

Leitsatz:

1. Trotz Voreiligkeit ist eine Zwischenfeststellungsklage unzulässig, wenn die Vorfrage über den Rechtsstreit hinaus keine Bedeutung zwischen den Parteien erlangen kann.
2. Wird zur Begründung für eine Beitragsanpassung in der privaten Krankenversicherung lediglich angegeben, diese beruhe "auf einer Kostensteigerung im Gesundheitswesen bzw. der Änderung von Rechtsgrundlagen (z.B. höhere Lebenserwartung)" reicht dies für eine formal ordnungsgemäße Begründung nicht aus.
3. Demgegenüber erfordert eine solche Begründung nicht die Feststellung, die ermittelten Leistungsangaben seien nicht nur vorübergehender Natur.

OLG Dresden, 4. Zivilsenat, Urteil vom 6. Mai 2025, Az.: 4 U 1316/24



Oberlandesgericht
Dresden
Zivilsenat

Aktenzeichen: **4 U 1316/24**
Landgericht Leipzig, 03 O 988/22

IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

In dem Rechtsstreit

C..... W....., ...

- Kläger und Berufungskläger -

Prozessbevollmächtigte:

G..... R..... Rechtsanwaltsgesellschaft mbH, ...

gegen

..... Krankenversicherung a.G., ...
vertreten durch den Vorstand

- Beklagte und Berufungsbeklagte -

Prozessbevollmächtigte:

B..... L..... D..... Rechtsanwälte Partnerschaftsgesellschaft mbB, ...

wegen Forderung und Feststellung

hat der 4. Zivilsenat des Oberlandesgerichts Dresden durch

Richter am Oberlandesgericht Dr. L..... als Einzelrichter

aufgrund der mündlichen Verhandlung vom 25.03.2025 am 06.05.2025

für Recht erkannt:

- I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Landgerichts Leipzig vom 22.08.2024 - 03 O 988/22 - wird zurückgewiesen.
- II. Der Kläger trägt die Kosten des Berufungsverfahrens.
- III. Das Urteil sowie das angefochtene Urteil sind vorläufig vollstreckbar.
- IV. Die Revision wird nicht zugelassen.

Beschluss:

Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird auf 1.216,73 € festgesetzt.

G r ü n d e**I.**

Die Parteien streiten um die Wirksamkeit von Beitragsanpassungen im Rahmen einer privaten Krankenversicherung.

Der Kläger unterhält bei der Beklagten seit 2001 eine private Kranken- und Pflegeversicherung unter Einbeziehung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und der zugehörigen Tarifbedingungen (Anlage BLD 1a, 1b). In den AVB/Tarifbedingungen ist vorgesehen, dass bei einer Abweichung von mehr als 5 % alle Beiträge der Beobachtungseinheit überprüft und - soweit erforderlich - mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden können (§ 8b Abs. 1 AVG i.V.m. Nr. 20 der Tarifbedingungen).

Die Beklagte passte während der Vertragslaufzeit mehrfach die Versicherungsbeiträge an, die der Kläger vorbehaltlos zahlte. Die Beitragsanpassungen wurden durch entsprechende Mitteilungs- und Informationsschreiben der Beklagten angekündigt und erläutert.

Die Beklagte nahm u.a. folgende Beitragsanpassungen vor:

im Tarif BSS/PVN eine Erhöhung zum 01.05.2013 in Höhe von 25,32 € monatlich,
im Tarif BSS/PVN eine Erhöhung zum 01.05.2014 in Höhe von 35,00 € monatlich,
im Tarif BSS/PVN eine Erhöhung zum 01.01.2017 in Höhe von 40,07 € monatlich,
im Tarif BSS/PVN eine Erhöhung zum 01.01.2020 in Höhe von 70,04 € monatlich.

Während der Kläger sich erstinstanzlich gegen diese vier Beitragsanpassungen wandte, geht er in der Berufung gegen die Erhöhung zum 01.01.2020 nicht mehr vor.

Im Schreiben an den Kläger zur Beitragsanpassung zum 01.05.2013 heißt es u.a.:

"[...]

Folgendes hat zu der Beitragsänderung geführt:

Eine notwendige Neukalkulation der Beiträge

In verschiedenen Tarifen müssen die Beiträge zum 01.05.2013 aufgrund der Kostensteigerung im Gesundheitswesen beziehungsweise der Änderung von Rechnungsgrundlagen (z.B. höhere Lebenserwartung) neu kalkuliert werden.

[...]"

In der beigegeführten Kundeninformation wird u.a. wie folgt ausgeführt:

„[...]

Prüfung der Beiträge

Grundlage für die Kalkulation von Krankenversicherungstarifen sind grundsätzlich Beobachtungen in der Vergangenheit und die voraussichtlichen Krankheitskosten. Diese steigen trotz aller Bemühungen um die Kostendämpfung im Gesundheitswesen stärker als die Lebenshaltungskosten. Zu dieser Entwicklung trägt auch der medizinisch-technische Fortschritt wesentlich bei [...]. Dies hat zur Folge, dass auch die Beiträge für Krankenversicherungstarife dieser Entwicklung angepasst werden müssen. Die seit Jahren steigende durchschnittliche Lebenserwartung wirkt sich ebenfalls ausgabensteigernd

aus und erhöht den Beitrag. Daher enthalten die Tarifbedingungen eine Anpassungsklausel, die vorsieht, dass bei einer Abweichung der kalkulierten von den tatsächlichen Leistungen von mehr als 5% eine Beitragsüberprüfung stattfindet. Diese Prüfung wird für jede Beobachtungseinheit getrennt durchgeführt.“
[...]"

Im Schreiben an den Kläger zur Beitragsanpassung zum 01.04.2014 heißt es u.a.:

"[...]
In verschiedenen Tarifen ist zum 01.05.2014 eine Neukalkulation der Beiträge notwendig.
Die Beiträge müssen aufgrund der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen beziehungsweise der Berücksichtigung der aktuellen Rechnungsgrundlagen neu kalkuliert werden.
[...]"

In der beigefügten Kundeninformation führt die Beklagte u.a. wie folgt aus:

"[...]
Prüfung der Beiträge
Grundlage für die Kalkulation von Krankenversicherungstarifen sind grundsätzlich Beobachtungen in der Vergangenheit und die voraussichtlichen Krankheitskosten. Diese steigen trotz aller Bemühungen um die Kostendämpfung im Gesundheitswesen stärker als die Lebenshaltungskosten. Zu dieser Entwicklung trägt auch der medizinisch-technische Fortschritt wesentlich bei, der z. B. durch teure Gerätemedizin, neue Operationstechniken und Arzneimittel sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich zum Teil hohe Mehrausgaben mit sich bringt. Dies hat zur Folge, dass auch die Beiträge für Krankenversicherungstarife dieser Entwicklung angepasst werden müssen. Die seit Jahren steigende durchschnittliche Lebenserwartung wirkt sich ebenfalls ausgabensteigernd aus und erhöht den Beitrag.
Ein unabhängiger Treuhänder vertritt die Interessen der Versicherten und prüft, ob die Beitragsveränderungen notwendig und zumutbar sind. Als Ergebnis seiner Prüfungen hat er den geänderten Beiträgen zum 01.01.2018 zugestimmt und damit bestätigt, dass die Anpassung den gesetzlichen Anforderungen entspricht.
Daher enthalten die Tarifbedingungen eine Anpassungsklausel, die vorsieht, dass bei einer Abweichung der kalkulierten von den tatsächlichen Leistungen von mehr als 5 % eine Beitragsüberprüfung stattfindet. Diese Prüfung wird für jede Beobachtungseinheit getrennt durchgeführt. Die Beobachtungseinheiten der Unisextarife: 1. Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre 2. Männer und Frauen ab 21 Jahre Die Beobachtungseinheiten der Bisextarife: 1. Kinder und Jugendlichen bis 20 Jahre 2. Männer ab 21 Jahre 3. Frauen ab 21 Jahre
[...]"

Im Schreiben an den Kläger zur Beitragsanpassung zum 01.01.2017 heißt es u.a.:

"[...]
In verschiedenen Tarifen müssen die Beiträge aufgrund der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen beziehungsweise der Berücksichtigung der aktuellen Rechnungsgrundlagen zum 01.01.2017 neu kalkuliert werden.
[...]"

In der beigefügten Kundeninformation führt die Beklagte u.a. wie folgt aus:

"[...]
Beitragsveränderungen
Grundlage für die Kalkulation von Krankenversicherungstarifen sind grundsätzlich Beobachtungen in der Vergangenheit und die daraus abgeleiteten, voraussichtlichen Krankheitskosten. Daher ist in den Versicherungsbedingungen fast aller Tarife eine Anpassungsklausel enthalten, die bei einer

Abweichung der kalkulierten von den erforderlichen Leistungen von mehr als 5 % eine Beitragsüberprüfung unter Einbeziehung sämtlicher Rechnungsgrundlagen vorsieht. Liegt die Abweichung unter dieser Grenze, ist eine Beitragsüberprüfung und somit auch eine Beitragsanpassung nicht möglich.

In den vergangenen Jahren sind die Behandlungskosten, nicht zuletzt aufgrund des medizinischen Fortschritts, stetig gestiegen. Eine Anpassung der Kalkulation war dennoch in vielen Fällen nicht möglich, da die festgestellte Abweichung den vorgeschriebenen Grenzwert nicht überschritten hat. So ist in einigen Tarifen erstmals nach 7 bzw. 9 Jahren wieder eine Neukalkulation möglich, weil vorher die Voraussetzungen nicht gegeben waren. Bei der Neukalkulation wurde nicht nur die Entwicklung der Leistungen in den letzten Jahren berücksichtigt, sondern auch die übrigen Rechnungsgrundlagen überprüft und gegebenenfalls angepasst. Dies kann nach einer oftmals mehrere Jahre andauernden Phase der Beitragsstabilität zu „Beitragsprüngen“ führen. [...] Ein unabhängiger Treuhänder vertritt die Interessen der Versicherten und prüft, ob die Beitragsveränderungen notwendig und zumutbar sind. Als Ergebnis seiner Prüfungen hat er den geänderten Beiträgen zum 01.01.2017 zugestimmt und damit bestätigt, dass die Anpassung den gesetzlichen Vorgaben entspricht. [...]"

Nach Erhebung seiner der Beklagten am 01.07.2022 zugestellten Stufenklage machte der Kläger die Unwirksamkeit der Anpassungen geltend und beantragte im Wesentlichen Rückzahlung in Höhe von 6.628,09 €. Die materielle Rechtmäßigkeit der angegriffenen Beitragserhöhungen stellte der Kläger unstreitig. Die Beklagte meinte, die Anpassungsschreiben genügten den Anforderungen. Sie erhob die Einrede der Verjährung.

Das Landgericht Leipzig hat mit dem Kläger am 23.08.2024 zugestelltem Endurteil vom 22.08.2024, auf dessen tatsächliche Feststellungen Bezug genommen wird, die Klage abgewiesen. Es hält die streitgegenständlichen Beitragsanpassungen für wirksam.

Hiergegen wendet sich der Kläger mit seiner am 23.09.2024 beim Oberlandesgericht eingegangenen und nach Fristverlängerung am 19.12.2024 begründeten Berufung. Er begehrt die Feststellung der Unwirksamkeit der Beitragsanpassungen vor dem 01.01.2019 und macht Überzahlungen für 12 Beitragsmonate (01.01.2019 bis 01.12.2019) geltend. Er hält die Beitragsanpassungen für formell unwirksam. Die von der Beklagten hierzu erteilten Informationen genügten den gesetzlichen Mindestanforderungen nicht. Insbesondere könne daraus nicht entnommen werden, dass eine Schwellenwertüberschreitung bzw. auf welcher Rechnungsgrundlage die Beitragsanpassung ausgelöst habe. Ihm sei nicht hinreichend deutlich mitgeteilt worden, aus welchen Gründen eine Erhöhung erfolgt sei.

Der Kläger beantragt,

Das Urteil des Landgerichts Leipzig vom 22.08.2024, Az.: 03 O 988/22, wird abgeändert und die Beklagte nach Maßgabe der nachfolgenden Anträge verurteilt:

1) Es wird festgestellt, dass folgende Neufestsetzungen der Prämien in der zwischen der Klägerseite und der Beklagten bestehenden Kranken-/ Pflegeversicherung mit der Versicherungsnummer 094650020 unwirksam waren:

in den Tarifen für Christian Werge

- a) im Tarif BSS die Erhöhung zum 01.05.2013 in Höhe von 25,32 €**
- b) im Tarif BSS die Erhöhung zum 01.05.2014 in Höhe von 35,00 €**
- c) im Tarif BSS die Erhöhung zum 01.01.2017 in Höhe von 40,07 €**

und die Klägerseite nicht zur Zahlung des jeweiligen Erhöhungsbetrages verpflichtet war.

2) Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerseite 1.204,68 € 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.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigt das erstinstanzliche Urteil. Die Beitragsanpassungen seien in formeller Hinsicht nicht zu beanstanden.

Wegen des weiteren Parteivorbringens wird auf die gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen sowie auf das Protokoll der mündlichen Verhandlung vor dem Senat vom 25.03.2025 Bezug genommen.

II.

Die zulässige Berufung ist nicht begründet.

1.

Die Feststellungsanträge Ziff. 1. sind unzulässig. Es fehlt an dem erforderlichen Feststellungsinteresse i.S.d. § 256 Abs. 1 ZPO. Ist einem Kläger eine Klage auf Leistung möglich und zumutbar und erschöpft sie das Rechtsschutzziel, fehlt das Feststellungsinteresse, weil er im Sinne einer besseren Rechtsschutzmöglichkeit den Streitstoff in einem Prozess klären kann. Die auf Feststellung des Anspruchsgrundes gerichtete Feststellungsklage ist dann unzulässig (BGH, Urteil vom 21.02.2017 - XI ZR 467/15 –, juris Rn. 14). Zwar kann demgegenüber ein Feststellungsinteresse etwa hinsichtlich der Unwirksamkeit von Prämienanpassungen bestehen, wenn allein mit einem erstrebten Leistungsurteil auf Rückzahlung überzahlter Beiträge nicht rechtskräftig festgestellt wäre, dass Versicherungsnehmer zukünftig nicht zur Zahlung des sich aus den streitgegenständlichen Beitragsanpassungen ergebenden Erhöhungsbetrages verpflichtet sind (BGH, Urteil vom 16.12.2020 – IV ZR 294/19 –, juris Rn. 19). Jedoch erfordert dies, dass sich an der Feststellung eines vergangenen Rechtsverhältnisses noch Rechtsfolgen für die Gegenwart und/oder Zukunft ergeben können. Spätestens aber trat vorliegend mit der Erhöhung zum 01.01.2020, welche die maßgeblichen Gründe für die Neufestsetzung der Prämie enthält, bezüglich der vorherigen Beitragsanpassungen eine Heilung mit ex nunc-Wirkung ein, weshalb das Klageziel der Herabsetzung der Prämien für die Zukunft nicht vorliegt. Auch der Feststellungsantrag bezieht sich dementsprechend auf die Vergangenheit. Damit ist nicht erkennbar, dass sich noch weitere Ansprüche des Klägers aus den streitgegenständlichen Anpassungen für die Zukunft ergeben könnten.

Auch als Zwischenfeststellungsklage wäre der Antrag Ziff. 1. unzulässig. Zwar ersetzt bei einer Zwischenfeststellungsklage i.S.d. § 256 Abs. 2 ZPO die Vorentscheidung das Feststellungsinteresse. Indes setzt die Zwischenfeststellungsklage ihrerseits voraus, dass das Urteil über die Hauptklage die Rechtsbeziehungen der Parteien nicht bereits erschöpfend regelt (Greger in: Zöller, ZPO, 34. Aufl. 2022, § 256 Rn. 26). Zwar ist kein besonderes Feststellungsinteresse wie in § 256 Abs. 1 ZPO nötig und genügt grundsätzlich schon die Möglichkeit, dass das inzidenter ohnehin zu klärende Rechtsverhältnis zwischen den Parteien noch über den gegenwärtigen Streitgegenstand hinaus Bedeutung hat oder gewinnen kann (BGH, Beschluss vom 21.04.1977 - X ZB 24/74; Urteil vom 09.03.1994 - VIII ZR 165/93). Hieraus ergibt sich aber zugleich, dass diese Möglichkeit erkennbar sein muss, sei es als Voraussetzung einer Zwischenfeststellungsklage, des allgemeinen Rechtsschutzbedürfnisses oder der Umdeutung eines wegen Vorrangs der Leistungsklage unzulässigen Feststellungsantrags nach § 256 Abs. 1 ZPO in eine Zwischenfeststellungsklage (hierzu BGH, Urteil vom 17.04.2018 – XI ZR 446/16 –, juris Rn. 17). Trotz Vorentscheidung ist die Zwischenfeststellungsklage daher versagt, wenn sie sinnlos ist, weil die Vorfrage über den Rechtsstreit hinaus keine Bedeutung zwischen den Parteien erlangen kann (Musielak/Voit/Foerste, 19. Aufl. 2022, ZPO § 256 Rn. 42), denn auch die Zulässigkeit einer Zwischenfeststellungsklage hängt davon ab, dass irgendein Rechtsschutzinteresse an der begehrten Zwischenfeststellung besteht (OLG Nürnberg vom 09.01.1953, BayJMBI.53, 67). Soweit der BGH in einer hier ähnlichen Konstellation den Feststellungsantrag als zulässige Zwischenfeststellungsklage angesehen hatte, war die begehrte Feststellung der Unwirksamkeit der Prämienanpassung eine Vorfrage für den Leistungsantrag und ging zugleich über das dort erfasste Rechtsschutzziel des Klägers hinaus (BGH, Urteil vom 19.12.2018 – IV ZR 255/17 –, juris Rn. 17; vgl. OLG Rostock, Urteil vom 27.09.2022 – 4 U 132/21 –, juris Rn. 112). Vorliegend ist hingegen nicht vorgetragen, welche Bedeutung eine Feststellung der Unwirksamkeit der Neufestsetzungen über die begehrte Rückzahlung – die auch auf als unwirksam erachtete Anpassungen gestützt werden kann, die länger zurückliegen – und über die gesondert beantragte Feststellung der Pflicht zur Nutzungsabgabe hinaus noch haben könnte.

2.

Die Berufung hat auch hinsichtlich des Zahlungsantrags Ziff. 2 keinen Erfolg.

Zwar ist ein Anspruch des Klägers gegen die Beklagte auf Rückzahlung der auf die Erhöhungen zum 01.05.2013 bzw. 01.05.2014 geleisteten Beträge aus § 812 Abs. 1 BGB entstanden, weil diese Zahlungen mangels wirksamer Neufestsetzung ohne rechtlichen Grund erfolgten. Da die Erhöhung zum 01.01.2017 jedoch wirksam war, begann hinsichtlich der bis dahin zu viel geleisteten Beiträge Ende 2016 die dreijährige Verjährungsfrist (§ 195 BGB) zu laufen, sodass zum Zeitpunkt der Klageerhebung im Jahr 2022 bereits Verjährung eingetreten war, während hinsichtlich des in der Berufungsinstanz noch gegenständlichen Zeitraums vom 01.01.2019 bis 01.12.2019 wegen der Heilung zum 01.01.2017 bereits kein Rückzahlungsanspruch entstanden ist. Die Beklagte hat die Einrede der Verjährung auch erhoben.

Ob die Mitteilung einer Prämienanpassung den gesetzlichen Anforderungen des § 203 Abs. 5 VVG genügt, hat der Tatrichter im jeweiligen Einzelfall zu entscheiden (BGH, Urteil vom 10.3.2021 – IV ZR 353/19 –, NJW-RR 2021, 541).

a) Die Beitragsanpassung zum 01.05.2013 war unwirksam. Mit dem Schreiben über die Neufestsetzung an den Kläger vom März 2013 (Anlage BLD 3b) hätte die Beklagte die dafür

„maßgeblichen Gründe“ gemäß § 203 Abs. 5 VVG mitteilen müssen. Diese Mitteilung erfordert die Angabe der Rechnungsgrundlage, deren nicht nur vorübergehende Veränderung die Neufestsetzung nach § 203 Abs. 2 Satz 1 VVG veranlasst hat. Dagegen muss der Versicherer nicht mitteilen, in welcher Höhe sich diese Rechnungsgrundlage verändert hat. Er hat auch nicht die Veränderung weiterer Faktoren, welche die Prämienhöhe beeinflusst haben, wie z.B. des Rechnungszinses, anzugeben (BGH, Urteil vom 16. Dezember 2020 – IV ZR 294/19, BGHZ 228, 56-75, Rn. 26). Aus dem Wort "maßgeblich" folgt, 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 § 155 Abs. 3 und 4 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) oder in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen geregelten Schwellenwerte überschreitet oder nicht (BGH, a. a. O., Rn. 29). Die Pflicht zur Mitteilung der maßgeblichen Gründe dient nicht der Möglichkeit einer Plausibilitätsprüfung durch den Versicherungsnehmer, sondern hat den Zweck, ihm zu verdeutlichen, dass weder sein individuelles Verhalten noch eine freie Entscheidung des Versicherers Grund für die Beitragserhöhung war, sondern dass eine bestimmte Veränderung der Umstände dies aufgrund gesetzlicher Regelungen veranlasst hat. Das wird durch eine Angabe der Rechnungsgrundlage, die die Prämienanpassung ausgelöst hat, erreicht (BGH, a. a. O., Rn. 35).

Die maßgebliche Rechnungsgrundlage - hier die kalkulierten Versicherungsleistungen - wurde vorliegend nicht in einer hinreichenden Art und Weise angegeben. Zwar mag sich aus dem Begriff der „Kostensteigerung im Gesundheitswesen“ noch ergeben, dass es um die Versicherungsleistungen geht, doch folgte aus der Formulierung „beziehungsweise der Änderung von Rechnungsgrundlagen (z.B. höhere Lebenserwartung)“ keine Festlegung hierauf, denn eine zu berücksichtigende Rechnungsgrundlage kann eben gerade auch die Sterbewahrscheinlichkeit sein (vgl. Senat, Urteil vom 15. Februar 2022 - 4 U 1672/21 -, juris Rn. 34). Weder wurde daraus deutlich, dass die Rechnungsgrundlage „Versicherungsleistungen“ betroffen war, noch die Beitragserhöhung durch die Überschreitung des maßgeblichen Schwellenwertes ausgelöst wurde.

Auch aus dem beigegeführten Informationsblatt ergibt sich nichts anderes. Soweit dort auf die vermehrt in Anspruch genommenen „Leistungen“ und gestiegene „Mehrausgaben“ bzw. Kosten als auslösender Faktor hingewiesen wird, genügt dies nicht, weil sich hier auch Ausführungen zur durchschnittlichen Lebenserwartung finden. Die Ausführungen der Beklagten, wonach die gestiegene Lebenserwartung zwar erwähnt werde, aber für die gestiegenen Ausgaben im Bereich der Versicherungsleistungen und nicht als eigenständiger auslösender Faktor „Sterbewahrscheinlichkeit“, wird diese Differenzierung aus der gewählten Formulierung nicht hinreichend deutlich.

Soweit die Beklagte in der Berufungserwiderung darauf verweist, am Ende der Informationsbroschüre „Tipps und Trends für unsere Versicherten – WIR FÜR SIE – ZUM THEMA“ finde sich noch ein farbig hinterlegter Kasten, in dem die „Auswirkungen einer Beitragsanpassung“ näher erläutert würden und wo die Beklagte nochmals deutlich gemacht habe, welche Rechnungsgrundlage hier einschlägig sei, so findet sich dieser in der Anlage BLD 3b nicht. Die gestalterisch hervorgehobenen Teile des Informationsschreibens, auf welche die Beklagtenseite hingewiesen hat, haben indes bereits keinen solch dezidierten Inhalt. Daher kann offenbleiben, dass sie im Gesamtkontext des mehrseitigen Schreibens nach dem Empfängerhorizont eines verständigen Versicherungsnehmers ohnehin „unter

ferner liefern“ zu verorten wären.

b) Die Beitragsanpassung zum 01.05.2014 war ebenso unwirksam. Mit dem Schreiben über die Neufestsetzung an den Kläger vom März 2014 (Anlage BLD 3c) hätte die Beklagte die dafür „maßgeblichen Gründe“ gemäß § 203 Abs. 5 VVG mitteilen müssen. Diese Mitteilung erfordert die Angabe der Rechnungsgrundlage, deren nicht nur vorübergehende Veränderung die Neufestsetzung nach § 203 Abs. 2 Satz 1 VVG veranlasst hat. Dagegen muss der Versicherer nicht mitteilen, in welcher Höhe sich diese Rechnungsgrundlage verändert hat. Er hat auch nicht die Veränderung weiterer Faktoren, welche die Prämienhöhe beeinflusst haben, wie z.B. des Rechnungszinses, anzugeben (BGH, Urteil vom 16. Dezember 2020 – IV ZR 294/19, BGHZ 228, 56-75, Rn. 26). Aus dem Wort "maßgeblich" folgt, 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 § 155 Abs. 3 und 4 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) oder in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen geregelten Schwellenwerte überschreitet oder nicht (BGH, a. a. O., Rn. 29). Die Pflicht zur Mitteilung der maßgeblichen Gründe dient nicht der Möglichkeit einer Plausibilitätsprüfung durch den Versicherungsnehmer, sondern hat den Zweck, ihm zu verdeutlichen, dass weder sein individuelles Verhalten noch eine freie Entscheidung des Versicherers Grund für die Beitragserhöhung war, sondern dass eine bestimmte Veränderung der Umstände dies aufgrund gesetzlicher Regelungen veranlasst hat. Das wird durch eine Angabe der Rechnungsgrundlage, die die Prämienanpassung ausgelöst hat, erreicht (BGH, a. a. O., Rn. 35).

Die maßgebliche Rechnungsgrundlage - hier die kalkulierten Versicherungsleistungen - wurde vorliegend nicht in einer hinreichenden Art und Weise angegeben. Zwar mag sich aus dem Begriff der „Kostenentwicklung im Gesundheitswesen“ noch ergeben, dass es um die Versicherungsleistungen geht, doch folgte aus der Formulierung „beziehungsweise der Berücksichtigung der aktuellen Rechnungsgrundlagen“ gerade keine Festlegung hierauf, denn eine zu berücksichtigende Rechnungsgrundlage kann auch die Sterbewahrscheinlichkeit sein (vgl. Senat, Urteil vom 15. Februar 2022 - 4 U 1672/21 -, juris Rn. 34). Weder wurde daraus deutlich, dass die Rechnungsgrundlage „Versicherungsleistungen“ betroffen war, noch die Beitragserhöhung durch die Überschreitung des maßgeblichen Schwellenwertes ausgelöst wurde.

Auch aus dem beigegeführten Informationsblatt ergibt sich nichts anderes. Soweit dort auf die vermehrt in Anspruch genommenen „Leistungen“ und gestiegene „Mehrausgaben“ bzw. Kosten als auslösender Faktor hingewiesen wird, genügt dies nicht, weil sich hier auch Ausführungen zur durchschnittlichen Lebenserwartung finden. Die Ausführungen der Beklagten, wonach die gestiegene Lebenserwartung zwar erwähnt werde, aber für die gestiegenen Ausgaben im Bereich der Versicherungsleistungen und nicht als eigenständiger auslösender Faktor „Sterbewahrscheinlichkeit“, wird diese Differenzierung aus der gewählten Formulierung nicht hinreichend deutlich.

Soweit die Beklagte in der Berufungserwiderung darauf verweist, am Ende der Informationsbroschüre „Tipps und Trends für unsere Versicherten – WIR FÜR SIE – ZUM THEMA“ finde sich noch ein farbig hinterlegter Kasten, in dem die „Auswirkungen einer Beitragsanpassung“ näher erläutert würden und wo die Beklagte nochmals deutlich gemacht habe, welche Rechnungsgrundlage hier einschlägig sei, so findet sich dieser in der Anlage

BLD 3c nicht. Die gestalterisch hervorgehobenen Teile des Informationsschreibens, auf welche die Beklagtenseite hingewiesen hat, haben indes bereits keinen solch dezidierten Inhalt. Daher kann offenbleiben, dass sie im Gesamtkontext des mehrseitigen Schreibens nach dem Empfängerhorizont eines verständigen Versicherungsnehmers ohnehin „unter ferner liefen“ zu verorten wären.

c) Die Beitragsanpassung zum 01.01.2017 ist hingegen wirksam.

aa) Die Beitragsanpassung ist formell wirksam. Das Schreiben über die Neufestsetzung vom November 2016 (Anlage BLD 3d) enthält die insoweit „maßgeblichen Gründe“ nach § 203 Abs. 5 VVG. Nach den vorstehend unter a) und b) aufgezeigten Maßstäbe sind die Informationen in der beigelegten Informationsbroschüre „Tipps und Trends für unsere Versicherten – WIR FÜR SIE – ZUM THEMA“ hinreichend differenziert. Unter dem Punkt „Beitragsveränderungen“ wird (ausschließlich) auf die voraussichtlichen Krankheitskosten und ein Überschreiten des Schwellenwertes von 5 % abgestellt.

Der Wirksamkeit der Anpassung steht nicht entgegen, dass es an der Angabe, die Leistungsausgaben seien nicht nur vorübergehender Natur, fehlt. Der Wortlaut des § 203 Abs. 5 VVG erfordert eine solche Mitteilung nicht (Senat, Urteil vom 14. Dezember 2021 – 4 U 1693/21 –, juris Rn 34). Auch der höchstrichterlichen Rechtsprechung lässt sich dies nicht entnehmen. Der BGH hat ausgeführt, dass die Mitteilung der maßgeblichen Gründe für die Neufestsetzung der Prämie nach § 203 Abs. 5 VVG die Angabe der Rechnungsgrundlage (also Versicherungsleistungen oder Sterbewahrscheinlichkeiten), deren nicht nur vorübergehende Veränderung die Neufestsetzung veranlasst hat, erfordert, nicht aber, dass auch mitzuteilen ist, dass diese Rechnungsgrundlage sich nicht nur vorübergehend verändert hat (BGH, Urteil vom 16. Dezember 2020 – IV ZR 294/19 –, juris Rn. 25f). Die Pflicht zur Mitteilung der maßgeblichen Gründe hat den Zweck, dem Versicherungsnehmer zu verdeutlichen, dass weder sein individuelles Verhalten noch eine freie Entscheidung des Versicherers Grund für die Beitragserhöhung war, sondern dass eine bestimmte Veränderung der Umstände dies aufgrund gesetzlicher Regelungen veranlasst hat. Dies wird durch eine Angabe der Rechnungsgrundlage, die die Prämienanpassung ausgelöst hat, erreicht (BGH, a. a. O., Rn. 35). Eine Wiedergabe der gesetzlichen Voraussetzung, dass die Veränderung nicht nur vorübergehend sein darf, bedarf es demnach nicht.

bb) Die materielle Unwirksamkeit der Prämienanpassung wird vom Kläger im Berufungsrechtszug nicht mehr geltend gemacht.

d) Die wirksame Beitragsanpassung zum 01.01.2017 bildet ungeachtet vorheriger unwirksamer Anpassungserklärungen ab dem Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens die Rechtsgrundlage für den Prämienanspruch in seiner gesamten Höhe und umfasst auch Prämienanteile aus vorherigen unwirksamen Prämienanpassungen (vgl. BGH NJW-RR 2021, 541 = NJW 2021, 2588 Ls.; Senat, Urte. v. 26.4.2022 – 4 U 1906/21 –, NJOZ 2022, 938,). Ab der Prämienanpassung zum 01.01.2017 bestand daher ein Anspruch der Beklagten auf Zahlung der Prämien in der durch diese letzte Anpassung festgesetzten neuen Gesamthöhe (zu den Gründen für die Heilungsmöglichkeit eines Begründungsmangels siehe eingehend BGH, Urteil vom 19.12.2018 – IV ZR 255/17 –, NJW 2019, 919, beck-online Rn. 66-70).

3.

Der Feststellungsantrag Ziff. 3. auf Herausgabe der gezogenen Nutzungen ist aus den

vorstehend genannten Gründen ebenfalls unbegründet. Auch soweit der auf Rückzahlung gerichtete Hauptanspruch aus § 812 Abs. 1 Satz 1 BGB verjährt ist, wären davon abhängige Nutzungsersatzansprüche nicht mehr durchsetzbar, wie sich aus § 217 BGB ergibt (vgl. OLG Saarbrücken, Urteil vom 17.5.2024 – 5 U 32/23 -, NJW-RR 2024, 961).

III.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 97 Abs. 1 ZPO.

Die Entscheidung zur vorläufigen Vollstreckbarkeit hat ihre gesetzliche Grundlage in §§ 708 Nr. 10, 713 ZPO.

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen von § 543 Abs. 2 ZPO nicht vorliegen.

Die Streitwertfestsetzung folgt aus §§ 3, 9 ZPO. Für den Streitwert im Berufungsverfahren ist auf den im Berufungsverfahren geltend gemachten Zahlungsanspruch i.H.v. 1.206,68 € abzustellen, ohne dass dem wirtschaftlich identischen Feststellungsantrag eine streitwerterhöhende Bedeutung zukommt (vgl. BGH, Urteil vom 10.03.2021 - IV ZR 353/19 - juris). Der Wert des Feststellungsantrages für die gezogenen Nutzungen wird auf 1% des Wertes des Zahlungsantrages geschätzt (vgl. Senat, Urteil vom 15.02.2022 - 4 U 1672/21 -, juris).

Dr. L.....