsleistung vorläufig vollstreckbar. Die Klagepartei kann die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 110% des vollstreckbaren Betrages abwenden, wenn nicht die Beklagte vor der Vollstreckung Sicherheit in Höhe von 110% des vollstreckbaren Betrages leistet.
4. Die Revision gegen dieses Urteil zum Bundesgerichtshof für den Kläger wird zugelassen, soweit der Senat entschieden hat, dass eine materiell – rechtlich wirksame Rechtsgrundlage für die Beitragserhöhung im Tarif Z 100/80 zum 01.01.2019 vorhanden war (Entscheidungsgründe II B).

**Beschluss**

Der Streitwert wird für das Berufungsverfahren auf 11.963,84 € festgesetzt.

**Entscheidungsgründe**

I.

**1**

Die Klagepartei ist bei der Beklagten privat krankenversichert. Die Parteien streiten im Wesentlichen darüber, ob Beitragserhöhungen wirksam sind und ob der Klagepartei ein Rückforderungsanspruch wegen überbezahlter Prämien zusteht. Zu den Einzelheiten und zum Sach- und Streitstand wird auf den Tatbestand des angefochtenen Urteils (Bl. 162/167 d.A.) Bezug genommen. Das Landgericht hat die Klage abgewiesen. Auf die Entscheidungsgründe des Urteils des Landgerichts wird verwiesen (Bl. 167/179 d.A.).

**2**

Mit ihrer Berufung verfolgt die Klagepartei ihr Begehren mit einer geringfügigen Änderung weiter und erweitert die Klage geringfügig (s.u.). Zu den Einzelheiten wird auf die Berufungsbegründung Bezug genommen.

**3**

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

- a) im Tarif VORSORGE die Erhöhung zum 01.01.2011 in Höhe von 2,50 €,
- b) im Tarif A 80/100 die Erhöhung zum 01.01.2011 in Höhe von 30,00 €,

- c) im Tarif KTV6 die Erhöhung zum 01.01.2012 in Höhe von 15,63 €,
- d) im Tarif VORSORGE die Erhöhung zum 01.01.2012 in Höhe von 0,40 €,
- e) im Tarif A 80/100 die Erhöhung zum 01.01.2012 in Höhe von 4,88 €,
- f) im Tarif K/S die Erhöhung zum 01.01.2013 in Höhe von 0,65 €,
- g) im Tarif VORSORGE die Erhöhung zum 01.01.2013 in Höhe von 3,38 €,
- h) im Tarif K 20 die Erhöhung zum 01.01.2013 in Höhe von 33,20 €,
- i) im Tarif KTV6 die Erhöhung zum 01.01.2013 in Höhe von 22,42 €,
- j) im Tarif A 80/100 die Erhöhung zum 01.01.2016 in Höhe von 11,46 €,
- k) im Tarif KS die Erhöhung zum 01.01.2016 in Höhe von -0,29 € (Klageerweiterung in der Berufungsinstanz),
- l) im Tarif Z 100/80 die Erhöhung zum 01.01.2016 in Höhe von 3,50 €,
- m) im Tarif VORSORGE die Erhöhung zum 01.01.2016 in Höhe von 1,47 €,
- n) im Tarif VORSORGE die Erhöhung zum 01.01.2018 in Höhe von 3,00 €,
- o) im Tarif A 80/100 die Erhöhung zum 01.01.2018 in Höhe von 30,00 €,
- p) im Tarif Z 100/80 die Erhöhung zum 01.01.2019 in Höhe von 3,09 €,
- q) im Tarif K 20 die Erhöhung zum 01.01.2019 in Höhe von 29,70 €, und die Klägerseite nicht zur Zahlung des jeweiligen Erhöhungsbetrages verpflichtet war.

2) Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerseite 3.749,90 € 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.

#### 4

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen Die Beklagte tritt der Berufung entgegen. Zu den Einzelheiten wird auf den eingereichten Schriftsatz der Beklagten Bezug genommen.

#### 5

Der Senat hat mit Beschluss vom 09.02.2022 Hinweise erteilt

II.

#### 6

Die Entscheidung des Landgerichts trifft zu. Die zulässige Klage ist nicht begründet. A. Alle Ansprüche aus Zahlungen, die bis 31.12.2016 erfolgten, sind verjährt.

#### 7

Die Verjährungsfrist beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem die jeweilige Zahlung des erhöhten Beitrags nach Zugang des Anpassungsschreibens erfolgt ist (BGH, Urteil vom 17.11.2021 – IV ZR 113/20 für Fälle, in denen – wie hier – der Anspruch gegen den Versicherer schon vor der Entscheidung des Bundesgerichtshofs vom 16.12.2020, Az. IV ZR 294/19, erhoben wurde; das gilt auch, wenn neben Begründungsmängeln eine materielle Unwirksamkeit behauptet wird, ständige Rechtsprechung des Senats, so auch

OLG Stuttgart Urt. v. 18.11.2021 – 7 U 244/21, BeckRS 2021, 37369, beck-online; OLG Hamm, Urteil vom 30.06.2021 – 20 U 152/20, BeckRS 2021, 18961, beck-online Rn. 53;; OLG Köln, Urteil vom 22.09.2020 – Az. 9 U 237/19; OLG Köln, Urteil vom 07. April 2017 – 20 U 128/16 –, Rn. 16, juris; LG Frankfurt a. M., Urteil vom 16. 4. 2020 – 2-23 O 198/19, Rn. 25 juris.; LG Arnberg, Urteil vom 16.5.2019 – 1 O 127/18, BeckRS 2019, 28861, beck-online; LG Stuttgart Urteil vom 19.10.2020 – 18 O 50/20, BeckRS 2020, 40275; Fuxmann/Leygraf, r+s 2021,61).

## 8

B. Rechtsgrundlage für die Erhöhung, bei der eine Abweichung der kalkulierten von den erforderlichen Versicherungsleistungen weniger als 10% beträgt (hier: Erhöhung im Tarif Z 100/80 zum 01.01.2019), ist § 8 b (1) der vereinbarten Bedingungen (Anlage B 1a Krankheitskostenversicherung – fortan aus Vereinfachungsgründen: AVB). Der Senat folgt bei der Beurteilung der Wirksamkeit der vereinbarten Regelung nicht der Auffassung des OLG Köln (Entscheidung vom 22.09.2020 – 9 U 237/19, vgl. auch Voit in Prölss / Martin § 8 b MB/KK 2009 Rn. 2), sondern der Auffassung des OLG Stuttgart, Urt. v. 18.11.2021 – 7 U 244/21, BeckRS 2021, 37369, beck-online, Urteilsgründe Nr. B 3, des LG Hannover, Urteil vom 29.03.2021 – 19 O 291/20, des LG Oldenburg im Verfahren 13 O 2797/20, Bruns (VersR 2021, 541) und Boetius (VersR 2021,101 – Anmerkung zu OLG Köln).

## 9

Eine Unwirksamkeit folgt nicht aus einem Verstoß gegen §§ 208, 203 VVG. § 8 b (1) AVB weicht nicht von der gesetzlichen Regelung ab, da dort nicht geregelt ist, dass bei nur vorübergehenden Änderungen Anpassungen möglich sind. § 8 b (1) AVB hat einen eigenständigen Regelungsgehalt und kann isoliert Bestand haben. Geregelt ist hier der Fall einer nicht nur vorübergehenden Veränderung einer Rechnungsgrundlage. Würde man annehmen, dass die Regelung in § 8 b (2) AVB dem Versicherer ermöglichen würde, eine Anpassung bei nur vorübergehenden Veränderungen vorzunehmen, wäre diese Regelung unwirksam, da das nach der gesetzlichen Regelung nicht zulässig ist. Eine eventuelle Unwirksamkeit von § 8 b (2) AVB hat keinen Einfluss auf die Wirksamkeit von § 8 b (1) AVB.

## 10

Eine Unwirksamkeit ergibt sich nicht aus § 307 BGB, da § 8 b (1) AVB nicht intransparent ist und auch durch § 8 b (2) AVB nicht intransparent wird. In § 8 b I (1) AVB ist gerade keine Anpassung bei nur vorübergehenden Veränderungen zugelassen und geregelt. § 8 b (2) AVB räumt dem Versicherer nicht das Recht ein, bei nur vorübergehender Veränderung anzupassen; aus dieser Regelung ergibt sich auch nicht, dass dem Versicherer ein solches Recht eingeräumt werden sollte; geregelt werden sollten dort – worauf das Landgericht zutreffend hinweist – die Möglichkeiten des Versicherers, bei vorübergehenden Veränderungen gerade keine Anpassung vorzunehmen.

## 11

Die Regelung, die eine Anpassung bereits bei einer Abweichung von mehr als 5% ermöglicht, ist demnach wirksam.

## 12

Selbst bei einer Unwirksamkeit würde eine ergänzende Vertragsauslegung dazu führen, dass eine Anpassung bei einer Abweichung von 5% (Versicherungsleistungen) zulässig ist. Bei einer Unwirksamkeit entstände eine Regelungslücke, da das Gesetz bei einer entsprechenden Vereinbarung auch bei Abweichungen von 5% Anpassungen zulässt und da offensichtlich beabsichtigt war, das in beiderseitigem Interesse so zu regeln. Bei Beitragssenkungen liegt es auf der Hand, dass der Versicherungsnehmer ein Interesse an der Anpassung hat; Erhöhungen sollen die Leistungsfähigkeit des Versicherers sichern; wird bereits bei Abweichungen von 5% angepasst, so fallen die folgenden Erhöhungen naturgemäß moderater aus, da dann weniger Lücken im Beitragsaufkommen entstehen.

## 13

C. Die Mitteilung der maßgeblichen Gründe für die Neufestsetzung der Prämie nach § 203 Abs. 5 VVG erfordert die Angabe der Rechnungsgrundlage, deren nicht nur vorübergehende Veränderung die Neufestsetzung nach § 203 Abs. 2 Satz 1 VVG veranlasst hat (BGH, Urteil vom 10.03.2021 – IV ZR 353/19; BGH, Urteil vom 16.12.2020 – IV ZR 294/19; OLG Köln, Urteil vom 29.10.2019 – I-9 U 127/18). Nicht angeben muss der Versicherer die Veränderung weiterer Faktoren, welche die Prämienhöhe beeinflusst haben, wie z.B. des Rechnungszinses; auch muss bei der Rechnungsgrundlage Versicherungsleistungen nicht angegeben werden, ob die künftig erforderlichen Versicherungsleistungen nach oben oder nach unten

von den kalkulierten Ausgaben abweichen (BGH, Urteil vom 20. 10.2021 – IV ZR 148/20; BGH, Urteil vom 21.07.2021 – IV ZR 191/20; BGH, Urteil vom 23.06.2021 – IV ZR 250/20; BGH, Urteil vom 14.04. 2021 – IV ZR 36/20; BGH, Urteil vom 10.03.2021 – IV ZR 353/19; BGH, Urteil vom 16.12.2020 – IV ZR 294/19; OLG Köln, Urteil vom 29.10.2019 – I-9 U 127/18).

#### **14**

Eine allgemeine Beschreibung der jährlichen Durchführung der Prämienüberprüfung genügt nicht, wenn nicht das Ergebnis der aktuellen Überprüfung mitgeteilt wird (BGH, Urteil vom 10. März 2021 – IV ZR 353/19 –, Rn. 23, juris VersR 2021,564).

#### **15**

Nach diesen Maßgaben genügen die Begründungen (vgl. i.E. Anlage B 2).

1. Erhöhung zum 01.01.2019

#### **16**

Dass die Rechnungsgrundlage Leistungsausgaben (und nicht Sterbewahrscheinlichkeit) die Neufestsetzung ausgelöst hat, ergibt sich aus folgendem:

#### **17**

In den allgemeinen Informationen (Informationen zur Beitragsanpassung 2019, Anlage B 2) ist erklärt, dass wenn die Versicherungsleistungen in einem Tarif von den ursprünglich kalkulierten Schäden mindestens um den tariflich festgelegten Satz von 5% abweichen der auslösende Faktor „Schaden“ ist. Bei den Tarifen A 80/100, K 20 und Z 100/80 ist dann der auslösende Faktor „Schaden“ mit einem bestimmten Prozentsatz angegeben (VORSORGE ist kein gesonderter Tarif, sondern der gesetzliche Beitragszuschlag). Dass es sich nicht nur um eine allgemeine Beschreibung der jährlichen Durchführung der Prämienüberprüfung handelt, ergibt sich aus den konkreten Daten neben dem jeweiligen Tarif. Damit ist das Ergebnis mitgeteilt.

#### **18**

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass die Beklagte auch deutlich gemacht hat, dass weder ein individuelles Verhalten der Klagepartei noch eine freie Entscheidung des Versicherers Grund für die Beitragserhöhung war, sondern dass eine bestimmte Veränderung der Umstände dies aufgrund gesetzlicher Regelungen veranlasst hat, vgl. S. 1 im Anschreiben vom 13.11.2018 (Anlage B 2).

2. Erhöhung zum 01.01.2018

#### **19**

Dass die Rechnungsgrundlage Leistungsausgaben (und nicht Sterbewahrscheinlichkeit) die Neufestsetzung ausgelöst hat, ergibt sich aus folgendem:

#### **20**

Der Versicherer hat jährlich 2 Faktoren, nämlich die Versicherungsleistungen (§ 155 Abs. 3 VAG) und die Sterbewahrscheinlichkeit (§ 155 Abs. 4 VAG) zu überprüfen und – bei Vorliegen entsprechender Voraussetzungen eine Anpassung vorzunehmen. Die Beklagte hat hier zur Begründung der Erhöhung nicht angegeben, dass sie die kalkulierten mit den erforderlichen Sterbewahrscheinlichkeiten verglichen hätte (§ 155 Abs. 4 VAG), sondern:

„Um die vertraglich zugesicherten Leistungen auch in Zukunft erfüllen zu können, sind wir für jeden Tarif gesetzlich verpflichtet, jährlich die tatsächlich erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen zu vergleichen. Ergeben sich dabei Abweichungen von mehr als 5%, so werden die Beiträge überprüft und – falls erforderlich – angepasst. ...“.(Schreiben vom 06.11.2017).

#### **21**

Schon daraus ergibt sich, dass nicht die Sterbewahrscheinlichkeiten sondern die veränderten Leistungsausgaben Auslöser für die Anpassung war.

#### **22**

Darüber hinaus ist im Anschreiben auf das Beiblatt „Informationen zur Beitragsanpassung 2018“ verwiesen. Dort sind nochmals die allgemeinen gesetzlichen Grundlagen dargestellt. Weiter ist ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Beitragsanpassung in allen betroffenen Tarifen aufgrund der Entwicklung der

Leistungsausgaben (auslösender Faktor: Schaden) erfolgt. Schließlich ist der Tarif A 80/100 Frauen in der Tabelle nochmals ausdrücklich genannt und als auslösender Faktor angegeben: „Schaden“.

(VORSORGE ist kein Tarif sondern der gesetzliche Beitragszuschlag).

### **23**

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass die Beklagte im Schreiben vom 06.11.2027 auch deutlich gemacht hat, dass weder ein individuelles Verhalten der Klagepartei noch eine freie Entscheidung des Versicherers Grund für die Beitragserhöhung war, sondern dass eine bestimmte Veränderung der Umstände dies aufgrund gesetzlicher Regelungen veranlasst hat.

3. Erhöhung zum 01.01.2016

### **24**

Dass die Rechnungsgrundlage Leistungsausgaben (und nicht Sterbewahrscheinlichkeit) die Neufestsetzung ausgelöst hat, ergibt sich aus folgendem:

### **25**

Der Versicherer hat jährlich 2 Faktoren, nämlich die Versicherungsleistungen (§ 155 Abs. 3 VAG) und die Sterbewahrscheinlichkeit (§ 155 Abs. 4 VAG) zu überprüfen und – bei Vorliegen entsprechender Voraussetzungen eine Anpassung vorzunehmen. Die Beklagte hat hier zur Begründung der Erhöhung nicht angegeben, dass sie die kalkulierten mit den erforderlichen Sterbewahrscheinlichkeiten verglichen hätte (§ 155 Abs. 4 VAG), sondern:

„Um den Ihnen vertraglich zugesicherten Versicherungsschutz auch künftig erfüllen zu können, ist die A. O. dazu verpflichtet, jährlich die tatsächlich angefallenen Leistungsaufwendungen mit den kalkulierten Schäden zu vergleichen. Als Ergebnis des Vergleichs müssen die Berechnungsgrundlagen einiger Tarife zum 01.01.2016 angepasst werden.“ (Schreiben vom November 2015, Anlage B 2).

### **26**

Dass es sich nicht nur um eine allgemeine Beschreibung der jährlichen Durchführung der Prämienüberprüfung handelt, ergibt sich aus folgender Formulierung im Schreiben vom November 2015: „Als Ergebnis des Vergleichs müssen Berechnungsgrundlagen einiger Tarife zum 01.01.2016 angepasst werden. ...Ihre individuelle Beitragsänderung und die von der Beitragsanpassung betroffenen Tarife entnehmen Sie bitte dem beiliegenden Nachtrag zum Versicherungsschein.“ Damit ist das Ergebnis mitgeteilt.

### **27**

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass die Beklagte auch deutlich gemacht hat, dass weder ein individuelles Verhalten der Klagepartei noch eine freie Entscheidung des Versicherers Grund für die Beitragserhöhung war, sondern dass eine bestimmte Veränderung der Umstände dies aufgrund gesetzlicher Regelungen veranlasst hat.

### **28**

Unerheblich ist, dass die Beklagte in dem Informationsschreiben alle in Betracht kommenden Gründe für Beitragsanpassungen in allgemeiner Form mitgeteilt hat, ebenso Faktoren die die Beitrags Höhe beeinflussen.

(VORSORGE ist kein Tarif sondern der gesetzliche Beitragszuschlag).

4. Erhöhung zum 01.01.2013

### **29**

Der Versicherer hat jährlich 2 Faktoren, nämlich die Versicherungsleistungen (§ 12 b Abs. 2 VAG gültig vom 01.01.2009 – 31.12.2015) und die Sterbewahrscheinlichkeit (§ 12 b Abs. 2a VAG gültig vom 01.01.2009 – 31.12.2015) zu überprüfen und – bei Vorliegen entsprechender Voraussetzungen eine Anpassung vorzunehmen. Die Beklagte hat hier zur Begründung der Erhöhung nicht angegeben, dass sie die kalkulierten mit den erforderlichen Sterbewahrscheinlichkeiten verglichen hätte, sondern:

„Wie alle Krankenversicherer sind auch wir jährlich verpflichtet, die tatsächlich angefallenen Leistungsaufwendungen mit den kalkulierten Schäden zu vergleichen. Zeigt sich bei diesem Vergleich, dass

die Kalkulation angepasst werden muss, so wird in Abstimmung mit einem unabhängigen Treuhänder eine Beitragsanpassung vorgenommen...“ (Schreiben vom November 2012 Anlage B 2).

### **30**

Dass es sich nicht nur um eine allgemeine Beschreibung der jährlichen Durchführung der Prämienüberprüfung handelt, ergibt sich aus folgender Formulierung im Schreiben vom November 2012: „für Frauen sind Anpassungen in den Tarifen A 106, A 118, TA, KDV sowie in den stationären Tarifen K 30, K 20, K 50 und K/S notwendig... Ihre individuelle Beitragsänderung entnehmen Sie bitte dem beiliegenden Nachtrag zum Versicherungsschein.“ Damit ist das Ergebnis mitgeteilt.

### **31**

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass die Beklagte auch deutlich gemacht hat, dass weder ein individuelles Verhalten der Klagepartei noch eine freie Entscheidung des Versicherers Grund für die Beitragserhöhung war, sondern dass eine bestimmte Veränderung der Umstände dies aufgrund gesetzlicher Regelungen veranlasst hat.

### **32**

Unerheblich ist, dass die Beklagte in dem Informationsschreiben die in Betracht kommenden Gründe für Beitragsanpassungen in allgemeiner Form mitgeteilt hat.

(VORSORGE ist kein Tarif sondern der gesetzliche Beitragszuschlag).

## **5. Erhöhung zum 01.01.2012**

### **33**

Der Versicherer hat jährlich 2 Faktoren, nämlich die Versicherungsleistungen (§ 12 b Abs. 2 VAG gültig vom 01.01.2009 – 31.12.2015) und die Sterbewahrscheinlichkeit (§ 12 b Abs. 2a VAG gültig vom 01.01.2009 – 31.12.2015) zu überprüfen und – bei Vorliegen entsprechender Voraussetzungen eine Anpassung vorzunehmen. Die Beklagte hat hier zur Begründung der Erhöhung nicht angegeben, dass sie die kalkulierten mit den erforderlichen Sterbewahrscheinlichkeiten verglichen hätte, sondern:

„...Hierfür werden jährlich die Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben von einem unabhängigen Treuhänder überprüft. Aufgrund steigender Gesundheitskosten sind private Krankenversicherungen dazu gesetzlich verpflichtet, ihre Tarife an die gestiegenen Gesundheitsausgaben anzupassen ...“ (Schreiben vom November 2011, Anlage B 2).

### **34**

Dass es sich nicht nur um eine allgemeine Beschreibung der jährlichen Durchführung der Prämienüberprüfung handelt, ergibt sich aus folgender Formulierung im Schreiben vom November 2011: „Aufgrund steigender Gesundheitskosten sind private Krankenversicherungen dazu gesetzlich verpflichtet, ihre Tarife an die gestiegenen Gesundheitsausgaben anzupassen. Um das vertraglich zugesicherte Leistungsversprechen im vereinbarten Umfang auch in Zukunft halten zu können, wird die A. O. die Beiträge zur Krankenversicherung zum 01.01.2012 entsprechend anpassen. Ihre individuelle Beitragsänderung entnehmen Sie bitte dem beiliegenden Nachtrag zum Versicherungsschein.“ Damit ist das Ergebnis mitgeteilt.

### **35**

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass die Beklagte auch deutlich gemacht hat, dass weder ein individuelles Verhalten der Klagepartei noch eine freie Entscheidung des Versicherers Grund für die Beitragserhöhung war, sondern dass eine bestimmte Veränderung der Umstände dies aufgrund gesetzlicher Regelungen veranlasst hat.

### **36**

Unerheblich ist, dass die Beklagte in dem Informationsschreiben die in Betracht kommenden Gründe für Beitragsanpassungen in allgemeiner Form mitgeteilt hat.

(VORSORGE ist kein Tarif sondern der gesetzliche Beitragszuschlag).

## **6. Erhöhung zum 01.01.2011**

### **37**

Der Versicherer hat jährlich 2 Faktoren, nämlich die Versicherungsleistungen (§ 12 b Abs. 2 VAG gültig vom 01.01.2009 – 31.12.2015) und die Sterbewahrscheinlichkeit (§ 12 b Abs. 2a VAG gültig vom 01.01.2009 – 31.12.2015) zu überprüfen und – bei Vorliegen entsprechender Voraussetzungen eine Anpassung vorzunehmen. Die Beklagte hat hier zur Begründung der Erhöhung nicht angegeben, dass sie die kalkulierten mit den erforderlichen Sterbewahrscheinlichkeiten verglichen hätte, sondern:

„...profitieren Sie vom medizinischen Fortschritt. Andererseits steigende Gesundheitsausgaben seit Jahren. Betroffen sind hiervon insbesondere im stationären Bereich die allgemeinen Krankenhausleistungen sowie im ambulanten Bereich die Kosten für Arzneien und Heilpraktikerbehandlungen. Von der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen sind sowohl die Unternehmen der privaten Krankenversicherung ... Aus diesem Grund erhöht die GKV zum Jahreswechsel den allgemeinen Beitragssatz ... Um Ihnen den gewohnten Standard in Zukunft bieten zu können wird die Alte Oldenburger ebenfalls die Beiträge zur Krankenversicherung zum 01.01.2011 anpassen. ...“ (Schreiben vom November 2010, Anlage B 2).

### **38**

Dass es sich nicht nur um eine allgemeine Beschreibung der jährlichen Durchführung der Prämienüberprüfung handelt, ergibt sich aus folgender Formulierung im Schreiben vom November 2010: „Um Ihnen den gewohnten Standard in Zukunft bieten zu können wird die Alte Oldenburger ebenfalls die Beiträge zur Krankenversicherung zum 01.01.2011 anpassen. Ihre individuelle Beitragsänderung entnehmen Sie bitte dem beiliegenden Nachtrag zum Versicherungsschein.“ Damit ist das Ergebnis mitgeteilt.

### **39**

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass die Beklagte auch deutlich gemacht hat, dass weder ein individuelles Verhalten der Klagepartei noch eine freie Entscheidung des Versicherers Grund für die Beitragserhöhung war, sondern dass eine bestimmte Veränderung der Umstände dies aufgrund gesetzlicher Regelungen veranlasst hat.

### **40**

Unerheblich ist, dass die Beklagte in dem Informationsschreiben die in Betracht kommenden Gründe für Beitragsanpassungen in allgemeiner Form mitgeteilt hat.

(VORSORGE ist kein Tarif sondern der gesetzliche Beitragszuschlag).

D. Unabhängig davon gilt folgendes:

### **41**

Bei der Prämienanpassung findet nicht nur die Festsetzung eines Erhöhungsbetrages, sondern eine vollständige Neufestsetzung für den neu kalkulierten Zeitraum statt. Ob eine frühere Prämienhöhung fehlerhaft war, ist für die Wirksamkeit der Neufestsetzung und der daraus folgenden erhöhten Beitragspflicht des Versicherungsnehmers ohne Bedeutung; eine spätere wirksame Prämienanpassung bildet die Rechtsgrundlage für den Prämienanspruch in seiner Gesamthöhe (BGH, Urteil vom 14. April 2021 – IV ZR 36/20; BGH, Urteil vom 10.03.2021 – IV ZR 353/19; BGH, Urteil vom 16.12.2020 – IV ZR 294/19, Rn. 55, juris; LG Essen, Urteil vom 30.01.2019 – 18 O 321/17, VersR 2019, 1203).

### **42**

Die Tarife 80/100 und KS sind jedenfalls mit der wirksamen Erhöhung zum 01.06.2016 neu festgesetzt worden; Ansprüche aus Zahlungen bis 31.12.2016 sind verjährt (s.o.), so dass – unabhängig von einer formalen Wirksamkeit der Erhöhungsschreiben für die vorangegangenen Erhöhungen – keine Rückzahlungsansprüche für Zahlungen für diese Tarife geltend gemacht werden können.

### **43**

Die Nebenentscheidungen beruhen auf § 97 Abs. 1 ZPO (Kosten), § 708 Nr. 10, 711 ZPO (vorläufige Vollstreckbarkeit), 543 Abs. 2 ZPO (Nichtzulassung der Revision) und §§ 47, 48 GKG (Streitwert). Die Voraussetzungen für eine Zulassung der Revision liegen nur vor, so vor. Der Senat folgt der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs.

### **44**

Die Voraussetzungen für eine Zulassung der Revision liegen nicht vor, soweit der Senat die Begründung im Erhöhungsschreiben für wirksam angesehen hat, da das tatrichterlich zu würdigen ist (vgl. z.B. BGH, Urteil vom 20. Oktober 2021 – IV ZR 148/20 –, Rn. 24, juris).

**45**

Die Voraussetzungen für eine Zulassung der Revision liegen in Hinblick auf die Einheitlichkeit der Rechtsprechung vor, soweit der Senat angenommen hat, dass die vertragliche Vereinbarung eine Erhöhung auch bei einer Schwellenwertabweichung von mindestens 5% ermöglicht.

**46**

Insoweit weicht die Auffassung des Senats von der Auffassung des OLG Köln ab.