

## Beglaubigte Abschrift

9 O 396/17



Verkündet am 02.09.2020

Mosler, Justizbeschäftigte  
als Urkundsbeamtin der  
Geschäftsstelle

**Landgericht Bonn**

**IM NAMEN DES VOLKES**

**Urteil**

In dem Rechtsstreit

des



Klägers,

Prozessbevollmächtigte:

Rechtsanwälte Pilz Wesser & Partner,  
Uhlandstr. 156, 10719 Berlin,

gegen

die DKV Deutsche Krankenversicherung AG, vertreten durch den Vorstand,  
Aachener Str. 300, 50933 Köln,

Beklagte,

Prozessbevollmächtigte:

Rechtsanwälte BLD Bach Langheid  
Dallmayr, Theodor-Heuss-Ring 13 - 15,  
50668 Köln,

hat die 9. Zivilkammer des Landgerichts Bonn  
aufgrund mündlicher Verhandlung vom 16.06.2020  
durch die Vorsitzende Richterin am Landgericht Jürgens, die Richterin am  
Landgericht Tintelnot und den Richter am Landgericht Dr. Meurs

**für Recht erkannt:**

1. Es wird festgestellt, dass die Erhöhungen des Monatsbeitrags im Tarif VollMed M4 zum 01.01.2012 um 45,00 €, zum 01.04.2013 um 39,00 € und zum 01.04.2016 um 94,99 € in der zwischen dem Kläger und der Beklagten bestehenden Krankenversicherung mit der Versicherungsnummer [REDACTED] unwirksam sind und der Kläger nicht zur Zahlung des jeweiligen Erhöhungsbetrags verpflichtet ist.

Vert.	Frist not		KB/ KfA	Mdt.:
RA		<b>EINGEGANGEN</b>		Kennt- nis.
SB		<b>04. SEP. 2020</b>		Rück- spr.
Rück- spr.		Pilz Wesser & Partner Rechtsanwälte mbB	<b>EB</b>	Zah- lung
zdB				Stel- lung

2. Die Beklagte wird verurteilt, an den Kläger 6.714,69 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz ab dem 14.11.2017 zu zahlen.
3. Es wird festgestellt, dass die Beklagte dem Kläger zur Herausgabe der Nutzungen verpflichtet ist, die die Beklagte vor dem 01.11.2017 aus dem Prämienanteil gezogen hat, den der Kläger auf die Beitragserhöhungen im Tarif VollMed M4 zum 01.01.2012 um 45,00 €, zum 01.04.2013 um 39,00 € und zum 01.04.2016 um 94,99 € sowie im Tarif TC 43 zum 01.01.2011 um 10,00 € und zum 01.04.2016 um 9,90 € jeweils im Zeitraum vom 01.01.2014 bis zum 31.10.2017 gezahlt hat, und dass diese herauszugebenden Nutzungen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz ab dem 14.11.2017 zu verzinsen sind.
4. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.
5. Die Kosten des Rechtsstreits tragen der Kläger zu 24 % und die Beklagte zu 76 %.
6. Das Urteil ist gegen Sicherheitsleistung vorläufig vollstreckbar, für den Kläger in Höhe von 120 % des jeweils zu vollstreckenden Betrages. Der Kläger kann die Zwangsvollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 120 % des auf Grund des Urteils vollstreckbaren Betrages abwenden, wenn nicht die Beklagte vor der Zwangsvollstreckung Sicherheit in Höhe von 120 % des jeweils zu vollstreckenden Betrages leistet.

#### **Tatbestand:**

Die Parteien streiten über die Wirksamkeit von Beitragserhöhungen in der privaten Krankenversicherung.

Der am [REDACTED] geborene Kläger ist bei der Beklagten privat krankenversichert. Er unterhielt bis zum 31.08.2011 unter anderem die Tarife AM0, SM6 und ZM3, danach unter anderem die Tarife VollMed M4 und TC43, wobei letzterer wegen längerer Arbeitsunfähigkeit des Klägers durch die Beklagte zum 19.06.2020 gekündigt wurde.

§ 8b der zwischen den Parteien vereinbarten MB/KK hat folgenden Wortlaut (Anlage B18):

1. Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Abs. 1 Satz 2) sowie der für die Beitragsbegrenzungen im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 20 Satz 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen, und, soweit erforderlich, angepasst.
- 1.1 Ergibt die Gegenüberstellung nach Absatz 1 Satz 2 bei den Versicherungsleistungen eine Abweichung von mehr als 10 % werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst; bei einer Abweichung von mehr als 5 % können alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.  
Ergibt die Gegenüberstellung nach Absatz 1 Satz 2 bei der Sterbewahrscheinlichkeit eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.
2. Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
3. Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt."

Wegen der Einzelheiten der Tarife im Übrigen wird auf die Nachträge zu den Versicherungsscheinen aus den Jahren 2009 bis 2017 (jeweils im Anlagenheft) verwiesen.

Die für die streitgegenständlichen Prämien erhöhungen maßgeblichen Zustimmungen wurden durch den Treuhänder Rudolph erteilt. Die Beklagte teilte dem Kläger die Erhöhungen jeweils durch vorheriges Schreiben nebst Anlagen mit. Hinsichtlich deren Inhalts wird auf die Anlagen K1 und B2 verwiesen.

Mit anwaltlichem Schreiben vom 27.10.2017 forderte der Kläger die Beklagte zur unverzüglichen Rückzahlung der seiner Ansicht nach auf Grund unwirksamer Erhöhungen gezahlten Beitragsanteile in Höhe von 10.217,82 € binnen 14 Tagen ab Zugang auf (Anlage K2). Mit Schreiben vom 08.11.2017, dem vorprozessual tätigen klägerischen Prozessbevollmächtigten am 13.11.2017 zugegangen, wies die Beklagte die Zahlungsforderung des Klägers zurück.

In der dem Kläger am 07.03.2018 zugestellten Klageerwiderung begründete die Beklagte die ihrer Auffassung nach wirksamen streitgegenständlichen Prämien erhöhungen mit einem Anstieg der Leistungsausgaben und teilte den jeweiligen auslösenden Faktor mit.

Der Kläger ist der Ansicht, die vorgenommenen Prämien erhöhungen seien unwirksam. So seien die einzelnen Erhöhungen nicht hinreichend begründet worden und fehle es jeweils an der Zustimmung durch einen unabhängigen Treuhänder. Darüber hinaus seien einzelne Erhöhungen unwirksam, weil der für die Prämienanpassung erforderliche Schwellenwert nicht überschritten sei. Schließlich seien die Beitragserhöhungen mit Ausnahme der Prämien erhöhungen im Tarif TC 43 zum 01.01.2011 und zum 01.01.2017, gegen die zuletzt keine materiellen Einwendungen mehr erhoben werden, jedenfalls materiell unwirksam, da sie nach aktuariellen Grundsätzen nicht mit den jeweils geltenden Rechtsvorschriften im Einklang stünden.

Nachdem der Kläger zunächst mit dem Antrag zu 1) beantragt hatte festzustellen, dass sowohl im Tarif VollMed M4 als auch im Tarif TC 43 einzelne Erhöhungen unwirksam seien und er nicht zur Zahlung der jeweiligen Erhöhungsbeiträge verpflichtet sei, haben die Parteien nach Kündigung des Tarifs TC 43 den Rechtsstreit insoweit übereinstimmend für erledigt erklärt.

Der Kläger beantragt zuletzt,

1. festzustellen, dass die Erhöhungen des Monatsbeitrags im Tarif VollMed M4 zum 01.01.2012 um 45,00 €, zum 01.04.2013 um 39,00 € und zum 01.04.2016 um 94,99 € in der zwischen ihm und der Beklagten bestehenden Krankenversicherung mit der Versicherungsnummer [REDACTED] unwirksam sind und er nicht zur Zahlung des jeweiligen Erhöhungsbetrags verpflichtet ist;
2. die Beklagte zu verurteilen, an ihn 10.629,86 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz ab dem 01.11.2017 zu zahlen;
3. festzustellen, dass die Beklagte
  - a) ihm zur Herausgabe der Nutzungen verpflichtet ist, die sie vor dem 01.11.2017 aus dem Prämienanteil gezogen hat, den er
    - aa) auf die unter 1. aufgeführten Beitragserhöhungen gezahlt hat,
    - bb) auf die Erhöhungen
      - im Tarif AM0 zum 01.01.2010 um 45,15 € und zum 01.01.2011 um 54,80 €,
      - im Tarif SM6 zum 01.01.2010 um 25,80 € und zum 01.01.2011 um 15,20 € sowie
      - im Tarif ZM3 zum 01.01.2010 um 4,05 € gezahlt hat,
  - b) die nach 3. a) herauszugebenden Nutzungen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz ab dem 01.11.2017 zu verzinsen hat,
4. die Beklagte zu verurteilen, ihn von vorgerichtlichen Rechtsanwaltskosten und Auslagen seiner Prozessbevollmächtigten i.H.v. 1.613,16 € freizustellen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie ist der Auffassung, die Beitragsanpassungen seien formell nicht zu beanstanden und genügten den Voraussetzungen des § 203 Abs. 5 VVG. Jedenfalls seien

eventuelle Begründungsmängel mit der Zustellung der Klageerwiderung geheilt worden. Auch die materielle Wirksamkeit sei nicht zu beanstanden und die Unabhängigkeit des Treuhänders sei in diesem Rechtsstreit nicht gesondert zu prüfen. Die Beklagte erhebt weiter – insoweit unstrittig – die Einrede der Verjährung und ist der Auffassung, etwaige Rückzahlungsansprüche des Klägers seien jedenfalls bis einschließlich des Jahres 2013 verjährt. Weiter erhebt sie - insoweit ebenfalls unstrittig - auch die Einwendung der Verwirkung mit der Begründung, dass es dem bei langfristigen Dauerschuldverhältnissen bestehenden Bedürfnis, das bei Vertragsschluss bestehende Verhältnis von Leistung und Gegenleistung im Gleichgewicht zu halten, zuwider liefe, wenn Prämienanpassungen auch nach vielen Jahren noch in Frage gestellt werden könnten. Die Beklagte ist weiter der Ansicht, es bestehe kein Anspruch auf Nutzungen, wobei schon unklar sei, was hierunter zu verstehen sei. Jedenfalls aber habe sie keine Nutzungen gezogen und sei überdies entreichert, da sie die Beiträge zur Deckung der gestiegenen Leistungsausgaben benötigt habe. Schließlich ist sie der Ansicht, dass einem Berufen auf eine formelle Unwirksamkeit der von ihr erhobene *dolo-agit*-Einwand entgegenstehe.

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

#### **Entscheidungsgründe:**

Die Kammer legt die übereinstimmende Teilerledigung derart aus, dass der Antrag zu 3.a)aa) hiervon nicht erfasst ist, da trotz des entsprechenden Verweises insofern eine Erledigung weder vorgetragen noch eingetreten ist.

Die zulässige Klage hat mit den derart verstandenen Anträgen teilweise Erfolg.

1.

Der Kläger dringt mit der begehrten Feststellung der Unwirksamkeit der Tarifierhöhungen VollMed M4 zum 01.01.2012 um 45,00 €, zum 01.04.2013 um 39,00 € und zum 01.04.2016 um 94,99 € durch. Mangels Wirksamkeit der

Tariferhöhungen ist er nicht zur Zahlung des jeweiligen Erhöhungsbetrages verpflichtet.

Die bezeichneten Tariferhöhungen sind unwirksam, weil die Voraussetzungen für die Einleitung von Beitragsanpassungen bereits nicht vorlagen. Der auslösende Faktor betrug für die Erhöhungen ausweislich der Klageerwiderung der Beklagten vom 16.02.2018 für die Erhöhung zum 01.01.2012 um 45,00 € 106,8, für die Erhöhung zum 01.04.2013 um 39,00 € 106,5 und für die Erhöhung zum 01.04.2016 um 94,99 € 106,5. Damit lag den Erhöhungen jeweils eine Abweichung von 6,8 % bzw. 6,5 % zu Grunde. Dieser auslösende Faktor genügt jedoch nicht dem gesetzlichen Schwellenwert von 10 % gemäß § 203 Abs. 2 S. 4 VVG iVm § 155 Abs. 3 S. 2 VAG. Auf den tariflichen Schwellenwert von 5 % gemäß § 8b Abs. 1.1 S. 1 Halbs. 2 MB/KK kann sich die Beklagte nicht berufen, da diese Regelung gegen zwingendes Gesetzesrecht verstößt, §§ 208 S. 1, 203 Abs. 2 S. 1 VVG.

a)

Gemäß § 203 Abs. 2 S. 1 VVG ist der Krankenversicherer bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung einer für die Prämienkalkulation maßgeblichen Rechnungsgrundlage berechtigt, die Prämie entsprechend den berichtigten Rechnungsgrundlagen auch für bestehende Versicherungsverhältnisse neu festzusetzen, sofern ein unabhängiger Treuhänder die technischen Berechnungsgrundlagen überprüft und der Prämienanpassung zugestimmt hat.

Demnach eröffnet, sofern der Schwellenwert erreicht ist, erst eine nicht nur als vorübergehend anzusehende Veränderung das Prämienanpassungsverfahren. Liegt hingegen eine nur als vorübergehend anzusehende Veränderung vor, so besteht für den Versicherer kein Ermessen und auch kein Wahlrecht, wie es die tarifliche Regelung des § 8b Abs. 2 MB/KK mit dem Wort „kann“ für die Beklagte in Anspruch nimmt. Von einer Beitragsanpassung ist in diesem Fall zwingend abzusehen.

b)

Des Weiteren handelt es sich bei der nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung nicht um eine Ausnahmeregelung, die erst bei übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder eingreift. Vielmehr führt eine als vorübergehend anzusehende Veränderung unabhängig von der übereinstimmenden Beurteilung des Versicherers und des Treuhänders dazu, dass dem Versicherer die Beitragsanpassung verwehrt ist. § 8b Abs. 2 MB/KK würde

bereits dann eine Beitragsanpassung ermöglichen, wenn sowohl Versicherer als auch Treuhänder ex ante zu der objektiv ex ante jedoch nicht zutreffenden Einschätzung gelangen, dass die Veränderung nicht als vorübergehend anzusehen ist. Nach der gesetzlichen Regelung wird die Tatbestandsvoraussetzung der als nicht vorübergehend anzusehenden Veränderung nicht durch die subjektiv ex ante erfolgte – ggf. auch fehlerhafte – übereinstimmende Einschätzung des Versicherers und des Treuhänders erfüllt. Vielmehr kommt es darauf an, ob objektiv ex ante diese Voraussetzung nachprüfbar vorliegt.

c)

Die Unwirksamkeit des § 8b Abs. 2 MB/KK hat auch die Unwirksamkeit von § 8b Abs. 1, Abs. 1.1 MB/KK zur Folge. Mit Unwirksamkeit von § 8b Abs. 2 MB/KK verbleibt als vertragliche Regelung allein das Erreichen des Schwellenwertes als Voraussetzung für die Einleitung des Anpassungsverfahrens. Dies verstößt jedoch gleichermaßen gegen §§ 208 S. 1, 203 Abs. 2 S. 1 VVG, weil die zwingende Voraussetzung, dass es sich um eine nicht als vorübergehend anzusehende Veränderung handeln muss, allein durch § 8b Abs. 1, Abs. 1.1 MB/KK nicht abgebildet und damit insofern isoliert keinen Bestand haben kann. § 8b Abs. 1 und Abs. 1.1 MB/KK vermitteln den Eindruck einer erschöpfenden Regelung der Anforderungen an eine Beitragsanpassung.

Das Urteil des Bundesgerichtshofs vom 22.09.2004 – IV ZR 97/03 – führt zu keiner anderen Beurteilung, sondern stützt die Argumentation der Kammer. Dem Urteil lagen Prämienanpassungen zum 01.07.1994 zu Grunde, die vom Bundesgerichtshof ausdrücklich nicht an den neueren strengeren Vorgaben gemessen wurden, sondern an den Ermessensanforderungen des § 315 BGB, weil dem Versicherer zulässigerweise in den Versicherungsbedingungen ein Ermessensspielraum eröffnet war. Der Bundesgerichtshof hat demnach erkannt und bereits damals klargestellt, dass sich die Gesetzeslage inzwischen geändert hat und strengere Vorgaben, die kein Ermessen einräumen, gelten.

2.

Der Kläger hat gegen die Beklagte einen Anspruch auf Zahlung von 6.714,69 € aus § 812 Abs. 1 S. 1 Var. 1 BGB.

Dem liegt die Erstattung von Beiträgen des Tarifs VollMed M4 in Höhe von 48 x 45,00 € vom 01.01.2014 bis einschließlich Dezember 2017 (2.160,00 €), in Höhe von



weiteren 48 x 39,00 € vom 01.01.2014 bis einschließlich Dezember 2017 (1.872,00 €) und in Höhe von weiteren 21 x 94,99 € vom 01.04.2016 bis einschließlich Dezember 2017 (1.994,79 €) sowie des Tarifs TC 43 in Höhe von 48 x 10,00 € vom 01.01.2014 bis einschließlich Dezember 2017 (480,00 €) und in Höhe von weiteren 21 x 9,90 € vom 01.04.2016 bis einschließlich Dezember 2017 (207,90 €) zu Grunde.

Der Kläger leistete die entsprechenden Beitragszahlungen ohne rechtlichen Grund an die Beklagte, da die korrelierenden Beitragserhöhungen unwirksam waren.

a)

Die Unwirksamkeit der Beitragserhöhungen im Tarif VollMed M4 ergibt sich aus den Ausführungen zu Ziffer 1.

b)

Bezüglich der Beitragserhöhung im Tarif TC 43 in Höhe von monatlich 9,90 € zum 01.04.2016 gelten die Ausführungen zu Ziffer 1 entsprechend. Die Beklagte hat mit der Klageerwidern vom 16.02.2018 den Faktor mit 109,0 beziffert. Soweit sie mit insoweit nicht nachgelassenem Schriftsatz vom 24.07.2020 diesen Faktor auf 111,3 korrigiert hat, ist sie mit diesem Vortrag gemäß § 296a ZPO ausgeschlossen. Eine Wiedereröffnung der Verhandlung gemäß § 156 Abs. 1, Abs. 2 ZPO ist weder wegen dieses Vorbringens noch wegen des weiteren Vorbringens der Parteien per Schriftsätzen vom 06.07.2020, 20.07.2020, 30.07.2020 und 25.08.2020 angezeigt.

c)

Die Beitragserhöhung des Tarifs TC 43 in Höhe von monatlich 10,00 € zum 01.01.2011 ist aus formellen Gründen unwirksam.

Hinsichtlich der formellen Anforderungen an die Beitragserhöhung nimmt die Kammer auf die Ausführungen des Oberlandesgerichts Köln in den wohl erwogenen und begründeten Urteilen vom 29.10.2019 - 9 U 127/18 - und vom 28.01.2020 - 9 U 138/19 -, jeweils veröffentlicht in juris, nach eigener Prüfung Bezug und macht sie sich zu eigen. Diese Anforderungen wurden bei der Beitragserhöhung des Tarifs TC 43 zum 01.01.2011 nicht hinreichend beachtet:

Das Erhöhungsschreiben der Beklagten aus November 2010 (Anlage B2) hat u.a. folgenden Inhalt:

„Sehr geehrter [REDACTED]

auch wenn es auf den ersten Blick nicht gleich erkennbar ist, Ihr Krankenversicherungsschutz wird ständig umfangreicher und damit wertvoller. So werden etwa verbesserte Diagnose- und Behandlungsmethoden oder auch neue Medikamente weitgehend automatisch zu zusätzlichen Leistungsbestandteilen Ihrer Versicherung. Ob krank oder gesund, jung oder alt, Sie haben die Sicherheit, im Krankheitsfall die bestmögliche Behandlung zu erhalten – jetzt und in Zukunft.

Um das garantieren zu können, ist es notwendig, die Versicherungsleistungen und Beiträge in einem ausgewogenen Verhältnis zu halten. Die jährliche Überprüfung hat ergeben, dass die Beiträge in einigen unserer Tarife angeglichen werden müssen.

[...]“

Dem war neben dem Nachtrag zur Versicherung, dem sich die betragsmäßige Veränderung entnehmen lässt, ein Begleitbogen zu Beitragsanpassungen beigelegt, der abstrakt neben steigenden Leistungsausgaben auch eine steigende Lebenserwartung bzw. ein immer höheres Alter als Gründe für Beitragsanpassungen benennt (Anlage K1).

Beides genügt nicht den geforderten Mindestanforderungen. Der Versicherungsnehmer kann damit nicht in hinreichendem Maße nachvollziehen, mit welchen rechtlichen Voraussetzungen der Versicherer die Prämienanpassung begründet.

Es kann dahingestellt bleiben, ob der Maßstab der Vorstellungen und Verständnismöglichkeiten eines unbefangenen, durchschnittlichen und rechtsunkundigen Verbrauchers zu Grunde zu legen ist (BGH, Urteil vom 23.06.2009 – XI ZR 156/08 –, Rn. 19; BGH, Urteil vom 10.03.2009 – XI ZR 33/08 –, Rn. 16; BGH, Urteil vom 18.10.2004 – II ZR 352/02 –, Rn. 15, juris; BGH, Urteil vom 17.12.1992 – I ZR 73/91 –, Rn. 20; BGH, Urteil vom 06.12.2011 – XI ZR 401/10 – Rn. 23), weil die VVG-InfoV - wenn auch in anderen Bereichen - der Umsetzung der vollharmonisierenden (s. EuGH, Urteil vom 11.09.2019 – C-143/18 -) Richtlinie 2002/65/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23.09.2002 über den Fernabsatz von Dienstleistungen an Verbraucher dient. Denn auch nach dem Leitbild eines normal informierten, angemessen aufmerksamen und verständigen

Durchschnittsverbraucher in Anbetracht aller einschlägigen Tatsachen, einschließlich bereitgestellter Werbung und Informationen, und sämtlicher begleitenden Umstände (vgl. BGH, Urteil vom 23.02.2016 – XI ZR 549/14 –, Rn. 23; EuGH, Urteil vom 30.04.2014 – C-26/13 –, Rn. 74; vgl. auch EuGH Urteil vom 06.07.1995 – C-470/93 –, Rn. 24; EuGH, Urteil vom 13.01.2000 – C-220/98 –, Rn. 27, 30) ergibt sich nichts anderes.

Dem abstrakt gehaltenen Begleitbogen ist nicht zu entnehmen, welche der maßgeblichen Rechnungsgrundlagen gemäß § 203 Abs. 1 VVG, nämlich Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten, sich verändert hat und der Beitragserhöhung zum 01.01.2011 zu Grunde lag.

Dem zitierten Anschreiben ist eine derartige Konkretisierung ebenfalls nicht zu entnehmen. Die maßgebliche Rechnungsgrundlage wird nicht benannt. Auch wird aus der Formulierung „etwa“ deutlich, dass es neben verbesserten Diagnose- und Behandlungsmethoden und neuen Medikamenten noch weitere Aspekte gibt, die die Beitragserhöhung veranlasst haben, wozu auch die Sterbewahrscheinlichkeit gehören kann. Diese ernsthaft in Betracht zu ziehende Interpretationsmöglichkeit wird durch die altersbezogene Leistungsdarstellung „[ob] jung oder alt, [...] jetzt und in Zukunft“ verstärkt.

Die Frage der etwaigen Heilung per am 07.03.2018 zugestellter Klageerwiderng zum 01.05.2018 hat auf den geltend gemachten Zahlungsanspruch, mit dem lediglich gezahlte Beiträge bis Ende 2017 geltend gemacht werden, keine Auswirkungen.

Die beklagenseits vorgebrachten Einwendungen hiergegen, insbesondere der Einwand der Entreicherung, der *dolo-agit*-Einwand und die Kürzung im Wege der Saldotheorie, greifen nicht. Auch insofern macht sich die Kammer die Ausführungen des Oberlandesgerichts Köln in seinen Urteilen vom 29.10.2019 - 9 U 127/18 – und vom 28.01.2020 – 9 U 138/19 –, jeweils veröffentlicht in juris, zu eigen.

d)

Der Kläger hat gegen die Beklagte einen Anspruch auf Verzugszinsen im tenorierten Umfang aus §§ 280 Abs. 1, Abs. 2, 286 Abs. 1, Abs. 2 Nr. 3, 288 Abs. 1 BGB. Auf das anwaltliche Aufforderungsschreiben vom 27.10.2017 hat die Beklagte mit Schreiben vom 08.11.2017, zugegangen am 13.11.2017, die Ansprüche ernsthaft und endgültig zurückgewiesen. Ein früherer Verzugseintritt ist mangels Vortrags zum Zugang des anwaltlichen Schreibens vom 27.10.2017 nicht erfolgt.

e)

Ein weitergehender Rückzahlungsanspruch des Klägers besteht hingegen nicht.

Die Beitragserhöhung des Tarifs TC 43 in Höhe von monatlich 7,13 € zum 01.04.2017 ist sowohl formell ordnungsgemäß als auch wirksam.

In dem diesbezüglichen Schreiben aus Februar 2017 (Anlage B2) heißt es u.a.:

„Sehr geehrter [REDACTED]

heute informieren wir Sie darüber, dass wir zum 1. April 2017 Ihren Beitrag anpassen müssen.

Warum ändert sich Ihr Beitrag?

In Deutschland nehmen langwierige Krankheitsfälle zu, gerade im Bereich psychischer Erkrankungen wie Depressionen. Auch Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, Rückenschmerzen und Bandscheibenschäden treten immer häufiger auf. Weil Betroffene oft lange arbeitsunfähig sind, steigen die Ausgaben für Versicherungen, die einen Verdienstaustausfall abdecken. Deshalb müssen wir die Beiträge einiger Krankentagegeldversicherungen erhöhen.

Die Inanspruchnahme von Kurleistungen ist stark angestiegen. Darum steigen die Beiträge für Tarife für Rehabilitationsmaßnahmen.

[...]“

Auch diesem Schreiben war neben dem Nachtrag zur Versicherung, dem sich die betragsmäßige Veränderung entnehmen lässt, ein Begleitbogen zu Beitragsanpassungen beigelegt, der abstrakt neben steigenden Leistungsausgaben auch eine steigende Lebenserwartung bzw. ein immer höheres Alter als Gründe für Beitragsanpassungen benennt (Anlage K1).

Die Ausführungen im Begleitschreiben sind ersichtlich abstrakt gehalten, sodass sie für den Versicherungsnehmer lediglich eine Hintergrundinformation darstellen. Demgegenüber kann der Versicherungsnehmer dem zitierten Begleitschreiben entnehmen, dass die Ausgabenerhöhungen zur Anpassung der konkreten Krankentagegeldversicherung führen. Die betragsmäßige Veränderung ist im Nachtrag zur Versicherung mit 7,13 € hinreichend beziffert.

Des Weiteren ist der gesetzliche Schwellenwert überschritten und ist die materielle Richtigkeit dieser Erhöhung zuletzt zwischen den Parteien nicht mehr streitig. Auch liegt die Zustimmung des Treuhänders Rudolph vor. Einer Überprüfung dessen

Unabhängigkeit bedarf es im vorliegenden Rechtsstreit hingegen nicht, da eine Unwirksamkeit der streitgegenständlichen Prämien erhöhungen hierauf nicht gestützt werden kann. Die in Rechtsprechung und Literatur streitige Frage, ob die Unabhängigkeit des Treuhänders in zivilgerichtlichen Verfahren betreffend Prämien erhöhungen gerichtlich überprüfbar ist oder nicht, hat der Bundesgerichtshof in seinem Urteil vom 19.12.2018 (- IV ZR 255/17 -, VersR 2018, 283 ff.) dahingehend entschieden, dass die Unabhängigkeit des Treuhänders von Zivilgerichten im Rechtsstreit über eine Prämienanpassung nicht gesondert zu prüfen ist. Die Kammer folgt dieser Grundsatzentscheidung des Bundesgerichtshofs.

f)

Der Kläger kann schließlich von der Beklagten die bis zum 31.12.2013 gezahlten Beitragserhöhungen nicht begehren, auch soweit die Zahlungen auf unwirksamen Erhöhungen beruhen. Denn der diesbezügliche Anspruch ist verjährt. Die Kammer macht sich die diesbezüglichen Ausführungen des Oberlandesgerichts Köln in den Urteilen vom 29.10.2019 - 9 U 127/18 - und vom 28.01.2020 - 9 U 138/19 -, jeweils veröffentlicht in juris, nach eigener Prüfung zu eigen.

3.

Der Feststellungsantrag hinsichtlich der Herausgabe von Nutzungen nebst Zinsen ist im tenorierten Umfang begründet.

Die Kammer macht sich auch insofern die Ausführungen des Oberlandesgerichts Köln in den Urteilen vom 29.10.2019 - 9 U 127/18 - und vom 28.01.2020 - 9 U 138/19 -, jeweils veröffentlicht in juris, nach eigener Prüfung zu eigen.

Hinsichtlich der Tarifierhöhungen betreffend die Tarife AM0 zum 01.01.2010 um 45,15 € und zum 01.01.2011 um 54,80 €, SM6 zum 01.01.2010 um 25,80 € und zum 01.01.2011 um 15,20 € sowie im ZM3 zum 01.01.2010 um 4,05 € ist Verjährung gemäß § 217 BGB eingetreten. Diese Tarife sind bereits seit dem 31.08.2011 beendet, sodass auf Grund Verjährung des Hauptanspruchs auch die Ansprüche auf Herausgabe von Nutzungen als hiervon abhängige Nebenleistungen verjährt sind.

Gleiches gilt für die Zinsen aus den teilweise zurückgeforderten übrigen Beitragszahlungen, soweit die Rückforderung wegen Verjährung der

Beitragszahlungen bis zum 31.12.2013 verjährungsbedingt gemäß §§ 214, 195, 199 BGB dauerhaft ausgeschlossen ist.

4.

Der Kläger hat gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Freistellung von der Forderung vorgerichtlicher Rechtsanwaltskosten seines Prozessbevollmächtigten. Es ist nicht ersichtlich, dass die Beklagte vor der anwaltlichen Beauftragung und damit dem Anfall der Rechtsanwaltsgebühren in Verzug gewesen wäre. Ein anderer Rechtsgrund ist nicht ersichtlich. Auch an dieser Stelle macht sich die Kammer die Ausführungen des Oberlandesgerichts Köln in den Urteilen vom 29.10.2019 - 9 U 127/18 – und vom 28.01.2020 – 9 U 138/19 –, jeweils veröffentlicht in juris, nach eigener Prüfung zu eigen.

5.

Die Kostenentscheidung ist auf §§ 91a Abs. 1, 92 Abs. 1 ZPO gestützt. Soweit der Rechtsstreit nicht teilweise für übereinstimmend erledigt erklärt worden ist, obsiegt der Kläger mit 14.232,27 € [6.714,69 € (Zahlungsansprüche) + 7.517,58 € (Feststellungsbegehren betreffend Tarif Vollmed 4)], die Beklagte hingegen mit nur 3.915,17 € (Zahlungsansprüche). Hinsichtlich des übereinstimmend für erledigt erklärten Teils ist bei der unter Berücksichtigung des bisherigen Streitstands nach billigem Ermessen zu treffenden Entscheidung zu berücksichtigen, dass nach dem Unstreitigstellen der materiellen Richtigkeit bei den Prämienerrhöhungen zum 01.01.2011 und zum 01.01.2017 der Feststellungsantrag unbegründet gewesen wäre – wenn auch betreffend die Prämienerrhöhung zum 01.01.2011 erst nach Heilung durch Zustellung der Klageerwiderung – wohingegen der Feststellungsantrag betreffend die Prämienerrhöhung zum 01.01.2016 begründet gewesen wäre, so dass insoweit ein Obsiegen des Klägers in Höhe von 480,00 € und der Beklagten in Höhe von 715,26 € gegeben ist.

Die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit beruht auf §§ 708 Nr. 11, 711, 709 S. 1 und 2 ZPO.

Der Streitwert wird auf bis 22.000,00 EUR festgesetzt.

**Rechtsbehelfsbelehrung:**

Gegen dieses Urteil ist das Rechtsmittel der Berufung für jeden zulässig, der durch dieses Urteil in seinen Rechten benachteiligt ist,

1. wenn der Wert des Beschwerdegegenstandes 600,00 EUR übersteigt oder
2. wenn die Berufung in dem Urteil durch das Landgericht zugelassen worden ist.

Die Berufung muss **innerhalb einer Notfrist von einem Monat nach Zustellung** dieses Urteils schriftlich bei dem Oberlandesgericht Köln, Reichenspergerplatz 1, 50670 Köln, eingegangen sein. Die Berufungsschrift muss die Bezeichnung des Urteils (Datum des Urteils, Geschäftsnummer und Parteien) gegen das die Berufung gerichtet wird, sowie die Erklärung, dass gegen dieses Urteil Berufung eingelegt werde, enthalten.

Die Berufung ist, sofern nicht bereits in der Berufungsschrift erfolgt, binnen zwei Monaten nach Zustellung dieses Urteils schriftlich gegenüber dem Oberlandesgericht Köln zu begründen.

Die Parteien müssen sich vor dem Oberlandesgericht Köln durch einen Rechtsanwalt vertreten lassen, insbesondere müssen die Berufungs- und die Berufungsbegründungsschrift von einem solchen unterzeichnet sein.

Mit der Berufungsschrift soll eine Ausfertigung oder beglaubigte Abschrift des angefochtenen Urteils vorgelegt werden.

Hinweis zum elektronischen Rechtsverkehr:

Die Einlegung ist auch durch Übertragung eines elektronischen Dokuments an die elektronische Poststelle des Gerichts möglich. Das elektronische Dokument muss für die Bearbeitung durch das Gericht geeignet und mit einer qualifizierten elektronischen Signatur der verantwortenden Person versehen sein oder von der verantwortenden Person signiert und auf einem sicheren Übermittlungsweg gemäß § 130a ZPO nach näherer Maßgabe der Verordnung über die technischen Rahmenbedingungen des elektronischen Rechtsverkehrs und über das besondere elektronische Behördenpostfach (BGBl. 2017 I, S. 3803) eingereicht werden. Weitere Informationen erhalten Sie auf der Internetseite [www.justiz.de](http://www.justiz.de).

Jürgens

Tintelnot

Dr. Meurs

Beglaubigt

Urkundsbeamter/in der Geschäftsstelle

Landgericht Bonn

