



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 15. Juni 2023 (731 22 333 / 136)

Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung

Prüfung der Frage der (Teil-)Nichtigkeit von Prämien erhöhungen einer Spitalzusatzversicherung infolge Sittenwidrigkeit bzw. Übervorteilung; Zusammenspiel von zivilrechtlichen Vertragsverhältnissen mit aufsichtsrechtlichen Normen.

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Christof Enderle,
Kantonsrichterin Susanne Afheldt, Gerichtsschreiberin Katja Wagner

Parteien **A.**____, Klägerin, vertreten durch Dr. Marco Chevalier, Rechtsanwalt,
Elisabethenstrasse 28, Postfach 425, 4010 Basel

gegen

CSS Versicherung AG, Recht & Compliance, Tribschenstrasse 21,
Postfach 2568, 6002 Luzern, Beklagte

Betreff Forderung

A.a Die 1964 geborene A.____ schloss im Jahr 1983 in Ergänzung zur obligatorischen Krankenversicherung bei der CSS Versicherung AG (CSS) die Zusatzversicherung "Spitalversicherung privat" ab, welche Anspruch auf Kostenübernahme bei Behandlung auf der privaten Abteilung gewährt. Im Jahr 2005 wurde bei A.____ Leukämie diagnostiziert. Im Zuge dieser Erkrankung kam die Zusatzversicherung zum Tragen. Seit einer Stammzellentransplantation im

Jahr 2006 kam es immer wieder zu Abstossungsreaktionen, was zu einer wiederholten Beanspruchung des Versicherungsschutzes führte.

A.b Mit Schreiben vom 26. Juni 2018 teilte die CSS A._____ mit, dass das Versicherungsprodukt "Spitalversicherung privat" als geschlossen gelte (geschlossener Bestand) und bot ihr an, in das vergleichbare Produkt "Spitalversicherung myFlex" zu wechseln. A._____ lehnte einen entsprechenden Wechsel ab, da dieses Produkt bei Transplantationen inklusive Komplikationen und Spätfolgen keine Versicherungsdeckung gewährt. Im Jahr 2019 machte A._____ gegenüber der CSS die Sittenwidrigkeit der Prämien der "Spitalversicherung privat" geltend. Die CSS Versicherung AG lehnte eine rückwirkende Anpassung der Prämien und eine Beschränkung der künftigen Prämien erhöhungen ab. Im Rahmen einer weiteren Korrespondenz mit der CSS bekräftigte A._____ ihren Standpunkt und sah zusätzlich den Tatbestand der Übervorteilung als erfüllt.

B. Mit Klage vom 22. Dezember 2022 beantragte die Versicherte, vertreten durch die Advokaten Dr. Marco Chevalier und Severin Boog, die Beklagte sei zu verpflichten, ihr einen Betrag von Fr. 33'489.20 zu bezahlen zuzüglich Zins zu 5% auf Fr. 546.-- seit 1. Juli 2007 (lit. a), auf Fr. 546.-- seit 1. Juli 2008 (lit. b), auf Fr. 546.-- seit 1. Juli 2009 (lit. c), auf Fr. 1'825.20 seit 1. Juli 2010 (lit. d), auf Fr. 1'874.40 seit 1. Juli 2011 (lit. e), auf Fr. 2'475.60 seit 1. Juli 2012 (lit. f), auf Fr. 2'683.20 seit 1. Juli 2013 (lit. g), auf Fr. 2'538.-- seit 1. Juli 2014 (lit. h), auf Fr. 3'271.00 seit 1. Juli 2015 (lit. i), auf Fr. 3'271.-- seit 1. Juli 2016 (lit. j), auf Fr. 3'546.-- seit 1. Juli 2017 (lit. k), auf Fr. 2'960.40 seit 1. Juli 2018 (lit. l), auf Fr. 698.40 seit 1. Juli 2019 (lit. m), auf Fr. 1'153.20 seit 1. Juli 2020 (lit. n), auf Fr. 1'153.20 seit 1. Juli 2021 (lit. o) sowie auf Fr. 4'893.60 seit 1. Juli 2022 (lit. p); unter o/e-Kostenfolge. Zur Begründung machte sie im Wesentlichen geltend, dass die Prämie für die "Spitalversicherung privat" im Zeitraum von 2006 bis 2019 um 282% und im Zeitraum von 2006 bis 2022 sogar um 321% angestiegen sei. Mit dieser Steigerung sei ihre Prämie dreimal so hoch wie verkehrsübliche Äquivalente. Das Verhalten der Beklagten erfülle daher die Tatbestände der Sittenwidrigkeit sowie eventualiter der Übervorteilung.

C. In ihrer Klageantwort vom 7. Februar 2023 schloss die CSS auf Abweisung der Klage.

D. Anlässlich der Parteiverhandlung vom 15. Juni 2023 hielten die beiden Parteien im Wesentlichen an ihren bereits schriftlich dargelegten Standpunkten fest. Auf deren Vorbringen ist – soweit notwendig – in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1.1 Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung unterstehen gemäss Art. 2 Abs. 2 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, KVAG) vom 26. September 2014 dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz, VVG) vom 2. April 1908. Streitigkeiten im Bereich dieser Zusatzversicherungen sind somit privatrechtlicher Natur, wes-

halb strittige Ansprüche darüber in einem zivilprozessualen Verfahren geltend zu machen sind. Das Verfahren im Zivilprozess regelt die Schweizerische Zivilprozessordnung (ZPO) vom 19. Dezember 2008.

1.2 Die sachliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts ergibt sich aus Art. 7 ZPO in Verbindung mit § 54 Abs. 1 lit. d des kantonalen Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993. Wie das Kantonsgericht mit Grundsatzentscheid vom 1. Dezember 2011 festgehalten hat, ist bei Klagen betreffend Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung keine vorgängige Schlichtung durchzuführen. Diese Klagen sind vielmehr direkt am Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht, einzureichen (Beschluss des Kantonsgerichts vom 1. Dezember 2011, 731 11 262).

1.3 Die örtliche Zuständigkeit richtet sich nach Art. 9 ff. ZPO. Der dem vorliegenden Fall zugrundeliegende Versicherungsvertrag ist als Konsumentenvertrag im Sinne von Art. 32 ZPO zu qualifizieren, weshalb die Klage am Wohnsitz der versicherten Person eingereicht werden kann (Art. 32 Abs. 1 lit. a ZPO; vgl. URS FELLER/JÜRIG BLOCH, in: Sutter-Somm/Hasenböhler/Leuenberger, ZPO-Kommentar, 3. Aufl., Zürich 2016, Art. 32 N 45 ff.). Nichts anderes ergibt sich im vorliegenden Fall aus Ziffer H4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) der Beklagten, Ausgabe Januar 1997 (Klagebeilage 1), wonach ein Wahlgerichtsstand am Wohnsitz der versicherten Person besteht. Nachdem die Klägerin Wohnsitz im Kanton Basel-Landschaft hat, ist das angerufene Gericht somit auch örtlich zuständig.

2. Materiell streitig und zu prüfen ist, ob die Beklagte gegenüber der Klägerin zur Rückerstattung der Prämien im Zeitraum 2007 bis 2022 verpflichtet ist. Vorab ist in diesem Zusammenhang näher auf die beweisrechtlichen Gegebenheiten einzugehen.

3.1 Nach Art. 247 Abs. 2 lit. a i.V.m. Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO ist der vorliegende Prozess vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Die Untersuchungsmaxime gebietet es dem Gericht zwar, den Sachverhalt mit eigenen Mitteln abzuklären und mit vertretbarem Aufwand zu einem hinreichend sicheren Beweisergebnis zu gelangen; es ist dabei aber nicht an Beweisanträge gebunden und kann auch von sich aus Beweis erheben. Die Parteien werden dadurch jedoch nicht von der Mitwirkung an der Erhebung der Beweise und der Erstellung des Sachverhaltes entbunden. Sie sind es, die primär die Verantwortung für die Ermittlung des Sachverhaltes tragen. Das Bundesgericht hat die in den kantonalen Vorgängernormen zu Art. 247 Abs. 2 ZPO enthaltene Untersuchungsmaxime daher bisweilen auch als gemilderte Verhandlungsmaxime bezeichnet. Nur wenn an der Vollständigkeit der Behauptungen oder Beweise ernsthafte Zweifel bestehen, muss das Gericht nachforschen. Diese Nachforschung besteht aber allein darin, die Parteien auf ihre Mitwirkungspflicht sowie auf die Pflicht zum Beibringen von Beweisen hinzuweisen. Die Untersuchungsmaxime zwingt das Gericht nicht dazu, das Beweisverfahren beliebig auszudehnen oder alle möglichen Beweise abzunehmen. Ebenso wenig verleiht die Untersuchungsmaxime den Parteien Anspruch auf ein bestimmtes Beweismittel. Das Gericht muss die betroffene Partei nur einmal auf etwaige Unzulänglichkeiten in ihren Tatsachenbehauptungen und Beweismitteln hinweisen. Bei anwaltlicher Vertretung ist das Mass der gerichtlichen Mitwirkung auf "krasse Fälle" beschränkt. Indessen verpflichtet die Untersuchungsmaxime das

Gericht, ordnungsgemäss eingebrachte und taugliche Beweismittel zu berücksichtigen, wenn es von der Nichterweislichkeit einer bestimmten Tatsache ausgehen will. Die Untersuchungsmaxime ändert nichts an der formellen Beweislast. Kann etwa das Bestehen einer entscheidungserheblichen Tatsache durch das Gericht weder bejaht noch verneint werden, so entscheidet das Gericht trotz Untersuchungsmaxime gemäss Art. 8 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB) vom 10. Dezember 1907 nach Beweislastgesichtspunkten (vgl. BERND HAUCK, in: Sutter-Somm/Hasenböhler/Leuenberger, ZPO-Kommentar, 3. Aufl., Zürich 2016, Art. 247 Abs. 2 N 33 ff.).

3.2 Wo das Gesetz es nicht anders bestimmt, hat gemäss Art. 8 ZGB derjenige das Vorhandensein einer behaupteten Tatsache zu beweisen, der aus ihr Rechte ableitet. Demgemäss hat die Partei, die einen Anspruch geltend macht, die rechtsbegründenden Tatsachen zu beweisen, während die Beweislast für die rechtsaufhebenden bzw. rechtsvernichtenden oder rechtshindernden Tatsachen bei der Partei liegt, die den Untergang des Anspruchs behauptet oder dessen Entstehung oder Durchsetzbarkeit bestreitet (BGE 130 III 321 E. 3.1). Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung müssen im Privatversicherungsrecht die anspruchsbegründenden Tatsachen lediglich mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erwiesen sein (BGE 130 III 327 E. 3.5). Das gilt auch für den Beweis von anspruchshindernden Tatsachen (Praxis 80/1991, Nr. 230, S. 964 f. E. 3b [Urteil des Schweizerischen Bundesgerichts vom 22. November 1990]).

3.3 In einem neueren Entscheid vom 31. August 2021 (4A_117/2021) hat das Bundesgericht die Grundsätze zur Beweislastverteilung erneut bekräftigt. Nach der erwähnten Grundregel (Art. 8 ZGB) hat demnach der Anspruchsberechtigte – in der Regel der Versicherungsnehmer, der versicherte Dritte oder der Begünstigte – die Tatsachen zur "Begründung des Versicherungsanspruches" (Marginalie zu Art. 39 VVG) zu beweisen, also namentlich das Bestehen eines Versicherungsvertrags, den Eintritt des Versicherungsfalls und den Umfang des Anspruchs. Den Versicherer trifft die Beweislast für Tatsachen, die ihn zu einer Kürzung oder Verweigerung der vertraglichen Leistung berechtigen oder die den Versicherungsvertrag gegenüber dem Anspruchsberechtigten unverbindlich machen. Anspruchsberechtigter und Versicherer haben im Streit um vertragliche Leistungen je ihr eigenes Beweisthema und hierfür je den Hauptbeweis zu erbringen. Dies trifft auch dann zu, wenn sich beide Beweisthemen im gleichen Verfahren gegenüberstehen (Urteil des Bundesgerichts vom 31. August 2021, 4A_117/2021, E. 3.3.1).

3.4 Der Beweis gilt als erbracht, wenn das Gericht nach objektiven Gesichtspunkten von der Richtigkeit einer Sachbehauptung überzeugt ist. Absolute Gewissheit kann dabei nicht verlangt werden. Es genügt, wenn das Gericht am Vorliegen der behaupteten Tatsache keine ernsthaften Zweifel mehr hat oder allenfalls verbleibende Zweifel als leicht erscheinen. Ausnahmen von diesem Regelbeweismass, in denen eine überwiegende Wahrscheinlichkeit als ausreichend betrachtet wird, ergeben sich einerseits aus dem Gesetz selbst und sind andererseits durch Rechtsprechung und Lehre herausgearbeitet worden (Urteil des Bundesgerichts vom 31. August 2021, 4A_117/2021, E. 3.3.1).

3.5 Gelangt das Gericht in Würdigung von Beweisen zur Überzeugung, eine Tatsachenbehauptung sei bewiesen oder widerlegt, ist die Beweislastverteilung gegenstandslos (BGE 109 II 251 E. 3.5). Diesfalls liegt freie Beweiswürdigung vor, die bundesrechtlich nicht geregelt ist, auch nicht durch Art. 8 ZGB. Diese Bestimmung schreibt dem Gericht nicht vor, mit welchen Mitteln der Sachverhalt abzuklären und wie das Ergebnis davon zu würdigen ist (BGE 112 II 179); sie schliesst selbst vorweggenommene Beweiswürdigung und Indizienbeweise nicht aus (BGE 109 II 31 E. 3b und 344/45). Eine beschränkte Beweisabnahme verletzt Art. 8 ZGB daher nicht, wenn das Gericht schon nach deren Ergebnis von der Sachdarstellung einer Partei überzeugt ist, gegenteilige Behauptungen also für unbewiesen hält (BGE 114 II 290 E. 2). Ebenso schliesst der im Verfahren zur Beurteilung von Streitigkeiten aus einer Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung herrschende Untersuchungsgrundsatz die antizipierte Beweiswürdigung nicht aus (Urteil des Bundesgerichts vom 9. November 2006, 5C.206/2006, E. 2.1).

3.6 Als Teil des Privatrechts räumt das VVG den Parteien weitgehende Vertragsfreiheit ein, solange sie die Schranken der Rechtsordnung beachten. Da das VVG ausser in Art. 87 keine spezifischen Bestimmungen zum Krankentaggeld enthält, sind die vertraglichen Vereinbarungen der Parteien, das heisst in erster Linie die AVB massgebend. Das Schweizerische Obligationenrecht (OR) gilt immer subsidiär, wenn das VVG, das hinsichtlich des (Zusatz-)Versicherungsvertrags zahlreiche vom OR abweichende oder dieses ergänzende Bestimmungen enthält, eine Frage nicht regelt (vgl. Art. 100 Abs. 1 VVG).

4.1 Vorliegend sind sodann die Bestimmungen des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz, VAG) vom 17. Dezember 2004 einschlägig. In diesem Kontext kommt es zu einem Aufeinandertreffen von zivilrechtlichen Vertragsverhältnissen mit aufsichtsrechtlichen Normen. In Bezug auf die Geltendmachung entsprechender Ansprüche sind öffentlich-rechtliche und privatrechtliche Verfahren rechtsprechungsgemäss strikt voneinander zu trennen (vgl. THOMAS JUTZI/FABIAN EISENBERGER, Das Verhältnis von Aufsichts- und Privatrecht im Finanzmarktrecht, in: AJP 2019, S. 6 ff., S. 8). Dieser Grundsatz wird ebenfalls in Art. 85 Abs. 1 VAG ausdrücklich festgehalten, wonach privatrechtliche Streitigkeiten zwischen Versicherungsunternehmen oder zwischen Versicherungsunternehmen und Versicherten vom zuständigen Gericht (und nicht von der Eidgenössischen Finanzmarktaufsicht [FINMA]) entschieden werden. Die vorliegende Beziehung zwischen der Klägerin und der Beklagten unterliegt dem Zivilrecht; daraus entstehende Forderungen sind unstreitig auf dem zivilrechtlichen Weg geltend zu machen (vgl. E. 1.3 hiavor). Demgemäss kommen auch die privatrechtlichen Verfahrensgrundsätze zum Tragen (vgl. E. 2 hiavor).

4.2 Für das Verfahren entscheidend ist letztlich die materielle Zuordnung der Rechtsnormen zum Privatrecht oder zum öffentlich-rechtlichen Finanzmarktrecht (vgl. SIMON BÜHLER/HANS CASPAR VON DER CRONE, Trennung zwischen dem Zivilverfahren und dem Verfahren der Finanzmarktaufsicht, in: Schweizerische Zeitschrift für Wirtschafts- und Finanzmarktrecht [SZW] 2016, S. 563 ff., S. 570). Die Abgrenzung zwischen öffentlichem Recht und Privatrecht ist aber auch deshalb sinnvoll, da die Regelungsziele und die Regelungsintensität der beiden Rechtsgebiete stark voneinander abweichen. In privaten Rechtsverhältnissen stehen die

Privatautonomie und namentlich die Vertragsfreiheit im Vordergrund. Das Recht setzt dieser Autonomie Grenzen bzw. greift nur bei offensichtlichen Ungleichgewichten ein. Entsprechend wird das Privatrecht in Bezug auf seine Steuerungsfunktion als Rahmenordnung betrachtet. Demgegenüber hat das Aufsichtsrecht den Funktions- und Individualschutz, d.h. den Schutz der Funktionsfähigkeit der Finanzmärkte sowie den Schutz der Gläubiger, der Anleger und der Versicherten, zum Ziel. Das Aufsichtsrecht gibt keinen Rahmen vor, sondern sieht entsprechende Regelungsinhalte (Programmsteuerung) vor. Dementsprechend dominieren im Aufsichtsrecht als Regelungsinstrumente konkrete Handlungsverbote bzw. -gebote, im Fokus steht die effektive Durchsetzung von aufsichtsrechtlichen Pflichten. Das Privatrecht hingegen gibt keine strikten Handlungsweisen vor, sondern enthält lediglich Obliegenheiten und regelt die Folgen von deren Verletzung (JUTZI/EISENBERGER, a.a.O., S. 7 f.).

4.3 Gleichwohl können bei der Beurteilung der vorliegenden Angelegenheit aufsichtsrechtliche Aspekte nicht vollständig ausgeblendet werden. Vielmehr sind sie in verschiedener Hinsicht von Relevanz, wie zu zeigen sein wird. Wenngleich dem Aufsichts- und dem Privatrecht grundsätzlich unterschiedliche Regelungsziele zugrunde liegen, gibt es zahlreiche Beispiele für eine (rechtliche) Verflechtung der beiden Teilrechtsgebiete. Nach Auffassung von THOMAS JUTZI und FABIAN EISENBERGER (a.a.O., S. 8) äussere sich dies am deutlichsten in Form von Doppelnormen, d.h. Normen, auf die sich Private vor Zivilgericht sowie Behörden im Verwaltungsverfahren gleichermaßen stützen können. Ferner bezieht namentlich das Privatrecht an vielen Stellen das öffentliche Recht ein. Nichtigkeit nach Art. 20 Abs. 1 OR liegt z.B. immer dann vor, wenn ein Vertrag einen widerrechtlichen Inhalt hat. Diese Widerrechtlichkeit wird nicht nur durch eine Verletzung von Privatrecht, sondern ebenso durch eine Verletzung von öffentlichem Recht begründet.

4.4 In Bezug auf die Abgrenzung zwischen öffentlichem Recht und Privatrecht existieren zahlreiche von der Lehre entwickelte Modelle (vgl. hierzu die Übersicht bei JUTZI/EISENBERGER, a.a.O., S. 10). Dabei geht es um die Frage, ob eine Normkollision möglich ist und wie mit einer solchen umzugehen ist (vgl. zunächst zur Frage, ob überhaupt eine öffentlich-rechtliche Norm vorliegt: JUTZI/EISENBERGER, a.a.O., S. 9; vgl. zum hierbei zum Tragen kommenden Methodenpluralismus statt vieler: BGE 138 I 274 E. 1.2). Hervorzuheben ist das Konzept der Ausstrahlungswirkung. Diesem liegt die Prämisse zugrunde, dass sowohl das Zivilgericht als auch die Aufsichtsbehörde nicht darum herumkommen, sich in der Rechtsanwendung gegenseitig zu berücksichtigen (vgl. BÜHLER/VON DER CRONE, a.a.O., S. 571). Gemäss dem Konzept der Ausstrahlungswirkung stehen die Normen im Aufsichts- und diejenigen im Privatrecht grundsätzlich selbstständig nebeneinander (JUTZI/EISENBERGER, a.a.O., S. 13). Mit der Ausstrahlungswirkung wird indessen deren gegenseitige Beeinflussung erfasst (BÜHLER/VON DER CRONE, a.a.O., S. 575). Die jeweiligen Normen sind demnach nicht isoliert zu betrachten, sondern es soll bei der Auslegung des Aufsichtsrechts das Privatrecht und bei der Auslegung des Privatrechts das Aufsichtsrecht beachtet werden (JUTZI/EISENBERGER, a.a.O., S. 13). Zwar ist die Ausstrahlungswirkung als Konzept in der schweizerischen Rechtsordnung gänzlich unbekannt. Nach Auffassung von THOMAS JUTZI und FABIAN EISENBERGER (a.a.O., S. 13) gebe es methodologische Argumente, die für eine Zulässigkeit der Ausstrahlungswirkung von Privat- und Aufsichtsrecht sprechen würden. Dieser Auffassung ist beizupflichten. Als von herausragender Be-

deutung wird in diesem Kontext die Rechtsfigur der Einheit der Rechtsordnung genannt, wonach die einzelnen Teilrechtsordnungen widerspruchsfrei oder gar wertkongruent zueinander ausgestaltet sein sollen. Ferner wird auch das Prinzip der wechselseitigen Auffangordnungen hervorgehoben. Demzufolge bilden das Aufsichtsrecht, als Teil des öffentlichen Rechts, und das Privatrecht zwei komplementär wirkende Pole, mit unterschiedlichen Regelungszielen und -instrumenten. Wenngleich diese Unterschiede bestehen, sollen sich die Teilrechtsordnungen gegenseitig beeinflussen, ergänzen und stützen (d.h. auffangen). Sowohl das Zivilgericht als auch die Aufsichtsbehörde kommen demnach trotz der prozessualen Trennung nicht darum herum, sich in der Rechtsanwendung gegenseitig zu berücksichtigen. Diese Berücksichtigung oder "Ausstrahlung" wird durch das Zivilgericht und die Aufsichtsbehörde anhand ihrer unterschiedlichen Perspektiven vorgenommen. Eine Definition allgemeiner Kriterien zu Richtung und Intensität der Beeinflussung vor erfolgter Auslegung sei nicht möglich (BÜHLER/VON DER CRONE, a.a.O., S. 575). Das Ausmass der Ausstrahlungswirkung sei vor erfolgter Auslegung unbestimmt. Die Wirkungsintensität ergebe sich von Fall zu Fall, mithin durch die Rechtsanwendung der Zivilgerichte und Aufsichtsbehörden im jeweiligen Verfahren (vgl. JUTZI/EISENBERGER, a.a.O., S. 14; BÜHLER/VON DER CRONE, a.a.O., S. 575).

5.1 Die Klägerin macht zunächst geltend, dass die Beklagte ihre Informationspflicht nach Art. 156 Abs. 2 der Verordnung der Eidgenössischen Finanzmarktaufsicht über die Beaufsichtigung von privaten Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsverordnung-FINMA, AVO-FINMA) verletzt habe. Als Versicherungsnehmerin eines geschlossenen Bestands habe sie das Recht, anstelle ihres bisherigen Versicherungsvertrags einen möglichst gleichwertigen Versicherungsvertrag aus einem offenen Bestand des Versicherungsunternehmens oder eines zur gleichen Versicherungsgruppe gehörenden Versicherungsunternehmens abzuschliessen, sofern das Versicherungsunternehmen bzw. das Gruppenunternehmen einen entsprechenden offenen Bestand führt. Obschon die Beklagte seit mindestens 2009 dem Produkt "Spitalversicherung privat" keine Versicherten mehr zuführe, habe die Beklagte erst am 26. Juni 2018 über das Angebot "Spitalversicherung myFlex" als ein von ihr gleichwertig angepriesenes Angebot informiert.

5.2 Art. 156 AVO bestimmt Folgendes: Führt das Versicherungsunternehmen einem Versicherungsbestand keine Versicherungsverträge mehr zu (geschlossener Bestand), so haben die Versicherungsnehmer und Versicherungsnehmerinnen dieses Bestands das Recht, anstelle ihres bisherigen Versicherungsvertrags einen möglichst gleichwertigen Versicherungsvertrag aus einem offenen Bestand des Versicherungsunternehmens oder eines zur gleichen Versicherungsgruppe gehörenden Versicherungsunternehmens abzuschliessen, sofern das Versicherungsunternehmen beziehungsweise das Gruppenunternehmen einen entsprechenden offenen Bestand führt (Abs. 1). Das Versicherungsunternehmen hat die betroffenen Versicherungsnehmer und Versicherungsnehmerinnen unverzüglich über dieses Recht sowie über die Versicherungsdeckungen zu informieren, die der offene Bestand aufweist (Abs. 2).

5.3 In den Akten findet sich hierzu ein Schreiben der FINMA vom 21. Juni 2018. Darin bestätigt diese, dass die Beklagte die "Classic-Produkte" per Mitte Jahr 2018 schliessen werde. Ferner wird festgestellt, dass die anzeigepflichtigen Informationen aus aufsichtsrechtlicher Sicht

zu keinen weiteren Bemerkungen Anlass geben würden. Zu diesen Classic-Produkten zählt unbestrittenermassen auch die "Spitalversicherung privat". In der Folge wurde die Klägerin seitens der Beklagten mit Schreiben vom 26. Juni 2018 über die Schliessung des Produkts "Spitalversicherung privat" informiert. Darin wurde ihr die Möglichkeit eröffnet, ohne Gesundheitsprüfung in die myFlex-Produkte der Beklagten zu wechseln. Gleichzeitig wurde sie aber auch darauf hingewiesen, dass die bisherige Versicherung bestehen bleibe. Auf entsprechende Nachfrage der Klägerin hin bestätigte die Beklagte sodann mit Schreiben vom 28. September 2018, dass bei einem Wechsel in die Produkte "myFlex" keine Kosten für Folge- und Komplikationsbehandlungen übernommen würden, wenn diese auf die Transplantation zurückzuführen seien. Sie empfahl ihr deshalb, die bisherige Versicherungsdeckung beizubehalten.

5.4 Zunächst verhält es sich so, dass dem Schreiben vom 21. Juni 2018 ein formeller Entscheid der FINMA zugrunde liegt, wonach die "Spitalversicherung privat" erst per Mitte 2018 als geschlossener Bestand im Sinne von Art. 156 Abs. 1 AVO galt. Das Bundesgericht ist indessen in seinem Urteil vom 9. Juni 2016 (4A_627/2015) zur Auffassung gelangt, dass ein geschlossener Bestand im Sinne von Art. 156 AVO auch dann vorliegen kann, wenn der Versicherer dem Bestand noch neue Verträge zuführt. Der Wortlaut der Verordnung geht zwar davon aus, dass gar keine neuen Verträge zum Bestand hinzukommen. Der Zweck der Bestimmung gebietet aber eine weite Auslegung. Mit dem Recht, die Zuteilung zu einem neuen Bestand verlangen zu können, soll verhindert werden, dass ein Versicherer junge, gute Risiken einem neuen Bestand zuweist, mit der Folge, dass der alte Bestand überproportional viele ältere, schlechtere Risiken aufweist, was zu massiven Prämien erhöhungen führt, die wiederum die Versicherten nötigen, ihre Zusatzversicherung zu kündigen. Dieser Zweck kann nicht erreicht werden, wenn der Versicherer das Transferrecht dadurch aushebeln kann, dass er dem alten Bestand einige wenige neue Policen zuweise (E. 4.2; vgl. zum Ganzen die Urteilsbesprechung von STEPHAN FURRER, abrufbar unter: <https://stephan-fuhrer.ch/ch-bundesgericht.html>). In Bestätigung des vorinstanzlichen Entscheids kam das Bundesgericht in diesem Urteil zum Schluss, dass es sich um einen geschlossenen Bestand handelt, weshalb dem Versicherten das Transferrecht zugestanden werden muss (E. 5.3). In diesem Kontext verdeutlicht sich die eingangs dargelegte Verflechtung zwischen aufsichtsrechtlichen und privatrechtlichen Aspekten (vgl. E. 4 hiavor). Mit Blick auf den formellen Entscheid der FINMA ist in Bezug auf einen Eingriff durch die Zivilgerichte respektive vorliegend durch das Kantonsgericht grosse Zurückhaltung geboten. Ob ein Eingreifen im vorliegenden Fall tatsächlich geboten wäre, braucht jedoch nicht näher geprüft zu werden. Eine detaillierte Auseinandersetzung mit der Frage, ob der Klägerin bereits zu einem früheren Zeitpunkt ein Transferrecht hätte zugestanden werden müssen, erübrigt sich ohnehin aus den folgenden Erwägungen: Die Klägerin macht vorliegend nicht geltend, dass sie einen Wechsel in Betracht gezogen habe. Vielmehr stellt sich auf den Standpunkt, dass ein Wechsel für sie nicht möglich gewesen sei, da das Produkt "myflex" bei Transplantationen inklusive Komplikationen und Spätfolgen keine Versicherungsdeckung gewährt. Dies hat sie anlässlich der Parteiverhandlung vor Kantonsgericht erneut bestätigt. Namentlich gründen ihre weiteren Vorbringen auf der Argumentation, wonach ein Wechsel für sie gerade nicht in Betracht gekommen sei. Dessen ungeachtet hat die Klägerin zu keinem Zeitpunkt geltend gemacht, dass sie aufgrund einer möglichen Anzeigepflichtverletzung einen Schaden erlitten habe. Insbesondere begründet sie die mit der vorliegenden Klage geltend gemachte Forderung nicht mit den Rechtsfolgen aus

einer möglichen Anzeigepflichtverletzung nach Art. 156 Abs. 2 AVO. Es fehlt ganz grundsätzlich an einer rechtsgenügenden Auseinandersetzung mit den Voraussetzungen und den Rechtsfolgen dieses Tatbestands. Vor diesem Hintergrund können auch Weiterungen zur Frage unterbleiben, ob es sich bei der Versicherung "myFlex" überhaupt um ein möglichst gleichwertiges Versicherungsprodukt im Sinne von Art. 156 Abs. 2 AVO handelt. Damit bleibt es letztlich beim formellen Entscheid der FINMA, demzufolge die "Spitalversicherung privat" seit Mitte 2018 als geschlossener Bestand gilt.

6.1 Zur Begründung ihrer Forderung macht die Klägerin insbesondere geltend, dass eine sittenwidrige Inäquivalenz aufgrund einer massiven Prämienhöhung bei der "Spitalversicherung privat" bestehe, weil die als gleichwertig angepriesene "Spitalversicherung myFlex" viel günstiger sei. Hierbei verweist sie insbesondere auf einen Artikel in einer Sonntagszeitung, wonach eine verkehrsübliche Durchschnittsprämie Fr. 248.-- bzw. an ihrem Wohnsitz rund Fr. 208.-- betrage. Ihren Standpunkt stützt sie ferner mit der Rechtsprechung des Bundesgerichts, derzufolge bei Darlehensverträgen Sittenwidrigkeit zufolge Leistungsinequivalenz bei Vereinbarungen mit einem überhöhten Darlehenszins angenommen würde. Ferner zitiert sie die Rechtsprechung des deutschen Bundesverfassungsgerichts. Danach werde von Sittenwidrigkeit zufolge eines krassen Missverhältnisses ausgegangen, wenn bei Konsumentenkreditverträgen die vom Kredit- oder Leasingnehmer zu erbringende Leistung doppelt so hoch sei, wie das verkehrsübliche Äquivalent. Demzufolge seien die jährlichen von der Beklagten für die Spitalversicherung privat geforderten Prämien in dem Umfang für nichtig zu erklären, als sie das ermessensweise festgesetzte verkehrsübliche Äquivalent überschreiten würden. Damit werde auch dem Grundsatz Nachachtung verschafft, wonach im Sinne der geltungserhaltenden Reduktion die Nichtigkeit nur soweit reichen soll, als es der Schutzzweck der verletzten Norm verlange.

6.2.1 Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts sind Verträge sittenwidrig, die gegen die herrschende Moral, d.h. gegen das allgemeine Anstandsgefühl oder die der Gesamtrechtsordnung immanenten ethischen Prinzipien und Wertmassstäbe verstossen (BGE 136 III 474 E. 3, 129 III 604 E. 5.3, 123 III 101 E. 2 S. 102, 115 II 232 E. 4a, je mit Hinweisen). Rechtsmethodisch betrachtet handelt es sich beim Kriterium der guten Sitten um eine wertausfüllungsbedürftige Generalklausel, durch welche via Referenz auf das allgemeine Anstandsgefühl die Konsistenz der rechtlichen mit der sozialen (moralisch-ethischen) Werthierarchie sicherzustellen ist (BSK OR I-BARBARA MEISE/CLAIRE HUGUENIN, Art. 19/20 N 34 mit Hinweisen). Die Sittenwidrigkeit des Vertrags ist eine Rechtsfrage (BGE 40 II 233 E. 4; Urteile des Bundesgerichts vom 28. April 2014, 4A_69/2014, E. 6.3.1 und vom 9. April 2014, 4A_3/2014, E. 3.1); das Vorliegen von Sittenwidrigkeit ist von Amtes wegen zu beachten (BGE 80 II 48; Urteil des Bundesgerichts vom 9. April 2014, 4A_3/2014, E. 3.1). Wer Sittenwidrigkeit behauptet, trägt jedoch die Beweislast für die tatsächlichen Grundlagen, aus denen sich die Sittenwidrigkeit ergeben soll (Urteile des Bundesgerichts vom 28. April 2014, 4A_69/2014, E. 6.3.1 und vom 9. April 2014, 4A_3/2014, E. 3). Ob ein Vertrag gegen die guten Sitten verstösst, ist nach seinem Inhalt zu beurteilen (BGE 119 II 380 E. 4 = Pra 1994, 759 f.; 84 II 27; BSK OR I-BARBARA MEISE/CLAIRE HUGUENIN, Art. 19/20 N 36 mit Hinweisen).

6.2.2 Bei Leistungsinäquivalenzen wird das Vorliegen von Sittenwidrigkeit in der Regel mit dem Hinweis darauf verneint, dass Art. 21 OR die Fälle eines offenbaren Missverhältnisses zwischen Leistung und Gegenleistung abschliessend regle (BSK OR I-BARBARA MEISE/CLAIRE HUGUENIN, Art. 19/20 N 40; Urteile des Bundesgerichts vom 24. Januar 2013, 4A_542/2012, E, 2.5, vom 11. März 2009, 4A_21/2009, E, 5.2 und vom 25. Mai 2000, 5C.91/2000, E, 3; BGE 115 II 236; BSK OR I-BARBARA MEISE/CLAIRE HUGUENIN, Art. 19/20 N 36 mit Hinweisen). Hinsichtlich der Vereinbarung überhöhter Darlehenszinsen liess die Rechtsprechung indessen vereinzelt Ausnahmen von diesem Grundsatz zu (Zinssatz von 26 %, BGE 93 II 189; Zinssatz von 18,18 %, 42,88 % und 18,85 % je nach betroffenem Zeitraum, Urteil des Bundesgerichts vom 28. April 2014, 4A_69/2014, E, 6.3.3; Zinssatz von mehr als 18 %). In der Literatur ist die Frage umstritten. Ein Teil der Lehre vertritt die Auffassung, dass besonders krasse Fälle von Missverhältnissen zwischen Leistung und Gegenleistung sittenwidrig sein können.

6.3.1 Vorliegend gelingt es der Klägerin nicht, zu belegen, dass die über die Jahre erfolgten Prämien erhöhungen gegen die herrschende Moral und damit gegen das allgemeine Anstandsgefühl oder gegen die der Gesamtrechtsordnung immanenten ethischen Prinzipien und Wertmassstäbe verstossen. Zwar greift die Argumentation der Beklagten vorliegend wohl zu kurz, wenn sie eine Sittenwidrigkeit ausschliesslich damit verneint, dass für die Beurteilung der Sittenwidrigkeit der Prämien auf den Zeitpunkt des Vertragsschlusses, mithin auf das Jahr 1983, abzustellen sei. Auch einseitige Vertragsanpassungen im Rahmen von Dauerschuldverhältnissen müssen sich in den Schranken der Rechtsordnung bewegen. Fraglich ist, ob die Prämien erhöhungen gar jeweils als Antrag zu einem neuen Vertragsschluss angesehen werden könnten. Dagegen sprechen indessen die in Art. 10 Abs. 1 AVB vorgesehene Bestimmung zur Anpassung des Vertrags bei der Änderung der Prämientarife sowie das den versicherten Personen eingeräumte Kündigungsrecht bei entsprechenden Änderungen (Art. 10 Abs. 3 AVB). Eine nähere Auseinandersetzung mit dieser Frage erübrigt sich aber ohnehin aus den nachfolgenden Erwägungen. Der Hinweis auf den Artikel einer Sonntagszeitung vom 4. September 2022 stellt jedenfalls keine taugliche Grundlage für den Nachweis von Sittenwidrigkeit dar. Darin findet sich im Wesentlichen eine Übersicht zur Prämienentwicklung von Spitalzusatzversicherungen verschiedener Krankenkassen für Frauen und Männer ab einem Alter von 55 Jahren. Auf dieser Grundlage lässt sich jedoch nicht beurteilen, ob für die von der Klägerin angeführte Durchschnittsprämie verkehrsbliche Äquivalente herangezogen wurden. Es lässt sich daraus nicht ersehen, welche Leistungen die jeweiligen Produkte umfassen und ob allenfalls Rabatte gewährt werden. Die Prämienfestsetzung ist ferner auch von der Grösse des Bestands, vom Alter der Verträge des Bestands sowie vom Alter der Versicherten abhängig. Alsdann variiert die Prämie je nach Wohnsitz und Krankenkasse. Zwar dürfte sich eine Sittenwidrigkeit im vorliegenden Fall der Natur der Sache nach grundsätzlich nur mittels Vergleichs mit äquivalenten Produkten und nicht ausschliesslich nach dem Vertragsinhalt (vgl. aber E. 6.3.3 hiernach) belegen lassen. Gleichzeitig erweist sich dieser Nachweis im vorliegenden Bereich jedoch als schwierig. Dies zeigt sich auch darin, dass das von der Beklagten angebotene Produkt "Spitalversicherung myFlex" ebenso keine taugliche Vergleichsgrundlage bildet. Dies wird denn auch von der Klägerin anerkannt. Hierbei fällt insbesondere ins Gewicht, dass es sich bei der "Spitalversicherung privat" ab dem Jahr 2018 offiziell um einen geschlossenen Bestand handelte (vgl. E. 5.4 hiervor). Bedeutung kommt dabei insbesondere dem Kriterium der Grösse des Bestands

zu. Letztlich sind die Prämien ein Abbild der Risikostruktur. Die Zuführung von Versicherten in ein neueres Produkt führt zu einer Abnahme des Bestands beim geschlossenen Produkt. Dies wiederum hat zur Folge, dass die Leistungsbezüge mehr ins Gewicht fallen, sodass sich dies in der Prämienstruktur niederschlägt. Diese Tatsache lässt die Prämien aber nicht sittenwidrig werden.

6.3.2 Darüber hinaus ist in diesem Kontext erneut ein Bereich betroffen, wo es zu Überschneidungen mit aufsichtsrechtlichen Aspekten kommt (vgl. E. 4 hiavor). Nach Art. 38 VAG prüft die FINMA nämlich im Genehmigungsverfahren aufgrund der von den Versicherungsunternehmen vorgelegten Tariffberechnungen, ob sich die vorgesehenen Prämien in einem Rahmen halten, der einerseits die Solvenz der einzelnen Versicherungseinrichtungen und andererseits den Schutz der Versicherten vor Missbrauch gewährleistet, wobei Art. 33 Abs. 3 VAG vorbehalten bleibt. Art. 33 Abs. 3 VAG besagt, dass die FINMA aufgrund der von den Versicherungsunternehmen vorgelegten Tarife und der entsprechenden Berechnungsgrundlagen prüft, ob die daraus abgeleiteten Prämien risiko- und kostengerecht sind. Dabei unterliegen auch die Tarife in der Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung dieser präventiven Tarifkontrolle (vgl. BSK VAG-GION PAGNONCINI, Art. 38 N 2, wonach sich dies aus Art. 4 Abs. 2 lit. r VAG ergebe). Vom Genehmigungsvorgang umfasst sind auch erhebliche Prämien erhöhungen. So prüft die FINMA insbesondere, ob die Gestaltung von Versicherungsprämien potentiell zu ungerechtfertigten Ungleichbehandlungen im Sinne von Art. 117 Abs. 2 AVO zwischen Versicherten führen. In diesem Sinne bekräftigte die Beklagte anlässlich der Parteiverhandlung, dass die zur Diskussion stehenden Prämien erhöhungen jeweils seitens der FINMA überprüft worden seien und eine festgestellte Ungleichbehandlung zulasten einer Person umgehend eine nähere Überprüfung bzw. weitere Massnahmen durch die FINMA zur Folge gehabt hätte. Es ist äusserst fraglich, inwiefern bei im Rahmen eines aufsichtsrechtlichen Verfahrens genehmigten Tarifen und Prämien überhaupt noch Raum für eine Sittenwidrigkeit derselben besteht. Zwar schliesst die Einhaltung aufsichtsrechtlicher Pflichten die Verletzung weitergehender privatrechtlicher Pflichten nicht per se aus (vgl. JUTZI/EISENBERGER, a.a.O., S. 10). Ferner hat eine Verletzung des aufsichtsrechtlichen Missbrauchsverbots (Art. 46 Abs. 1 lit. f. VAG i.V.m. Art. 117 AVO) im Verhältnis zwischen Versicherer und Versicherungsnehmerin oder Versicherungsnehmer keine unmittelbaren Auswirkungen auf den Versicherungsvertrag (vgl. HARDY LANDOLT/VOLKER PRIBNOW, Privatversicherungsrecht, 2022, S. 71). Ein Eingreifen durch die Zivilgerichte sollte sich, mit Blick darauf, dass die Prämien erhöhungen einem aufsichtsrechtlichen Genehmigungsverfahren unterliegen, indessen auf sehr krasse Fälle beschränken bzw. die Ausnahme bleiben. Die Klägerin verweist in diesem Zusammenhang auf die Medienmitteilung der FINMA vom 16. August 2022, worin diese u.a. zum Ergebnis gelangte, dass die Verwaltungskosten bei der Beklagten nicht hinreichend verursachergerecht zugeteilt worden seien. Ferner sei die Zusatzversicherung mit weiteren nicht verursachergerechten Kosten belastet worden, indem sie beispielsweise seit Jahren den weitaus überwiegenden Teil der Marketing- und die vollständigen Werbekosten der ganzen CSS-Gruppe trage. Demzufolge seien ungegerechtfertigte Verwaltungskosten in die damaligen Tariffberechnungen eingeflossen. Die FINMA habe auf dieser Grundlage somit ihre Prüfaufgabe nicht korrekt vornehmen können und letztlich zu hohe Tarife genehmigt. Die damit verbundenen Rechtsfolgen, wie namentlich entsprechende Prämienruckerstattungen, fallen indessen unstreitig in den Zuständigkeitsbereich der FINMA.

Die Beklagte hat anlässlich der Parteiverhandlung bestätigt, dass ein entsprechendes Verfahren im Gange ist, im Rahmen dessen es zur klären gilt, ob die Beklagte zur Prämienrückerstattung an Zusatzversicherte verpflichtet werden wird. Für das vorliegende Verfahren kann daraus jedoch nichts zugunsten der Klägerin abgeleitet werden. Ungeachtet der Tatsache, dass den Aussagen der Beklagten zufolge unklar ist, ob auch das Produkt "Spitalversicherung privat" davon betroffen ist, ist nicht ersichtlich, inwiefern aus dem Umstand, dass das Genehmigungsverfahren möglicherweise nicht korrekt durchgeführt werden konnte, auf eine Sittenwidrigkeit der Prämien erhöhungen geschlossen werden kann. Auch die beigebrachte Medienmitteilung vom 16. August 2022 bildet keine hinreichende Basis, um eine Sittenwidrigkeit der vorliegend zur Diskussion stehenden Prämien erhöhungen darzutun.

6.3.3 Gegen eine solche spricht letztlich auch die ins Recht gelegte Darstellung der Beklagten betreffend die bei der Klägerin erfolgten Prämien erhöhungen im geltend gemachten Zeitraum 2007 bis 2023 (vgl. Klageantwortbeilage 5). Hierbei werden nachvollziehbare Gründe für die jeweiligen Prämien erhöhungen wie insbesondere der Altersklassenwechsel oder Prämien erhöhungen die alle Versicherten betreffen angeführt. Eine übermässige Erhöhung der Prämie lässt sich daraus nicht ersehen. Der erhebliche Prämienanstieg von 100% im Jahr 2022 (Fr. 623.30) im Vergleich zum Vorjahr 2021 (Fr. 311.60) lässt sich sodann damit erklären, dass die Klägerin ab 2019 von einem Leistungsfreiheitsrabat von 50% profitierte, welcher ihr im Jahr 2022 verlustig ging. Eine Sittenwidrigkeit lässt sich darin nicht erblicken. Namentlich besteht vor diesem Hintergrund auch kein Raum für eine analoge Anwendung der Rechtsprechung des deutschen Bundesverfassungsgerichts (vgl. E. 6.1 hiavor).

7.1 Im Sinne einer Eventualbegründung macht die Klägerin ferner eine Übervorteilung nach Art. 21 OR geltend. Mit der Erhöhung der tatsächlich geschuldeten Versicherungsprämien von Fr. 311.60 im Jahr 2021 auf geschuldete Prämien von Fr. 623.30 für das Jahr 2022 seien die Tatbestandsvoraussetzungen nach Art. 21 OR erfüllt. Mit Blick auf die Prämien des von der Beklagten als höherwertig angepriesenen Produkts "Spitalversicherung myFlex" sei nun zwischen der Leistung der Beklagten und den von ihr zu bezahlenden übertrieben hohen Prämien ein offenes Missverhältnis eingetreten. Das offensichtliche Missverhältnis sei auch dadurch erfüllt, dass sie für das Jahr 2022 eine Prämie zu bezahlen habe, die, wie aufgezeigt, um mehr als 200% höher liege als das verkehrsübliche Pendant. Sie sei zwingend auf das Produkt der Beklagten angewiesen und habe sich damit in einer Schwächesituation respektive Notlage befunden. Diese Ausgangslage sei der Beklagten bestens bekannt und sie nütze sie aus.

7.2 Wird nach Art. 21 Abs. 1 OR ein offenes Missverhältnis zwischen der Leistung und der Gegenleistung durch einen Vertrag begründet, dessen Abschluss von dem einen Teil durch Ausbeutung der Notlage, der Unerfahrenheit oder des Leichtsinns des anderen herbeigeführt worden ist, so kann der Verletzte innerhalb Jahresfrist erklären, dass er den Vertrag nicht halte, und das schon Geleistete zurückverlangen. Die Jahresfrist beginnt mit dem Abschluss des Vertrags (Abs. 2). Die Übervorteilung setzt in objektiver Hinsicht ein offenes Missverhältnis zuungunsten der übervorteilten Person zwischen den vereinbarten Leistungen voraus. Der Begriff "offenbar" verdeutlicht, dass die Ungleichwertigkeit der Austauschleistungen "jedermann in die Augen fallen" muss (BSK OR I-BARBARA MEISE/CLAIRE HUGUENIN, Art. 21 N 5). Dieser Beurtei-

lung soll der objektive Wert bzw. Gegenwert im Zeitpunkt des Vertragsschlusses zugrunde gelegt werden (BSK OR I-BARBARA MEISE/CLAIRE HUGUENIN, Art. 21 N 6). Ferner muss eine Beeinträchtigung der Entscheidungsfreiheit, mithin eine "subjektive" Ausnahmesituation (bspw. Notlage, Unerfahrenheit und Leichtsinne) vorliegen, die ein freies Aushandeln der Vertragsbedingungen ausschliesst und den Betroffenen zu aussergewöhnlichen Entschlüssen führt (BSK OR I-BARBARA MEISE/CLAIRE HUGUENIN, Art. 21 N 10).

7.3 Die Rechtsfolge der Übervorteilung besteht in der einseitigen Unverbindlichkeit des Vertrags. Die übervorteilte Person kann auch bloss teilweise Unverbindlichkeit des Vertrags verlangen und dessen Fortbestand mit geändertem Inhalt beanspruchen (vgl. BSK OR I-BARBARA MEISE/CLAIRE HUGUENIN, Art. 21 N 15), wie dies seitens der Klägerin entsprechend geltend gemacht wird. Wie in vorstehender Erwägung dargelegt, muss die übervorteilte Person hierzu innert Jahresfrist erklären, dass sie den Vertrag nicht halten wolle. Hierbei handelt es sich um eine Verwirkungsfrist. Nach (unbenutztem) Ablauf der Verwirkungsfrist von einem Jahr seit Vertragsschluss gilt der Vertrag als "geheilt" (vgl. BSK OR I-BARBARA MEISE/CLAIRE HUGUENIN, Art. 21 N 15). Bei den Akten findet sich im massgebenden Zeitraum keine schriftliche Erklärung, wonach die Klägerin den Vertrag nicht halten wolle und die ihres Erachtens zu viel bezahlten Prämien zurückfordert. Ginge man davon aus, dass die Prämien erhöhungen als Antrag zu einem neuen bzw. als Vertragsschluss angesehen würden (vgl. E. 3.3.1 hiavor), könnte eine Übervorteilung resp. eine Rückforderung frühestens ab 2021 geltend gemacht werden. Jedenfalls liegt ein Schreiben vom November 2021 zuhanden der Beklagten bei den Akten, worin die Rechtsvertretung der Klägerin die geltend gemachte rückwirkende Anpassung der Prämien unter anderem auf den Tatbestand der Übervorteilung stützt. Die Auffassung, wonach mit den Prämien erhöhungen jeweils ein neuer Vertrag entstehen würde, wäre auch für die materiellen Tatbestandsvoraussetzungen einer Übervorteilung von Relevanz. Stellt sich die Inäquivalenz zwischen Leistung und Gegenleistung nämlich erst nach Vertragsschluss ein, so liegt kein anfänglicher Mangel und entsprechend kein Anwendungsfall von Art. 21 OR vor (vgl. BSK OR I-BARBARA MEISE/CLAIRE HUGUENIN, Art. 21 N 23). Mit Blick auf die einschlägigen AVB ist jedoch fraglich, ob sich diese Auffassung durchsetzen könnte (vgl. E. 6.3.1 hiavor). Diese Frage bedarf indessen auch in diesem Kontext keiner abschliessenden Beurteilung. Wie bereits dargelegt (vgl. E. 6.3.3 hiavor), lässt sich die erhebliche Erhöhung der tatsächlich geschuldeten Versicherungsprämien von Fr. 311.60 im Jahr 2021 auf geschuldete Prämien von Fr. 623.30 für das Jahr 2022 mit dem Wegfall des Leistungsfreiheitsrabatts erklären. Letztlich scheidet eine Berufung auf den Tatbestand der Übervorteilung jedoch am Vorliegen einer Notlage bzw. an der Ausbeutung einer solchen. Die Entscheidungsschwäche der übervorteilten Person müsste bewusst ausgenutzt werden. Hierfür gibt es vorliegend keinerlei Hinweise. So gewährt Art. 10 Abs. 1 AVB der Beklagten das Recht, bei Änderungen der Prämientarife oder Kostenbeteiligungen den Vertrag anzupassen. Gemäss Art. 10 Abs. 3 AVB gibt die Beklagte der versicherten Person Änderungen der Prämientarife nach Abs. 1 spätestens 30 Tage vor Ende des Kalenderjahres bekannt. Ist die versicherte Person mit den Änderungen nicht einverstanden, kann der jeweils betroffene Vertrag schriftlich gekündigt werden. Diese Möglichkeit wäre der Klägerin offen gestanden. Alsdann gilt es zu berücksichtigen, dass bspw. ein Wechsel in das von der Beklagten angebotene Produkt "Spitalversicherung myflex" nicht eine Gefährdung der medizinischen Situation der Klägerin zur Folge hätte, sondern ihr kein Aufenthaltsrecht in der privaten

Abteilung bei der Behandlung von Spätfolgen infolge der Stammzellentransplantation im Jahr 2006 offen stünde. Das Gericht verkennt nicht, dass die Klägerin aufgrund der gesundheitlich bereits seit vielen Jahren sehr belastenden Situation nicht auf die bestmöglichen persönlichen Vorkehren verzichten möchte. Gleichwohl kann vor diesem Hintergrund von einem bewussten Ausbeuten einer Notlage seitens der Beklagten keine Rede sein.

8. Gestützt auf die vorstehenden Erwägungen ist festzuhalten, dass es an einer Anspruchsgrundlage für die geltend gemachte Forderung von Fr. 33'489.20 fehlt. Bei diesem Ergebnis ist die Klage abzuweisen. Damit kann auf Ausführungen zu einer möglichen Verjährung verzichtet werden. Ferner erübrigt sich somit auch die Frage, ob und in welcher Höhe Verzugszinsen geschuldet sind.

9. Der im vorliegenden Verfahren anwendbare Art. 114 lit. e ZPO bestimmt, dass das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Von der Erhebung von Verfahrenskosten ist deshalb abzusehen. Eine Parteientschädigung ist bei diesem Ausgang des Verfahrens nicht auszurichten.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Klage wird abgewiesen.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Eine Parteientschädigung wird nicht ausgerichtet.

Gegen diesen Entscheid wurde am 3. Oktober 2023 Beschwerde beim Bundesgericht (4A_489/2023) erhoben.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>