

JAHRESBERICHT
2017



Grußwort



Als Mitglied des Beirates der Verbraucherschlichtungsstelle der Versicherungswirtschaft in Deutschland freut es mich außerordentlich, dass der Versicherungsombudsmann im 17. Jahr seines Bestehens zahlreich von den Verbraucherinnen und Verbrauchern genutzt wird. 19.754 Eingaben erreichten 2017 die Schlichtungsstelle. Das zeugt von Bekanntheit und Anerkennung und ist zudem ein Zeichen des Vertrauens, das dem Versicherungsombudsmann entgegengebracht wird.

Mit dieser Akzeptanz seitens der Versicherungskunden werden die Gerichte entlastet. Schließlich konnten im letzten Jahr 15.599 Beschwerden in einem Schlichtungsverfahren beendet werden und die Beschwerdeführer und die Versicherungsunternehmen eine einvernehmliche Konfliktlösung erzielen. Dazu braucht es nicht nur umfassende und profunde Rechts- und Vertragskenntnisse, sondern vor allem auch die Fähigkeit der Moderation zwischen den Konfliktparteien sowie die Fähigkeit der Abwägung, mit welchem Schlichtungsergebnis beide – Beschwerdeführer und die Unternehmen – leben könnten.

Diese Schlichtungsarbeit ist in einer Branche, die auf Vertrauen gründet und ein vertragliches Leistungsversprechen für die Zukunft abgibt, nicht hoch genug zu bewerten. An dieser Stelle ist daher ein großer Dank für die Kompetenz, die Weit- und Umsicht sowie das Engagement der 45 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Versicherungsombudsmanns herauszustellen.

Auch der Gesetzgeber hat die Bedeutung von Schlichtungsstellen bereits in dem in 2016 in Kraft getretenen Verbraucherstreitbeilegungsgesetz anerkannt. Das stärkt ihre Position und führt zu einem größeren Rechtsfrieden in unserer Gesellschaft.

Dennoch sollte bei all dem Erfolg die Relation nicht verkannt werden, in welcher die eingegangenen Beschwerden beim Versicherungsombudsmann zum gesamten Vertragsbestand von rund 400 Millionen Versicherungen in Deutschland stehen. Daran kann man sehen, dass die Zufriedenheit mit der Versicherungsbranche allgemein sehr hoch ist und die Beschwerdequote im Verhältnis zum Vertragsbestand fast schon zu vernachlässigen ist.

Dies gilt insbesondere für den Berufsstand der Versicherungsvermittler, die seit Jahren beim Versicherungsombudsmann niedrige dreistellige Beschwerdezahlen aufweisen. Für uns Vermittler ist dies jedes Jahr Ansporn und Ziel zugleich. Dass auch beim Versicherungsombudsmann 14 Versicherungskaufleute mit der Aufnahme und Aufbereitung der eingehenden Beschwerden befasst sind, freut mich besonders.



Es ist mir daher eine große Ehre, dem Versicherungsombudsmann und allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern dieser für den Verbraucherschutz wichtigen Institution ganz herzlich für die geleistete Arbeit im Jahr 2017 zu danken. Ich wünsche Ihnen für die Zukunft viel Erfolg und weiterhin die Kraft der Weisheit, um wirkungsvoll Konflikte zwischen Verbrauchern und der Versicherungswirtschaft zu schlichten.

A handwritten signature in black ink, which appears to read 'Michael H. Heinz'. The signature is fluid and cursive.

Michael H. Heinz
Präsident des
Bundesverbandes Deutscher Versicherungskaufleute
(BVK)





Inhalt

1	Der Versicherungsombudsmann	6
1.1	Allgemeines	6
1.2	Sinn und Zweck der Schlichtungsstelle	7
1.3	Der Ombudsmann in Person: Professor Dr. Günter Hirsch	8
1.4	Das Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsunternehmen	10
1.5	Das Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsvermittler	13
1.6	Veröffentlichung der Entscheidungen des Ombudsmanns	15
2	Bericht des Ombudsmanns	16
2.1	Restschuldversicherung – gesetzliche Fehlkonstruktion beseitigt	16
2.2	Massenbeschwerden	18
2.3	Staatliche Aufsicht über private Schlichtungsstellen?	22
2.4	Die Versicherungssparten in der Jahresbetrachtung	24
2.5	Beschwerdefälle	61
3	Einzelheiten zur Schlichtungsstelle	82
3.1	Allgemeines	82
3.2	Organisation und Personal	85
3.3	Vereinsmitglieder und Mitgliederversammlung	86
3.4	Vorstand, Geschäftsführung	87
3.5	Beirat	88
3.6	Presse- und Öffentlichkeitsarbeit	91
3.7	Fachlicher Austausch	93
3.8	Gremienarbeit	94
3.9	Finanzen	96
4	Statistik	98
4.1	Gesamtbetrachtung	98
4.2	Differenzierung nach Zuständigkeiten des Ombudsmanns	100
4.3	Beschwerden gegen Versicherungsunternehmen	101
4.4	Beschwerden gegen Versicherungsvermittler	103
4.5	Tabellen und Grafiken	106
5	Anhang	114
5.1	Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns (VomVO)	114
5.2	Verfahrensordnung für Vermittlerbeschwerden (VermVO)	120
5.3	Satzung des Vereins	124
5.4	Stellvertreter des Ombudsmanns	130
5.5	Mitglieder des Beirats	130
5.6	Mitglieder des Vorstands, Geschäftsführer	133
5.7	Mitglieder des Vereins	134

Anmerkung: Mit Begriffen wie Vermittler, Verbraucher, Mitarbeiter sind auch immer Personen des weiblichen Geschlechts gemeint. Aus Gründen der Lesbarkeit wird in diesem Bericht nur die gebräuchliche Geschlechtsbezeichnung gewählt.

1 Der Versicherungsombudsmann

1.1 Allgemeines

Seit einigen Jahren gewinnt die außergerichtliche Streitbeilegung enorm an Bedeutung. Grund dafür ist eine EU-Richtlinie aus dem Jahr 2013, deren Ziel ein lückenloses Netz von Schlichtungsstellen ist. Kunden sollen bei Streitigkeiten aus Verbraucherverträgen einen „kostengünstigen, einfachen und schnellen Rechtsschutz“ ohne Inanspruchnahme der Gerichte erhalten. Die gesetzgeberische Umsetzung in Deutschland erfolgte 2016. Kernstück ist das Verbraucherstreitbeilegungsgesetz (VSBG), das zum 1. April 2016 in Kraft trat. Für den Bereich der Privatversicherungen ergaben sich nur wenige Veränderungen, denn die Branche schuf mit dem Versicherungsombudsmann frühzeitig eine Schlichtungsstelle, die – nicht nur für den Finanzdienstleistungsbereich – Maßstäbe gesetzt hat. Der Versicherungsombudsmann, der etwa von Verbraucherorganisationen und vom Deutschen Richterbund ausdrücklich als vorbildhaft bezeichnet wird, entsprach bereits in allen wesentlichen Punkten den Vorgaben der Richtlinie. Neugründungen sind bislang, jedenfalls in großen Wirtschaftsbranchen, ausgeblieben. Für nicht durch Brancheninitiativen abgedeckte Bereiche wurde eine „Allgemeine Verbraucherschlichtungsstelle“ geschaffen.

Die Idee der außergerichtlichen Streitbeilegung überzeugt aus vielen Gründen. Es entspricht einem modernen Verständnis von Staat und Gesellschaft – und dem Interesse der Vertragsparteien –, Konfliktlösung und Rechtsdurchsetzung nicht ausschließlich auf die staatlichen Gerichte zu beschränken. Für den Bereich hoheitlicher Verwaltung erfüllen staatliche Ombudsleute, Petitionsausschüsse und der Europäische Bürgerbeauftragte diese Funktion. Es setzt sich jedoch immer stärker die Erkenntnis durch, dass auch in vielen privatrechtlichen Bereichen die Rechte der Verbraucher durch außergerichtliche Streitbeilegungsmöglichkeiten sinnvoll ergänzt werden. Der Bedarf dafür erscheint dort besonders groß, wo eine „strukturelle Asymmetrie“ zwischen den Parteien herrscht. Diese Wirtschaftsbereiche sind dadurch gekennzeichnet, dass eine „marktmächtige“ Seite vorhanden ist. Die Übermacht kann sich dadurch ergeben, dass der Verbraucher die angebotenen Produkte und deren Leistungsmerkmale kaum vollständig bewerten kann oder die Bedingungen des Vertrages einseitig vom Anbieter vorgegeben werden. Dieses Ungleichgewicht wirkt sich nicht selten auf Meinungsverschiedenheiten aus. Unabhängig davon, ob diese Verhältnisse im Einzelfall tatsächlich so bestehen oder nur von der „unterlegenen“ Seite so wahrgenommen werden, ist die Ausgangslage doch bei der Konfliktlösung zu berücksichtigen. Hier bietet die außergerichtliche Streitbeilegung mit ihrem kostenlosen und unbürokratischen Verfahren gegenüber dem Gerichtsweg Vorteile. Der Ombudsmann achtet darauf, dass trotz der Überlegenheit der Versicherer bei der Gestaltung der Verträge und durch die tägliche Befassung mit der Materie die Verbraucherrechte und -interessen gewahrt bleiben. Durch fachkundige Klärung auf Augenhöhe, die allgemeinverständlich vollzogen und begründet wird, lassen sich häufig Meinungsverschiedenheiten zwischen Vertragspartnern aus der Welt schaffen.



1.2 Sinn und Zweck der Schlichtungsstelle

Mit der Einrichtung der Schlichtungsstelle „Versicherungsombudsmann“ hat die Versicherungswirtschaft zwei Gedanken aufgenommen und verwirklicht, die im gesellschaftlichen Diskurs heute immer mehr in den Vordergrund treten. Dies ist zum einen der Verbraucherschutz. Versicherungsnehmer sollen bei Streit über ihren Versicherungsvertrag in der Lage sein, die Rechtslage ohne Kostenrisiko herauszufinden. Zum anderen können die Versicherer Meinungsverschiedenheiten mit ihren Kunden auf diese Weise sachlich klären, ohne die Kundenbeziehung weiter zu belasten.

Der Versicherungsnehmer erhält durch die Schlichtungsstelle die Möglichkeit, Entscheidungen seines Vertragspartners von einer unabhängigen und neutralen Stelle rechtskundig überprüfen zu lassen. Der Maßstab dafür ist der gleiche wie vor einem staatlichen Gericht, nämlich Recht und Gesetz. So können etwaige Fehlentscheidungen, die bei der Vielzahl der in der Vertrags- und Leistungsbearbeitung anfallenden Vorgänge erfahrungsgemäß kaum zu vermeiden sind, schnell, zuverlässig und im Einklang mit der Rechtsordnung korrigiert werden. Stellt sich jedoch heraus, dass die Entscheidung des Versicherungsunternehmens rechtmäßig war, wird dem Versicherungsnehmer das Ergebnis in verständlicher Sprache begründet und erläutert. Ist nicht nur ein Standpunkt rechtlich gut zu begründen, kann der Ombudsmann aufgrund seiner Neutralität einen angemessenen Kompromiss befördern. So hilft das Ombudsmannverfahren durch seine befriedigenden Elemente mit, dass der Beschwerdeführer dem Unternehmen als Kunde erhalten bleibt.

Dauerhafte Kundenzufriedenheit setzt voraus, dass die Vertragsverhältnisse für Verbraucher durchschaubar sind. Oft gelingt es dem Ombudsmann, im Beschwerdeverfahren erstmals das kompliziert definierte Leistungsversprechen in Versicherungsverträgen verständlich zu erläutern und so dem Kunden den Umfang des erworbenen Versicherungsschutzes zu verdeutlichen.

Die Versicherungswirtschaft hat bei der Ausgestaltung der Verfahrensordnung großen Wert darauf gelegt, die Interessen und etwaige Ansprüche der Kunden im Ombudsmannverfahren zu sichern. Für die Beschwerdeführer ist die Durchführung kostenfrei und der Lauf von Verjährungsfristen wird gehemmt. Der Ombudsmann ist zudem in der Lage, berechtigte Ansprüche durchzusetzen, denn Entscheidungen gegen Versicherer sind bis 10.000 Euro verbindlich.

Im Jahr 2007 erhielt der Versicherungsombudsmann eine Aufgabe auf gesetzlicher Grundlage. Das Bundesministerium der Justiz erkannte den Verein als Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten zwischen Versicherungsvermittlern und Versicherungsnehmern im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen gemäß § 214 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes an. Im August 2016 wurde sie schließlich zur staatlich anerkannten Verbraucherschlichtungsstelle.

1 DER VERSICHERUNGSOMBUDSMANN

1.3 Der Ombudsmann in Person: Professor Dr. Günter Hirsch

Professor Dr. Günter Hirsch ist seit dem 1. April 2008 Ombudsmann für Versicherungen. Er wurde am 21. November 2012 für eine zweite Amtszeit gewählt. Vor der Übernahme des Amtes war er sechs Jahre der deutsche Richter am Gerichtshof der Europäischen Union in Luxemburg sowie anschließend fast acht Jahre Präsident des Bundesgerichtshofs, des höchsten deutschen Zivil- und Strafgerichts. Professor Hirsch beschäftigte sich bei seinen verschiedenen Tätigkeiten mit dem Versicherungsrecht in seiner nationalen Ausprägung und seinen europarechtlichen und internationalen Bezügen sowie mit Fragen der Schlichtung und Mediation. Den europäischen und nationalen Gesetzgebungsprozess zur flächendeckenden Einführung der außergerichtlichen Streitbeilegung für Verbraucher begleitet er mit diversen viel beachteten Beiträgen.



Die Unabhängigkeit des Ombudsmanns

Persönliche und institutionelle Unabhängigkeit sowie Neutralität sind für den Ombudsmann unabdingbar, damit er seine Aufgabe erfüllen kann. Nur wenn Beschwerdeführer und Beschwerdegegner der Fachkompetenz und persönlichen Integrität des Ombudsmanns vertrauen, werden bei ihm Beschwerden eingelegt, seine Schlichtungsvorschläge angenommen und nicht zuletzt die Entscheidungen und Empfehlungen akzeptiert.

Eine Person muss daher besondere Voraussetzungen erfüllen, damit sie in das Amt des Ombudsmanns gewählt werden kann. Insbesondere soll sie die Befähigung zum Richteramt und besondere Erfahrungen in Versicherungssachen vorweisen können. Sie darf in den letzten drei Jahren vor Antritt des Amtes nicht hauptberuflich für ein Versicherungsunternehmen tätig gewesen sein. Seit der Aufgabenerweiterung für Vermittlerbeschwerden gilt dies auch für eine vorherige Tätigkeit als Versicherungsvermittler oder -berater. Der Ombudsmann wird vom Vorstand des Vereins vorgeschlagen und durch Beschlüsse der Mitgliederversammlung und des Beirats bestellt. Eine Amtszeit des Ombudsmanns beträgt höchstens fünf Jahre. Die Wiederwahl ist nur einmal möglich. Ausschließlich bei offensichtlichen und groben Verfehlungen gegen seine Verpflichtungen kann der Ombudsmann vorzeitig abberufen werden.

Die Neutralität des Ombudsmanns wird nicht zuletzt durch seine unabhängige Stellung gesichert. Er ist kein Angestellter des Vereins, sondern ausdrücklich hinsichtlich seiner Entscheidungen, seiner Verfahrens- und Amtsführung im Rahmen der Verfahrensordnungen frei und keinen Weisungen unterworfen. In seinem



Amt ist der Ombudsmann damit ähnlich unabhängig wie ein Richter. Dieser Vergleich gilt auch hinsichtlich der Entscheidungsgrundlagen des Ombudsmanns: Recht und Gesetz. In fachlicher Hinsicht ist er gegenüber den Mitarbeitern der Schlichtungsstelle weisungsbefugt.

Der Begriff „Ombud“ stammt aus dem skandinavischen Sprachraum und bedeutet Bevollmächtigter bzw. Treuhänder. In Schweden wurde zu Beginn des 19. Jahrhunderts die Institution des Ombudsmanns ins Leben gerufen, also zu einer Zeit, als der Bürger noch als Untertan galt. Seitdem ist der Ombudsmann eine von Regierung oder Parlament ernannte, unabhängige Vertrauensperson mit der Aufgabe, Beschwerden über die Verwaltung nachzugehen und so vor behördlicher Willkür zu schützen.

Dieser Grundgedanke, eine Persönlichkeit zu beauftragen und mit Kompetenzen auszustatten, damit sie in bestimmten Bereichen einer als ungerecht empfundenen Behandlung nachgehen kann, breitete sich aus. Viele Länder haben Bürgerbeauftragte für verschiedene Aufgabenbereiche eingesetzt. In der Bundesrepublik wurde beispielsweise 1956 das Amt des Wehrbeauftragten des Deutschen Bundestags geschaffen und in der Verfassung verankert (Artikel 45b Grundgesetz). Seit 1995 ist der Bürgerbeauftragte (oder Ombudsmann) der Europäischen Union für Beschwerden von Bürgern zuständig, die Missstände bei der Tätigkeit europäischer Organe rügen.

Zu Beginn der siebziger Jahre erhielt der Begriff „Ombudsmann“ im Zusammenhang mit der aufkommenden Verbraucherschutzbewegung eine weitere Bedeutung, denn es entstanden Beschwerdestellen auf privatrechtlicher Grundlage. Der erste Ombudsmann für Versicherungen in Europa wurde 1972 in der Schweiz bestellt. Andere europäische Länder wie Finnland und Großbritannien folgten.

Kompetenzen und Verfahrensgrundsätze der Ombudsleute sind nicht einheitlich geregelt. Im Vergleich mit anderen Einrichtungen zeigt es sich durchaus nicht als selbstverständlich, dass die Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns (VomVO) die Verjährungshemmung etwaiger Ansprüche der Verbraucher vorsieht und der Ombudsmann das Unternehmen verpflichten kann, seinen Spruch umzusetzen. Das gilt auch für die Organisationsstruktur der Schlichtungsstelle: Diese ist vom betreffenden Branchenverband unabhängig organisiert und ihre Arbeit wird von einem Beirat begleitet.

Durch das Verbraucherstreitbeilegungsgesetz vom 19. Februar 2016 hat die außergerichtliche Streitbeilegung einen gesetzlichen Rahmen erhalten.

1.4 Das Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsunternehmen

Alle Sparten der privaten Versicherungswirtschaft, ausgenommen die Kranken- und Pflegeversicherung, fallen in die Zuständigkeit des Versicherungsombudsmanns. Die Schlichtungsstelle steht den Kunden der Mitgliedsunternehmen offen, soweit die Beschwerde im Zusammenhang mit ihrer Eigenschaft als Verbraucher steht. Durch den Ombudsmann erhalten sie die Möglichkeit, die Meinungsverschiedenheit ohne Kostenrisiko auszutragen. Das eröffnet einen im Verhältnis zum Gerichtsverfahren alternativen Zugang zum Recht, der effizient und weniger formal ist. Auf diese Weise erhalten Verbraucher, die in der Regel nicht über besondere Rechts- oder Versicherungskennnisse verfügen, schnell und kostengünstig Klarheit über die Rechtslage. Auch Kleinunternehmer oder Freiberufler können Unterstützung durch den Ombudsmann erhalten, wenn sie sich in „verbraucherähnlicher Lage“ befinden.

Die Versicherungsunternehmen, die dem Versicherungsombudsmann e. V. angehören, weisen ihre Kunden zu Vertragsbeginn auf das Ombudsmannverfahren hin. Dies geschieht überwiegend durch Information in den Unterlagen des Versicherungsvertrages. Dazu haben sich die Mitglieder von Anfang an über die Satzung verpflichtet, lange bevor das betriebliche Beschwerdemanagement und die außergerichtlichen Streitbeilegung mit Verbrauchern vom Gesetzgeber aufgegriffen wurden. Zumeist befinden sich die Angaben zum Versicherungsombudsmann an der Stelle, an der auch die Information zur Versicherungsaufsichtsbehörde – in der Regel ist dies die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) – aufgeführt ist. Über diese Verpflichtung hinausgehend haben einzelne Mitglieder den Hinweis auf den Ombudsmann in die Standardangaben ihrer Briefe aufgenommen.

Das Beschwerdeverfahren kann nur von Versicherungsnehmern eingeleitet werden, Versicherern ist das nicht möglich. Allerdings können diese ihre Kunden in der Korrespondenz auf den Ombudsmann frühzeitig hinweisen und seine Einschaltung anregen. Das kommt nicht selten vor, da so die Diskussion verkürzt und zugleich vermieden wird, dass sich die „Fronten verhärten“. Davon machen viele Mitgliedsunternehmen seit langem Gebrauch. Seit Inkrafttreten des VSBG ist in § 37 Absatz 1 Satz 1 gesetzlich vorgeschrieben, dass der Unternehmer „den Verbraucher auf eine für ihn zuständige Verbraucherschlichtungsstelle unter Angabe von deren Anschrift und Webseite hinzuweisen (hat), wenn die Streitigkeit über einen Verbrauchervertrag durch den Unternehmer und den Verbraucher nicht beigelegt werden konnte.“

Die Vereinsmitglieder haben mit dem Ombudsmann freiwillig auf privatrechtlicher Basis eine neutrale Instanz geschaffen, der sie weitreichende Kompetenzen zugestehen. Durch den Beitritt zum Verein verpflichten sich die Versicherungsunternehmen am Schlichtungsverfahren teilzunehmen, erkennen die VomVO als verbindlich an (§ 5 Absatz 1 der Vereinssatzung) und unterwerfen sich den Entscheidungen des Ombudsmanns bis zu einem Beschwerdewert



von 10.000 Euro (Absatz 2 in Verbindung mit der Verfahrensordnung). Auf dieser Grundlage ist der Ombudsmann in der Lage, die Versicherer zur Leistung zu verpflichten.

Bei der Ausgestaltung des Verfahrens haben die Versicherungsunternehmen großen Wert darauf gelegt, dass ihren Kunden durch die Inanspruchnahme des Ombudsmanns keine Nachteile entstehen. Vielmehr soll es diesen möglich sein, die Entscheidung ihres Versicherers prüfen zu lassen, ohne in Kauf nehmen zu müssen, im Falle der Nichtbestätigung ihrer Ansicht schlechter gestellt zu sein als vor Einschaltung des Ombudsmanns. Diesem Gedanken folgend wird die Verjährungsfrist von etwaigen Ansprüchen der Verbraucher während des Verfahrens gehemmt, wodurch sich der Lauf der Verjährung um die Dauer des Ombudsmannverfahrens verlängert. Hat das Unternehmen wegen des Anspruchs auf die Versicherungsprämie des Vertrages, der durch die Beschwerde betroffen ist, bereits ein Mahnverfahren eingeleitet, kann der Ombudsmann verlangen, dass dieses zum Ruhen gebracht wird (§ 12 Absatz 2 VomVO). Die Möglichkeit, verbindlich zu entscheiden, besteht nur gegenüber dem Versicherer. Der Beschwerdeführer kann jederzeit, also vor, während oder nach dem Ombudsmannverfahren, zu Gericht gehen. Die Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns stellt jedoch sicher, dass die Verfahren vor den ordentlichen Gerichten Vorrang haben und in gleicher Sache bereits ergangene Entscheidungen oder getroffene Vergleiche respektiert werden.

Das Verfahren ist verbraucherorientiert ausgestaltet. Die Beschwerdeführer benötigen keine besonderen Kenntnisse zur Einleitung oder Durchführung des Verfahrens. Die Vertretung durch eine Vertrauensperson oder einen Rechtsanwalt ist zulässig, aber nicht notwendig. Die Mitarbeiter der Schlichtungsstelle, speziell geschulte Versicherungskaufleute und Volljuristen, unterstützen die Beschwerdeführer bei der Einlegung der Beschwerde wie auch sonst im Verfahrensverlauf, zum Beispiel bei der Formulierung des Beschwerdeziels oder der Zusammenstellung der Unterlagen. Damit wird sichergestellt, dass die Beschwerdeführer, denen als Verbraucher versicherungsrechtliche Fragen nicht unbedingt geläufig sind, zum einen die Übersicht über das Verfahren behalten und zum anderen nicht wegen fehlender Fachkenntnisse rechtliche Nachteile befürchten müssen. Schließlich kann von ihnen nicht erwartet werden, dass sie über Beweislastregeln oder Grundsätze der Verfahrensordnung Bescheid wissen und immer rechtzeitig die notwendigen Maßnahmen ergreifen oder Erklärungen abgeben. Dass der Ombudsmann nicht auch die Versicherungsunternehmen auf diese Weise unterstützt, ist kein Ausdruck mangelnder Neutralität. Vielmehr bedürfen diese wegen ihrer fachlichen und personellen Möglichkeiten seines Beistands nicht.

Eine weitere wichtige Komponente des modernen Schlichtungsverfahrens ist Transparenz. Diese Voraussetzung wurde bei der Ausgestaltung des Ombudsmannverfahrens in besonderem Maße berücksichtigt. Nachdem der Beschwerdeführer sich an den Ombudsmann gewandt hat, erhält zunächst der Versicherer von der Beschwerde Kenntnis und kann daraufhin seine Entscheidung noch einmal

1 DER VERSICHERUNGSOMBUDSMANN

prüfen. Hilft er ab, wird der Streit ohne Entscheidung des Ombudsmanns beigelegt, was befriedende Wirkung entfaltet. Hält der Versicherer an seiner Auffassung fest, dann erläutert er seinen Standpunkt im Hinblick auf das Beschwerdevorbringen. Diese Stellungnahme erhält in der Regel der Beschwerdeführer. Anschließend überprüft der Ombudsmann unter rechtlichen Gesichtspunkten die Streitfrage und nutzt vorhandene Ansätze zur Schlichtung. Das Verfahren selbst ist offen ausgestaltet. Stellungnahmen und Unterlagen werden jeweils der anderen Partei zur Kenntnis gebracht, sofern dies nicht ausnahmsweise einer Befriedung zuwiderläuft. Bei neuem, entscheidungserheblichem Vorbringen wird die Möglichkeit zur ergänzenden Stellungnahme gegeben. Dadurch ist der Sachverhalt, auf dessen Grundlage der Ombudsmann seine Entscheidung trifft, den Beteiligten bekannt.

Sofern keine einvernehmliche Lösung zustande kommt, bescheidet der Ombudsmann die Beschwerde. Bis zu einem Beschwerdewert von 10.000 Euro ist eine Entscheidung gegen das Versicherungsunternehmen verbindlich. Bei einem höheren Beschwerdewert ergeht bis zu 100.000 Euro eine Empfehlung. Entscheidungen und Empfehlungen beruhen auf gründlichen juristischen Prüfungen, denn nach der Verfahrensordnung sind die Entscheidungsgrundlagen des Ombudsmanns Recht und Gesetz. Allerdings wird in Darstellung und Formulierung des schriftlichen Bescheids auf den Beschwerdeführer als versicherungsrechtlichen Laien Rücksicht genommen. Typisch juristische oder versicherungsübliche Begriffe werden vermieden, Zusammenhänge und maßgebliche Gründe allgemeinverständlich erläutert.

Auch dann, wenn das Beschwerdeziel nicht erreicht wird, kann das Verfahren für den Beschwerdeführer von erheblichem Nutzen sein. Er erhält kostenlos eine kompetente rechtliche Prüfung seiner Ansprüche, deren Ergebnis ihm in laienverständlicher Sprache erläutert wird. Damit kann er seine Prozesschancen und -risiken einschätzen und sich bei Wahrung seiner eventuellen Rechtsposition aufgrund der Verjährungshemmung für das weitere Vorgehen entscheiden. Entweder er geht gerichtlich gegen den Versicherer vor oder er akzeptiert das Ergebnis des Ombudsmannverfahrens, wodurch eine Befriedung des Streits eintritt.

Das Ombudsmannverfahren ist für den Versicherungskunden unentgeltlich. Er hat weder Verfahrenskosten zu tragen noch läuft er Gefahr, im Falle einer erfolglosen Beschwerde die Kosten der Gegenseite übernehmen zu müssen, wie dies in einem Zivilprozess der Fall wäre. Lediglich eigene Auslagen, beispielsweise für Porto, die Anfertigung von Kopien oder die Hinzuziehung eines Anwalts, fallen für ihn an. Die verbraucherfreundliche Ausgestaltung des Ombudsmannverfahrens gilt ebenso für die Kontaktmöglichkeiten. Es stehen kostenlose Rufnummern (0800) zur Verfügung. Zudem können sich potenzielle Beschwerdeführer auf der Website über die Schlichtungsstelle und das Verfahren informieren, im Online-Check die Zulässigkeit prüfen und im geführten Dialog einen Beschwerdeantrag stellen.



1.5 Das Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsvermittler

Für Beschwerden über Versicherungsvermittler oder -berater ist der Versicherungsombudsmann seit dem 22. Mai 2007 zuständig. Diese Aufgabe beruht auf der sogenannten EU-Vermittlerrichtlinie (Artikel 10 der Richtlinie 2002/92/EG) sowie deren nationaler Umsetzung durch das Gesetz zur Neuregelung des Vermittlerrechts, das in wesentlichen Teilen zum 22. Mai 2007 in Kraft getreten ist. Die genannte Aufgabe ist in § 214 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) geregelt.

Die Ausgestaltung des Verfahrens gegen Versicherungsvermittler ist mit dem gegen Versicherer nicht vergleichbar. Die Kompetenzen des Ombudsmanns für Beschwerden gegen Versicherer werden in der Vereinssatzung begründet, sie beruhen auf privatrechtlicher Grundlage als Folge des freiwilligen Beitritts zum Verein. Dagegen wird der Ombudsmann bei Beschwerden gegen Vermittler aufgrund der gesetzlichen Aufgabenzuweisung tätig. Die Rahmenbedingungen des Verfahrens ergeben sich aus § 214 VVG, seit August 2016 außerdem durch das VSBG. Wegen der Unterschiede zum Unternehmensverfahren gilt für Beschwerden gegen Vermittler eine eigene Verfahrensordnung (VermVO).

Entsprechend der gesetzlichen Grundlage ist der Ombudsmann zuständig für Streitigkeiten zwischen Versicherungsnehmern oder -interessenten und Versicherungsvermittlern oder -beratern „im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen“. Die so festgelegte Zuständigkeit führt zu gewissen Einschränkungen. So fallen Beschwerden eines Vermittlers gegen einen anderen Vermittler oder Beschwerden des Vermittlers gegen ein Unternehmen und umgekehrt nicht darunter. Abgrenzungsbedarf besteht auch in Bezug auf das Beschwerdeziel. Wird die Beteiligung des Vermittlers an der Schadenregulierung oder die Kündigung von Versicherungsverträgen durch Vermittler beanstandet, kann der Ombudsmann nicht tätig werden, es sei denn, es besteht eine Verbindung mit der Vermittlung eines neuen Vertrages. Streitigkeiten im Zusammenhang mit der reinen Betreuung von Versicherungsverträgen gehören ebenfalls nicht zur Zuständigkeit des Ombudsmanns. Diese Einschränkungen hat auch das VSBG nicht beseitigt. Rügt der Beschwerdeführer ein Verhalten des Vermittlers, das – wie bei Versicherungsvertretern üblich – dem Unternehmen zuzurechnen ist, wird vorrangig ein Verfahren nach der Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns (VomVO) durchgeführt.

Im Vergleich mit der VomVO besteht hinsichtlich der Beschwerdebefugnis ein größerer Spielraum. Während danach Beschwerden gegen Versicherungsunternehmen nur von Verbrauchern oder Personen in verbraucherähnlicher Lage eingelegt werden können, gibt es eine derartige Beschränkung bei den Vermittlerbeschwerden nicht. Hervorzuheben ist noch, dass Verbraucherschutzverbände ausdrücklich befugt sind, Vermittlerbeschwerden einzulegen.

Das Verfahren selbst ist für den Versicherungsnehmer grundsätzlich kostenfrei, er muss nur seine Auslagen, etwa für Briefporto, selbst tragen. Dem Versiche-

1 DER VERSICHERUNGSOMBUDSMANN

rungsvermittler kann ein Entgelt auferlegt werden, wenn er Anlass zur Beschwerde gegeben hat. Im Fall von offensichtlich missbräuchlich eingelegten Beschwerden können auch die Beschwerdeführer zur Kostentragung herangezogen werden. Ebenso wie das Verfahren nach der VomVO wird das Vermittlerverfahren schriftlich geführt.

Nach der VermVO können bei Vermittlerbeschwerden im Gegensatz zu Unternehmensbeschwerden keine bindenden Entscheidungen getroffen werden. Dies geht allerdings nicht auf mangelnde „Entscheidungsfreude“ des Ombudsmanns, sondern auf die erwähnten unterschiedlichen Grundlagen zurück. Wie ausgeführt, wird der Ombudsmann in Vermittlerbeschwerden auf gesetzlicher Grundlage tätig. Daher könnten den Entscheidungen des Ombudsmanns nur kraft Gesetzes oder freiwilliger Unterwerfung Bindungswirkung verliehen werden.

Nicht selten betreffen Beschwerden Bereiche, die sich für eine Schlichtung nicht eignen, zum Beispiel eine unzulängliche Dokumentation der Beratung ohne Schadenfolge. In solchen Fällen sieht der Ombudsmann seine Aufgabe darin, das gerügte Verhalten rechtlich zu prüfen und gegebenenfalls entsprechende Feststellungen zu treffen.

Soweit der Beschwerdegegenstand einer rechtlichen Prüfung nicht zugänglich ist, etwa weil der Beschwerdeführer „ungehobeltes Verhalten“ des Vermittlers rügt, versucht der Ombudsmann im Rahmen seiner Aufgabe den Streit zu befrieden. Er führt jedoch kein förmliches Verfahren durch, da es an einem rechtlichen Prüfungsmaßstab fehlt.

Mit der Umsetzung der zweiten Vermittlerrichtlinie (Richtlinie EU 2016/97 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 20. Januar 2016 über Versicherungsvertrieb – Insurance Distribution Directive [IDD]) wird nach 11 Jahren das Versicherungsvermittlerrecht in Teilen neu geregelt. Es ist zu erwarten, dass auch das Schlichtungsverfahren mit Versicherungsvermittlern nicht unverändert bleibt.



1.6 Veröffentlichung der Entscheidungen des Ombudsmanns

Ist die Beschwerde zur Schlichtung nicht geeignet oder sperren sich die Parteien dagegen, bescheidet der Ombudsmann den zur Prüfung gestellten Anspruch. Diese Beurteilung des Ombudsmanns ist vorrangig für die Beteiligten des jeweiligen Verfahrens bestimmt. Sie kann aber auch für einen anderen Personenkreis von Interesse sein. Je nach Adressat unterscheidet sich die Form der Bescheide. Solche zu Lasten des Versicherers gleichen im Aufbau denen von Gerichtsurteilen. Hier geht es vor allem darum, dem rechtlich bewanderten Versicherer die Gründe der Ombudsmannentscheidung juristisch überzeugend darzulegen. Anders bei der ablehnenden Entscheidung, die an den Beschwerdeführer gerichtet ist. Ihm werden die tragenden Argumente nur einleuchten, wenn ihm in einer für ihn verständlichen Sprache die Rahmenbedingungen, die Rechtsgedanken und auch die möglichen Beweislastfragen dargelegt werden. Gelingt dem Ombudsmann dies, kann er den Beschwerdeführer von der Richtigkeit der Entscheidung überzeugen und auch auf diese Weise den Streit beilegen.

Bei nicht wenigen Beschwerden stehen Fragen im Streit, deren Behandlung auch für Außenstehende von Interesse sein kann. Deshalb veröffentlicht der Ombudsmann Bescheide aus Beschwerdefällen mit rechtlichen Fragen, die über den Einzelfall hinausgehen. Diese Entscheidungen werden anonymisiert und für jedermann zugänglich auf die Website des Versicherungsombudsmanns gestellt. Inzwischen haben viele Entscheidungen des Ombudsmanns Eingang in juristische Fachzeitschriften gefunden oder werden von Gerichten und in versicherungsrechtlichen Kommentaren zitiert.

Weitere Fälle werden in den jährlichen Berichten wie dem vorliegenden geschildert. Dies dient vorrangig dazu, die Bandbreite der dem Ombudsmann vorgelegten Themen sowie dessen Arbeitsweise zu beschreiben. Häufig lassen sich so aber auch interessante rechtliche Probleme am konkreten Beispiel verdeutlichen.

Vor allem die auf der Website einzusehenden Entscheidungen des Ombudsmanns dienen dazu, seine Arbeit zu verdeutlichen, und tragen damit auch dem Transparenzgebot Rechnung. Somit kann in einigen Fällen bewirkt werden, dass die Verfahrensbeteiligten frühzeitig ihre Erwartungen an den Ausgang des Verfahrens der Realität anpassen. Außerdem können dadurch potenzielle Beschwerdeführer prüfen, ob sie überhaupt eine Beschwerde führen wollen, nachdem sie die Bewertung eines vergleichbaren Falls studiert haben. Die so veröffentlichten Entscheidungen sind allerdings nicht repräsentativ für die Häufigkeit der typischen Themen, mit denen der Ombudsmann sich befasst, denn aus naheliegenden Gründen wird auf Wiederholung gleichgelagerter Fälle verzichtet. Auch kann an den Veröffentlichungen nicht die Erfolgsquote von Beschwerden abgelesen werden. Dies ist schon deshalb nicht möglich, weil diese Prozentzahl im Wesentlichen zustande kommt, indem die Unternehmen ihre ursprüngliche Entscheidung zugunsten des Beschwerdeführers abändern, weshalb es dann eines Spruchs durch den Ombudsmann nicht mehr bedarf.

2 Bericht des Ombudsmanns

2.1 Restschuldversicherung – gesetzliche Fehlkonstruktion beseitigt

Die Restschuldversicherung (siehe hierzu auch unter 2.4) gab zwar zahlenmäßig nur begrenzt Anlass für Beschwerden, diese warfen jedoch schwierige und gewichtige Rechtsfragen unterschiedlichster Art auf. Diese Versicherung soll in der Regel für den Kreditnehmer im Todesfall oder bei Arbeitslosigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit die Kredittilgung übernehmen. Ihr liegt häufig eine komplizierte vertragliche Dreieckskonstruktion zugrunde, in der auf der Grundlage eines Gruppenvertrages in erster Linie die Bank als Darlehensgeberin/Versicherungsnehmerin ihr eigenes Kreditrisiko absichert. Der Kreditnehmer dagegen hat die Stellung einer versicherten Person, zu deren Gunsten der Versicherungsschutz vereinbart wird. Verwendet wird dazu das Institut der „Versicherung für fremde Rechnung“, das in §§ 43 ff. Versicherungsvertragsgesetz (VVG) geregelt ist. Dessen Konstruktion und potenzielle Nachteile für Verbraucher wurden bereits im Jahresbericht 2015 unter 2.1 dargestellt.

Beschwerden zur Restschuldversicherung, soweit sie eine Versicherung für fremde Rechnung betrafen, warfen bereits im Zugang zum Schlichtungsverfahren mehrere Rechtsfragen auf. Zum Teil war zweifelhaft, ob der Kreditnehmer überhaupt beschwerdebefugt war, da ihm als versicherter Person zwar die Rechte aus dem Vertrag zustehen, er diese Rechte jedoch nur beschränkt gegen den Versicherer geltend machen kann (§ 44 VVG). Auch Beschwerden des Kreditnehmers gegen den Vermittler der Versicherung scheiterten zum Teil bereits an der Zulässigkeitschürde, denn durch den Vertrag, den in der Regel die Bank selbst vermittelt, wird nicht ein Versicherungsverhältnis zwischen Verbraucher und Versicherer begründet, sondern der Verbraucher wird in den Versicherungsvertrag der Bank miteinbezogen. Damit fehlen wesentliche Elemente der nach § 214 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 VVG dem Ombudsmann übertragenen Aufgabe. Diese setzt Streitigkeiten „zwischen Versicherungsvermittlern oder Versicherungsberatern und Versicherungsnehmern im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen“ voraus. Weder ist bei der genannten Vertragskonstruktion der Verbraucher Versicherungsnehmer noch wurde ihm ein Versicherungsvertrag vermittelt.

Beschwerden, denen ein selbstständiger Vertrag über eine Restschuldversicherung zugrunde lag, betrafen häufig die Frage, ob dieser mit dem Kreditvertrag dergestalt verbunden war, dass er dessen rechtliches Schicksal teilte, also insbesondere bei dessen vorzeitiger Auflösung ebenfalls endete. Dies bejahte der Bundesgerichtshof (BGH) dann, wenn die Verträge eine wirtschaftliche Einheit darstellten. Ein häufiger Einwand der Beschwerdeführer ging dahin, dass die Bank eine Kreditzusage – unzulässigerweise – vom Abschluss einer den Kredit sichernden Restschuldversicherung abhängig gemacht habe. Auch wenn der Abschluss der Versicherung formal korrekt nur optional angeboten, also rechtlich nicht zur Bedingung des Darlehens gemacht wurde, erweckten nach Schilderung von Beschwerdeführern Bankmitarbeiter gelegentlich bei ihren Kunden den Eindruck, dass die Bewilligung des Kredits an den Abschluss einer Restschuldversicherung geknüpft sei. Das führt zu der Frage, ob dies den Versicherungsvertrag anfechtbar macht.



In jüngster Zeit häuften sich beim Ombudsmann Beschwerden, bei denen es um die Beratung bei Vertragsschluss ging. Der Kreditnehmer machte etwa geltend, vor Abschluss des Versicherungsvertrages nicht ausreichend über dessen Kosten aufgeklärt worden zu sein, und verlangte die Rückabwicklung des Vertrages. Dies warf in den Fällen der Versicherung für fremde Rechnung die Frage auf, ob sich die versicherte Person überhaupt auf ein Beratungsverschulden des Versicherers oder Vermittlers berufen kann, da die Pflicht zur Beratung bei Vertragsschluss nach dem Wortlaut des Gesetzes (§ 6 Absatz 5 VVG) nur für den Versicherer gegenüber dem Versicherungsnehmer, also der Bank, besteht. Dies bedeutete, dass der Versicherer nur die Bank (die in der Regel auch Vermittler des Versicherungsvertrages war) bei Abschluss des Gruppenvertrages über die Einzelheiten der Versicherung zu beraten hatte. Die versicherte Person war dagegen nach dem VVG überhaupt nicht zu beraten, obwohl sie besonders schutzbedürftig war, unter Umständen sogar ein existentielles Interesse an der Absicherung der Kredittilgung im Versicherungsfall hatte.

Bei Verbraucherorganisationen war die Restschuldversicherung seit langem Gegenstand allgemeiner Kritik. Soweit die vorstehend genannte Problemlage thematisiert wurde, bestand Einigkeit, dass es Aufgabe der Bank sein müsse, ihren Kunden, dem sie eine Restschuldversicherung vermittelt, über die wesentlichen Aspekte des Vertrages zu informieren, insbesondere über seine beschränkte Rechtsstellung sowie die Abschluss- und Verwaltungskosten. Schließlich verfolgt die Bank mit der Kreditsicherung eigene wirtschaftliche Interessen und erhält für die Vermittlung des Vertrages eine (nach einer BaFin-Marktuntersuchung vom 21. Juni 2017 zum Teil ungewöhnlich hohe¹) Provision. Vorschläge, eine derartige Beratungspflicht durch Auslegung (etwa als Nebenpflicht zum Kreditvertrag) zu begründen, erschienen jedoch rechtlich fragwürdig.

Deshalb nahm der Versicherungsombudsmann diese Rechtslage zum Anlass, auf der Jahrespressekonferenz am 23. Mai 2017 an den Gesetzgeber zu appellieren, diese Fehlkonstruktion zu ändern. Für Restschuldversicherungen auf der Grundlage von Gruppenverträgen müsse festgelegt bzw. klargestellt werden, dass die Informations- und Beratungspflichten, die nach dem VVG dem Versicherer gegenüber dem Versicherungsnehmer obliegen, auch für die Bank (Versicherungsnehmer) im Verhältnis zum Kunden (versicherte Person) gelten. Dies wurde aufgegriffen und in ein laufendes Gesetzgebungsverfahren einbezogen. Kurz vor Abschluss der parlamentarischen Beratung des Gesetzes zur Umsetzung der EU-Vertriebs-Richtlinie wurde das VVG um einen § 7d² ergänzt, der dem Versicherungsnehmer eines Gruppenversicherungsvertrages gegenüber der versicherten Person die Beratungs- und Informationspflichten eines Versicherers zuweist sowie der versicherten Person die Rechte eines Versicherungsnehmers gibt, etwa auch das Widerrufsrecht. Das Gesetz wurde am 20. Juli 2017 beschlossen und trat am 23. Februar 2018 in Kraft.

¹ Zum Teil mehr als 70 Prozent der Versicherungsprämie.

² § 7d VVG: ¹Der Versicherungsnehmer eines Gruppenversicherungsvertrages für Restschuldversicherungen hat gegenüber der versicherten Person die Beratungs- und Informationspflichten eines Versicherers. ²Die versicherte Person hat die Rechte eines Versicherungsnehmers, insbesondere das Widerrufsrecht. ³Über dieses Widerrufsrecht ist eine Woche nach Abgabe der Vertragserklärung erneut in Textform zu belehren. ⁴Das Produktinformationsblatt ist mit dieser Belehrung erneut zur Verfügung zu stellen. ⁵Die Widerrufsfrist beginnt nicht vor Zugang dieser Unterlagen.

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Was die Zulässigkeit von Beschwerden der Kunden gegen die Bank über Beratungs- und Informationsmängel bei Abschluss des Restschuldversicherungsvertrages betrifft, könnten jedoch nach wie vor Zweifel bestehen, da sich nach der Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns (VomVO) nur Verbraucher an den Ombudsmann wenden können, um eigene vertragliche Ansprüche gegen einen Versicherer geltend zu machen. Die versicherte Person bekommt nach § 7d Satz 2 VVG zwar die Rechte eines Versicherungsnehmers, und der Bank werden nach § 7d Satz 1 VVG die Beratungs- und Informationspflichten eines Versicherers auferlegt; die Bank bleibt aber Versicherungsnehmerin. Die Frage, ob durch die Gesetzesänderung ein Ombudsmannverfahren gegen die Bank wegen eines Beratungsmangels eröffnet werden kann, steht mit der ersten diesbezüglichen Beschwerde zur Entscheidung an. Dabei werden die Motive des Gesetzgebers, den Verbraucher auch dann zu schützen, wenn er nur als versicherte Person in den Vertrag einbezogen ist, zu berücksichtigen sein.

2.2 Massenbeschwerden

Das Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) hat im Juni 2017 einen Diskussionsentwurf eines Gesetzes zur Einführung einer Musterfeststellungsklage vorgelegt. Diese soll nach A. I. 1 der Begründung die bereits etablierten Verfahren der außergerichtlichen Streitbeilegung um einen prozessualen kollektiven Rechtsschutz ergänzen. Schlichtungsverfahren, wie das des Versicherungsombudsmanns, werden damit als Verfahren angesehen, die auch zur Rechtsverfolgung in Verbraucherstreitverfahren mit Breitenwirkung (Massenbeschwerden) geeignet sein könnten. Ob dies tatsächlich der Fall ist, hängt letztlich von den einzelnen Verfahrensordnungen der Schlichtungsstellen ab.

a) Multiplikationseffekte der gütlichen Beilegung eines Einzelfalls

Entsprechend der Intention von § 19 Verbraucherstreitbeilegungsgesetz (VSBG) hat der Versicherungsombudsmann sein Verfahren stärker auf die gütliche Streitbeilegung ausgerichtet, ohne jedoch sein „Markenzeichen“, verbindlich gegen die Versicherer entscheiden zu können, anzutasten. Aufgrund einer Änderung seiner Verfahrensordnung (§ 9 Absatz 2 VomVO) kann er seit November 2016 das Verfahren unter bestimmten Voraussetzungen auch mit einem Schlichtungsvorschlag beenden (näher hierzu Jahresbericht 2016, 2.4). Dies geschah im Berichtsjahr in 262 Fällen.

Schlichtungsvorschläge können allerdings dann an ihre Grenzen stoßen, wenn es um Massenbeschwerden geht, wie sie etwa zur VW-Abgasaffäre in der Rechtsschutzversicherung oder zum ewigen Widerspruchsrecht in der Lebensversicherung (in der Presse zum Teil auch „Widerrufsjoker“ genannt) hundertfach beim Ombudsmann eingegangen sind. Diese zeichnen sich in der Regel dadurch aus, dass spezialisierte Anwaltskanzleien für viele Mandanten gleichgerichtete Beschwerden zu weitgehend identischen Sachverhalten einlegen. Eine gütliche Einigung in einem dieser Verfahren kann also für den Versicherer faktisch einen starken Multiplikationseffekt und damit unüberschaubare finanzielle Folgen auslösen und stößt daher auf Vorbehalte.



Gleichwohl kann es aber auch in solchen Verfahren sinnvoll sein, unter Vermittlung des Ombudsmanns eine gütliche Einigung zu suchen, indem eine Beschwerde zum Anlass genommen wird, auszuloten, ob eine über den Einzelfall hinausgreifende gütliche Lösung nicht auch für das Unternehmen interessant ist. So erledigte sich ein großer Teil der VW-Beschwerden durch den Abschluss von Regulierungsvereinbarungen, die die Versicherer mit der beschwerdeführenden Anwaltskanzlei getroffen haben. Derartige Regulierungsvereinbarungen könnten etwa in der Rechtsschutzversicherung eine Leistungszusage des Beschwerdegegners vorsehen in Verbindung mit einer Vereinbarung, die die Gebühren des Anwalts der Beschwerdeführer begrenzt (zum Beispiel dadurch, dass nicht sämtliche Einzelbeschwerden als separate Rechtsschutzfälle abgerechnet werden, dass eine Pauschalhonorierung erfolgt, dass ein Gegenstandswert in einer bestimmten Höhe festgelegt wird oder dass eine Leistung nur für den ersten Instanzenzug zugesagt wird).

b) Musterverfahren

Nach § 9 Absatz 3 VomVO kann der Versicherer in jeder Lage des Verfahrens beantragen, dass der Ombudsmann eine Beschwerde als Musterfall unbeschieden lässt, sofern er plausibel machen kann, dass es sich um eine Frage von rechtsgrundsätzlicher Bedeutung handelt. Außerdem muss sich das Unternehmen verpflichten, die erstinstanzlichen Gerichts- und Anwaltsgebühren auch im Falle seines Obsiegens zu tragen. Der Ombudsmann ist dann verpflichtet, das Verfahren ohne weiteres zu beenden. In geeigneten Fällen, in denen es um grundsätzliche Rechtsfragen geht, kann der Ombudsmann auch die Beantragung eines Musterverfahrens anregen.

Wird ein Musterverfahren durchgeführt, werden weitere gleichartige anhängige Beschwerden in der Regel nach § 9 Absatz 1 VomVO als ungeeignet beendet. Zugleich erhalten die Beschwerdeführer den Hinweis, dass die entscheidungsrelevante rechtsgrundsätzliche Frage unter Umständen in einem Musterverfahren geklärt wird und sie dann über das Ergebnis informiert werden.

Diese Regelung trägt dem Verbraucherschutzgedanken in besonders ausgeprägter Weise Rechnung. Sie liegt auch im Interesse der Unternehmen und der Allgemeinheit, da sie dazu beitragen kann, dass Rechtsfragen grundsätzlicher Art, die über die konkrete Beschwerde hinaus, also für eine Vielzahl von Fällen von Bedeutung sind, einer obergerichtlichen Klärung zugeführt werden.

Damit scheint ein Antrag des Versicherers, den Weg zu einem Musterverfahren nach § 9 Absatz 3 VomVO zu öffnen, auch und gerade bei Massenbeschwerden, in denen es um rechtsgrundsätzliche Fragen geht, sinnvoll. Es ist jedoch festzustellen, dass von dieser Möglichkeit nur selten Gebrauch gemacht wird. Außerdem wurden Sinn und Zweck dieser Regelung, nämlich die zügige höchstrichterliche Klärung von rechtsgrundsätzlichen Fragen, in der Praxis unseres Wissens bisher kaum erreicht. Einer der Gründe hierfür könnte darin liegen, dass die Finanzierung lediglich der ersten Instanz dazu führt, dass ein Verbraucher, der eine Musterklage

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

in erster Instanz verliert, den Rechtsweg nicht mehr weiter auf eigenes Kostenrisiko ausschöpft und damit eine obergerichtliche Klärung letztlich unterbleibt.

c) Problematisches Verfahrensverhalten

Unter dem Stichwort „Klageindustrie“ werden kritische Fragen zu Verfahren gestellt, in denen eine Vielzahl gleichgelagerter Fälle durch die Entscheidung eines Präzedenzfalls mitentschieden wird. Dabei geht es um verschiedene Verfahren des kollektiven Rechtsschutzes, die für Anwälte und Prozessfinanzierer attraktiv sind, da es um viele Mandate geht, die jedoch jeweils die gleichen Rechtsfragen aufwerfen und daher nicht arbeitsintensiv sind.

In der Beschwerdepraxis zeigt sich, dass Rechtsanwälte in Beschwerdeverfahren in Einzelfällen aktiv Kunden akquirieren (etwa im Internet) oder sich auf unklare Weise Mandate verschaffen, um im Wege des vereinfachten Beschwerdeverfahrens massenhaft rechtlich gleichgelagerte Ansprüche gegen Versicherer durchzusetzen. Zum Teil werden entsprechende anwaltliche Vertretungsangebote beschränkt auf Rechtsschutzversicherte und mit der Zusage kombiniert, dass der Mandant keinerlei Kostenrisiko trägt.

In diesem Zusammenhang ist vorab in grundsätzlicher Hinsicht darauf hinzuweisen, dass die Institution des Versicherungsombudsmanns dem Verbraucherschutz dient. Der Ombudsmann soll die strukturelle Asymmetrie zwischen dem Unternehmen und dem Versicherungsnehmer ausgleichen. Beschwerden, die von einem hierzu bevollmächtigten Rechtsanwalt eingelegt werden, sind zwar auch dann zulässig, wenn dieser ersichtlich die aktive Mandantenansprache als Geschäftsmodell praktiziert. Allerdings sind bei solchen Beschwerden die verfahrensrechtlichen Anforderungen strikter anzuwenden als bei Beschwerden von Verbrauchern. Im Hinblick auf die Natur des Beschwerdeverfahrens als beschleunigtes und vereinfachtes Verfahren ist es nicht hinnehmbar, dass die Schlichtungsstelle durch verfahrensrechtlich defizitäres Agieren eines Rechtsanwalts zusätzlich belastet wird.

Dies sei an einem Beispiel verdeutlicht: Ein Anwalt machte sich die Rechtsprechung zum „ewigen“ Widerspruch bei Lebensversicherungen (siehe Jahresbericht 2016, 2.2) dergestalt zunutze, dass er im Namen der Mandanten massenhaft bereits gekündigten und abgerechneten Lebensversicherungsverträgen wegen angeblicher falscher Belehrung bei Vertragsschluss nachträglich widersprach und dann Beschwerde gegen die Unternehmen einlegte, die den Widerspruch nicht akzeptierten. In Dutzenden dieser Beschwerden war die Bevollmächtigung des Anwalts und/oder die Beschwerdebefugnis seines Mandanten nicht ordnungsgemäß nachgewiesen, insbesondere wurde häufig eine undatierte Vollmacht des Versicherten in Kopie vorgelegt. Auf die Aufforderung des Ombudsmanns hin, eine korrekte Vollmacht einzureichen, übersandte der Anwalt erneut eine Kopie der bereits vorliegenden Vollmacht, auf der ein aktuelles Datum in einer unterschriftsfremden Handschrift hinzugefügt war. Nach erneuter Beanstandung dieser Vollmacht wurde schließlich eine aktuelle Originalvollmacht übermittelt. Zum Teil



war aus den Unterlagen ersichtlich, dass der Vertrag, dem der Anwalt (teilweise auch ein anderer Anwalt, mit dem er in einer unklaren Beziehung stand) widersprochen hatte, bereits vor Jahren an einen professionellen Policenaufkäufer abgetreten, von diesem gekündigt und der Rückkaufswert abgerechnet worden war. Auf den Hinweis des Ombudsmanns an den Anwalt, dass die Beschwerde unzulässig ist, wenn der Beschwerdeführer nicht mehr Inhaber der Police und der Inhaber kein Verbraucher ist, legte der Anwalt eine nachträgliche Rückübertragung des (gekündigten und abgerechneten) Vertrages auf den ursprünglichen Versicherungsnehmer vor, der damit wieder beschwerdebefugt sei.

Die Vermutung, dass der Anwalt systematisch Zugriff auf bereits vor längerer Zeit verkaufte, gekündigte und abgewickelte Lebensversicherungsverträge hat und auf diese nun durch Ausübung eines behaupteten „ewigen“ Widerspruchsrechts erneut im eigenen Gebühreninteresse Ansprüche gegen den Versicherer stützt, ändert zwar nichts an der Zulässigkeit der Beschwerde. Wenn jedoch, wie hier, eine große Anzahl von Beschwerdeanträgen mangelbehaftet ist und zum Teil mehrfache Aufforderungen des Ombudsmanns zur Nachbesserung auslösen, führt dies zu einem letztlich kaum mehr zu vertretenden Mehraufwand verfahrensrechtlicher Art. Deshalb wurde dem Anwalt mitgeteilt, dass wir als Verbraucherschlichtungsstelle zwar Wert auf ein verbraucherfreundliches, unbürokratisches Verfahren mit niedriger Zugangsschwelle legen und deshalb die Beschwerdeführer bei der Einreichung und Durchführung des Verfahrens unterstützen. Die hierzu eingesetzten Kapazitäten seien jedoch nicht dazu bestimmt, professionellen Rechtsbeiständen den Arbeits- und Büroaufwand abzunehmen. Er wurde darauf hingewiesen, dass die Effizienz der Schlichtungsstelle eine nach dem VSBG anerkannte Größe ist (§ 14 Absatz 2 Satz 1 Nr. 4 VSBG; § 9 Absatz 1 VomVO) und Beschwerden, die ersichtlich an strukturellen Verfahrensmängeln leiden, nach § 2 Absatz 4 lit. e) VomVO zurückgewiesen werden können.

In einer Reihe anderer Fälle lagen gesicherte Erkenntnisse vor, dass eine Kfz-Reparaturwerkstatt über ihren Anwalt, der sie vorher gegen den Versicherer vertreten hatte, nun Beschwerden des versicherten Kfz-Halters wegen einer Kürzung der Reparaturrechnung einlegte, ohne dass der Versicherungsnehmer hiervon wusste bzw. ihn hierzu bevollmächtigt hatte. Außerdem wurde ersichtlich wissentlich ein überhöhter Rechnungsbetrag geltend gemacht. Nach einem entsprechenden Hinweis wurden diese Verfahren nicht weitergeführt.

2.3 Staatliche Aufsicht über private Schlichtungsstellen?

Nach dem VSBG dürfen Schlichtungsstellen nur dann als „Verbraucherschlichtungsstellen“ im Sinne des Gesetzes auftreten, wenn sie als solche staatlich anerkannt, beauftragt oder eingerichtet sind (§ 2 Absatz 2). Der Versicherungsombudsmann e. V., der bei Inkrafttreten des Gesetzes bereits nach § 214 VVG a. F. als Schlichtungsstelle staatlich anerkannt war, gilt seit dem 1. August 2016 als anerkannte Verbraucherschlichtungsstelle im Sinne des VSBG (Artikel 23 Absatz 2 AS-RL-Umsetzungsgesetz) und unterliegt seitdem den Anforderungen des VSBG. Dem wurde im November 2016 durch Änderung der Satzung und der Verfahrensordnungen Rechnung getragen (siehe näher hierzu Jahresbericht 2016, Seiten 18, 19). Zuständige Behörde für die Anerkennung und den Widerruf der Anerkennung als Verbraucherschlichtungsstelle ist für den Versicherungsombudsmann das Bundesamt für Justiz (BfJ), eine Bundesoberbehörde im Geschäftsbereich des BMJV (§ 27 Absatz 1 VSBG).

Das BfJ informierte den Versicherungsombudsmann im Dezember 2016 sowie im April 2017 über Beschwerden gegen ihn bzw. sein Verfahren. Dies gab Anlass, auf eine Klärung der Kompetenzen des BfJ hinzuwirken:

a) Keine einzelfallbezogene Verfahrenskontrolle

Mit der ersten Eingabe wurde geltend gemacht, dass der Versicherungsombudsmann in einem konkret benannten Verfahren den Anspruch des Beschwerdeführers auf rechtliches Gehör verletzt habe. Das BfJ bat die Schlichtungsstelle um Äußerung zu Sachverhalt und Verfahrensverlauf, insbesondere zur Korrespondenz mit dem Versicherer.

Ombudsmann und Geschäftsführer haben gegenüber dem BfJ diese Angaben aus grundsätzlichen Erwägungen verweigert und dies mit der Auffassung begründet, dass das BfJ nicht zur Aufsicht über das Verfahren der privaten Schlichtungsstellen befugt sei. Es habe vielmehr lediglich die Aufgabe, über die Anerkennung und deren Widerruf zu entscheiden (§ 26 VSBG). Eine einzelfallbezogene Verfahrenskontrolle folge hieraus nicht. Nur dann, wenn Anhaltspunkte dafür vorlägen oder substantiiert behauptet würde, dass entweder die Anerkennungsvoraussetzungen nicht mehr vorliegen oder der Schlichter die Tragweite von Verfahrensgrundrechten grundsätzlich (also nicht nur auf den Einzelfall bezogen) verkennt und deshalb ein Widerruf der Anerkennung in Betracht kommt, könne das BfJ tätig werden. Hierbei stünden ihm keine speziellen Eingriffsrechte zu, sondern nur die allgemeinen Befugnisse des Verwaltungsverfahrensgesetzes (VwVfG). Weitergehende Kontrollkompetenzen seien schon deshalb nicht akzeptabel, weil sie den Kernbereich der Unabhängigkeit des Ombudsmanns bedrohen würden. Exemplarisch wurde darauf hingewiesen, dass nach § 19 Absatz 1 Satz 2 VSBG ein Schlichtungsvorschlag am geltenden Recht auszurichten sei. Dies könne jedoch nicht bedeuten, dass das BfJ auf eine Eingabe hin, mit der die rechtliche Begründung eines Schlichtungsvorschlags in Frage gestellt würde, vom Ombudsmann verlangen könne, seinen Schlichtungsvorschlag zu rechtfertigen.



Auch zur (rechtlich durchaus komplizierten) Frage, welche Kommunikation mit den Parteien im beschleunigten Beschwerdeverfahren unter dem Aspekt des rechtlichen Gehörs geboten ist, habe der Ombudsmann einen Auslegungsspielraum, dessen Ausübung im Einzelfall vom BfJ nur dann zum Anlass einer Überprüfung gemacht werden könne, wenn Anhaltspunkte für eine strukturell verankerte Verletzung dieses Verfahrensgrundrechts vorlägen.

Ersichtlich nach Abstimmung mit dem BMJV teilte das BfJ Ende April 2017 mit, dass sich die Angelegenheit erledigt habe.

Inzwischen hat das BMJV „Hinweise zum Überprüfungs- und Widerrufsverfahren nach § 26 VSBG“ an die zuständigen Behörden gegeben, die mit dem Satz beginnen: „Den nach § 27 VSBG zuständigen Behörden kommt kein allgemeines Aufsichtsrecht über die anerkannten Verbraucherschlichtungsstellen zu.“ Inhaltlich decken sich die Hinweise mit der gegenüber dem BfJ vertretenen Auffassung. So wird etwa ausdrücklich das Beispiel aufgegriffen, dass eine inhaltliche Überprüfung, ob sich ein Schlichtungsvorschlag am geltenden Recht ausrichtet, grundsätzlich nicht stattfindet.

b) Zulässige Überprüfung der Verfahrensordnung

Mit der zweiten Eingabe an das BfJ wurde von einem Rechtsanwalt, der selbst als Kommentator des VSBG in Erscheinung getreten ist, beanstandet, dass eine Regelung der Verfahrensordnung (VomVO) gegen das VSBG verstoße. Es ging um die Möglichkeit des Ombudsmanns, die Durchführung des Verfahrens abzulehnen, wenn der Vertrag für die Klärung der Meinungsverschiedenheit über den Beschwerdegegenstand ein geeignetes Verfahren vorsieht und dies noch nicht in Anspruch genommen wurde (§ 9 Absatz 4 VomVO). Ombudsmann und Geschäftsführer nahmen hierzu gegenüber dem BfJ Stellung, da die Kontrolle der Gesetzeskonformität der Statuten der Verbraucherschlichtungsstellen – anders als eine Überprüfung eines konkreten Verfahrensablaufs – zweifellos Aufgabe des BfJ ist.

In der Sache wurden Sinn und Anwendungsbereich der beanstandeten Regelung erläutert. Sie ist zwar als Grund für die Ablehnung der Durchführung im Katalog des § 14 VSBG nicht ausdrücklich aufgeführt, sei gleichwohl aufgrund ihrer Rechtsgrundlage sowie nach Sinn und Zweck mit dem VSBG vereinbar.

Das BfJ hat als Ergebnis seiner Überprüfung die Vorrangregelung in § 9 Absatz 4 VomVO nicht beanstandet, soweit sie, wie dies in der Praxis des Versicherungsombudsmanns der Fall ist, nur auf Fälle des Stichentscheid- und Schiedsgutachterverfahrens nach § 128 VVG angewandt wird.

2.4 Die Versicherungssparten in der Jahresbetrachtung

Nachfolgend wird die Entwicklung in den Versicherungssparten im Jahr 2017 aus Sicht der Beschwerdebearbeitung aufgezeigt. Wie in den Vorjahren werden alle Versicherungssparten dargestellt. Angesichts der Vielzahl von Themen und Ereignissen kann eine Darstellung an dieser Stelle trotz des umfangreichen Berichts nicht vollständig sein.

Das rechtliche Umfeld bleibt weiterhin in Bewegung, wenngleich im Berichtsjahr die Dynamik nachgelassen zu haben scheint. Im materiellen Recht sind keine prinzipiellen Korrekturen vorgenommen worden. Inzwischen wurde die Reform des VVG von allen am Rechtsleben Teilnehmenden im Wesentlichen verarbeitet und ist in die Praxis übergegangen. Es sind zwar noch viele Fragen offen, solche von grundsätzlicher Bedeutung haben jedoch abgenommen. Die Neuregelung des Vermittlerrechts aufgrund der EU-Vermittlerrichtlinie (IDD – Insurance Distribution Directive) wird sich erst im Jahr 2018 auswirken. Ohnehin ist nicht zu erwarten, dass sie mit der ersten EU-Richtlinie (IMD – Insurance Mediation Directive) vergleichbare durchgreifende Auswirkungen haben wird, wie sie 2006 unter anderem mit der Einführung der Vermittlerregistrierung und eigener Haftungstatbestände im deutschen Vermittlerrecht eintraten. Die Rechtsprechung, bei der im Versicherungsrecht in den letzten Jahren vor allem die Lebens- und die Rechtsschutzversicherung von diversen markanten höchstrichterlichen Urteilen betroffen waren, machte im Berichtsjahr kaum mit auffälligen Entscheidungen auf sich aufmerksam. Die nicht immer klar zu erkennende Rechtsprechungslinie in diesen Sparten führt in einigen Bereichen dazu, dass die Mitgliedsunternehmen besonderes Augenmerk auf die Spruchpraxis des Ombudsmanns legen und sich daran orientieren. Soweit es sich nicht um Fragen von rechtsgrundsätzlicher Bedeutung handelt, nimmt der Ombudsmann diese Verantwortung mit der gebotenen Umsicht wahr.

Für die Beschwerdebearbeitung reicht es nicht aus, das Versicherungsvertragsrecht zu beherrschen. Es sind viele weitere Gebiete im Blick zu behalten, wie etwa die gesetzlichen Rahmenbedingungen von Riester- und Basisrentenverträgen. So muss bei der Prüfung, ob ein Beratungsfehler feststellbar ist, auf die Eignung des vermittelten Vertrages abgestellt werden. Dazu sind Kenntnisse der spezifischen Produktmerkmale, aber auch der Förder- und Zertifizierungskriterien sowie des Steuerrechts und ihrer praktischen Umsetzung im Zulassungsverfahren erforderlich. Eine Tendenz zur Komplexität ist seit einiger Zeit auch in den Bedingungswerken der einzelnen Versicherungssparten festzustellen, die nach der Deregulierung 1994 erst mit erheblicher Verzögerung einsetzte. Vermehrt werden unternehmensspezifische Klauseln verwendet. Kommt es auf deren Auslegung an, kann in der Regel nicht auf die Rechtsprechung oder Kommentarliteratur zurückgegriffen werden, denn diese Klauseln werden darin nicht gleichermaßen behandelt wie solche, die in der gesamten Branche seit längerem verwendet werden. Entsprechend anspruchsvoller und aufwändiger können die Auslegung und die Vermittlung des gefundenen Ergebnisses ausfallen.



Die Spartenberichte und die angeführten Beschwerdefälle zeigen ausschnittsweise die Bandbreite der Lebenssachverhalte sowie der rechtlichen Fragestellungen, die dem Ombudsmann vorgelegt werden.

■ Rechtsschutzversicherung

Den Ombudsmann erreichten im Berichtsjahr in der Sparte Rechtsschutzversicherung 4.015 zulässige Beschwerden. Damit wurde der bisherige Höchststand aus dem Vorjahr mit 3.807 Beschwerden übertroffen. Nach dem dritten Anstieg in Folge machte diese Sparte im Berichtsjahr 26,9 Prozent am Gesamtaufkommen aus und war damit – wie bereits im Vorjahr – die Sparte mit den meisten zulässigen Beschwerden. Der Zuwachs erreichte jedoch nicht mehr die Größenordnung der beiden letzten Jahre (zum Beispiel 2016: 36,4 Prozent).

Wie in den Vorjahren war das wachsende Beschwerdeaufkommen insbesondere auf die Rechtsprechung des BGH zum sogenannten „unbefristeten Widerrufsrecht“ in der Lebensversicherung zurückzuführen (vgl. hierzu unter Lebensversicherung Seite 30 ff.). Bereits an anderer Stelle wurde erwähnt (vgl. unter 2.2), dass einige Anwaltskanzleien das Ombudsmannverfahren nicht nur für ihre Einzelmandate nutzen. So erreichten im Berichtsjahr den Ombudsmann allein von einer Anwaltskanzlei mehr als 450 Beschwerden, die überwiegend die Rechtsprechung zum ewigen Widerspruchsrecht von Lebensversicherungsverträgen betrafen. Diese große Zahl an Mandaten wurde zum Teil unter Nutzung des Internets gewonnen, wo durch Anzeigen in Suchmaschinen etc. potenzielle Mandanten zu bestimmten Themen angesprochen wurden.

Die Prüfung der Beschwerden zum ewigen Widerspruchsrecht betraf insbesondere zwei Rechtsfragen:

Zum einen war zu beurteilen, ob der Versicherer für eine vor Zurückweisung des Widerspruchs entstandene Geschäftsgebühr des Rechtsanwalts Deckung zu bieten hat. Hierzu vertritt der Ombudsmann die Auffassung, dass der Versicherer seinen Versicherungsnehmer dann freizustellen hat, wenn dieser mit einer Zurückweisung des Widerspruchs rechnen musste und es tatsächlich dazu gekommen ist. Ein Indiz für die Annahme der Zurückweisung ist, wenn im Widerspruchs schreiben bereits auf die Fehler der Widerspruchsbelehrung hingewiesen wurde. Nach Ansicht des Ombudsmanns hat der BGH in seinem Urteil vom 24. April 2013 (IV ZR 23/12) nicht nur darüber entschieden, wann im Falle eines Widerspruchs der Rechtsschutzfall eintritt, sondern auch darüber, ob und unter welchen Voraussetzungen die Gebühren zu erstatten sind. Der Anregung des Ombudsmanns, in diesen Fällen der Beschwerde abzuhelpfen, folgten die Beschwerdegegner fast ausnahmslos.

Zum anderen ging es um die Frage, ob die Renten- oder Lebensversicherung ein Kapitalanlagegeschäft im Sinne der Allgemeinen Bedingungen für die Rechtsschutzversicherung (ARB) ist. Dies kann nach Auffassung des Ombudsmanns

der Fall sein, wenn die Versicherungsbeiträge mit dem Ziel des Werterhalts und möglichst auch der Gewinnerwirtschaftung angelegt und nach Ablauf der Aufschubzeit als Rente oder Einmalbetrag ausbezahlt werden. Für einen durchschnittlichen Versicherungsnehmer ohne versicherungsrechtliche Spezialkenntnisse ist ein „Kapitalanlagegeschäft“ ein Vertrag über eine Anlage von Kapital. Unter „Kapital“ ist das nicht zum täglichen Lebensunterhalt benötigte, also zur Verfügung stehende Geldvermögen zu verstehen. Mit dem Begriff der „Kapitalanlage“ ist die Investition dieses Geldvermögens zum Zwecke der Erwirtschaftung von Erträgen, des Vermögensaufbaus oder aber der Erzielung von Steuerspareffekten gemeint (vgl. OLG Düsseldorf, Urteil vom 27. November 2014, I-6 U 78/14). Durch die Anlage verzichtet der Kapitalgeber zeitweilig auf die eigene Nutzung seines Kapitals. Er stellt es dem Kapitalnehmer zur Verfügung, der es entsprechend den Wünschen des Kapitalgebers anlegt.

Wie lange die Rechtsprechung des BGH zum ewigen Widerspruchsrecht in der Lebensversicherung die Vertragsparteien von Rechtsschutzverträgen und damit auch den Ombudsmann noch beschäftigen wird, ist nicht absehbar. Die Annahme, dass diese Beschwerden nur eine vorübergehende Erscheinung sind und bald (vgl. Jahresbericht 2015, Seite 34) wieder abnehmen, hat sich jedenfalls nicht bestätigt.

Die Rechtsschutzversicherung ist rechtlich ausgesprochen komplex und wirft deshalb immer wieder schwierige und dem Laien nur schwer vermittelbare Rechtsprobleme auf. Dies gilt etwa für die Frage nach dem Eintritt des Rechtsschutzfalls, welche in dieser Sparte im Berichtsjahr wieder einmal Schwerpunkt der Beschwerden war. Ein Rechtsschutzfall gilt nach den in der Regel vereinbarten ARB als eingetreten, wenn „der Versicherungsnehmer oder ein anderer einen Verstoß gegen Rechtspflichten oder Rechtsvorschriften begangen hat oder begangen haben soll“. Nach inzwischen gefestigter Rechtsprechung des BGH kommt es dabei für die Festlegung des verstoßabhängigen Rechtsschutzfalls beim Deckungsschutz für die Verfolgung eigener Ansprüche („Aktivprozess“) allein auf den Tatsachenvortrag des Versicherungsnehmers an. Dieser muss nach der Rechtsprechung (1.) einen objektiven Tatsachenkern enthalten, mit dem er (2.) seinem Gegner oder sein Gegner ihm einen Rechtsverstoß anlastet, auf den er (3.) seine Interessenwahrnehmung stützt.

Diese auf den ersten Blick handhabbare Definition des Rechtsschutzfalls warf im Laufe der Zeit erhebliche Folgeprobleme auf. Dies soll anhand des folgenden Beispiels aufgezeigt werden: Das Arbeitsverhältnis der Beschwerdeführerin wurde in versicherter Zeit gekündigt, nachdem sie ihre Arbeitgeberin in vorvertraglicher Zeit beleidigt haben soll. Nach Auffassung des Ombudsmanns ist die Rechtsprechung des BGH auf den vorliegenden Fall anzuwenden, auch wenn nicht unumstritten ist, was das Gericht unter der „Verfolgung eigener Ansprüche“ („Aktivprozess“) versteht. Einerseits wird die Auffassung vertreten, dass maßgeblich ist, ob der Versicherungsnehmer eigene Ansprüche verfolgt. Danach stelle, bezogen auf die zeitliche Einordnung des Rechtsschutzfalls, eine verhaltensbedingte Kündigung einen „Passivprozess“ dar, da der Versicherte keine



Ansprüche verfolge (sondern die Kündigung abwehren wolle). Folglich müsse allein der dem Versicherungsnehmer vorgeworfene Verstoß berücksichtigt werden. Es wird jedoch andererseits auch die Rechtsauffassung vertreten, wonach die jeweilige gerichtliche Parteilinie des Versicherungsnehmers entscheidend sei. Bei einem Kündigungsschutzprozess klagt der Arbeitnehmer auf Unwirksamkeit der Kündigung, betreibt also einen „Aktivprozess“. Entsprechend ist nach dieser Meinung für die zeitliche Einordnung des Rechtsschutzfalls bei einer verhaltensbedingten Kündigung allein auf die Kündigung des Arbeitgebers abzustellen. Der Ombudsmann ist der Auffassung, dass die genannten Kriterien nicht ausschlaggebend sein können. Vielmehr müsse es darauf ankommen, aus welchem Grund der BGH seine Rechtsprechung geändert habe. Das Gericht wollte erkennbar einer uferlosen Vorverlagerung des Rechtsschutzfalls vorbeugen, die darin bestehen kann, dass der Arbeitgeber zur Begründung der Kündigung lange zurückliegende Ereignisse anführt.

Im beispielhaft genannten Kündigungsschutzverfahren gegen die Arbeitgeberin hatte die Beschwerdeführerin behauptet, dass die Kündigung unwirksam sei, da ein wichtiger Grund nicht vorliege. Damit wehrte sie sich nicht gegen die von der Arbeitgeberin behauptete Beleidigung, sondern griff die Kündigung an, weil diese rechtswidrig gewesen sei. Dementsprechend ist der Rechtsschutzfall mit der Kündigung in vertraglicher Zeit eingetreten. Es wäre ein nicht zu billiges Ergebnis, wenn der Anspruchsgegner durch die Wahl seiner Verteidigung in den Versicherungsschutz eingreifen und diesen dem Versicherungsnehmer „entziehen“ könnte. Wenn die Arbeitgeberin der Versicherungsnehmerin Kenntnis vom Beginn des Rechtsschutzversicherungsvertrages hätte, könnte sie einseitig den Versicherungsschutz dadurch entfallen lassen, dass sie vorvertragliche Rechtsverstöße behauptet. Deshalb darf es für die Festlegung des Rechtsschutzfalls nicht hierauf ankommen. Vielmehr muss allein der Vortrag der Versicherungsnehmerin entscheidend sein. Folglich hat der Ombudsmann den Versicherer im Ergebnis zur Gewährung von Versicherungsschutz für das Kündigungsschutzverfahren verpflichtet.

Ein weiterer Schwerpunkt in der Prüfung der Rechtsschutzbeschwerden ist die Anwendbarkeit von Risikoausschlüssen. Hierin liegt ein enormes Streitpotenzial, da Teilbereiche, die an sich von den jeweiligen Leistungsarten abgedeckt sind, wieder vom Versicherungsschutz ausgenommen werden, was den Versicherungsnehmern nicht immer bekannt ist. Der Grund für den Ausschluss liegt zumeist darin, dass die Interessenwahrnehmung in diesen Bereichen häufig überdurchschnittlich hohe Kosten verursacht. So kam es im Berichtsjahr wiederholt zu Beschwerden über die Eintrittspflicht des Versicherers für eine Interessenwahrnehmung wegen des Widerrufs eines Darlehens, mit welchem der Kauf von nur teilweise selbstgenutzten Immobilien finanziert wurde. Einige Versicherer haben den Versicherungsschutz ganz oder teilweise mit Hinweis auf den Ausschluss von Baurisiken abgelehnt, wonach Rechtsschutz nicht besteht „für die Wahrnehmung rechtlicher Interessen in ursächlichem Zusammenhang mit (...) dem Erwerb oder der Veräußerung eines zu Bauzwecken bestimmten Grundstückes oder vom

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Versicherungsnehmer oder mitversicherten Personen nicht selbst zu Wohnzwecken genutzten Gebäudes oder Gebäudeteiles“ bzw. „der Finanzierung eines der vorgenannten Vorhaben“.

In Literatur und Rechtsprechung ist weitgehend anerkannt, dass Streitigkeiten über den Widerruf von Darlehen unter den Baurisikoausschluss fallen können, jedoch regelmäßig dann kein Versicherungsschutz besteht, wenn mit dem widerrufenen Darlehen der Kauf eines nicht selbst genutzten Objekts finanziert worden ist. Wenn aber mit dem Darlehen ein Haus finanziert wird, welches über mehrere Wohnungen verfügt, von denen nur ein Teil privat genutzt wird, stellt sich die Frage, ob auch dann der Risikoausschluss greift. Der Ombudsmann vertritt den Standpunkt, dass dem nicht so ist. Soweit die Wohnungen nicht separat (also als eigene Gebäudeteile) gekauft wurden, sondern das Haus insgesamt, dient das Darlehen nicht der Finanzierung eines nicht selbst genutzten Gebäudeteiles, sondern der Finanzierung eines ganzen Gebäudes. Einige Versicherer verstehen die Klausel allerdings so, dass der Versicherungsnehmer nur soweit keinen Versicherungsschutz hat, wie er das Gebäude nicht selbst bewohnt, und erteilen teilweise, also für den selbstbewohnten Anteil, Kostenschutz. Doch das Wort „soweit“ befindet sich in der genannten Klausel nicht (in anderen übrigens schon), sondern müsste hinzugedacht werden, um dieses einschränkende Ergebnis zu rechtfertigen. Ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer hat beim Lesen der Klausel keine Veranlassung für eine derartige restriktive Auslegung. Er muss die Klausel deshalb nicht so verstehen, dass auf die Nutzung eines Teils des Gebäudes abgestellt werden kann, wenn er das gesamte Gebäude erworben hat und nicht nur einen Teil davon.

Diese Verfahren endeten mit Abhilfen oder mit Entscheidungen zugunsten der Beschwerdeführer. Ein Versicherer hat im Berichtsjahr bei dieser Fallkonstellation beantragt, die Beschwerde als Musterfall unbeschieden zu lassen, und sich verpflichtet, im Fall einer Klage die Gerichts- und Anwaltskosten der ersten Instanz auch bei Obsiegen zu erstatten (siehe § 9 Absatz 3 VomVO). Diesem Antrag hat der Ombudsmann stattgegeben.

Wird in den einzelnen Beschwerden die Anwendbarkeit von Risikoausschlüssen geprüft, kommt nicht selten die Frage nach der Reichweite des „ursächlichen Zusammenhangs“ auf. So kann ein Risikoausschluss nur dann greifen, wenn sich die typische Risikoerhöhung, die der Versicherer erkennbar gerade nicht abdecken will, verwirklicht hat. Ob ein ursächlicher Zusammenhang besteht, ist wertungsabhängig, was naturgemäß unterschiedlich gesehen werden kann. Besteht neben einem gewissen zeitlichen Zusammenhang auch ein innerer sachlicher Bezug zwischen der in Rede stehenden Streitigkeit und dem Ausschlussbestand, kann ein dem Zweck der Klausel Rechnung tragender qualifizierter Zusammenhang angenommen werden.

Die Anzahl der Beschwerden zu der Frage, ob der konkrete Rechtsschutzfall in der Sphäre der selbstständigen Tätigkeit oder im versicherten privaten Bereich eingetreten ist, ist im Vergleich zum Vorjahr erneut gestiegen. Da die Abgrenzung zwischen dem Privatbereich und der selbstständigen Tätigkeit nicht immer ganz



leicht zu beantworten und in vielen Details umstritten ist, beschäftigte diese Fallgruppe im Berichtsjahr nicht nur die Rechtsprechung, sondern auch vermehrt den Ombudsmann.

Die Problematik des Ausschlusses soll am folgenden Fall verdeutlicht werden. Die Beschwerdeführerin wünschte Versicherungsschutz für einen Streit mit ihrem Eigenheimversicherer, der eine Entschädigungsleistung nach einem Einbruchdiebstahl abgelehnt hat. Dieser warf der Beschwerdeführerin vor, bei Antragstellung verheimlicht zu haben, dass sie Bereiche ihres Eigenheimes für eine selbstständige Tätigkeit als Yoga-Lehrerin nutze, und hatte deshalb den Versicherungsvertrag angefochten. Die Beschwerdeführerin bestritt, selbstständig tätig zu sein. Der Rechtsschutzversicherer sah sich in diesem Fall nicht eintrittspflichtig, weil die Auseinandersetzung im Zusammenhang mit einer gewerblichen, freiberuflichen oder sonstigen selbstständigen Tätigkeit stehe und dies vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sei.

Die Beweislast für das Vorliegen eines Ausschlusses liegt zwar grundsätzlich beim Versicherer (Oberlandesgericht Karlsruhe, VersR 1995, 1352). Dies gilt jedoch nicht für Tatsachen aus dem Lebensbereich des Versicherungsnehmers, die der Versicherer normalerweise gar nicht wissen kann und die allein in der Sphäre des Versicherungsnehmers wurzeln (Harbauer, ARB-Kommentar, 8. Aufl. § 26 ARB 2000, Rn. 16). Insoweit trifft den Versicherungsnehmer die sogenannte sekundäre Beweislast.

Nach Aktenlage war nicht hinreichend klar, wie die Beschwerdeführerin ihr Eigenheim nutzte. Um die Erkenntnisse über die eingereichten Unterlagen hinaus zu ergänzen, wurden Informationen hinzugezogen, die aus dem Internet ersichtlich waren. Dort bot die Beschwerdeführerin unter ihrer privaten Anschrift Yoga-Einzelstunden und -Kurse an. Yoga-Interessierte konnten einen Tag, ein kurzes oder ein langes Wochenende sowie auch eine ganze Yoga-Woche buchen. Auch Unterkunft, die Benutzung einer Sauna und eine persönlich abgestimmte Ernährung wurden angeboten. Aufgrund dieser Sachlage erachtete der Ombudsmann das bloße Bestreiten der Nutzung einzelner Räume für eine selbstständige Tätigkeit durch die Beschwerdeführerin nicht für ausreichend und ging deshalb von einer selbstständigen Tätigkeit aus.

Ebenfalls ein häufiger Grund für Beschwerden war die Weigerung von Rechtsschutzversicherern, den von einem Anwalt geltend gemachten Gebührenanspruch dem Grunde oder der Höhe nach anzuerkennen. Der Ombudsmann ist in langjähriger Entscheidungspraxis, die inzwischen höchstrichterlich gebilligt ist, der Auffassung, dass der Anspruch des Versicherungsnehmers aus der Rechtsschutzversicherung auf die Befreiung von den bei der Wahrung der rechtlichen Interessen entstehenden Kosten gerichtet ist. Der Versicherer kann diesen Befreiungsanspruch hinsichtlich der von ihm zu tragenden gesetzlichen Vergütung eines Rechtsanwalts entweder durch Leistung erfüllen oder indem er dem Versicherungsnehmer Kostenschutz für die Abwehr der Gebührenansprüche zusagt, sollte dieser von seinem Rechtsanwalt auf Ausgleich der streitigen

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Differenz in Anspruch genommen werden. Regelmäßig erklärte sich der Versicherer – mitunter auf Anregung des Ombudsmanns – zu einer Abhilfe in Form der Abwehrdeckung bereit.

Im Vergleich zum Vorjahr ist die Anzahl der vertragsbezogenen Beschwerden in der Rechtsschutzversicherung in etwa konstant geblieben. Beschwerdegegenständlich waren überwiegend Kündigungen durch den Versicherer. Haben sich Versicherer aufgrund der Schadenhäufigkeit oder veralteter Versicherungsbedingungen entschieden, sich vom Vertrag zu lösen oder diesen nur unter anderen, aktualisierten Bedingungen bzw. unter Vereinbarung einer Selbstbeteiligung fortzuführen, konnte dies regelmäßig nicht beanstandet werden. Der Ombudsmann beschränkte sich in diesen Fällen auf die Erläuterung der Sach- und Rechtslage. Beschwerden zu Anfechtungs- und Rücktrittserklärungen der Versicherer wegen Verletzung vorvertraglicher Anzeigepflichten (etwa das Verschweigen einer Vorversicherung) spielten nur eine untergeordnete Rolle.

Dass die Sparte Rechtsschutz ein hohes Streitpotenzial in sich birgt, spiegelt sich nicht zuletzt in dem außergewöhnlichen Anstieg des Beschwerdeaufkommens in den letzten Jahren wider und war oftmals ein zusätzlicher Ansporn für den Ombudsmann, in geeigneten Fällen eine einvernehmliche Lösung zwischen den Beschwerdeparteien zu vermitteln und dadurch den Streit zu befrieden. Dabei waren es nicht selten die Versicherer, die unter Berücksichtigung des Schlichtungsgedankens bereit waren, ihren Rechtsstandpunkt zugunsten des Beschwerdeführers aufzugeben bzw. der Beschwerde ohne Anerkennung einer Rechtspflicht und präjudizlos abzuweichen. In den Fällen, in denen es dem Ombudsmann nicht gelang, die Beschwerdegegner zum Einlenken zu bewegen, hat er eine Entscheidung getroffen oder – bei einem Beschwerdewert von über 10.000 Euro – eine Empfehlung zugunsten des Beschwerdeführers ausgesprochen. Gleichwohl ist im Vergleich zu den anderen Versicherungssparten in der Rechtsschutzversicherung der Anteil der zusprechenden Entscheidungen/Empfehlungen recht hoch.

■ Lebensversicherung

2017 erhielt der Ombudsmann 3.877 (Vorjahr: 3.707) zulässige Beschwerden zur Lebensversicherung. Die Anzahl der Eingaben in dieser Sparte ist mit einer Ausnahme seit 2012 recht konstant. Nur 2013 stiegen aufgrund von Entscheidungen des BGH die Eingaben überdurchschnittlich auf 4.323 an.

Unter dem Begriff „Lebensversicherung“ wird eine Vielzahl von Vertragsarten zusammengefasst. Hierzu gehören „konventionelle“ kapitalbildende Lebens- bzw. Rentenversicherungen, Risikolebensversicherungen, fondsgebundene Versicherungen sowie Riesterrenten-, Sterbegeld-, Basisrenten-, Restschuldversicherungen und Verträge zur betrieblichen Altersversorgung (bAV). Aus Gründen der Übersichtlichkeit schließt sich ein separater Berichtsteil über Beschwerden zur bAV sowie zur Restschuldversicherung an.

Die Themenschwerpunkte sind im Vergleich zum Vorjahr im Wesentlichen unverändert geblieben. Eine große Anzahl der Beschwerden betraf wieder die Prüfung



von Widersprüchen nach § 5a VVG a. F. (Fassung vor 2008) sowie von Rückritten nach § 8 Absatz 5 VVG a. F.

Nach § 5a VVG a. F. erlosch das Widerspruchsrecht spätestens ein Jahr nach Zahlung der ersten Prämie, selbst wenn der Versicherungsnehmer die Vertragsunterlagen nicht erhalten hatte oder nicht ordnungsgemäß über sein Widerspruchsrecht belehrt worden war. Ende 2013 entschied der Europäische Gerichtshof (EuGH) auf Vorlage des BGH, dass § 5a Absatz 2 Satz 4 VVG a. F. im Hinblick auf die einjährige Widerspruchsfrist mit dem Europarecht nicht vereinbar war. Die weiteren Folgen dieser Unwirksamkeit waren wiederum vom BGH zu klären. Dieser stellte am 7. Mai 2014 fest, dass § 5a Absatz 2 Satz 4 VVG a. F. im Bereich der Lebens- und Rentenversicherung nicht anwendbar ist. Verfassungsbeschwerden gegen diese Entscheidung waren erfolglos. Entsprechend blieb das Widerspruchsrecht eines Versicherungsnehmers, der nicht ordnungsgemäß belehrt worden ist bzw. die relevanten Versicherungsunterlagen nicht erhalten hat, grundsätzlich bestehen (ewiges Widerspruchsrecht). Hierzu wurde 2014 ausführlich unter 2.3 berichtet.

Am 17. Dezember 2014 hatte der BGH weiter entschieden, dass auch die in § 8 Absatz 4 Satz 4 und Absatz 5 Satz 4 VVG a. F. getroffene Regelung richtlinienkonform einschränkend auszulegen und im Bereich der Lebens- und Rentenversicherung nicht anwendbar ist. Folglich erlosch bei nicht ordnungsgemäßer Belehrung des Versicherungsnehmers über sein jeweiliges Lösungsrecht vom Vertrag dieses Recht nicht einen Monat nach Zahlung der ersten Prämie. Nicht wenige dieser Beschwerden waren erfolgreich, da die von den Versicherern verwendeten Widerspruchs- beziehungsweise Rücktrittsbelehrungen entweder inhaltlich nicht den gesetzlichen Vorgaben entsprachen und/oder nicht ausreichend deutlich gestaltet waren.

Die Versicherer haben sich im Berichtsjahr im Vergleich zum Vorjahr aber häufiger darauf berufen, dass die Geltendmachung eines an sich berechtigten Widerspruchs- beziehungsweise Rücktrittsrechts im konkreten Fall gegen Treu und Glauben gemäß § 242 BGB verstoße. Grundsätzlich kann der Einwand des Rechtsmissbrauchs auch gegen Widersprüche erhoben werden. Dieser greift ausnahmsweise dann durch, wenn aus Sicht des Versicherers ein Vertrauenstatbestand geschaffen wurde oder andere besondere Umstände die Rückabwicklung des Vertrages als treuwidrig erscheinen lassen. Den Missbrauchseinwand lässt der BGH jedoch nur unter sehr engen Voraussetzungen gelten mit der Begründung, dass der Versicherer mit der nicht ordnungsgemäßen Widerspruchsbelehrung die Voraussetzungen für das Fortbestehen des Widerspruchsrechts schließlich selbst geschaffen habe. Ausnahmsweise beanstandete der BGH zum Beispiel den Verwirkungseinwand eines Versicherers nicht, weil der Versicherungsnehmer den Vertrag mehrmals, erstmals kurz nach Vertragsabschluss, abgetreten hatte (BGH-Beschluss vom 27. Januar 2016 – IV ZR 130/15).

Der BGH hat aber ausgeführt, dass allgemein gültige Maßstäbe dazu, ob und unter welchen Voraussetzungen in einer solchen Konstellation eine Anwendung

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

von § 242 BGB entgegensteht, nicht aufgestellt werden können (BGH-Beschluss vom 27. September 2017 – IV ZR 506/15). Ob eine Verwirkung vorliegt, richtet sich letztlich nach den vom Tatrichter festzustellenden und zu würdigenden Umständen des Einzelfalls, ohne dass insofern auf Vermutungen zurückgegriffen werden kann. Die Bewertung des Tatrichters kann in der Revisionsinstanz nur daraufhin überprüft werden, ob sie auf einer tragfähigen Tatsachengrundlage beruht, alle erheblichen Gesichtspunkte berücksichtigt und nicht gegen Denkgesetze oder Erfahrungssätze verstößt oder von einem falschen Wertungsmaßstab ausgeht (BGH-Beschluss vom 23. Januar 2018 – XI ZR 298/17).

Der Ombudsmann hat somit für seine Beurteilung keinen allgemeinen Maßstab an der Hand. In vielen Fällen, die der Ombudsmann zu prüfen hatte, waren die Umstände, die die Versicherer für ein widersprüchliches Verhalten anführten, jedoch nicht überzeugend. Aus ihnen konnte nicht geschlossen werden, dass der Versicherungsnehmer in Kenntnis seines Rechts, sich vom Vertrag lösen zu können, an diesem festhalten und von seinem Widerspruchsrecht keinen Gebrauch machen wollte. So sahen manche Versicherer zum Beispiel einen Verwirkungsgrund schon darin, dass der Versicherungsnehmer eine neue Bankverbindung angab oder die Bezugsberechtigung änderte. In der Regel halfen die Versicherer den Beschwerden ab, nachdem der Ombudsmann seine Bedenken hinsichtlich des Verwirkungseinwandes mitteilte. Ein weiterer Verwirkungsgrund sollte darin liegen, dass der Versicherungsnehmer der vertraglich vorgesehenen Dynamikerhöhung nicht widersprochen hatte. Der BGH hat jedoch inzwischen entschieden, dass ein Widerspruchsrecht des Versicherungsnehmers nicht schon dann verwirkt ist, wenn zuvor Anpassungen der Versicherungsleistung aufgrund von Dynamikvereinbarungen erfolgten (BGH-Entscheidung vom 21. Dezember 2016 – IV ZR 339/15).

Schwierigkeiten bereiteten mitunter die Rechtsfolgen eines wirksamen Widerspruchs. Grundsätzlich besteht nach wirksam erklärtem Widerspruch Anspruch auf Erstattung der geleisteten Beitragssumme und der gezogenen Nutzungen. Fest steht nach dem Urteil des BGH vom 7. Mai 2014 aber auch, dass sich der Anspruchsberechtigte den vom Versicherer gewährten Versicherungsschutz als Vermögenswert anrechnen lassen muss. Der BGH hatte im vorgenannten Urteil allerdings keine konkreten Angaben dazu gemacht, wie der Wert des Versicherungsschutzes genau zu berechnen ist. Er führt hierzu lediglich aus, dass dieser unter Berücksichtigung der Prämienkalkulation bemessen werden kann; bei Lebensversicherungen könne etwa dem Risikoanteil Bedeutung zukommen. Hinsichtlich möglicher Nutzungen gilt, dass die Darlegungs- und Beweislast für die tatsächlich gezogenen Nutzungen beim Versicherungsnehmer liegt. Ihm wird ein entsprechender Tatsachenvortrag abverlangt, der nicht ohne Bezug zur Ertragslage des jeweiligen Versicherers auf eine tatsächliche Vermutung einer Gewinnerzielung in bestimmter Höhe gestützt werden kann. Dies stellt hohe Anforderungen an die Versicherungsnehmer. In vielen Fällen hatten sie zwar hierzu nichts oder nur unzureichend vorgetragen. Dennoch konnten viele Vergleiche vermittelt werden.



Mitunter klären Gerichtsentscheidungen nicht nur Fragen, sondern können auch neue aufwerfen. So erweckte der BGH etwa in seiner Entscheidung vom 1. Juni 2016 (IV ZR 482/14) den Eindruck, dass abweichend von einem drei Wochen zuvor ergangenen Urteil (11. Mai 2016 – VI ZR 348/15) bei der Berechnung der Ansprüche eines Versicherungsnehmers aus einer bereits gekündigten fondsgebundenen Lebensversicherung diesem keine Erstattung der gezogenen Nutzungen zustehe. Die Widersprüche zwischen dem Urteil vom 1. Juni 2016 und der bisherigen Rechtsprechung des BGH wurden auch in der juristischen Literatur thematisiert.

Die der Entscheidung vom 1. Juni 2016 zugrunde liegende Berechnungsweise stößt auf Bedenken. Nach wirksamem Widerspruch besteht für den Versicherungsnehmer nach der Rechtsprechung des BGH grundsätzlich ein Anspruch auf Erstattung der geleisteten Beiträge abzüglich des Wertes des Versicherungsschutzes und zuzüglich gezogener Nutzungen. Der Versicherungsnehmer erhielt nach der Berechnungsdarstellung im obigen Urteil in der Summe aber weniger. Um dies zu vermeiden, müssten bei einer Gegenüberstellung von Rückkaufswert und Erstattungsanspruch nach erklärtem Widerspruch die Nutzungen auf beiden Seiten eingerechnet oder auf beiden Seiten herausgerechnet werden.

Es ist unklar, wie die erwähnte BGH-Entscheidung mit den früheren Entscheidungen des Gerichts in Einklang gebracht werden kann. Das Oberlandesgericht (OLG) Karlsruhe führte in seinem Urteil vom 6. Dezember 2016 (12 U 130/16) hierzu aus: „Soweit der Entscheidung des Bundesgerichtshofs vom 01.06.2016 (IV ZR 482/14, juris Rn. 27) – die eine etwaige Aufgabe der bisherigen eigenen Rechtsprechung nicht thematisiert – eine abweichende Berechnung zugrunde liegen sollte, gibt das keinen Anlass, von dem allein logisch richtigen Rechenweg abzurücken.“ Dennoch beriefen sich einige Versicherer auf das Urteil vom 1. Juni 2016.

Die Berechnungsweise des BGH in seiner Entscheidung vom 1. Juni 2016 führt im Ergebnis dazu, dass die herauszugebenden Nutzungen und die mit der Beitragsrückgewähr zu erstattenden Abschluss- und Verwaltungskosten miteinander verrechnet werden. Dem vom Kammergericht Berlin in seiner früheren Entscheidung vom 13. Februar 2015 (6 U 179/13) vertretenen, später allerdings aufgegebenen Standpunkt, dass keine Nutzungen herauszugeben seien, wenn sie unter der Summe der Abschluss- und Verwaltungskosten liegen, erteilte der BGH in seiner Entscheidung vom 21. Juni 2017 zum Aktenzeichen IV ZR 176/15 eine Absage.

Der Senat stellte klar, dass der Anspruch auf Nutzungsherausgabe nicht um die Abschluss- und Verwaltungskosten gekürzt werden dürfe (Rn. 26). Somit handelt es sich bei dem Urteil vom 1. Juni 2016 offenbar um eine nicht verallgemeinerungsfähige Einzelfallentscheidung, die möglicherweise dem Revisionsvortrag geschuldet war. In der Regel konnten die Versicherer davon überzeugt werden, den Rückabwicklungsanspruch neu zu ermitteln.

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Viele Versicherungsnehmer waren in den Widerspruchsfällen anwaltlich vertreten. Manche Anwaltskanzleien haben sich darauf spezialisiert, Versicherungsnehmer vor allem im Internet anzusprechen und ihnen anzubieten, die Auflösung des Lebensversicherungsvertrages zu prüfen. Hierzu wurde schon im Vorjahr („Widerrufs-Joker“, Seite 21/22) berichtet (siehe auch unter Rechtsschutzversicherung). Dabei wurde nicht selten der Widerspruch erklärt, ohne auf die Voraussetzungen des Widerspruchsrechts einzugehen. In manchen Fällen lagen dem Versicherungsnehmer keine Unterlagen mehr zu seinem Vertrag vor. Auch die Unternehmen konnten die entsprechenden Unterlagen nicht immer beibringen, wenn die Verträge bereits vor so langer Zeit beendet worden waren, dass aus datenschutzrechtlichen Gründen die vertragsbezogenen Daten gelöscht worden waren. Die handelsrechtlichen Aufbewahrungspflichten, die in § 257 Handelsgesetzbuch (HGB) geregelt sind, betragen längstens 10 Jahre.

Zu prüfen waren auch Widerrufe nach dem VVG in seiner seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung (§§ 8 und 9). Nach § 9 Absatz 1 VVG hat der Versicherer unter bestimmten Voraussetzungen grundsätzlich nur den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten (bei ordnungswidriger Belehrung zusätzlich die für das erste Jahr des Versicherungsschutzes gezahlten Prämien). In der Lebensversicherung ist zudem die Sonderregelung nach § 152 Absatz 2 VVG zu beachten, wonach der Versicherer zusätzlich auch den Rückkaufswert einschließlich der Überschussbeteiligung nach § 169 VVG zu zahlen hat. Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass bei der Ermittlung des Rückkaufswertes bereits getilgte Abschlusskosten außer Betracht zu bleiben haben. Das ist § 152 Absatz 2 VVG zwar nicht direkt zu entnehmen, ergibt sich jedoch aus der Gesetzesbegründung, die von einem Rückkaufswert spricht, wie er sich unter Ausklammerung der Abschluss- und Vertriebskosten (ungezillmertes Deckungskapital) errechnet. Dies berücksichtigten noch immer nicht alle Versicherer.

Ein weiteres bedeutendes Beschwerdeanliegen blieb die Prüfung von Ablaufleistungen. Hierzu kann auf den Vorjahresbericht (Seite 29 ff.) verwiesen werden. In vielen Fällen erstreckte sich die Prüfung des Ombudsmanns über die rechtlichen Maßstäbe hinaus auch auf die mathematische Richtigkeit. Die Versicherer stellen dem Ombudsmann hierfür die notwendigen Grundlagen für die interne Prüfung (§ 8 VomVO) zur Verfügung.

Auch die Höhe von Rückkaufswerten wurde beanstandet, wobei die Beschwerdeanzahl im Vergleich zu früheren Jahren deutlich abnahm.

Viele Beschwerden betrafen die Anpassung des Rentenfaktors bei fondsgebundenen Rentenversicherungen. Bei diesen Verträgen ist der Rentenfaktor im Versicherungsschein mit einem bestimmten Euro-Betrag je 10.000,00 Euro Policenwert angegeben. Im Anschluss fand sich in der Regel der Hinweis, dass der Rentenfaktor unter bestimmten Voraussetzungen geändert werden kann. Zu den Einzelheiten wurde auf die Allgemeinen Versicherungsbedingungen verwiesen, deren Wirksamkeit insoweit in der Presse unter Hinweis auf § 163 VVG aktuell diskutiert wird.



Zu den Beschwerden erläuterten die Versicherer, dass der Rentenfaktor auf Grundlage eines bestimmten Rechnungszinses und einer bestimmten Sterbetafel kalkuliert worden sei. Aus den Versicherungsbedingungen ergab sich weiter, dass der Versicherer diesen Rentenfaktor bis zum Beginn der Rentenzahlung unter Einbeziehung eines Treuhänders anpassen kann, wenn beispielsweise die Rendite der Kapitalanlagen nachhaltig sinkt. Der vom Bundesministerium der Finanzen festgelegte Höchstrechnungszins wurde inzwischen mehrmals herabgesetzt. Vor diesem Hintergrund war es grundsätzlich nachvollziehbar, dass es zu einer Anpassung des Rentenfaktors gekommen war. Die Versicherungsunternehmen teilten mit, einen Treuhänder einbezogen zu haben, der die Angemessenheit der Kürzung des Rentenfaktors bestätigt habe. Die Anpassung als solche konnte daher nicht beanstandet werden. Die Überprüfung der Treuhänderentscheidung ist im Ombudsmannverfahren nicht möglich. Die Versicherer teilten jedoch mit, dass die Unabhängigkeit des Treuhänders von der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht bestätigt worden sei.

Auch das Thema Falschberatung beschäftigte den Ombudsmann. Die Gründe, weshalb sich die Beschwerdeführer falsch beraten fühlten, waren wieder vielfältig. Es ging beispielsweise um Fragen der Eignung des abgeschlossenen Vertrages oder um sogenannte Umdeckungsfälle. Insoweit kann im Wesentlichen auf den Vorjahresbericht (Seite 33) verwiesen werden.

Abschließend sei erwähnt, dass den Ombudsmann auch im Berichtsjahr einige Beschwerden zu Anfechtungs- und Rücktrittserklärungen der Versicherer wegen Verletzung vorvertraglicher Anzeigepflichten (insbesondere wegen der Falschbeantwortung von Gesundheitsfragen) erreichten.

■ **Sonderteil Lebensversicherung** **Betriebliche Altersversorgung und Restschuldversicherung**

Um die Übersichtlichkeit zu verbessern und den Zugriff zu vereinfachen, werden die betriebliche Altersvorsorge (bAV) sowie die Restschuldversicherung in einem eigenen Berichtsteil behandelt, obwohl sie sich der Sparte Lebensversicherung zuordnen lassen.

Als Teilbereich der Lebensversicherung machen die versicherungsgebundenen Varianten der betrieblichen Altersversorgung etwas weniger als zehn Prozent der Beschwerden dieser Sparte aus. Wie in der privaten Lebensversicherung ist die Zahl der Beschwerden 2017 auch hier gestiegen. Die bAV gilt als eine der Säulen der Altersvorsorge und ist im Gesetz zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung (BetrAVG), auch als Betriebsrentengesetz bezeichnet, geregelt. Darin gibt der Gesetzgeber den Vertragsparteien gewisse Rahmenbedingungen vor, engt also den ansonsten bestehenden vertraglichen Spielraum ein.

Den verschiedenen Durchführungswegen ist gemein, dass der versorgungsberechtigte Arbeitnehmer während der Beschäftigungsdauer zwar stets versicherte Person, aber nie Versicherungsnehmer ist. Der Versicherungsvertrag wird vom Arbeitgeber oder von einer Unterstützungskasse eingerichtet und allen-

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

falls dann auf den Arbeitnehmer oder dessen Folgearbeitgeber übertragen, wenn das Arbeitsverhältnis endet. In dieser Mehrparteienkonstellation der bAV wird der Versicherungsvertrag zudem flankiert von arbeitsvertraglichen und sozialversicherungsrechtlichen Beziehungen, so dass Fragen der Zulässigkeit stärker im Vordergrund stehen als bei privaten Renten- und Lebensversicherungsverträgen. Auch das Versicherungsvertragsgesetz enthält Vorschriften, die nur auf die bAV anzuwenden sind, etwa die Pflicht des Versicherers, Beitragsrückstände nicht nur beim Versicherungsnehmer, sondern auch bei der versicherten Person anzunehmen und dieser die Möglichkeit zu geben, den Rückstand selbst auszugleichen (§ 166 Absatz 4 VVG).

Das BetrAVG enthält bestimmte Vorgaben für die bAV, die als Voraussetzung für die staatliche Förderung der Leistungen einzuhalten sind. Darunter fallen das Verfügungsverbot bei Unverfallbarkeit nach § 2 Absatz 2 BetrAVG, die Gestaltung des Bezugsrechts, Fragen der Übertragbarkeit von Versorgungsanswartschaften bei Arbeitgeberwechsel (Portabilität, § 4 BetrAVG) sowie die Insolvenzsicherung durch den Pensionssicherungsverein (§ 14 BetrAVG). Häufiges Beschwerdeziel waren die vorzeitige Auszahlung (§ 6 BetrAVG) oder die Abfindung (§ 3 BetrAVG) der Betriebsrente. Viele aus dem Betrieb ausgeschiedene Betriebsrentner wenden sich gegen den Wegfall von Gruppenrabatten, die der ehemalige Arbeitgeber in einem Kollektivvertrag mit dem Versicherer ausgehandelt hatte. Auch im familiengerichtlichen Versorgungsausgleich gelten für die bAV andere Regeln als für die private Rentenversicherung.

Nicht wenige Betriebsrentner fühlen sich bei Abschluss oder Führung ihrer Betriebsrente durch den Versicherer bzw. den Vermittler falsch beraten. Die Betreuung und Interessenwahrung für den Versorgungsberechtigten obliegen aber in erster Linie dem Arbeitgeber als arbeitsvertragliche Fürsorgepflichten. Auch weil die Vertragskommunikation hauptsächlich mit dem Versicherungsnehmer, also dem Arbeitgeber, geführt wird, ist es in diesem versicherungsvertraglichen Dreiecksverhältnis für den Arbeitnehmer oft nicht einfach, den Verlauf des Versicherungsvertrages genau zu erfassen. Probleme können bei Betriebsaufgabe oder Insolvenz des Arbeitgebers auftreten, etwa weil er nicht an der Umgestaltung des Versicherungsvertrages mitwirkt oder weil Gläubiger auf die Versorgung zugreifen wollen. Hier spielen Pfändungs- und Abtretungsfragen eine Rolle.

Weiterhin einen bedeutenden Anteil haben Beschwerden gegen die Erhebung von Krankenkassenbeiträgen auf betrieblich finanzierte Leistungen nach dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG). Wendet sich der Betriebsrentner gegen den Beitragsbescheid der Krankenkasse selbst, ist die Beschwerde unzulässig, weil sie sozialversicherungsrechtlich einzuordnen und damit nach öffentlichem Recht zu beurteilen ist. Wenn es um die rechnerische Herleitung der Kassenmeldung des Versicherers geht, kann der Ombudsmann oft für Klärung sorgen.

Weil die bAV im Verlauf eines Arbeitslebens nicht selten inhaltlich verändert oder auf einen neuen Versicherungsnehmer übertragen wird, sind die Verträge anfällig für tatsächliche oder vermutete Bearbeitungsfehler.



In der bAV stehen einem gegenseitigen Entgegenkommen zur bedarfsgerechten Anpassung von Vertragsinhalten auf dem Schlichtungswege nicht selten arbeits- oder betriebsrentenrechtliche Hindernisse und Verbote im Weg, die eine Kulanz- oder Vergleichslösung ausschließen.

■ Restschuldversicherung

Restschuldversicherungsverträge sollen bei Eintritt eines Versicherungsfalles gewährleisten, dass der Restkredit entweder auf einmal oder durch die Übernahme der fällig werdenden Kreditraten getilgt wird. Diese Versicherungen werden zum Teil auch als Ratenschutz- oder Kreditlebensversicherungen bezeichnet. Sie decken in erster Linie das Risiko eines Todesfalls ab, daher werden diesbezügliche Beschwerden als Untersparte zur Lebensversicherung geführt. Es handelt sich dem Grunde nach um Risikolebensversicherungen, die zusätzlich Versicherungsschutz zum Beispiel für den Fall der Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit bieten. Sie sind in der Regel, was die versicherten Leistungen anbelangt, auf ein konkretes Darlehen abgestimmt oder orientieren sich beispielsweise bei Versicherungen zu Kreditkartenkonten an dem bei Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Rückzahlungsstand.

Davon zu unterscheiden sind Ausfallschutzversicherungen. Diese werden beim Ombudsman den Sonstigen Versicherungen zugeordnet. Diese Verträge decken nicht das Risiko eines Todesfalls ab. Es besteht zumeist Versicherungsschutz für den Fall der Arbeitslosigkeit und der Arbeitsunfähigkeit. Versichert ist ein bestimmter monatlicher Betrag, der nicht zwingend einer bestimmten Kreditratehöhe entspricht und auch nicht zweckgebunden eingesetzt werden muss. Oft ist auch ein Unfallschutz enthalten.

Näheres zu einer Problematik der Restschuldversicherung unter 2.1.

■ Kfz-Versicherung

Die Kraftfahrzeugversicherung gehört auch im Berichtsjahr mit 1.919 zulässigen Eingaben (Vorjahr: 1.807) wieder zu den Sparten mit hohen Eingangszahlen. Durch den Anstieg erreicht sie einen Anteil von 12,9 (12,3) Prozent am Gesamtaufkommen der zulässigen Beschwerden zur Kraftfahrzeugversicherung, welche neben der Kfz-Haftpflicht- und Kaskoversicherung auch die Schutzbrief-, Insassenunfall- und die Wassersportversicherungen beinhaltet.

Hinsichtlich der Kfz-Haftpflichtversicherung war im Gegensatz zum vorherigen Berichtsjahr ein Beschwerdeanstieg zu verzeichnen. Auf diese Sparte entfielen 885 (838) der zulässigen Beschwerden, dies entspricht 6,0 (5,7) Prozent am Gesamteingang.

Die Kfz-Haftpflichtversicherung ist eine gesetzlich vorgeschriebene Pflichtversicherung für zulassungspflichtige Fahrzeuge. Sie schützt Führer und Halter von Fahrzeugen vor Schadenersatzansprüchen Dritter. Auch ohne eigenes Verschulden kann der Fahrzeughalter haftbar sein, da der Gesetzgeber im Straßenverkehrsgesetz eine Gefährdungshaftung festgelegt hat. Danach haftet der Halter eines

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Fahrzeugs für sämtliche Personen- und Sachschäden, die beim Betrieb entstehen. Der Geschädigte muss nicht zwangsläufig gegen die Fahrzeugverantwortlichen vorgehen, denn das Pflichtversicherungsgesetz begründet einen Direktanspruch gegen den Versicherer des Schädigerfahrzeugs.

Die meisten Beschwerden betrafen auch im Jahr 2017 wieder die Einstufung in vertragliche Schadenfreiheitsklassen, genauer gesagt die Frage, ob eine für diese Einstufung maßgebliche Regulierungsentscheidung des Versicherers rechtmäßig war.

Nach der gefestigten Rechtsprechung steht dem Versicherer in der Kfz-Haftpflichtversicherung eine weitgehende Regulierungsvollmacht zu. Deren Grenze ist erst dann überschritten, wenn der Versicherer bei der Regulierung willkürlich oder offensichtlich unsachgemäß gehandelt hat. Ist streitig, ob der Versicherer bei einer Regulierung sein Ermessen fehlerhaft ausgeübt hat, ist für die Entscheidung in der Regel maßgeblich, inwieweit der Vortrag des Versicherungsnehmers berücksichtigt wurde. Zudem wird oft bezweifelt, dass der geltend gemachte Schaden durch den Unfall verursacht wurde. Da die Entscheidungen der Versicherer sich nur selten als willkürlich oder völlig unsachgemäß im Rechtssinne herausstellten, blieb dem Ombudsmann meist nur, den Beschwerdeführern die Regulierungsentscheidung des Versicherers und die Rechtslage zu erläutern. Nahegelegenderweise beseitigte dies die Unzufriedenheit der Beschwerdeführer mit der Vertragsbelastung nicht immer.

Beschwerden zu den Schadenfreiheitsklassen betrafen häufig die Einstufung eines Vertrages nach einem Versichererwechsel. Da die einzelnen Verträge zum Teil Sondereinstufungen vorsehen, war es für den Versicherungsnehmer oftmals nicht einfach zu erkennen, welche Schadenfreiheitsklasse unternehmensgebunden und welche übertragbar ist. Bei einem Wechsel nannten die Versicherungsnehmer dem neuen Versicherer häufig die Schadenfreiheitsklasse, die dem Vorvertrag zuletzt zugrunde lag. Im Vergleich erschien damit das Angebot des neuen Versicherers günstig. Lagen dem jedoch Sondereinstufungen zugrunde, konnte sich später, nach dem Abgleich der Versicherer untereinander, herausstellen, dass der Vertrag beim Nachversicherer teurer war als der vorherige. Erfreulicherweise kamen die Versicherer ihren Kunden auf Vorschlag des Ombudsmanns oftmals entgegen oder halfen der Beschwerde ab.

Erwähnt sei im Zusammenhang mit der Einstufung in eine bestimmte Schadenfreiheitsklasse ein Beschwerdefall, bei dem der Versicherer es ablehnte, eine Berichtigung dieser Einstufung zugunsten des Beschwerdeführers vorzunehmen, da der Vertrag zu diesem Zeitpunkt bereits beendet war. Dem Streit lag folgende Klausel zugrunde:

„Für einen Kraftfahrtversicherungsvertrag gilt grundsätzlich die Schadenfreiheitsklasse, die der Anzahl der schadenfrei gefahrenen Jahre entspricht. Stehen diese einem Versicherungsnehmer nachweislich zur freien Verfügung, kann er sie seinem Kraftfahrtversicherungsvertrag anrechnen lassen.“



In dem Streitfall endete der Vorvertrag des Beschwerdeführers im Jahr 2012. Die schadenfrei gefahrenen Jahre, welche diesem Vertrag zugrunde lagen, standen ihm daher mangels Abschlusses eines weiteren Vertrages für dieses Fahrzeug ab diesem Zeitpunkt wieder zur Verfügung. Unstreitig waren diese schadenfreien Jahre nicht auf eine andere Person übertragen; es kam auch nicht zu einem Abschluss eines Folgevertrages für das Fahrzeug. Der Beschwerdeführer konnte daher nach Auffassung des Ombudsmanns, der sich mit einer Vielzahl von durchaus gewichtigen Einwendungen der Beschwerdegegnerin auseinandersetzen hatte, im Ergebnis ab diesem Zeitpunkt über seine bisher schadenfrei gefahrenen Jahre wieder verfügen und sie damit zur rückwirkend „günstigeren“ Einstufung seines Kraftfahrtversicherungsvertrages bei der Beschwerdegegnerin verwenden.

Neben den genannten Schwerpunktthemen gingen im Berichtsjahr etliche Beschwerden im Zusammenhang mit Regressforderungen der Versicherer aufgrund von Obliegenheitsverletzungen der Versicherungsnehmer (zum Beispiel Unfallflucht, Alkohol) ein. Besonderes Augenmerk bei der Bearbeitung dieser Beschwerden galt der Prüfung, ob eine objektiv begangene Obliegenheitsverletzung des Versicherungsnehmers im Einzelfall auch ursächlich dafür war, dass der Versicherer leisten musste. Das ist nämlich die Voraussetzung für die Regressforderungen des Versicherers, was jedoch vielen Versicherungsnehmern und sogar auch einigen Versicherern nicht geläufig ist. Einige Beschwerdeführer wendeten sich gegen die Regressforderungen, weil sie der Ansicht waren, keine Obliegenheitsverletzung begangen zu haben. Wenn diese Beschwerden Erfolg hatten, lag dies oftmals an der fehlenden Kausalität zwischen der Obliegenheitsverletzung des Versicherungsnehmers und der Leistungspflicht des Versicherers.

Die Beschwerdeeingänge in der Kfz-Kaskoversicherung sind im Vergleich zum Vorjahr von 969 auf 1.034 weiter gestiegen. Der Versicherungsschutz im Rahmen der Kaskoversicherung, welche als Teil- oder als Vollkaskoversicherung abgeschlossen werden kann, erstreckt sich auf das Fahrzeug als solches beziehungsweise die mitversicherten Fahrzeugteile. Während in der Teilkaskoversicherung bestimmte Ereignisse wie Brand, Entwendung, Sturm, Hagel, Blitzschlag und Zusammenstöße mit (ggf. bestimmten) Tieren versichert sind, sichert die Vollkaskoversicherung neben den Schäden aus der Teilkaskoversicherung unter anderem auch Unfall- und Vandalismusschäden ab.

Zentrale Beschwerdeanliegen waren zum einen Diebstahlsfälle und zum anderen die Schadenhöhe. In Diebstahlsfällen wollten die Versicherer zum Teil, wie bereits in den Vorjahren, die Verweigerung der Leistung nicht detailliert begründen. Sie beabsichtigten, sich die Gründe für die Annahme, es läge kein Diebstahl des Fahrzeugs vor, für ein etwaiges gerichtliches Verfahren vorzubehalten. Diese Haltung ist zwar nachvollziehbar, der Ombudsmann ist jedoch nicht berechtigt, in solchen Fällen die Befassung mit der Beschwerde abzulehnen. Andererseits wäre eine Entscheidung auf der Grundlage des Vortrags der Beschwerdeführer nach § 7 Absatz 4 VomVO auch nicht sachgerecht. Deshalb erhielten die Versicherer jeweils Gelegenheit, substantiiert darzulegen, dass hinreichende Anhaltspunkte für einen beabsichtigten Versicherungsbetrug vorhanden waren. Gelang dies,

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

erklärte der Ombudsmann, dass die Beschwerde für eine Entscheidung im schriftlichen Verfahren nicht geeignet ist.

Beschwerden zur Abrechnung des Schadenfalls betrafen in der Regel vom Versicherer gekürzte Schadenpositionen oder die Kalkulation des Wiederbeschaffungs- und Restwerts. Konnte auch im Rahmen des Ombudsmannverfahrens keine Klärung erfolgen oder keine einvernehmliche Lösung gefunden werden, verblieb es bei der Erläuterung der Rechtslage. Zudem wurde auf die Durchführung des Sachverständigenverfahrens hingewiesen, welches die Versicherungsbedingungen bei Meinungsverschiedenheiten solcher Art in der Regel vorsehen.

Dass die Durchführung des Sachverständigenverfahrens in Einzelfällen aber auch zweifelhaft sein oder gar missbraucht werden kann, wurde in diesem Berichtsjahr an folgenden Fällen deutlich: Ein Sachverständiger hatte für verschiedene Versicherungsnehmer Sachverständigenverfahren eingeleitet und diese teilweise auch dann noch durchgeführt, wenn der Versicherer seine Kürzung nicht weiter aufrechterhielt. Zahlte der Versicherer die – hohen – Sachverständigenkosten nicht, wurde der Ombudsmann angerufen, wobei der Sachverständige als Vertreter der Versicherungsnehmer auftrat. Einige Versicherer wandten ein, dass die Regelungen des Sachverständigenverfahrens ausgenutzt würden. Auch seien die Sachverständigengebühren überhöht und stünden in keinem Verhältnis zum streitigen Betrag. Die Beschwerden hatten letztlich alle keinen Erfolg. Auch wenn die zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen grundsätzlich die Klärung durch ein Sachverständigenverfahren vorsahen, was nicht bei allen Beschwerden der Fall war, war jedoch Voraussetzung, dass eine Meinungsverschiedenheit über die Höhe des Schadens einschließlich der Feststellung des Wiederbeschaffungswerts oder den Umfang der erforderlichen Reparaturarbeiten bestand. Ob im konkreten Fall jeweils eine solche Meinungsverschiedenheit zugrunde lag, ließ sich im Ombudsmannverfahren nicht abschließend feststellen. In einigen Fällen kam hinzu, dass die Ansprüche des Versicherungsnehmers an die jeweilige Werkstatt abgetreten waren. In diesen Beschwerdeverfahren konnte es daher allenfalls zu einer Meinungsverschiedenheit zwischen den Versicherern und der Werkstatt gekommen sein. Dafür ist das in den Versicherungsbedingungen geregelte Sachverständigenverfahren jedoch nicht vorgesehen. Darüber hinaus war fraglich, ob die Bevollmächtigungen des Sachverständigen im Sinne des Rechtsdienstleistungsgesetzes überhaupt wirksam waren und der Sachverständige damit zur Einlegung der Ombudsmannbeschwerden berechtigt war.

Auch das Thema der qualifizierten Mahnung bei einem Beitragsrückstand sowohl in der Kfz-Haftpflicht- als auch der Kaskoversicherung war wieder Gegenstand von Beschwerden. Werden die Beiträge eigenständiger Verträge, wie der Kfz-Haftpflicht- und der Kaskoversicherung, zusammen angemahnt ohne den Hinweis, dass der Versicherungsschutz für das jeweilige Vertragsverhältnis nicht von der Zahlung des gesamten Prämienrückstands abhängt, ist dies nach der Rechtsprechung des BGH bedenklich. Nachdem die Versicherer hierauf aufmerksam gemacht wurden, halfen sie den jeweiligen Beschwerden ab.



Ein weiteres Problem stellte, wie in den letzten Jahren auch, eine mangelnde oder in einzelnen Fällen sogar gänzlich fehlende Kommunikation zwischen den Versicherungsnehmern und den Versicherern dar. Dies zeigte sich im Jahr 2017 zum Beispiel bei Schadenregulierungen im Zusammenhang mit Partnerwerkstätten, was bereits im letzten Jahresbericht dargestellt wurde (vgl. 2016, Seite 41 ff.). Aber auch wenn es um die Erzielung des ermittelten Restwerts ging, hätte durch Kommunikation ein Konflikt vermieden werden können. In einigen Beschwerdefällen entschieden sich die Versicherungsnehmer dazu, ihr Fahrzeug zu dem vom Gutachter ermittelten Restwert zu veräußern, ohne zuvor mit dem Versicherer Kontakt aufzunehmen. Konnte der Versicherer ein höheres Restwertangebot vermitteln, legte er dieses der Schadenabrechnung zugrunde.

Diese Vorgehensweise der Versicherer ist jedoch nicht unbedenklich. In der Regel kann ein Versicherungsnehmer davon ausgehen, dass er das Fahrzeug zu dem im Sachverständigengutachten genannten Restwertangebot veräußern kann. Dies gilt jedenfalls dann, wenn der Sachverständige vom Versicherer beauftragt wurde und der Versicherer bzw. der Sachverständige im Gutachten keinen Hinweis gegeben hatte, dass sich der Versicherungsnehmer vor der Verwertung nochmals an den Versicherer wenden sollte. Die Versicherer halfen in der Regel den Beschwerden ab, nachdem sie vom Ombudsmann mit den vorstehenden Bedenken konfrontiert worden waren.

■ Gebäudeversicherung

Zur Gebäudeversicherung erreichten den Ombudsmann im Berichtsjahr 1.167 (Vorjahr: 1.237) zulässige Beschwerden. Das entspricht einem Anteil von 7,8 (8,4) Prozent am Gesamtaufkommen. Die Gebäudeversicherung bietet Versicherungsschutz bei Schäden durch eine versicherte Gefahr, dies sind in der Grunddeckung Brand, Blitzschlag und Explosion, Leitungswasser- und Rohrbruchschäden sowie Sturm- und Hagelschäden. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, den Versicherungsschutz an die individuellen Bedürfnisse des Versicherungsnehmers anzupassen. So können insbesondere Elementarschäden versichert werden, die aufgrund von Klimaveränderungen in den letzten Jahren auffallend zugenommen haben. Hierzu zählen insbesondere Überschwemmungsschäden, witterungsbedingter Rückstau, Erdsenkung, Erdbeben und weitere Naturgefahren.

Wie in den vergangenen Jahren gehörten Sturm-, Leitungswasser- und Rohrbruchschäden zu den häufigsten Beschwerdeanlässen. Außer über die Frage, ob ein versicherter Schaden eingetreten war, bestanden vielfach unterschiedliche Auffassungen über die Höhe der vom Versicherer zu erbringenden Entschädigungsleistung. Nachfolgend sollen beispielhaft einige Beschwerdekongstellationen beschrieben werden, die für die Gebäudeversicherung typisch sind.

Ein Versicherungsfall in der Gebäudeversicherung setzt erstens voraus, dass eine versicherte Sache zerstört oder beschädigt wird oder abhandenkommt, und zweitens, dass eine der eingangs genannten versicherten Gefahren eingewirkt hat. Versicherte Sachen können Gebäude, Garagen, Carports, aber auch

Grundstücksbestandteile, wie zum Beispiel Grundstückseinfriedungen, sein. Für das Vorliegen der genannten Voraussetzungen ist nach den allgemeinen zivilrechtlichen Regelungen der Versicherungsnehmer beweisbelastet. Wie in den Vorjahren hofften einige Beschwerdeführer, dass ihnen der Versicherungsombudsmann bei der Beschaffung geeigneter Beweismittel hilft, indem er beispielsweise Zeugen anhört oder einen Sachverständigen beauftragt. Darauf ist das schriftliche Ombudsmannverfahren jedoch nicht ausgelegt, so dass die Verfahrensordnung festlegt, dass der Ombudsmann keine Beweise erhebt außer dem Urkundsbeweis. Der Ombudsmann nimmt vielmehr seine rechtliche Bewertung auf der Grundlage der ihm von den Beschwerdeparteien zur Verfügung gestellten Unterlagen vor.

In der Schadenregulierung ist es mittlerweile üblich, dass die Versicherer ab einer gewissen Größenordnung des angezeigten Schadens Sachverständige oder Sachverständigenorganisationen mit Ermittlungen zur Schadenursache und -höhe beauftragen. Dies kann den Versicherungsnehmer entlasten, wenn im Ergebnis ein versicherter Schaden anerkannt und reguliert wird. Gelangt ein Sachverständiger hingegen zu der Auffassung, dass kein Versicherungsfall vorliegt oder nur ein Teil des geltend gemachten Schadens ersatzfähig ist, erhöht es die Hürde für den Versicherungsnehmer, den Nachweis zu erbringen. Gelingt es dem Versicherungsnehmer nicht, das Gutachten zu widerlegen, kann seine Beschwerde regelmäßig keinen Erfolg haben. Doch nicht immer konnten die eingeholten Gutachten überzeugen. Stellte der Gutachter etwa lediglich pauschal fest, dass kein Versicherungsfall vorlag, ohne darzulegen oder zu begründen, wie er zu dieser Einschätzung gelangte, fehlte es an der Beweiskraft. In manchen Fällen nahmen Sachverständige rechtliche Bewertungen vor, obwohl dies nicht zum Gutachterauftrag gehörte. Waren diese dann auch noch unzutreffend, so entwertete dies das Gutachten. Aber auch eine zutreffende rechtliche Bewertung enthebt den Ombudsmann nicht von seiner Prüfpflicht. Stellte der Versicherungsombudsmann bei seiner inhaltlichen Prüfung von Gutachten fest, dass sie in sich nicht stimmig oder widerspruchsfrei waren, machte er den Versicherer darauf aufmerksam und regte eine Nachuntersuchung und in eindeutigen Fällen eine Abhilfe an.

Insbesondere in der Sturmversicherung kam die soeben angesprochene Beweislast immer wieder zum Tragen, denn der Versicherungsnehmer muss den Nachweis führen, dass ein Sturm den Schaden an der versicherten Sache verursacht hat. Ein Sturm ist in den Versicherungsbedingungen definiert als eine wetterbedingte Luftbewegung von mindestens Windstärke 8 nach der Beaufortskala. Dies entspricht 63 km/h. Steht fest, dass zum angegebenen Zeitpunkt am Versicherungsort Sturm herrschte, muss der Versicherungsnehmer in einem weiteren Schritt nachweisen, dass der eingetretene Schaden kausal durch die unmittelbare Einwirkung des Sturms hervorgerufen worden war. An diesem Punkt stellte sich oft die Frage, ob das vorgefundene Schadenbild allein durch Sturm verursacht wurde oder ob vielleicht schon vor Eintritt des Schadens bauliche Mängel vorhanden waren, deren Beseitigung nicht unter den Versicherungsschutz fallen. Konnte der Versicherungsnehmer kein qualifiziertes Gutachten vorlegen, das belegte, dass die Reparaturarbeiten schadenbedingt waren, oder legte der Versicherer ein



Gegengutachten vor, so verblieb im Ombudsmannverfahren regelmäßig nur, den Sachvortrag und die Gutachten inhaltlich zu prüfen und einen Schlichtungsvorschlag zu unterbreiten oder eine Entscheidung nach der Beweislast zu treffen.

Typischer Beschwerdegegenstand bei Hagelschäden war die Frage, ob der Versicherungsnehmer bei beschädigten Außenrollläden, die nach wie vor funktionsfähig sind, Anspruch auf einen Kompletttausch oder nur auf eine Wertminderung hat. Das Interesse des Versicherungsnehmers an einer kompletten Erneuerung ist nachvollziehbar und wird oft damit begründet, dass es sich um eine Neuwertversicherung handele. Insoweit vertritt die überwiegende Rechtsprechung die Auffassung, dass ein Versicherungsnehmer bei Schönheitsschäden, bei denen nur das Aussehen, nicht aber die Funktion der beschädigten Sache beeinträchtigt ist, nur eine Wertminderung beanspruchen kann. Begründet wird dies damit, dass der Umfang der Reparaturkosten nach dem Gebot der Erforderlichkeit und Zumutbarkeit zu bestimmen ist. Als Maßstab gilt, ob ein Versicherungsnehmer bei Abwägung aller Einzelfallumstände auch als nicht-versicherter Gebäudeeigentümer bei verständiger Würdigung seinen Rolladen austauschen würde oder ob es sich um einen Luxusaufwand handelt, der nicht versichert ist. Bei optischen Beeinträchtigungen kommt es dabei vor allem auf den Funktionszweck der beschädigten Sache, auf die Art, Größe und örtliche Lage der Schadenstelle an. Es ist daher letztendlich eine Frage des Einzelfalls, ob die Grenze der Zumutbarkeit bereits überschritten wurde und der Versicherungsnehmer Anspruch auf einen Kompletttausch hat oder ob lediglich eine Wertminderung angezeigt ist. Für den Versicherungsombudsmann war dies nicht immer leicht zu entscheiden, da er eine Bewertung in der Regel nur anhand der ihm zur Verfügung gestellten Fotos vornehmen kann. Gelangte er jedoch zu der Einschätzung, dass nach den Kriterien der Rechtsprechung ein Kompletttausch gerechtfertigt ist, begründete er seine Auffassung gegenüber dem Versicherer und regte eine Überprüfung der Entscheidung an. In der Regel hatte dies zur Folge, dass der Versicherer eine Nachbesichtigung in Auftrag gab und mit dem Versicherungsnehmer eine einvernehmliche Lösung gefunden wurde.

Erneut betrafen Beschwerden in der Leitungswasserversicherung Nässeschäden, die dadurch entstanden waren, dass Wartungsfugen von Duschkabinen oder Badewannen porös und damit undicht geworden waren. Dadurch drangen bei jedem Duschvorgang geringe Wassermengen in die Gebäudesubstanz und schädigten diese auf Dauer. In der Leitungswasserversicherung besteht Versicherungsschutz, wenn aus Rohren oder aus mit dem Rohrsystem verbundenen sonstigen Einrichtungen der Wasserversorgung Leitungswasser bestimmungswidrig austritt. Ob Badewannen und Duschkabinen als „verbundene Einrichtungen“ in diesem Sinne anzusehen sind, beurteilt die Rechtsprechung nicht einheitlich. Die Entscheidung dieser Frage durch ein höchstrichterliches Urteil steht noch aus. Sie ist von so erheblicher rechtlicher Bedeutung, dass sie im Ombudsmannverfahren nicht abschließend geklärt werden kann. Eine verpflichtende Entscheidung gegen den Versicherer ist deshalb nicht möglich. Die uneinheitliche Rechtsprechung bietet dem Ombudsmann aber die Möglichkeit,

Vergleiche zu erreichen, indem er die Beschwerdeparteien auf die nicht abschließend geklärte Rechtslage hinweist. Aufgrund der Aussicht auf ein anschließendes Gerichtsverfahren, das beiderseits das Risiko, zu obsiegen oder zu unterliegen, in sich birgt, ließen sich oft Einigungen erzielen.

Vertragsfragen spielten in der Wohngebäudeversicherung nur eine untergeordnete Rolle. Hier überwogen Beschwerden über Kündigungszurückweisungen von Versicherern nach einem Eigentümerwechsel, wenn Kündigungsfristen nicht eingehalten wurden oder wenn bei einem beabsichtigten Versichererwechsel die gesetzlich vorgeschriebene Zustimmung von Realgläubigern zur Kündigung nicht eingeholt und dem Versicherer vorgelegt wurde. In diesen Fällen konnte der Versicherungsombudsmann regelmäßig nur prüfen, ob form- und fristgerecht gekündigt wurde. War dies nicht der Fall, blieb ihm nur, dem Beschwerdeführer die Rechtslage zu erläutern.

■ Hausratversicherung

Im Berichtszeitraum erreichten den Ombudsmann 778 (Vorjahr: 793) zulässige Beschwerden zur Hausrat-, Glas- und Inhaltsversicherung. Aufgrund der gestiegenen Zahl an zulässigen Beschwerden insgesamt führte dies zu einer Verringerung der Hausratbeschwerden am Gesamtaufkommen der zulässigen Eingaben auf 5,2 Prozent, nach 5,4 Prozent im Vorjahr.

Über eine Hausratversicherung sind Gegenstände abgesichert, die einem Haushalt zur Einrichtung, zum Gebrauch oder Verbrauch dienen. Versicherungsschutz besteht gegen Risiken wie Feuer, Leitungswasser, Sturm, Hagel, Einbruchdiebstahl, Raub oder Vandalismus. Durch besondere Tarife oder den Einschluss von Klauseln lässt sich der Deckungsumfang individuell den persönlichen Bedürfnissen anpassen. Möglich ist beispielsweise die Erweiterung auf Elementarschäden (zum Beispiel durch Überschwemmungen oder Erdbeben), blitzbedingte Überspannung oder verschiedene Ausprägungen des einfachen Diebstahls. Hierzu zählen der Diebstahl von Fahrrädern, Trickdiebstahl oder die Entwendung von Hausratgegenständen aus Kraftfahrzeugen. Im Schadenfall hat der Versicherungsnehmer Anspruch auf die notwendigen Reparaturkosten zur Wiederherstellung einer beschädigten Sache oder auf den Neuwert zerstörter oder abhandengekommener Hausratgegenstände. Außerdem ersetzt der Versicherer bestimmte Kosten, die in den Versicherungsbedingungen genannt sind. Dabei handelt es sich um Kosten, die in Zusammenhang mit einem Versicherungsfall entstehen können, wie zum Beispiel Aufräumungskosten, Schlossänderungskosten oder Hotelkosten.

Wie bereits in den Vorjahren betrafen die Beschwerden vor allem die Schadenregulierung. Im Mittelpunkt der Prüfung stand oft die Frage, ob der Standpunkt des Beschwerdeführers als hinreichend bewiesen gelten konnte. Grundsätzlich obliegt dem Versicherungsnehmer die Beweislast. Er hat zu belegen, dass ein Versicherungsfall eingetreten und welcher Schaden dadurch entstanden ist.

Problematisch ist dies insbesondere bei Diebstahlschäden, die auch im Berichtsjahr die mit Abstand größte Gruppe von Beschwerdefällen im Hausratbereich



stellten. Es ist ja gerade Absicht der Täter, das Delikt unbemerkt zu begehen. Deshalb kommen Versicherungsnehmer besonders dann in Beweisnot, wenn sich keine Einbruchspuren finden lassen. Aber selbst dann ist der Nachweis noch möglich. Dafür muss allerdings feststehen, dass unversicherte Begehungsweisen zumindest unwahrscheinlich sind. Kann der Versicherungsnehmer beispielsweise belegen, dass er alle Türen zuvor abgeschlossen hatte, und zudem ausschließen, dass der Täter einen der Originalschlüssel verwendete, bleibt in der Regel nur noch ein Einbruch bzw. ein versichertes Eindringen als Ursache für das Verschwinden der Gegenstände übrig.

Noch immer kam es bei Hausratbeschwerden häufig vor, dass die Versicherer diese Möglichkeit eines Nachweises nicht in ihre Prüfung miteinbezogen hatten, sondern die Regulierung allein wegen fehlender Einbruchspuren ablehnten. Konnte der Beschwerdeführer auf Rückfrage des Ombudsmanns unversicherte Begehungsweisen in hinreichend plausibler Weise ausschließen, führte dies erfreulicherweise oft dazu, dass die Versicherer von der vollständigen Weigerung abrückten. Insbesondere wenn der Beschwerdeführer den Nachweis nicht sicher erbringen konnte, war die Beilegung des Streits durch einen Vergleich ein sinnvolles Ergebnis, zumal im Ombudsmannverfahren eine Zeugen- oder Parteivernehmung, wie sie häufig zur Beweiserhebung notwendig gewesen ist, nicht zulässig ist.

Für die Fallgruppe der Fahrraddiebstähle gelten besondere Nachweisanforderungen. Zwar ist eine Entschädigungsleistung des Versicherers nicht grundsätzlich daran geknüpft, dass sich das Fahrrad in einem verschlossenen Gebäude am Versicherungsort befunden hat. Allerdings ist nicht selten vereinbart, dass ein Diebstahl nur während der Tageszeit (zum Beispiel von 6 Uhr bis 22 Uhr) versichert ist. Ließ sich dies, jedenfalls im Ombudsmannverfahren, nicht mit Sicherheit feststellen, wirkte es sich aufgrund der Beweislastverteilung in der Regel zum Nachteil des Versicherungsnehmers aus.

Mehrfach stritten Versicherungsnehmer und Versicherer aber auch über die Frage, was genau unter einem Versicherungsfall zu verstehen sei, wenn mehrere Fahrräder entwendet werden. Hintergrund ist, dass die Höchstentschädigung „je Versicherungsfall“ häufig auf einen bestimmten Prozentsatz (zum Beispiel 1 oder 2 Prozent) der Versicherungssumme begrenzt ist. Was im Rahmen des versicherten Fahrraddiebstahls einen Versicherungsfall darstellt, ist in den Versicherungsbedingungen selten ausdrücklich geregelt. Die ständige Rechtsprechung geht grundsätzlich dann von einem zusammenhängenden Versicherungsfall aus, wenn sich mehrere Ereignisse nach der Verkehrsauffassung bei natürlicher Betrachtungsweise als Teil eines einheitlichen Vorgangs darstellen. Werden die Fahrräder von unterschiedlichen Tätern oder zu unterschiedlichen Zeitpunkten unabhängig voneinander entwendet, handelt es sich folglich um mehrere Versicherungsfälle. Werden die Fahrräder jedoch von denselben Tätern zusammen oder unmittelbar hintereinander entwendet, stellt dies einen einheitlichen Geschehensablauf und damit einen Versicherungsfall dar. Problematisch ist dabei zum einen, dass sich in der Regel nicht feststellen lässt, ob die Fahrräder gleichzeitig oder unabhängig voneinander gestohlen wurden, so dass die allgemeine Beweis-

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

lastverteilung zulasten der Versicherungsnehmer greift. Zum anderen trugen viele Versicherungsnehmer vor, ihrer Meinung nach gelte die Höchstentschädigungsgrenze je Fahrrad und nicht je Versicherungsfall. Deshalb hatten sie nach ihren Angaben die meist individuell zu vereinbarende Entschädigungsgrenze am Wert eines Fahrrads angesetzt, auch wenn mehrere Fahrräder versichert werden sollten, und mussten daher den darüber hinausgehenden Schaden für die anderen Fahrräder selbst tragen.

Eine nicht sehr häufige Beschwerdegruppe betrifft Überschwemmungsschäden. Auch diese Schäden können als sogenannte Elementarschäden zusätzlich versichert werden. Auffällig an diesen Beschwerden war, dass ihnen zumeist dieselbe Streitfrage zugrunde lag. In der Regel hatte sich ein heftiges Unwetter mit Starkregen ereignet, der zu einer Überflutung der Wohnung, der Garage oder insbesondere des Kellers geführt und dabei den darin befindlichen Hausrat beschädigt hatte. Durchweg waren die Versicherungsnehmer fest davon überzeugt, dagegen im Rahmen der Elementarschadenabdeckung versichert zu sein, da ihre Räume überflutet wurden und damit eine Überschwemmung vorliege. Die Versicherungsbedingungen stellen jedoch darauf ab, dass nicht die Wohnung oder der Keller überflutet sein müssen, sondern der Grund und Boden des Versicherungsgrundstücks. Mit anderen Worten kommt es nicht (nur) darauf an, ob der Hausrat des Versicherungsnehmers am Versicherungsort durch Wassermassen beschädigt wird, sondern vor allem, ob sein Grundstück, welches nicht mit dem Versicherungsort identisch ist, überflutet worden ist. Wurde aufgrund der Gegebenheiten vor Ort also nur ein kleiner Teil des Grundstücks, wie beispielsweise die Terrasse, überflutet, so lag selbst bei einer Beschädigung von Hausrat im Gebäude kein Überschwemmungsschaden vor. Problematisch war in diesem Zusammenhang häufig, dass die Versicherungsnehmer das Ausmaß der Überflutung des Grundstücks nicht belegen konnten oder nicht kannten, beispielsweise weil das Unwetter nachts oder während ihrer Abwesenheit stattfand. Häufig fällt auch die Bemerkung, man habe sich eher mit der Rettung seiner Sachen als der Dokumentation der Ereignisse, wie Ablichtung des Gartens, beschäftigt, was man im Nachhinein aber bereue. Auch hier wirkte sich eine Beweisnot erneut in aller Regel zulasten der Versicherungsnehmer aus.

Auch wenn der Versicherungsfall dem Grunde nach unstrittig war, konnte es zu Streitigkeiten zwischen den Vertragspartnern über die konkrete Schadenhöhe kommen. Sie war häufigster Beschwerdegrund – unabhängig von der versicherten Gefahrenart. Da auch hier vorwiegend Tatsachen- und nicht Rechtsfragen streitig waren, die im Beschwerdeverfahren ohne eine Beweisaufnahme in aller Regel nicht aufgeklärt werden können, waren die Möglichkeiten der Sachverhaltsaufklärung des Ombudsmanns beschränkt. In den meisten Fällen erläuterte der Ombudsmann den Parteien seine Auffassung und unterbreitete, wenn möglich, einen Schlichtungsvorschlag. Erfreulicherweise hatten diese Bemühungen nicht selten Erfolg. So lag im vergangenen Jahr die Quote von Beschwerden aus diesem Bereich, bei der das Versicherungsunternehmen der Beschwerde zumindest zu einem Teil abgeholfen oder sich mit dem Versicherungsnehmer gar vollständig geeinigt hat, bei knapp über der Hälfte der Fälle.



■ Unfallversicherung

Beschwerden zur privaten Unfallversicherung machten im Berichtsjahr mit 699 (Vorjahr: 811) zulässigen Eingaben einen Anteil von 4,7 (5,5) Prozent des Beschwerdeaufkommens aus.

Eine Unfallversicherung dient in erster Linie der Absicherung der wirtschaftlichen Folgen von Invalidität. Von besonderen Erweiterungen einzelner Anbieter abgesehen, ist Grundvoraussetzung für die Leistungspflicht eines Unfallversicherers immer ein Unfall im Sinne einer plötzlichen äußeren Einwirkung oder aufgrund einer erhöhten Kraftanstrengung, die über das alltägliche Maß hinausgeht. Invalidität wird als eine dauerhafte Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit definiert. Die Höhe der von einem Unfallversicherer auszahlenden Invaliditätsleistung hängt vom Grad der Einschränkung der Funktionsfähigkeit der durch den Unfall betroffenen Körperteile ab und wird entweder nach der vertraglich vereinbarten Gliedertaxe oder im Rahmen einer medizinischen Gesamtschau bemessen. Neben der für die meisten Versicherungsnehmer als am wichtigsten empfundenen Invaliditätsleistung spielte im Berichtsjahr auch die Zahlung von Sofortleistungen bei Schwerverletzungen und die Bewilligung von Kurbeihilfen eine wichtiger werdende Rolle. Weiterhin von Bedeutung waren Beschwerden zu Unfallversicherungsverträgen mit Beitrags- bzw. Prämienrückgewähr. Bei dieser Vertragsart wird die Unfallversicherung mit Elementen der kapitalbildenden Lebensversicherung kombiniert.

Die Meinungsverschiedenheiten über die Abrechnung von Kapitalleistungen wegen einer unfallbedingt eingetretenen Invalidität bildeten auch in diesem Jahr den Schwerpunkt, während Streitigkeiten über die Wirksamkeit – insbesondere über den Zugang – von Kündigungen der Versicherungsnehmer im Vergleich zum Vorjahr seltener Gegenstand des Ombudsmannverfahrens waren. Zugenommen haben hingegen Unklarheiten und Irritationen der Beschwerdeführer über eine aus ihrer Sicht unsachgemäße Beratung beim Abschluss des Vertrages.

Die Differenzen zu den Abrechnungen der Invaliditätsleistung entsprangen wie im Vorjahr ganz überwiegend den unterschiedlichen Auffassungen der Verfahrensbeteiligten über Güte und Aussagekraft der medizinischen Gutachten, auf deren Grundlage der Versicherer seine Leistung abrechnete. So wurde von den Beschwerdeführern oft bemängelt, der Gutachter habe wesentliche Umstände bei der Bewertung des Invaliditätsgrades außer Acht gelassen, beispielsweise ein erhöhtes Schmerzaufkommen oder Beeinträchtigungen in bestimmten Lebensbereichen, insbesondere im Beruf. Grundsätzlich gilt jedoch, dass in der privaten Unfallversicherung berufliche Beeinträchtigungen die Höhe einer Invaliditätsleistung nicht beeinflussen; entscheidend ist allein der Umfang der unfallbedingt entstandenen Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit. Weiterhin beanstanden die Beschwerdeführer oft die Neutralität der Gutachter. Zur Bestätigung wurde nicht selten angeführt, eine Internetrecherche habe ergeben, das Begutachtungsinstitut unterhalte ein fortwährendes Auftragsverhältnis zu Versicherern. Hierzu hat es sich in den letzten Jahren bewährt, jedenfalls bei

einer erforderlichen Nachbegutachtung, dem Versicherten eine Auswahlmöglichkeit zwischen unterschiedlichen vom Versicherer vorgeschlagenen medizinischen Einrichtungen zu eröffnen. Damit wird eine Akzeptanz des Gutachtenergebnisses durch die versicherte und begutachtete Person gefördert. Weiterhin ein Streitpunkt blieb die Frage, ob und in welchem Umfang unfallfremde Mitwirkungsfaktoren die Höhe der Versicherungsleistung beeinflusst haben. Im Ombudsmannverfahren können nur selten ärztliche Gutachten in ihrem Beweiswert in Frage gestellt werden. Hierzu müssen offenkundige Widersprüche oder sachfremde Erwägungen erkennbar sein. Wenn dies der Fall ist, beziehen sich diese Zweifel in vielen Fällen auf die Berücksichtigung unfallfremder Mitwirkungsfaktoren durch den Sachverständigen in Gestalt fehlender Abgrenzung altersbedingter zu pathologischen altersübersteigenden Verschleißerscheinungen oder zwischen einer Vorinvalidität und unfallfremden Mitwirkungsfaktoren.

Wiederholt kam es zwischen den Vertragsparteien über die korrekte Anwendung der Gliedertaxe zum Streit. In der privaten Unfallversicherung werden dauerhafte Beeinträchtigungen an den Körperteilen unterschiedlich hoch bewertet. Die Parteien stritten in mehreren Fällen darüber, ob bei einer dauerhaften Beeinträchtigung des Sprunggelenks der Fußwert oder der Beinwert nach der Gliedertaxe anzuwenden war. Die Beschwerdeführer beanspruchten naturgemäß den Beinwert, weil dieser mit einem höheren maximalen Ausgangswert (in der Regel 70 Prozent der Invaliditätsleistung) als der Fußwert (in der Regel 40 Prozent der Invaliditätsleistung) beginnt. Maßgebend nach der Rechtsprechung ist der Sitz der unfallbedingten Schädigung (BGH-Urteil vom 14. Dezember 2011 – IV ZR 34/11). Ausstrahlende Schmerzen, die bei den Beschwerdeführern oft auch in den rumpfnäheren Gliedmaßen Beeinträchtigungen verursachen, sind ihrem Ursprungssitz zuzuordnen (BGH-Urteil vom 17. Januar 2001 – IV ZR 32/00), so dass ein Unfallversicherer trotzdem den niedrigeren maximalen Ausgangswert des rumpfernteren, aber organisch durch den Unfall betroffenen Körperteils zugrunde legen kann. Gingen die Beschwerden jedoch über reine Ausstrahlungen hinaus, konnte dies im Ergebnis dazu führen, dass trotz der Lokalisation der Unfalleinwirkung im rumpfferneren Körperteil der maximale Ausgangswert des rumpfnäheren Körperteils zugrunde gelegt werden muss (Leverenz in Bruck/Möller, Ziffer 2.1 AUB 2008, Rn. 188). Diese Einzelfallbewertung findet vornehmlich im medizinischen und weniger im juristischen Bereich statt, so dass im Ombudsmannverfahren zu dieser Frage regelmäßig keine Klärung herbeigeführt werden konnte. Hingegen bieten solche Verfahren oft Einigungsmöglichkeiten, beispielsweise durch die hälftige Zahlung der strittigen Differenzsumme oder durch eine Nachbegutachtung bei einer medizinischen Stelle, auf die sich die Vertragsparteien vorher geeinigt haben.

Im Berichtsjahr sorgte ein Urteil des OLG Celle vom 22. Mai 2015 (8 U 199/14) mehrfach für Diskussionen. Die vom BGH bereits am 23. Juni 2004 (IV ZR 130/03) für wirksam erklärte sogenannte „Psychoklausel“ besagt, dass keine Leistungspflicht des Unfallversicherers für krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen besteht, selbst wenn diese auf einen Unfall zurückzuführen sind. Das OLG Celle hatte sich in dem genannten Verfahren zu der zwischen den Parteien kontrovers beurteilten Frage geäußert, ob dieser Aus-



schlussatbestand umfassend auf alle psychischen Reaktionen anzuwenden ist. Dies verneinte – wie auch schon die Vorinstanz – das OLG Celle. Diese Klausel sei nur für die Fälle anwendbar, in denen entweder ein Unfallereignis ohne Gesundheitsschädigung stattgefunden hatte, dem jedoch aus psychisch-seelischen Gründen die Erkrankung nachfolgte, oder wenn eine Gesundheitsschädigung stattgefunden hatte, es aber aufgrund späterer inadäquater Fehlverarbeitung zu Störungen über den physischen Schaden hinaus kam. Hingegen sollen krankhafte Störungen, die eine organische (nicht notwendig hirnanorganische) Ursache haben, nicht vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sein. Gleiches gilt, wenn die psychische Reaktion an die organischen Unfallfolgen anknüpft, die Schwere der Gesundheitsschädigung also der Schwere der psychischen Belastung des Erlebten entspricht. Dass vermutlich nicht schon in einem engen zeitlichen Zusammenhang zum Unfallereignis im Sinne eines Unmittelbarkeitskriteriums psychische Störungen diagnostiziert werden können, widerlege die Kausalität nicht. Ob es sich im einzelnen Beschwerdeverfahren um eine inadäquate Fehlverarbeitung eines Geschehens handelt oder um eine organisch bedingte psychische Belastung, die als Unfallfolge zu betrachten ist, kann der Ombudsmann allein nach Aktenlage zumeist nicht entscheiden. Auch in solchen Fällen ist jedoch Raum für Verhandlungen zwischen den Verfahrensbeteiligten.

Wie eingangs erwähnt, wurden im Berichtsjahr vermehrt Beratungsfehler vorgebracht. Sie betrafen in der Regel Meinungsverschiedenheiten über die Vertragsgestaltungen. Beratungsfehler sind im Ombudsmannverfahren normalerweise schwer festzustellen, da im Bestreitensfall lediglich die schriftlichen Unterlagen für diese Beurteilung herangezogen werden können. Ließen diese Unterlagen aber Fragen offen, bestand oft Raum für Verhandlungen und Kompromissvorschläge, denen sich die Verfahrensbeteiligten zugänglich zeigten. Ein weiterer Vorwurf war die fehlende Information von Versicherern über neue Produkte mit erweiterter Deckung oder über Möglichkeiten der Beitragsreduzierung infolge modernisierter Tarife. In diesen Fällen bestand die Aufgabe im Ombudsmannverfahren in der Darstellung der Beratungspflichten der Versicherer im Verlauf des Vertragsverhältnisses. Zwar sieht § 6 Absatz 4 VVG die Verpflichtung des Versicherers vor, auch nach Vertragsschluss während der Dauer des Versicherungsverhältnisses zu beraten. Es muss für den Versicherer dazu aber ein Anlass für eine Beratung des Versicherungsnehmers erkennbar sein. Ein solcher Anlass ergibt sich jedoch in der Regel nur nach einem vorangegangenen Kontakt mit dem Versicherungsnehmer, so dass im Ergebnis eine Hinweis- und Beratungspflicht des Versicherers in den übrigen Fällen meist verneint werden musste.

Seit dem 1. August 2016 gilt für das Ombudsmannverfahren das VSBG, das unter anderem eine Verfahrensdauer von 90 Tagen vorsieht. Die Frist beginnt, wenn alle Unterlagen und Informationen vorliegen und beide Verfahrensbeteiligten die Gelegenheit zur Stellungnahme hatten. Aufgrund der bisherigen Ausführungen lässt sich nachvollziehen, dass es in der privaten Unfallversicherung Fallkonstellationen gibt, in denen Verhandlungen mit den Verfahrensbeteiligten im Sinne des Schlichtungsgedankens des Ombudsmannverfahrens aussichtsreich und damit

sinnvoll sind. Diese Verhandlungen brauchen oft Zeit. Dies kann daran liegen, dass Rechtsuchende ohne Hilfe Dritter nicht entscheiden können, ob sie einen Einigungsvorschlag annehmen sollen, oder aber, dass die vom Ombudsmann als Grund für ein Entgegenkommen angeführten Rechtsansichten bei den Versicherern hausintern längere Prüfungen erfordern. In anderen Fällen werden ergänzende medizinische Auskünfte eingeholt, was einige Zeit in Anspruch nehmen kann. Nicht selten müssen die Unternehmen bei den Auftragnehmern die Erledigung anmahnen. Diese möglichen Zeitfaktoren erfordern von Beginn an eine straffe Verfahrensführung, wobei es darauf ankommt, die Beteiligten in ihren Erwartungen an das Ombudsmannverfahren als streitschlichtendes Verfahren nicht zu enttäuschen und sie in ihren Rechten – insbesondere auf rechtliches Gehör – nicht zu beschränken.

■ Allgemeine Haftpflichtversicherung

Zu dieser Sparte gingen im Berichtszeitraum 651 (Vorjahr: 615) zulässige Beschwerden ein. Das entspricht einem Anteil von 4,4 (4,2) Prozent am Gesamtaufkommen aller zulässigen Beschwerden.

Unter den Begriff „Allgemeine Haftpflichtversicherung“ werden viele Arten von Haftpflichtverträgen gefasst. Dazu gehören als wichtige alltägliche Beispiele die Privathaftpflichtversicherung, die auch bei der Bearbeitung durch den Ombudsmann im Vordergrund steht, aber auch die Haus- und Grundbesitzerhaftpflichtversicherung und die Tierhalterhaftpflichtversicherung. Seltener sind etwa die Jagdhaftpflichtversicherung, die Betreuerhaftpflichtversicherung und die Haftpflichtversicherung für Halter von Booten oder Luftsportgeräten, zu denen ebenfalls Beschwerden eingingen. Die Kfz-Haftpflichtversicherung als weit verbreitete Pflichtversicherung mit eigenständiger Bedingungsgrundlage gehört dagegen einer anderen Versicherungsart an, über die unter der Kfz-Versicherung berichtet wird.

Haftpflichtversicherungen decken nicht ein bestimmtes Schadenrisiko ab, sondern schützen vor Vermögensnachteilen, die entstehen können, wenn der Versicherungsnehmer oder eine mitversicherte Person von einem Dritten auf Schadenersatz in Anspruch genommen wird. Das Grundbedingungsmerk der Verträge sind in der Regel die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB). Im Versicherungsschein und zumeist in den Besonderen Bedingungen werden die Risikobereiche festgelegt. Daraus ergibt sich, ob – um einige der oben genannten Beispiele aufzugreifen – die Haftung als Privatperson aus den Gefahren des täglichen Lebens, als Halter von Hunden oder Booten oder als Jäger versichert ist.

Oft ist Anlass der Beschwerde die Unzufriedenheit des Versicherungsnehmers mit der Regulierungsentscheidung seines Versicherers, weil dieser nicht oder vermeintlich zu wenig an den Anspruchsteller gezahlt hat. Es wurde an dieser Stelle schon mehrfach erläutert (siehe etwa Jahresbericht 2014, Seite 45), dass der Haftpflichtversicherer seiner Leistungspflicht auch in Form der Anspruchsab-



wehr nachkommen kann. Der Ombudsmann kann in dem Dreiecksverhältnis Versicherer – Versicherungsnehmer – Anspruchsteller grundsätzlich nur überprüfen, ob der Versicherer seine vertragliche Einstandspflicht gegenüber dem von einem Dritten in Anspruch genommenen Versicherungsnehmer verletzt hat, nicht aber, ob der Haftungsgrund besteht oder die Entschädigungsleistung der Höhe nach zutreffend ist. Überwiegend geht es dann darum, die Funktionsweise der Haftpflichtversicherung verständlich zu erklären. Dabei kann es vorkommen, dass selbst Rechtskundige Verständnisprobleme haben. In einem Fall hatte der Versicherer von Anfang an Versicherungsschutz bestätigt und den Anspruch gegenüber dem Geschädigten als unbegründet zurückgewiesen. Der Versicherungsnehmer war damit nicht einverstanden und schaltete einen Anwalt ein, der wiederum das Ombudsmannverfahren einleitete. Der Versicherer änderte seine bisherige Einschätzung der Haftungslage im Laufe des Verfahrens und entschied sich, den geltend gemachten Schaden zu regulieren. Der Anwalt war nachhaltig der Ansicht, dass der Versicherer unter Verzugsgesichtspunkten seine Kosten zu tragen hätte. Dem konnte nicht zugestimmt werden. Die Abwehr beziehungsweise die Befriedigung der gegen den Versicherungsnehmer erhobenen Ansprüche stellen nach der Rechtsprechung Erscheinungsformen desselben haftpflichtversicherungsrechtlichen Deckungsanspruchs dar. In beiden Fällen wird der Versicherungsnehmer vor finanzieller Inanspruchnahme geschützt.

Mitunter führt die Beteiligung von drei Parteien zu originellen Gedankengängen, wie der folgende Fall zeigt: Ein Mieter hatte seine Wohnung stark vernachlässigt, es war zu Beschädigungen des Fußbodens und zu Schimmelbefall gekommen. Der Vermieter beschwerte sich beim Ombudsmann und machte einen Anspruch gegenüber dem Haus- und Grundbesitzerhaftpflichtversicherer mit dem Argument geltend, dass diese über die Nebenkosten vom Mieter mitfinanziert werde; der Mieter sei deshalb als Versicherungsnehmer des Haftpflichtvertrags anzusehen. Entsprechendes sei schließlich für die Gebäudeversicherung anerkannt. Dieser Analogie konnte nicht zugestimmt werden, schon weil, anders als von der Gebäudeversicherung, keine eigenen Schäden des Vermieters gedeckt werden.

Auch im Übrigen sind die Schwerpunkte im Vergleich zu den Vorjahren unverändert. Häufig ging es um die Risikoausschlüsse nach den sogenannten Benzin- oder Besitzklauseln, um Ansprüche wegen übermäßiger Beanspruchung der Mietsache oder um vorsätzliche Schadenverursachung. Zahlreiche Beschwerden betrafen eine vom Versicherungsnehmer erklärte und vom Versicherer so nicht akzeptierte Kündigung. Insoweit wird auf die Ausführungen im Jahresbericht 2015, Seite 53/54 und im Jahresbericht 2016, Seite 52/53 sowie auf die einzelnen Beschwerdefälle unter 2.5 verwiesen. Hier soll lediglich auf die sogenannte Benzinklausel näher eingegangen werden:

Diese Klausel dient der Abgrenzung der Risikobereiche zwischen der Allgemeinen und der Kfz-Haftpflichtversicherung. Üblich ist die Formulierung, dass die Haftpflicht des Eigentümers, Besitzers, Halters oder Führers eines Kraftfahrzeugs (genannt sind häufig auch Luft- und Wasserfahrzeuge) wegen Schäden, die durch

den Gebrauch des Fahrzeugs verursacht werden, nicht über die Privathaftpflichtversicherung abgedeckt ist. Obwohl der BGH nun schon vor mehr als 10 Jahren entschieden hat, dass diese Klausel aus sich selbst heraus auszulegen ist und zum Verständnis oder zur Abgrenzung nicht die Bedingungen zur Kfz-Haftpflichtversicherung herangezogen werden können, bestehen nach wie vor Anwendungsprobleme (dazu ausführlich im Jahresbericht 2012, Seite 41).

Die eigenständige Auslegung der Benzinklausel im Rahmen der Privathaftpflichtversicherung kann dazu führen, dass der Versicherungsnehmer doppelt abgesichert ist, weil auch der Kfz-Haftpflichtversicherer einstandspflichtig ist. Dies erscheint insbesondere bei den Be- und Entladeschäden möglich. Besteht eine Mehrfachversicherung, hat der Versicherungsnehmer grundsätzlich das freie Wahlrecht, von wem er die Leistung abrufen möchte. Die Versicherer müssen sich dann untereinander um den Ausgleich kümmern. Macht die geschädigte Person gegenüber dem Kfz-Haftpflichtversicherer aber den gesetzlichen Direktanspruch geltend, wird dadurch für diesen die Prüfungs- und gegebenenfalls auch Leistungspflicht ausgelöst.

Zum Teil sind in den Bedingungen zur Privathaftpflichtversicherung Schäden im Zusammenhang mit dem Be- und Entladen von Kraftfahrzeugen ausdrücklich bis zu einer bestimmten Deckungssumme mitversichert. Wenn allerdings, wie in einem Beschwerdesachverhalt geschehen, das für einen Umzug geliehene Fahrzeug erst noch rangiert werden muss und dabei der Schaden verursacht wird, kann nicht von einem Be- oder Entladeschaden ausgegangen werden. Der Ombudsmann vermochte einem Versicherer nicht zu folgen, der auch dann, als dem Beschwerdeführer die Wohnungsschlüssel aus dem unverschlossenen PKW gestohlen wurden und der Vermieter Schadenersatz verlangte, die Leistung unter Hinweis auf die Benzinklausel ablehnte. Mit dem Hinweis, dass die Schlüssel grundsätzlich nicht im Fahrzeug zurückgelassen werden dürfen und deshalb der Schwerpunkt des vorwerfbaren Handelns nicht im Kfz-Gebrauch liegt, konnte eine Abhilfe erreicht werden.

Die Frage nach dem Schwerpunkt der Vorwerfbarkeit oder einer Mehrfachversicherung stellt sich auch dann, wenn Kinder mit ihren Eltern im Fahrzeug fahren und beim Öffnen der Tür einen Schaden verursachen. Der den Wagen lenkende Elternteil ist sowohl aus seiner Stellung als Fahrer (Absicherung über die Kfz-Haftpflichtversicherung) als auch aus seiner Stellung als Aufsichtspflichtiger (Absicherung über die Privathaftpflichtversicherung) in der Verantwortung. In dem zu entscheidenden Beschwerdefall hatte sich die geschädigte Person allerdings an den Versicherer als Kfz-Haftpflichtversicherer gewandt und den Direktanspruch geltend gemacht, so dass die Regulierung über diesen Versicherungsvertrag nicht zu beanstanden war. Kein Versicherungsschutz besteht unter Umständen, wenn ein Kind mit einem sogenannten Pocket-Bike, einem Mini-Motorrad, das mit einem Verbrennungsmotor ausgestattet ist und Geschwindigkeiten von bis zu 55 km/h erreichen kann, gegen ein fremdes Garagentor fährt. In einem solchen Unfall verwirklicht sich die typische Gefahr des Kfz-Gebrauchs. Ob eine der Wiedereinschlussklauseln, die in den Bedingungen der Versicherer unterschied-



lich gestaltet sind, nach dem Ausschluss über die Benzinklausel greift, hängt dann vom Einzelfall ab. Nach Ansicht des Ombudsmanns kann allein aus dem Umstand, dass für ein solches nicht zulassungsfähiges Fahrzeug keine Kfz-Haftpflichtversicherung abgeschlossen werden kann, nicht zwingend ein Anspruch auf Versicherungsschutz aus der Privathaftpflichtversicherung gefolgert werden. Die betroffene Beschwerde hatte im Ergebnis keinen Erfolg.

Mehrfach betrafen Beschwerden im Berichtsjahr die Frage, inwiefern der Versicherer verpflichtet ist, sogenannte Rettungskosten, die dem Versicherungsnehmer entstanden sind, zu erstatten. Solche Kosten können auch dann erstattungsfähig sein, wenn sie auf öffentlich-rechtlicher Grundlage erhoben werden. Maßgeblich ist in diesem Zusammenhang insbesondere die Frage, ob die Rettungshandlung aus der Sicht des Versicherungsnehmers geboten war. In einem die Haftpflichtversicherung für Halter von Booten für private Zwecke betreffenden Fall drohte ein Sportboot zu sinken. Die gesamte Besatzung ging von Bord, konnte sich aber an Land retten. Das Boot trieb führungslos ab und verkeilte sich schließlich unter einem großen Fahrgastschiff, das beschädigt wurde. Die Feuerwehr, die ursprünglich zur Personenrettung gerufen worden war, musste das Boot bergen und stellte dem Bootseigner die Gebühren in Rechnung. Bei der Bewertung des Falls spielten mehrere Probleme eine Rolle: Diente das Bergen der Abwendung einer versicherten Gefahr, also der Inanspruchnahme wegen eines Drittschadens, oder nur den Interessen des Eigentümers, sein Boot wieder befreit zu bekommen? Handelte es sich dabei um eine sogenannte vorgezogene Rettungsmaßnahme, die einen lediglich unmittelbar bevorstehenden Versicherungsfall abwenden sollte und deren Kosten gerade nicht aus der Haftpflichtversicherung erstattungsfähig sind? Den Parteien konnte im Ergebnis ein Vergleich vermittelt werden.

Ein weiteres Beispiel: Wenn ein Hund aus Neugier über die Terrassenverkleidung auf einen schmalen Dachüberstand klettert und von der Feuerwehr gerettet werden muss, bezieht sich die Rettungsmaßnahme nicht auf die Vermeidung oder Minderung eines Fremdschadens. Dem Hundehalter, der sich in diesem Fall an den Ombudsman wandte und die Feuerwehrkosten gegenüber seinem Tierhalterhaftpflichtversicherer geltend machte, konnte deshalb nur mit der Erläuterung der Rechtslage geholfen werden.

Auch im Berichtsjahr waren die Verfahren wieder häufig von intensiven rechtlichen Überprüfungen und regelmäßigen, auch telefonischen Kontakten mit den Versicherungsunternehmen geprägt. Im direkten Kontakt ließen sich sehr oft für beide Seiten zufriedenstellende Lösungen erzielen.

■ **Berufsunfähigkeitsversicherung**

Zur Berufsunfähigkeitsversicherung erhielt der Ombudsmann im Berichtszeitraum 380 (Vorjahr: 383) zulässige Beschwerden. Der prozentuale Anteil an den Gesamtbeschwerden beträgt 2,6 (2,6) Prozent und bleibt damit auf Vorjahresniveau.

Die Berufsunfähigkeitsversicherung stellt eine Risikoversicherung dar. Sie dient der Vorsorge für den Fall der Berufsunfähigkeit und soll durch Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfall verursachte Einkommenseinbußen auffangen. Die Versicherungsverträge haben daher lange Laufzeiten (oft bis zur Regelaltersgrenze) und hohe Kapitalwerte zum Gegenstand. Der Versicherungsschutz wird in Form von selbstständigen Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- und Dienstunfähigkeitsversicherungen oder Zusatzversicherungen angeboten.

Eine große Anzahl der Beschwerden im Berichtsjahr betraf – wie in den Vorjahren – die Fragen, ob der Versicherer leistungspflichtig ist, wann die Leistung einzusetzen hatte bzw. bis zu welchem Zeitpunkt zu leisten war. Die Prüfungen von zeitlich befristeten Leistungsanerkennnissen, Leistungsausschlussfristen bei verspäteten Leistungsanträgen, Vereinbarungen über die Versicherungsleistung, Leistungsablehnungen im Erstprüfungsverfahren und Leistungseinstellungen im späteren Nachprüfungsverfahren spielten eine wesentliche Rolle. In einigen Beschwerdefällen ging es um die Rechtmäßigkeit von eingestellten Berufsunfähigkeitsleistungen, nachdem der Versicherte nach einer Erkrankung eine andere berufliche Tätigkeit aufgenommen hatte, die seinen Gesundheitsverhältnissen entsprach und die bisherige Lebensstellung wahrte.

Es gab weiterhin Fälle, in denen es den Versicherten schwerfiel, medizinische Unterlagen beizubringen, die den vertraglich vereinbarten Berufsunfähigkeitsgrad belegten. Dies galt insbesondere bei psychischen Erkrankungen. Viele Beschwerden warfen komplizierte medizinische Fragen auf, die nicht immer im Ombudsmannverfahren geklärt werden konnten, da hierzu eine Beweiserhebung durch Einbeziehung eines parteiunabhängigen Sachverständigen nötig gewesen wäre. Die Beauftragung eines Gutachters ist im Ombudsmannverfahren jedoch nicht möglich, dies bleibt den Gerichten vorbehalten. Ein immer wieder auftretendes Verständnisproblem von Beschwerdeführern liegt darin, dass der Erhalt eines Rentenbescheides der Deutschen Rentenversicherung nicht automatisch eine Leistungspflicht des privaten Versicherers begründet. Etwas anderes gilt, wenn der Versicherungsvertrag eine entsprechende Klausel enthält.

Weiterhin große Bedeutung kam Beschwerden zu, in denen der Versicherer sich vom Vertrag lösen wollte und/oder die Leistung ablehnte, weil der Beschwerdeführer die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt haben soll. Ein solcher Vorwurf bezieht sich in der Regel auf die im Antrag abgefragten Gesundheitsverhältnisse. Falsche oder unvollständige Angaben zu den Gesundheitsfragen bei Vertragsabschluss stellen unter bestimmten Voraussetzungen die Gültigkeit des Versicherungsvertrages und damit den Versicherungsschutz infrage. In solchen Fällen war in der Regel die Wirksamkeit von Anfechtungen wegen arglistiger



Täuschung, des Rücktritts vom Vertrag oder dessen Kündigung durch den Versicherer zu prüfen. Zum Teil ging es auch um die einseitige rückwirkende Vertragsanpassung durch den Versicherer, etwa in Form eines Ausschlusses des Versicherungsschutzes für eine bestimmte Erkrankung, die bei Abfrage der vorvertraglichen Gesundheitsverhältnisse nicht angezeigt wurde. Viele Beschwerdeführer erwarten, dass sie im Rücktritts- oder Anfechtungsfall ihre eingezahlten Versicherungsbeiträge zurückerhalten. Ihnen ist die gesetzliche Regelung in § 39 Absatz 1 Satz 2 VVG nicht bekannt, wonach bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses durch Rücktritt aufgrund des § 19 Absatz 2 VVG oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung dem Versicherer die Prämie bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zusteht.

Einige Beschwerden betrafen die Vertragsvermittlung, unter anderem Umdeckungen, also Abschlüsse eines neuen Vertrages, nachdem zuvor oder gleichzeitig ein Vorvertrag aufgegeben wurde. Besteht hier ein für den Vermittler erkennbarer Zusammenhang, hat er den Versicherungsnehmer rechtzeitig auf die Folgen, wie zum Beispiel den unvorhersehbaren Ausgang einer erneuten Gesundheitsprüfung, hinzuweisen. Manche Beschwerden betrafen aber auch die Vermittlung von Erstverträgen. Da das Ombudsmannverfahren bis auf den Urkundenbeweis keine Beweiserhebung zulässt, war keine Entscheidung oder Empfehlung möglich, wenn relevante Tatsachenfragen nicht allein aufgrund der Aktenlage zweifelsfrei aufgeklärt werden konnten. Kam in diesen Fällen hinzu, dass die Bearbeitung so aufwändig würde, dass sie den effektiven Betrieb der Schlichtungsstelle ernsthaft beeinträchtigen könnte, musste der Ombudsmann, in Übereinstimmung mit dem VSBG, die Befassung ablehnen. Gleichwohl gelangen auch in diesen Fällen nicht selten einvernehmliche Streitbelegungen, da es die Verfahrensordnung des Ombudsmanns ermöglicht, den Beschwerdeparteien ausführlich begründete Schlichtungsvorschläge zu unterbreiten.

■ Realkredit

Seit dem Jahr 2013 befasst sich der Ombudsmann, nachdem seine Zuständigkeit in der Verfahrensordnung entsprechend erweitert wurde, auch mit Beschwerden, die einen eigenen vertraglichen Anspruch aus einem Realkreditvertrag (§ 14 und § 16 Absatz 1 und 2 Pfandbriefgesetz) betreffen (vgl. Jahresbericht 2013, Seite 16). Bei diesen Beschwerden verlässt der Versicherungsombudsmann seinen versicherungsvertragsrechtlichen Schwerpunkt und nimmt eine kreditvertragliche Prüfung unter Berücksichtigung des Bankenrechts vor.

Im Jahr 2017 erhielt der Ombudsmann 62 (Vorjahr: 79) zulässige Eingaben zu Realkrediten. Das entspricht einem Anteil von 0,4 Prozent am Gesamtaufkommen der zulässigen Beschwerden und einem Rückgang um 21,5 Prozent.

Wie im Jahr 2016 lag der Schwerpunkt auch im aktuellen Berichtsjahr bei den Widerrufen. Allerdings ließen die Beschwerdeeingänge zu diesem Thema nach, was auch den Gesamtrückgang in der Sparte Realkredit erklärt. Der Grund für die abnehmende Zahl der Beschwerden im Zusammenhang mit Widerrufen ist in

der gesetzlichen Neuregelung zu sehen, die der Bundestag 2016 verabschiedet hat. Sie betrifft das Widerrufsrecht bei Immobiliendarlehensverträgen, die zwischen dem 1. September 2002 und dem 10. Juni 2010 geschlossen wurden. In Artikel 229 § 38 Absatz 3 Satz 1 Einführungsgesetz zum Bürgerlichen Gesetzbuch (EGBGB) wurde festgelegt, dass das aufgrund unzureichender Belehrung fortbestehende Widerrufsrecht bei den betroffenen Verträgen drei Monate nach dem 21. März 2016 erlischt (vgl. Jahresbericht 2016, Seite 56).

Bei Beschwerden mit dem Ziel der Rückabwicklung nach erklärtem Widerruf prüfte der Ombudsmann die beanstandete Widerrufsbelehrung auf Fehler. Entsprach eine Belehrung nicht den gesetzlichen Anforderungen, stellte sich häufig die Frage, ob der Versicherer das für den betroffenen Zeitpunkt maßgebliche gesetzliche Muster verwendet hatte. In diesem Fall konnte sich das Unternehmen nämlich auf die sogenannte „Gesetzlichkeitsfiktion“ berufen. Die Belehrung war danach trotz Fehlers als ordnungsgemäß zu behandeln, so dass die Widerrufsfrist in Gang gesetzt wurde. Der BGH stellt allerdings hohe Anforderungen an die Übernahme des Musters. Schon geringfügige Abweichungen können zur Folge haben, dass die Schutzwirkung entfällt.

In einigen Fällen stellte sich der Versicherer auf den Standpunkt, das Widerrufsrecht sei verwirkt. Auch nach der Rechtsprechung des BGH ist nicht ausgeschlossen, dass es dem Versicherungsnehmer verwehrt sein kann, sich auf die Rechtsfolgen des Widerrufs zu berufen. So führt der BGH (XI ZR 501/15) in seiner Entscheidung vom 12. Juli 2016 aus, dass gerade bei beendeten Verbraucherdarlehensverträgen das Vertrauen des Unternehmers auf ein Unterbleiben des Widerrufs nach den für die Verwirkung allgemein geltenden Maßgaben schutzwürdig sein könne. Entscheidend seien die konkreten Umstände des Einzelfalls. Diese Auffassung wiederholte der BGH in weiteren Entscheidungen. Streit gab es zudem hinsichtlich der Rechtsfolgen nach wirksam erklärtem Widerruf.

Bei Vertragsbeendigung vor Ablauf der vereinbarten Zinsfestschreibung, aber auch bei der Nichtabnahme des vereinbarten Darlehensbetrages verlangen die Unternehmen in aller Regel eine Vorfälligkeits- beziehungsweise Nichtabnahmeentschädigung. Auch zu diesem Themengebiet erreichten den Ombudsmann Beschwerden. Während in einigen Fällen zu klären war, ob dem Grunde nach ein Anspruch des Versicherers besteht, beschwerten sich andere Darlehensnehmer nur über die Höhe des geltend gemachten Betrages.

■ Sonstige Versicherungen

Im Jahr 2017 gingen in der Sparte „Sonstige Versicherungen“ 1.362 zulässige Beschwerden (Vorjahr: 1.420) ein. Das sind 9,1 (9,7) Prozent des Gesamteingangs und entspricht einem Rückgang um 4,1 Prozent gegenüber 2016.

In der Sparte „Sonstige Versicherungen“ werden solche Versicherungsverträge bearbeitet, die nicht den „großen“ Versicherungssparten zugeordnet werden können. Wie in den Jahren zuvor betraf die Mehrheit der Beschwerden die Elektronikversicherung in Form der Handyversicherung sowie die verschiedenen



Arten der Reiseversicherungen. Erstmals hatte sich der Ombudsmann mit Internet-Lieferschutz-Versicherungen zu befassen. Daneben gingen wie in den Vorjahren u. a. Beschwerden zur Photovoltaik-, Tier-, Bau-, Instrumenten-, Transport-, Mietkautions- und Ausfallschutzversicherung ein.

Auch im Berichtsjahr betrafen Beschwerden zur Handyversicherung hauptsächlich die Frage, ob der Versicherte wegen des Abhandenkommens des Gerätes einen Anspruch auf Entschädigung hat. In Streit stand vor allem, ob das Handy tatsächlich gestohlen wurde oder nur verloren ging. Darüber hinaus war häufig zu klären, ob die in den Versicherungsbedingungen vorgegebenen und von der Rechtsprechung gebilligten strengen Anforderungen an den sicheren Gewahrsam zum Zeitpunkt der Diebstahlshandlung, der überwiegend Leistungsvoraussetzung ist, erfüllt waren. Auffallend viele Beschwerden betrafen Fälle, in denen ein Handy beschädigt war, der Versicherer jedoch keine Leistung erbringen wollte, weil der Versicherungsnehmer ihm keinen konkreten Schadenhergang schildern konnte. Nach den Versicherungsbedingungen besteht für den Fall einer Beschädigung des versicherten Gerätes Versicherungsschutz. Der Ombudsmann beanstandete, wenn der Versicherer – zum Teil standardisiert – eine Regulierung wegen unvollständiger Angaben ablehnte, ohne selbst das Gerät zu untersuchen. Nach dem Hinweis, dass eine Beschreibung der äußeren Umstände ausreiche, um die Prüfungspflicht beim Versicherer auszulösen, half der Versicherer in den meisten Fällen ab.

In der Reisekostenversicherung ließen Beschwerden zu den Fragen, ob eine „unerwartet schwere Erkrankung“ zum Reiserücktritt geführt hat und dieser „unverzüglich“ nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt wurde, nach. Stattdessen hatte sich der Ombudsmann im Berichtsjahr zunehmend mit Meinungsverschiedenheiten zur Reiseabbruchversicherung zu beschäftigen. Hier ging es hauptsächlich um die Fragen, ob und wann ein Reiseabbruch oder nur eine – häufig nicht versicherte – Reiseunterbrechung vorgelegen hat und welche durch den Abbruch der Reise verursachten Kosten der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen kann.

Wie im Vorjahr waren auch im Berichtsjahr verstärkt vertragsbezogene Meinungsverschiedenheiten Gegenstand von Beschwerden. Zum einen machten Beschwerdeführer geltend, ein Versicherungsvertrag sei nicht zustande gekommen, da sie auf einer Online-Plattform nur eine Flug- oder Urlaubsreise buchen, nicht aber gleichzeitig eine Reiseversicherung abschließen wollten. Zum anderen wandten sie sich dagegen, dass sie eine sich jährlich verlängernde Jahresreiseversicherung mit einer nahezu Beitragsverdoppelung ab dem zweiten Vertragsjahr abgeschlossen haben sollten. Sie waren zum Großteil davon ausgegangen, nur die gebuchte Reise abgesichert zu haben (vgl. hierzu auch Jahresbericht 2016, Seite 22 ff.). Konnte trotz der dem Versicherer eingehend dargelegten rechtlichen Bedenken eine Einigung nicht erzielt werden, unterbreitete der Ombudsmann unter Hinweis auf die problematischen Umstände des über eine Internetplattform erfolgten Vertragsangebotes und -abschlusses den Beschwerdeparteien Schlichtungsvorschläge. Darin regte er an, dass der Versicherer im ersten Fall den Vertrag

als nicht zustande gekommen ansieht und im zweiten Fall mit Ablauf des ersten Versicherungsjahres für beendet erklärt. In vielen dieser Beschwerden nahm der Versicherer die Schlichtungsvorschläge des Ombudsmanns an.

■ Vermittlerbeschwerden

Für Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsvermittler gelten andere Verfahrensregeln als für die Verfahren mit Versicherungsunternehmen (siehe auch unter 1.5 und 4.2). Das Vermittlerverfahren beruht auf der gesetzlichen Grundlage von § 214 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 VVG; danach kommen dem Ombudsmann jedoch nicht die gleichen Kompetenzen zu, wie sie ihm die Mitgliedsunternehmen in der Vereinssatzung eingeräumt haben. Folglich arbeitet der Ombudsmann mit zwei verschiedenen Verfahrensordnungen: der Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns für Unternehmensbeschwerden (VomVO) und der Verfahrensordnung für Beschwerden im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen (VermVO). Welches Verfahren durchgeführt wird, richtet sich nach dem Anliegen des Beschwerdeführers und seinem Vortrag. Allerdings ist bei Verbrauchern auch deren wohlverstandenes Interesse zu berücksichtigen, da sie in Rechts- und Verfahrensfragen häufig Unterstützung benötigen. Dementsprechend bedarf das genannte Beschwerdeziel gelegentlich der Auslegung. Geht es in der Beschwerde um die Vermittlung eines Vertrages durch einen gebundenen Vermittler oder einen Versicherungsvermittler mit Erlaubnis nach § 34d Absatz 1 Gewerbeordnung (GewO), dessen Handeln rechtlich dem Versicherer zuzurechnen ist, wird in aller Regel nur ein Verfahren nach der VomVO durchgeführt. Dies gilt nicht, wenn der Beschwerdeführer ausdrücklich ein Verfahren nur oder auch gegen den Vermittler persönlich wünscht (etwa wegen anstößigen Verhaltens). Das Verfahren nach der VomVO hat Vorteile für die Beschwerdeführer, insbesondere weil der Ombudsmann bis zu einem Beschwerdewert von 10.000 Euro eine verbindliche Entscheidung gegen den Versicherer treffen kann. Außerdem kann er dem Versicherer vorgeben, ein bereits eingeleitetes Mahnverfahren für die Dauer des Ombudsmannverfahrens auszusetzen. Andererseits unterliegt der Zugang zum Verfahren nach der VermVO weniger Beschränkungen. So sind zum Beispiel nicht nur Verbraucher beschwerdebefugt, wie dies die VomVO vorsieht, sondern alle Versicherungsnehmer. Auch eine Beschwerdeobergrenze kennt das Vermittlerverfahren nicht. Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass § 214 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 VVG und die VermVO neben dem Vermittler auch die Versicherungsberater als Beschwerdepartei nennt. Bislang sind allerdings noch keine Beschwerden gegen Berater eingelegt worden, da Versicherungsberater kaum konkrete Verträge vermitteln und keine Provision von Versicherungsunternehmen annehmen dürfen (§ 34e Absatz 3 Satz 1 GewO a. F.).

Bei der Betrachtung der nachfolgenden Auswertung ist die zuvor erwähnte Zuordnung zu bedenken. Es werden ausschließlich die Eingaben dargestellt, die als Vermittlerbeschwerden registriert und der VermVO zugeordnet wurden. Vorwürfe über das Verhalten von Vermittlern, die im Verfahren gegen Versicherungsunternehmen nach der VomVO behandelt werden, sind hier nicht einbezogen.



Im Berichtsjahr erreichten den Ombudsmann insgesamt 297 (Vorjahr: 344) Beschwerden, die auf der Grundlage der VermVO zu prüfen waren. Damit war der Beschwerdeeingang der als Vermittlerbeschwerden registrierten Vorgänge insgesamt leicht rückläufig und verblieb auf dem niedrigen Niveau der Vorjahre. Typisch für die hier betrachteten Vermittlerbeschwerden ist der hohe Anteil an Eingaben, die nicht in das Stadium der Zulässigkeit gelangen (zu den Verfahrensvoraussetzungen vgl. unter 4.4). Im Berichtsjahr ließ sich bei den zulässigen Eingaben jedoch ein deutlicher Aufwärtstrend feststellen. Waren im Vorjahr nur bei 137 der Eingaben, und damit bei 40 Prozent, die Zulässigkeitskriterien erfüllt, stieg der Wert im Jahr 2017 auf 145 und damit 49 Prozent. So gesehen fand ein Anstieg der Vermittlerbeschwerden statt.

Nach der gesetzlichen Grundlage in § 214 VVG kann der Ombudsmann eine Beschwerde nur dann prüfen, wenn diese im Zusammenhang mit der Vermittlung eines Versicherungsvertrages steht und ein Versicherungsnehmer oder -interessent sowie ein Versicherungsvermittler beteiligt sind. Dementsprechend fallen Beschwerden, die sich zum Beispiel auf eine Schadenregulierung oder Bestandsverwaltung beziehen, und Beschwerden zwischen Vermittlern nicht in seinen Zuständigkeitsbereich. Eine große Anzahl an unzulässigen Beschwerden bezog sich auf Sachverhalte, die nicht im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen standen.

Einen inhaltlichen Schwerpunkt der Vermittlerbeschwerden bilden, wie in den vergangenen Jahren auch, Beanstandungen der Beratung und der Vorwurf, dass ein nicht benötigter oder nicht passender Versicherungsschutz vermittelt worden sei, überwiegend verbunden mit dem Ziel der Rückabwicklung der betreffenden Verträge. Der Vorwurf der Falschberatung wurde verhältnismäßig oft im Zusammenhang mit der Vermittlung einer Lebens- oder Berufsunfähigkeitsversicherung erhoben. Bei einer geringeren Anzahl von Beschwerden ging es um den Anspruch auf Schadenersatz wegen Falschberatung gegen den Vermittler.

Lässt sich ein Versicherungsinteressent von einem Versicherungsmakler beraten, kann er davon ausgehen, dass dieser seine Empfehlung auf eine ausreichende Produktkenntnis stützt. Im Ergebnis soll die Empfehlung zu einem Vertrag führen, der den Interessen des Versicherungsnehmers am ehesten entspricht. Damit unterscheidet sich die Beratung in Art und Umfang deutlich von der Beratung, die ein Versicherungsvertreter zu erbringen hat. Dieser schuldet nur eine eingeschränkte Produktberatung. Am Beginn steht jedoch die Bedarfsermittlung, die nach der Rechtsprechung des BGH zur Hauptleistungspflicht des Maklers gehört. Er hat für individuell angemessenen Versicherungsschutz zu sorgen und das zu versichernde Risiko zu ermitteln. Dazu muss die Risikosituation gründlich untersucht und insbesondere festgestellt werden, in welchen Punkten eine individuelle Ausrichtung des Versicherungsschutzes, gegebenenfalls nach vorheriger Absprache und Befragung mit dem Versicherungsinteressenten, erforderlich ist.

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Wie jedes Jahr seit der gesetzlichen Einführung der Dokumentationspflicht muss auch für das Berichtsjahr festgestellt werden, dass dieser Pflicht, jedenfalls in den vorliegenden Beschwerdefällen, häufig nicht ausreichend Rechnung getragen wurde. Insbesondere zeigte sich wiederholt, dass die entsprechenden Formblätter oft schematisch ausgefüllt wurden, also ohne auf die konkrete Lage des Antragstellers Bezug zu nehmen. Besonders fiel dieser Mangel abermals bei Umdeckungen auf. Hier trifft den Vermittler eine erhöhte Beratungspflicht, die vor allem auch Informationen über etwaige Nachteile des Vertragswechsels umfasst. Insbesondere bei Umdeckungen in der Lebens- und Berufsunfähigkeitsversicherung sind immer dann hohe Anforderungen an die Beratungspflicht zu stellen, wenn die Initiative zur Umdeckung vom Vermittler ausgeht. Notwendig ist stets, über entstehende Kosten und Risiken (etwa durch eine erneute Gesundheitsprüfung) aufzuklären und wichtige Unterschiede im Versicherungsschutz zu erläutern.

Beschwerden über das persönliche Verhalten eines Vermittlers nahmen, ebenso wie in den Vorjahren, nur einen sehr geringen Anteil unter den Vermittlerbeschwerden ein. Die Beschwerdeinhalte unterschieden sich nicht von denen der Vorjahre. So geht es den Beschwerdeführern vorrangig um ungenügende Informationen und Betreuung, um Fragen des Datenschutzes und um die Herausgabe von überlassenen Unterlagen. Hier konnte in aller Regel geschlichtet werden. Beschwerden über persönliches Fehlverhalten des Vermittlers fallen zwar auch in den Aufgabenbereich, entziehen sich aber zumeist einer rechtlichen Bewertung. Daher werden sie unter der Rubrik „nicht justizabel“ geführt.

In Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsvermittler fordert der Ombudsmann vom betroffenen Vermittler eine Stellungnahme an. Auch wenn dieser nach § 214 VVG nicht zur Abgabe einer Stellungnahme verpflichtet ist, zeigt die Praxis, dass die Vermittler überwiegend an einer Konfliktlösung durch den Ombudsmann interessiert sind. Anzumerken ist an dieser Stelle, dass einige Vermittlerverbände eine vereinsrechtliche Pflicht für ihre Mitglieder begründet haben, sich am Ombudsmannverfahren zu beteiligen und das Ergebnis zu respektieren.

Anzumerken ist noch, dass der Gesetzgeber im Berichtsjahr Änderungen des Vermittlerrechts beschlossen hat, die allerdings erst später in Kraft treten. Mit dem Gesetz zur Umsetzung der Richtlinie (EU) 2016/97 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 20. Januar 2016 über Versicherungsvertrieb und zur Änderung weiterer Gesetze (BGBl 2017 Teil I Nr. 52, 2789 ff.) wurde der Rechtsrahmen für Versicherungsvermittlung weiterentwickelt. Auswirkungen für den Ombudsmann werden sich daraus erst nach dem Berichtsjahr ergeben.



2.5 Beschwerdefälle

Nachfolgend wird von einzelnen Beschwerdeverfahren berichtet, die der Ombudsmann im Jahr 2017 zum Abschluss gebracht hat. Anhand der dargestellten Verfahrens- und Entscheidungspraxis des Ombudsmanns soll ein Einblick in die Beschwerdebearbeitung ermöglicht werden.

Die nachstehenden 31 Fälle sind nicht repräsentativ für die Häufigkeit oder die Bedeutung der Themen, mit denen der Ombudsmann befasst war. Die Auswahl erfolgte vielmehr nach Beschwerdefällen bzw. Themen, bei denen ein allgemeines Interesse erwartet werden kann und die jedenfalls in ihrer Gesamtheit einen Eindruck von der Arbeit des Ombudsmanns vermitteln. Aus dieser Fallsammlung lässt sich in Bezug auf das Verfahrensergebnis (Erfolgsquote), die Beendigungsarten (Entscheidung, Vergleich etc.) oder die Sparten bzw. die behandelten Rechtsfragen keine Aussage hinsichtlich der Gesamtstatistik ablesen. Auch sind die Fälle nicht nach einem bestimmten Kriterium sortiert.

Lebensversicherung

Scheiden und Meiden tut weh (Deutsches Sprichwort)

Nach dem Tod ihres geschiedenen Ehemanns wies die Beschwerdeführerin auf das vereinbarte Bezugsrecht des Lebensversicherungsvertrages hin und verlangte die Auszahlung der Versicherungssumme. Der Versicherer lehnte dies mit der Begründung ab, dass zum Zeitpunkt des Todes der versicherten Person dessen Ehe mit der Beschwerdeführerin bereits geschieden war.

Der Vertrag enthielt folgende Formulierung: „Nach dem Tod der versicherten Person wird die Versicherungsleistung an den Ehepartner gezahlt, mit dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Todes verheiratet ist.“ Diese Klausel war auch schon im Antrag auf Abschluss des Vertrages enthalten.

Nach der Rechtsprechung des BGH sind die Erklärungen des Versicherungsnehmers gegenüber dem Versicherer, im Falle seines Todes solle „der Ehegatte der versicherten Person“ bzw. „der verwitwete Ehegatte“ Bezugsberechtigter der Versicherungsleistung sein, regelmäßig dahin auszulegen, dass der mit dem Versicherungsnehmer zum Zeitpunkt der Festlegung der Bezugsberechtigung verheiratete Ehegatte begünstigt sein soll. Dies gilt auch im Falle einer späteren Scheidung der Ehe (Urteile vom 14. Februar 2007 – IV ZR 150/05 und vom 22. Juli 2015 – IV ZR 437/14).

Bei der vorliegenden Beschwerde war das Bezugsrecht jedoch anders formuliert. Darin wurde nicht auf den Ehepartner Bezug genommen, mit dem der Versicherungsnehmer zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses verheiratet war. Vielmehr sollte die Person bezugsberechtigt sein, mit der die versicherte Person zum Zeitpunkt des Todes verheiratet ist. Um wen es sich dabei handelt, war zum Zeitpunkt der Bezugsrechtsbestimmung nicht konkretisiert und daher noch unbekannt. Ist, wie im vorliegenden Fall, die versicherte Person zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses nicht verheiratet, geht die Klausel ins Leere. Dann ist eben kein Bezugsrecht eingeräumt. Damit hatte die Beschwerde keinen Erfolg.

Haftpflichtversicherung

Eigenhändige Verabschiedung?

Die Beschwerdeführerin hatte ihren Haftpflichtversicherungsvertrag fristgerecht per E-Mail gekündigt. Der Versicherer akzeptierte die Kündigung jedoch nicht, weil sie nicht unterschrieben war. Nach den einschlägigen Bedingungen sind Willenserklärungen „in Textform“ abzugeben, erfordern also keine eigenhändige Unterschrift. Auf diesen Hinweis des Ombudsmanns hin half der Versicherer der Beschwerde ab.

Hausratversicherung

Wenn sich die Versicherungssumme in Rauch auflöst

Durch einen Brand im Keller der Nachbarn zogen Rauch und Ruß bis in die Wohnung der Beschwerdeführerin. Deren Hausrat wurde durch die Rauchgase kontaminiert, so dass die Wohnung unbewohnbar wurde. Nach den vereinbarten Versicherungsbedingungen ersetzt die Beschwerdegegnerin in solchen Fällen die Kosten für die Hotelunterbringung des Versicherungsnehmers bis zu dem Zeitpunkt, zu dem die Wohnung wieder benutzbar ist, höchstens für ein Jahr. Die Entschädigung pro Tag ist auf 3 Promille der Versicherungssumme begrenzt, beträgt jedoch mindestens 100 Euro. Mit diesen Werten warb der Versicherer auch in mehreren Prospekten, ohne weitere Einschränkungen seiner Leistungspflicht anzuführen. Ein Mitarbeiter der Beschwerdegegnerin versicherte der Beschwerdeführerin auch mündlich, dass die Kosten für das von ihr gewählte Hotel für die Dauer der Unbewohnbarkeit bis zu einem Jahr übernommen würden.

Im weiteren Verlauf stellte ein Gutachter den Totalschaden sowie hohe Sanierungskosten und die mehrmonatige Unbewohnbarkeit der Wohnung fest. Auf erneute Rückfragen erhielt die Beschwerdeführerin abermals die Bestätigung, dass die Hotelkosten bis zu einem Jahr übernommen würden.

Insgesamt entstanden Reinigungs- und Entsorgungskosten in Höhe von über 15.000 Euro und Hotelkosten von ca. 25.000 Euro. 3,5 Monate nach dem Schadenfall zahlte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin die vertraglich vereinbarte Höchstentschädigungssumme (Versicherungssumme plus Vorsorgebetrag von 10 Prozent und weitere 10 Prozent für die versicherten Kosten) in Höhe von 73.810 Euro aus. Eine darüber hinausgehende Zahlung lehnte sie ab, obwohl der Schaden letztlich bei über 100.000 Euro lag.

Die Beschwerdeführerin war damit nicht einverstanden. Sie führte an, die Beschwerdegegnerin suggeriere dem Versicherungsnehmer in ihren Prospekten und Schreiben, dass der Versicherungsschutz ausreiche, wenn der Wert des Hausrats der Versicherungssumme entspreche. Versicherungsnehmer, die sich umfassend absichern wollen, würden nicht darauf hingewiesen werden, dass im Falle eines Großschadens dieser die Höchstentschädigungssumme in aller Regel überschreitet. Außerdem sei sie bei der Schadenbearbeitung nie darauf hingewiesen worden, dass die Reinigungs- und Entsorgungskosten „von der Versicherungssumme abgezogen“ würden. Weiterhin sei für die Beschwerde-



gegnerin frühzeitig absehbar gewesen, dass die Hotelkosten nicht mehr von der Versicherungssumme abgedeckt werden würden. Dennoch habe sie die Übernahme der Hotelkosten mehrfach vorbehaltlos bestätigt. Wenn die Beschwerdegegnerin sie frühzeitig auf diese Umstände hingewiesen hätte, wäre es ihr möglich gewesen, rechtzeitig zu reagieren. Dann hätte sie zum Beispiel Vergleichsangebote eingeholt, Arbeiten in Eigenleistung durchgeführt oder Hotelkosten einsparen können.

Nach Auffassung des Ombudsmanns waren die vertraglichen Regelungen, auf die die Beschwerdegegnerin die Kürzung der Entschädigung stützte, zwar eindeutig und auch für einen Laien verständlich, problematisch war allerdings, dass allein bei Inanspruchnahme der vereinbarten Höchstleistung für die Hotelkosten die Versicherungssumme bereits zwingend überschritten wird. Denn bei auf 3 Promille der Versicherungssumme pro Tag begrenzter Erstattung der Hotelkosten über ein Jahr (= $365 \times 3 \text{ ‰}$) ergibt sich bereits insoweit ein Anteil von 109,5 Prozent und damit eine Überschreitung der Versicherungssumme. Bei einem Großschaden besteht also eine vertragsimmanente Gefahr einer Überschreitung der Höchstentschädigungssumme.

Des Weiteren könnte die vorbehaltlose Bestätigung der Übernahme der Hotelkosten der Beschwerdegegnerin eine verbindliche Zusage gegenüber der Beschwerdeführerin dargestellt haben. Auch ein Schadenersatzanspruch wegen des unterlassenen Hinweises auf die beschränkte Kostenübernahme erschien denkbar. Um dies abschließend beurteilen zu können, hätten die Beteiligten aber persönlich befragt werden müssen, was im vereinfachten Ombudsmannverfahren nicht möglich ist. Deshalb unterbreitete er einen Schlichtungsvorschlag zur einvernehmlichen Beilegung des Streits. Diesen nahmen die Parteien an. Die Beschwerdegegnerin griff zudem die rechtlichen Hinweise des Ombudsmanns auf und informierte ihre Mitarbeiter entsprechend.

Sonstige Versicherungen – hier: Reiserücktrittsversicherung

Aus dem Rhythmus?

Die Beschwerdeführerin musste die für sich und ihren Ehemann am 1. März 2017 gebuchte Spanien-Reise aus gesundheitlichen Gründen absagen. Bei ihrem Ehemann waren Herzbeschwerden in Form von Vorhofflattern aufgetreten.

Der Versicherer lehnte es ab, die Stornokosten zu erstatten, weil Versicherungsschutz nach den Bedingungen nur bei Eintritt einer „unerwartet schweren Erkrankung“ besteht, hier jedoch eine bereits vor Reisebuchung bekannte Erkrankung wieder aufgetreten sei. Zur Begründung verwies er darauf, dass sich der Ehemann der Beschwerdeführerin bereits im November 2016 wegen Vorhofflatterns bei seiner Ärztin vorgestellt hatte. Auch wenn er sich zum Zeitpunkt der Reisebuchung leistungsfähig und gesund gefühlt habe, könne das Wiederauftreten der gesundheitlichen Beschwerden bei dieser Art der Erkrankung nicht als ein völlig atypischer Verlauf und damit als eine unerwartete Erkrankung bewertet werden.

Dem konnte sich der Versicherungsombudsmann nicht anschließen, denn aus den ärztlichen Unterlagen ergab sich, dass der Ehemann der Beschwerdeführerin bis zur ersten Behandlung im November 2016 herzgesund, gut belastbar und sportlich aktiv war. Nach der Rhythmisierung im Anschluss an diese Behandlung war sein bisheriger Leistungsstand wiederhergestellt. Nachfolgende Kontrollen waren unauffällig. Zuletzt nahm er keinerlei Medikamente mehr ein. Zudem hatte die Ärztin mitgeteilt, dass er zum Zeitpunkt der Reisebuchung nicht davon ausgehen müssen, dass erneute Rhythmusstörungen auftreten. Zwar kommt es bei Vorhofflattern immer wieder zu Rezidiven, allerdings sind dabei das Alter und etwaige Herzschäden die größten Risikofaktoren. Der Versicherer half der Beschwerde ab.

Rechtsschutzversicherung

Reisen bildet – Nichtreisen auch

Der Beschwerdeführer hatte für sich, seine Lebensgefährtin und deren Tochter mit ihrem Freund eine Reise nach Sansibar gebucht und vollständig gezahlt. Es handelte sich um ein Geschenk des Beschwerdeführers an die Mitreisenden. Da die Reise mangelhaft war, beabsichtigte der Beschwerdeführer – als alleiniger Vertragspartner des Reiseveranstalters – Gewährleistungs- und Schadenersatzansprüche einzufordern. Gegenüber dem Reiseveranstalter trat allein der Beschwerdeführer auf, auch wenn die drei Mitreisenden (mit jeweils anderen Nachnamen) namentlich genannt wurden.

Den hierfür beantragten Versicherungsschutz gewährte die Beschwerdegegnerin jedoch nur in Höhe der Hälfte der Gesamtforderung. Sie argumentierte, der Beschwerdeführer könne keine Ansprüche für die Mitreisenden in eigenem Namen geltend machen. Nach dem Rechtsschutzvertrag sei neben dem Beschwerdeführer lediglich seine Lebensgefährtin mitversichert, nicht deren Tochter mit ihrem Freund, so dass kein entsprechender Versicherungsschutz bestehe.

Da die Beschwerdegegnerin sich nicht von ihrer Auffassung abbringen ließ, verpflichtete der Ombudsmann sie dazu, den abgelehnten Kostenschutz zu gewähren. Er führte aus, dass die Beschwerdegegnerin die Leistung nicht mit dem Hinweis auf die fehlende Mitversicherung der Tochter der Lebensgefährtin und deren Freund ablehnen könne, da der Beschwerdeführer die gesamten Forderungen (sowohl die Gewährleistungs- als auch die Schadenersatzansprüche) im eigenen Namen geltend machen wolle. Die vorliegend entscheidende Frage, nämlich ob ein allein buchender und zahlender Kunde eines Reiseveranstalters erfolgreich auch Rechte von Mitreisenden geltend machen kann, konnte für die Beurteilung der Leistungspflicht des Rechtsschutzversicherers im Hinblick auf die Mitversicherung der Mitreisenden offenbleiben.

Dies lag daran, dass die Einwände der Beschwerdegegnerin rechtlich ausschließlich die Frage betrafen, ob das Vorgehen des Beschwerdeführers, in eigenem Namen vollständig die betreffenden Forderungen zu stellen, erfolgreich sein könnte. Das war durchaus zweifelhaft, denn das Landgericht Hannover hatte in einem ähnlichen Fall entschieden, dass bei einer Buchung für den Träger eines fremden Namens die Umstände regelmäßig darauf hindeuteten, dass der Anmel-



dende als Vertreter des Dritten gehandelt habe und damit mehrere Reiseverträge vorliegen. Im Ergebnis sprach das Landgericht dem Buchenden in diesem Fall die Klagebefugnis für die Ansprüche der Mitreisenden ab.

Dieses somit durchaus nachvollziehbare Argument, so der Ombudsmann, betreffe jedoch die Erfolgsaussichten des verfolgten Anspruchs. Solche Einwände müsse ein Rechtsschutzversicherer sowohl nach dem VVG als auch nach dem Versicherungsvertrag unverzüglich in Form einer qualifizierten Ablehnung mit entsprechender Belehrung erheben. Da die Beschwerdegegnerin dies versäumt hatte, habe sie das Recht verloren, aus diesem Grund die Leistung zu verweigern.

Kfz-Kaskoversicherung

Mut zur Lücke?

Der Beschwerdeführer hatte zur Kaskoversicherung eine GAP-Deckung abgeschlossen. Damit kann bei Leasingfahrzeugen eine mögliche Lücke zwischen der Kaskoleistung und dem Leasingrestzahlungsbetrag, zum Beispiel bei einem Verkehrsunfall mit Totalschaden oder einem Autodiebstahl, versichert werden. Nach einem Schadenfall lehnte der Versicherer eine GAP-Leistung ab, da der Versicherungsnehmer eine Ersatzbeschaffung noch nicht nachgewiesen hatte und daher im Rahmen der Kaskoversicherung noch keine vollständige Regulierung (Mehrwertsteuer) erfolgt war. Aus finanziellen Erwägungen war es dem Versicherungsnehmer wiederum nicht möglich, ohne Zahlung aus der GAP-Deckung ein Ersatzfahrzeug zu kaufen bzw. es zu finanzieren.

Der vertraglichen Regelung, auf die sich der Versicherer bezog, war keine Erläuterung zu entnehmen, wann von einer vollständigen Regulierung ausgegangen werden kann. Da die GAP-Deckung jedoch gerade vor dem Risiko des Verlusts des finanzierten bzw. geleasteten Fahrzeugs schützen soll, wurde dem Versicherer eine Abhilfe nahegelegt. Dieser Anregung kam er nach.

Unfallversicherung

In einer Minute von hundert auf null

Die Versicherungsnehmerin machte nach einem Unfall Anspruch auf Tagegeld geltend. Auf diese Leistung bestand nach den Bedingungen Anspruch, wenn der Unfall zu einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit geführt hatte. In der Höhe wird darin nach dem Grad der Beeinträchtigung abgestuft. Die Versicherungsnehmerin verfolgte mit der Beschwerde das Ziel, dass der Versicherer die Leistung länger erbringen sollte. Im Hinblick auf seine zeitliche Einordnung berief sich der Versicherer auf die Angaben des von ihm beauftragten medizinischen Sachverständigen.

Bei Prüfung der eingereichten Unterlagen fiel auf, dass der Sachverständige bis zu dem von ihm festgelegten Ende der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit einen Beeinträchtigungsgrad von 100 Prozent zugrunde legte. Am darauffolgenden Tag sollte die Versicherungsnehmerin nach Einschätzung des Sachverständigen wieder vollständig arbeitsfähig gewesen sein. Offensichtlich hatte der Sachverständige bestimmte medizinische Unterlagen bei seiner Beurteilung nicht berücksichtigt,

aus denen sich die fortlaufende Behandlungsbedürftigkeit ergab. Eine Rücksprache mit dem Versicherer führte dazu, dass dieser nunmehr die Feststellungen des die Versicherungsnehmerin behandelnden Arztes, nicht die des Sachverständigen zugrunde legte. Dabei wurde auch einbezogen, dass nach dem Vertragsinhalt eine graduelle Abstufung möglich war.

Gebäudeversicherung

Optik oder Funktion

Der Beschwerdeführer war Eigentümer eines neuwertigen Gebäudes, vor dessen Fenstern Leichtmetall-Raffrollos angebracht waren. Deren Oberfläche wurde bei einem Hagelsturm beschädigt und bekam zahlreiche Eindellungen, ohne dass jedoch eine Funktionsbeeinträchtigung gegeben war. Nach Meinung des Versicherers lag damit nur eine optische Beeinträchtigung vor, bei der lediglich eine Wertminderung zu zahlen sei. Damit war der Beschwerdeführer nicht einverstanden.

Die Rechtsprechung, wonach der Versicherer bei sogenannten Schönheitsschäden, bei denen lediglich das Aussehen, nicht aber die Funktion der beschädigten Sache beeinträchtigt ist, nur eine Wertminderung schuldet, ist im Spartenbericht erläutert. Der Beschwerdeführer reichte zahlreiche Fotos zur Akte des Ombudsmanns. Darauf war zu erkennen, dass sich das versicherte Haus in einem einwandfreien optischen Zustand befand. Es war offensichtlich, dass den Raffrollos mit der Abschattung und Verdunkelung nicht nur ein praktischer Nutzen zukam. Sie stellten auch ein optisches Gestaltungsmittel dar, das die äußerliche Erscheinung der Hausfront prägte. Auf diesen Umstand wies der Ombudsmann den Gebäudeversicherer hin und empfahl ihm, sich ein Bild vor Ort zu machen und die Ablehnung zu überprüfen. Der Versicherer kam dem nach und einigte sich mit seinem Versicherungsnehmer auf eine höhere Entschädigungsleistung.

Sonstige Versicherungen – hier: Reiseabbruchversicherung

Soll einer eine Reise tun?

Drei Tage nachdem die Versicherungsnehmer ihre Südafrika-Rundreise angetreten hatten, erlitt der Beschwerdeführer einen Herzinfarkt, wurde in eine Klinik eingeliefert und musste sich einer Bypass-Operation unterziehen. Seine Ehefrau setzte die Rundreise nicht fort, sondern blieb so lange in einem Hotel am Ort der Klinik, bis einige Wochen später der Heimflug ihres Ehemannes medizinisch möglich war.

Mit der abgeschlossenen Reiseversicherung waren die Ehegatten auch für den Fall des Reiseabbruchs wegen einer unerwartet schweren Krankheit versichert. Der Versicherer erstattete jedoch nur die Kosten, die im Zusammenhang mit dem Reiseabbruch des Beschwerdeführers standen. Für eine Erstattung der Reisekosten seiner Ehefrau sah er keine Veranlassung, denn sie habe die Reise nicht aus den in den Bedingungen genannten Gründen abgebrochen, da bei ihr weiterhin uneingeschränkte Reisefähigkeit bestanden habe.

Dieser Auffassung konnte sich der Ombudsmann nicht anschließen und er regte die Abhilfe des Versicherers an. Zur Begründung wies er darauf hin, dass



vorliegend nicht auf die Reisefähigkeit der Versicherungsnehmerin abzustellen sei. Versicherungsschutz bestand nach den Bedingungen auch dann, wenn die planmäßige Beendigung der Reise aus wichtigen Gründen nicht zugemutet werden konnte. Damit, so die Argumentation des Ombudsmanns, komme es darauf an, ob von der Ehefrau die Weiterreise hätte verlangt werden können, obwohl ihr Ehemann einen Herzinfarkt erlitten hatte und er stationär behandelt wurde. Dies war hier offensichtlich nicht der Fall. Der Versicherer kam der Anregung nach und half der Beschwerde ab.

Restschuldversicherung

Haupt- und Nebendiagnose

Die versicherte Person war im relevanten Zeitraum vor Abschluss der Restschuldversicherung wegen verschiedener, teils diffuser körperlicher Beschwerden krankgeschrieben. In seiner Patientenaktei vermerkte der behandelnde Arzt unter anderem das Vorliegen einer „depressiven Episode“. Als die versicherte Person später aufgrund einer schweren Depression arbeitsunfähig wurde, lehnte der Versicherer die Leistung ab. Formal war die Voraussetzung für die Ablehnung der Leistung erfüllt, da die Beschwerdeführerin neben den körperlichen Beschwerden auch wegen der psychischen Erkrankung in den 12 Monaten vor Versicherungsbeginn länger als 14 Tage ununterbrochen krankgeschrieben war. Den medizinischen Unterlagen konnte der Ombudsmann jedoch entnehmen, dass seinerzeit die körperlichen Beschwerden im Vordergrund gestanden hatten. In einem Arztbericht wurden die damaligen psychischen Befunde ausdrücklich als zu erwartende Reaktion auf eine Situation eingestuft, die wegen der schweren Erkrankung des Ehemannes der Beschwerdeführerin von Unsicherheit geprägt war. Der Ombudsmann trat daher noch einmal an den Versicherer heran und verwies auf die Haltung des BGH, wonach die versicherte Person bei Abgabe ihrer Willenserklärung den Umfang des Versicherungsschutzes einschätzen können müsse. Bei der vorliegenden Sachlage war es naheliegend, dass es der versicherten Person nicht bewusst gewesen war, dass der Versicherungsschutz nicht nur mit Blick auf die vorvertraglichen körperlichen Beschwerden, sondern auch in Bezug auf psychische Erkrankungen eingeschränkt sein würde. Aufgrund dieses Umstands einigten sich die Parteien auf einen Vergleich.

Tierhalterhaftpflichtversicherung

Falschangaben des Hundes?

Die Beschwerdeführerin schloss für ihre Hunde, die bisher über den Lebenspartner versichert waren, eine Tierhalterhaftpflichtversicherung ab und beantwortete die Frage des Versicherers nach einer Vorversicherung mit „nein“. Nachdem ein Schadenfall eingetreten war, berief sich der Versicherer auf arglistige Täuschung. Mit dieser Begründung focht er den Vertrag an und verweigerte die Leistung. Die Beschwerdeführerin konnte aber nachvollziehbar erklären, sie habe die Frage auf den Hundehalter bezogen, also dass nach Versicherungen mit ihr als Versicherungsnehmerin gefragt worden war. Da zudem der Vorvertrag schadenfrei geblieben war, konnte der Versicherer überzeugt werden, den Arglisteinwand fallen zu lassen und der Beschwerde abzuwehren.

Kfz-Kaskoversicherung

Gehört ein Kindersitz zum Auto?

Der Versicherer lehnte es ab, dem Beschwerdeführer im Rahmen seiner Kaskoversicherung nach einem Unfall eine Entschädigung für die beschädigten Kindersitze zu zahlen. Er führte zur Begründung an, er habe anlässlich des eingetretenen Totalschadens am Fahrzeug bereits die Höchstentschädigung geleistet, nämlich den Wiederbeschaffungswert abzüglich des Restwerts. Da es sich bei einem Kindersitz jedoch nicht um ein für das Fahrzeug als solches benötigtes Bauteil, sondern um ein Zubehör handelt, konnte man unterschiedlicher Auffassung sein, ob die Beschädigung eines Kindersitzes als eine Beschädigung des gesamten Fahrzeugs anzusehen ist oder dafür eine selbstständige Bewertung vorgenommen werden muss. Der Versicherer ließ es nicht auf eine Entscheidung des Ombudsmanns ankommen, sondern folgte dem Schlichtungsgedanken und half der Beschwerde ab.

Realkredit

Irren ist menschlich

Der Beschwerdeführer wollte einen mit dem Versicherer geschlossenen Darlehensvertrag lange vor Ablauf der vereinbarten Zinsbindung vorzeitig beenden. Er berief sich dabei auf eine angebliche Verletzung des „Bankgeheimnisses“ durch das Unternehmen.

Dazu schilderte er folgenden Sachverhalt: Er habe bei dem Versicherer über ein Online-Kontaktformular die Höhe der Vorfälligkeitsentschädigung bei Ablösung des Darlehens erfragt. Die Auskunft sei jedoch nicht an ihn gegangen, da sich der Sachbearbeiter des Versicherers bei der Eingabe der E-Mail-Adresse vertippt hatte. Ob das angeschriebene E-Mail-Konto überhaupt existierte und demzufolge ein Dritter die Daten erhalten hatte, ließ sich den Unterlagen des Ombudsmanns nicht entnehmen.

Dauerschuldverhältnisse können nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) gekündigt werden, wenn ein wichtiger Grund vorliegt. Dies ist der Fall, wenn dem kündigenden Teil unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalls und unter Abwägung der beiderseitigen Interessen die Fortsetzung des Vertragsverhältnisses bis zur vereinbarten Beendigung nicht zugemutet werden kann. Gerade bei Darlehensverträgen ist das Vertrauen in den sorgfältigen Umgang mit den Kundendaten von großer Bedeutung, so dass Datenschutzverstöße als Kündigungsgrund geeignet sein können.

Somit kam es auf die konkreten Umstände an. Die E-Mail des Versicherers enthielt nur die nötigsten Informationen. Daraus ließen sich keine Rückschlüsse auf das bestehende Vertragsverhältnis ziehen. Der mögliche Empfänger der fehlgeleiteten E-Mail konnte nicht auf die Person des Beschwerdeführers schließen, denn dieser wurde in der E-Mail lediglich mit seinem Namen genannt, der nicht allzu selten war. Daten, wie etwa die Anschrift oder das Geburtsdatum des Beschwerdeführers, die



eine Identifizierung ermöglicht hätten, enthielt die E-Mail nicht. Zu berücksichtigen war auch, dass es sich um einen einmaligen Vorfall aufgrund eines Versehens und keine grundsätzlich fragwürdige Geschäftspraxis des Versicherers gehandelt hatte. Zudem war der Versicherer offen mit dem Fehler umgegangen. Der betroffene Mitarbeiter hatte sein Versehen eingeräumt und Gesprächsbereitschaft erklärt. Deshalb sah der Ombudsmann in diesem Vorfall keinen Umstand, der das Vertrauen des Beschwerdeführers derart erschüttert haben konnte, dass eine vorzeitige Vertragsbeendigung gerechtfertigt gewesen wäre.

Damit kam der Ombudsmann zu dem Ergebnis, dass die Kündigung des Darlehensvertrages unwirksam war. Dies war dem Beschwerdeführer zu erläutern.

Hausrat

Ist eine Fernreise naheliegend?

Der Beschwerdeführer flog von Palma de Mallorca nach München und gab dabei einen Koffer auf. In München stellte er fest, dass dieser Koffer geöffnet und u. a. eine Kulturtasche im Wert von 560 Euro entwendet worden war. Die Beschwerdegegnerin, bei der eine Reisegepäckversicherung bestand, lehnte die Regulierung ab.

Gemäß der vertraglich vereinbarten Klausel war ein einfacher Diebstahl von Gepäckstücken und deren Inhalt auf Fernreisen mitversichert. Entscheidend für eine Entschädigungspflicht der Beschwerdegegnerin war somit, ob die Flugreise von Mallorca nach München eine Fernreise darstellte oder nicht. Aus den Bedingungen, die von der Beschwerdegegnerin formuliert worden waren, ergab sich keine Definition. Bei der Auslegung von Versicherungsbedingungen kommt es nach der Rechtsprechung des BGH auf das Verständnis eines durchschnittlichen verständigen Versicherungsnehmers an. Das führte aber auch nicht zu einem klaren Ergebnis, denn was jemand als Fernreise ansieht, dürfte von dessen individuellen Reisegewohnheiten und seiner sozialen Prägung abhängen. Für einen Vielflieger liegt eine Fernreise vermutlich bei einem Reiseziel außerhalb Europas vor, für einen selten reisenden Versicherungsnehmer könnte eine Reise mit dem Flugzeug in ein Land, das nicht an Deutschland grenzt, bereits eine Fernreise darstellen. Auch von Reiseveranstaltern werden Fernreisen unterschiedlich definiert. Die Recherche ergab, dass meist Reisen auf einen anderen Kontinent so bezeichnet werden. Es fanden sich aber auch Gegenbeispiele, u. a. wurde eine innerdeutsche Busreise nach Rügen im Internet als Fernreise beworben.

Auch eine Auslegung nach dem Sinn und Zweck half nicht weiter, da es unklar erschien, aus welchen Gründen der Diebstahl aus dem Reisegepäck je nach Entfernung des Reiseziels unterschiedlich abgesichert werden soll.

Nach Ansicht des Ombudsmanns sprach zwar etwas mehr dafür, dass ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer bei dem streitgegenständlichen Flug nicht von einer Fernreise sprechen würde. Dennoch war eine klare Zuordnung der Mallorca-Reise zu einer der beiden Kategorien nicht möglich. Deshalb schlug der Ombudsmann vor, sich auf Zahlung der Hälfte des erstattungsfähigen Betrages zu

einigen. Während die Beschwerdegegnerin dazu bereit war, lehnte der Beschwerdeführer den Vorschlag ab. Damit konnte der Streit im Ombudsmannverfahren nicht beigelegt werden.

Gebäudeversicherung

Sturm im Haus

Am Schadentag herrschte starker Sturm mit Spitzen von Windstärke 11. Alle Türen und Fenster der versicherten Wohnung waren geschlossen. Die Ehefrau des Beschwerdeführers wollte noch kurz auf die Loggia gehen, um einige dort stehende Gegenstände vor dem Sturm zu sichern. In dem Moment, als sie die Balkontür öffnete, fuhr eine Windböe über die Loggia, so dass die offen stehende Wohnzimmerinnentür zuschlug und zu Bruch ging. Der Versicherer lehnte eine Kostenübernahme mit der Begründung ab, dass der Schaden an der Innentür nicht durch Sturm entstanden sei. Ursächlich sei vielmehr ein Durchzug gewesen, für den nach den Versicherungsbedingungen kein Versicherungsschutz bestehe.

Hintergrund dieser Argumentation war, dass sich das Leistungsversprechen in der Sturmversicherung regelmäßig auf die Regulierung von Schäden bezieht, die durch die unmittelbare Einwirkung des Sturms auf versicherte Sachen entstehen. Versichert ist daher auch der Fall, dass offen stehende Außentüren oder Fenster durch den Sturm zugeschlagen werden und dabei zu Bruch gehen. Vorliegend wurde zwar eine Innentür beschädigt, Ursache war jedoch der Windstoß von außen, der zu einem heftigen Durchzug und zum Zuschlagen der Wohnzimmertür führte. Würde man bei solchen Schäden die Unmittelbarkeit der Sturmeinwirkung verneinen, hätte dies letztlich zur Folge, dass nur noch Schäden an der Außenumgrenzung eines versicherten Gebäudes durch den Winddruck versichert wären. Dies ist jedoch den Versicherungsbedingungen nicht zu entnehmen. Nach Diskussion mit dem Ombudsmann regulierte der Versicherer den Schaden.

Rechtsschutzversicherung

Streit über die Anzahl der Streitigkeiten

Der Beschwerdeführer erhielt von seinem Arbeitgeber die Kündigung und wehrte sich dagegen mit einer Kündigungsschutzklage. Das Verfahren endete mit einem Vergleich, in dem sich die Parteien auf die Beendigung des Arbeitsverhältnisses verständigten. Noch während des Prozesses stellte der Arbeitgeber ein Zeugnis aus. Gegen dessen Inhalt und Ausgestaltung wandte sich der Beschwerdeführer außergerichtlich mit anwaltlicher Hilfe. Für beide Angelegenheiten erteilte der Versicherer Deckungszusagen. Nachdem der Rechtsanwalt seine Tätigkeiten mit separaten Kostennoten abrechnete, zog der Versicherer zweimal die vertraglich vereinbarte Selbstbeteiligung ab.

Der Beschwerdeführer war damit nicht einverstanden und verwies auf folgende Klausel in den Versicherungsbedingungen des Versicherers: „Hängen mehrere Rechtsschutzfälle zeitlich und ursächlich zusammen, ziehen wir zu Ihren Gunsten die Selbstbeteiligung nur einmal ab.“ Der Versicherer argumentierte, dass es sich nicht um einen identischen Lebenssachverhalt mit ein- und demselben



Verstoß handele, sondern um verschiedene Rechtsverstöße mit unterschiedlichen Ereignisdaten. Der Ombudsmann hielt der Argumentation des Versicherers den Wortlaut der Klausel vor und wies darauf hin, dass die besagte Regelung gerade voraussetze, dass verschiedene Rechtsverstöße und damit Rechtsschutzfälle vorliegen. Ein identischer Lebenssachverhalt werde nicht gefordert. Auf dieses Argument ging die Beschwerdegegnerin jedoch nicht näher ein. Auch der Hinweis, dass zwischen der angegriffenen Kündigung und dem angegriffenen Zeugnis offenkundig ein zeitlicher und ursächlicher Zusammenhang bestanden hatte, beeindruckte den Versicherer nicht. Daraufhin verpflichtete der Ombudsmann die Beschwerdegegnerin zur Rückzahlung der zu viel vereinnahmten Selbstbeteiligung.

Unfall

Der feine Unterschied zwischen Krankheit und Gebrechen

Die Versicherungsnehmerin hatte in der Unfallanzeige die vom Versicherer gestellte Frage „War die Verletzte bei Eintritt des Unfalls vollständig gesund?“ bejaht. Anschließend machte sie unter anderem eine Invaliditätsleistung geltend, da sie durch den Unfall dauerhaft in ihrer Sehkraft beeinträchtigt wurde. Der Versicherer überprüfte seine Leistungspflicht anhand der Krankengeschichte der Versicherten und stellte fest, dass in der Vergangenheit die Sehkraft der Versicherten bereits erheblich beeinträchtigt war und sie deswegen eine Brille tragen musste. Der Versicherer erklärte sich daraufhin für leistungsfrei und begründete dies mit falschen Angaben der Versicherungsnehmerin in ihrer Unfallanzeige.

Nach der Rechtsprechung des BGH werden Erkrankungen als abnormale Körper- oder Geisteszustände definiert, die ärztlicher Behandlung bedürfen. Das Erblinden oder die dauerhafte Einschränkung einer Körperfunktion gilt jedoch nach Auffassung des BGH als Gebrechen, nicht als Krankheit. Danach wurde in der Unfallanzeige jedoch nicht gefragt. Aufgrund dieses Einwands rückte der Versicherer von der Ablehnung ab und es kam ein Vergleich zustande.

Restschuldversicherung

Fachdiagnose durch die versicherte Person?

Der Beschwerdeführer hatte kurz vor Beitritt zur Gruppenrestschuldversicherung unspezifische Beschwerden. Deshalb suchte er zunächst seinen Hausarzt und danach einen Facharzt auf. Zur Diagnose unterzog er sich einer Computertomographie. Kurz nach Versicherungsbeginn wurde bei ihm eine Krebserkrankung diagnostiziert, die Arbeitsunfähigkeit zur Folge hatte. Der Beschwerdeführer bestritt, dass ihm die Krebsdiagnose bei Abgabe seiner Vertragserklärung schon bekannt gewesen sei. Der Versicherer konnte keinen entsprechenden Nachweis erbringen. Er ging jedoch davon aus, dass es für die Ausschlussklausel genüge, dass die versicherte Person die Symptome bereits vor Vertragsschluss wahrgenommen und deshalb einen Arzt aufgesucht habe. In den Beschwerden habe sich die später eingetretene Erkrankung bereits manifestiert. Dieser Rechtsauffassung konnte sich der Ombudsmann nicht anschließen. Er verwies darauf, dass der BGH zur früher üblichen Ausschlussklausel bemängelt hatte, dass die versicherte

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Person ohne konkrete Leitlinien einschätzen sollte, ob bei ihr eine „ernstliche“ Erkrankung vorgelegen habe. Der Versicherer verlangte vorliegend sogar diagnostische Fähigkeiten. Danach müsste die versicherte Person sogar anhand der Beschwerden bewerten können, ob eine bzw. welche der im Katalog aufgeführten Krankheiten besteht. Den Versicherer überzeugten die Bedenken des Ombudsmanns; er half der Beschwerde ab.

Kfz-Haftpflichtversicherung

Schadenfreiheitsrabattberichtigungsausfall

Der Vertrag des Beschwerdeführers wurde nach einem Versichererwechsel in die Schadenfreiheitsklasse eingestuft, die er beantragt hatte. Die von ihm angegebenen schadenfreien Jahre bestätigte der angeschriebene Vorversicherer später jedoch nicht. Trotzdem blieb es während der Vertragslaufzeit von sechs Jahren bei der beantragten Einstufung ohne Korrektur. Im Zusammenhang mit dem nächsten Versichererwechsel erklärte sich der abgebende Versicherer nur bereit, dem Nachversicherer die schadenfreien Jahre im eigenen Vertragszeitraum zu bestätigen.

Im Beschwerdeverfahren wies der Ombudsmann den Versicherer darauf hin, dass der Versicherungsnehmer über die Nichtbestätigung des Vorversicherers hätte informiert werden müssen. Da dies nicht geschehen sei, habe er nach über sechs Jahren wohl davon ausgehen dürfen, dass die Schadenfreiheitsklasse seines Vertrages zutreffend festgelegt worden sei. Deshalb könne er berechtigterweise erwarten, dass der letzte Vertragsstand an den neuen Versicherer gemeldet werde. Der Versicherer half der Beschwerde daraufhin ab.

Privathaftpflichtversicherung

Unter-Wasser-EKG

Der Beschwerdeführer hatte ein EKG-Aufnahmegerät beschädigt, das er von seinem Arzt für ein Langzeit-EKG erhalten hatte. Er trug vor, sein Enkel sei in den Pool gefallen, weshalb er zur Rettung hinterhergesprungen sei. Dass er das Gerät trug, habe er dabei nicht bedacht. Der Versicherer lehnte eine Leistung unter Berufung auf den Ausschluss des Versicherungsschutzes für die Beschädigung geliehener Gegenstände ab. Der Ombudsmann vertrat jedoch die Auffassung, dass im vorliegenden Fall die ärztliche Behandlung des Patienten im Vordergrund stand, so dass eventuelle miet- oder leihvertragliche Elemente zurücktraten. Der Versicherer half daraufhin ab.

Rechtsschutzversicherung

Krankenversicherung ist Privatsache

Der Beschwerdeführer wünschte Versicherungsschutz für das Vorgehen gegen die Beitragsfestsetzung seiner gesetzlichen Krankenkasse, bei der er freiwillig versichert war. Streitpunkt war die Höhe der Einkünfte, die zugrunde gelegt wurde. Diese Einkünfte stammten unstrittig aus der selbstständigen Tätigkeit des Beschwerdeführers. Im Hinblick darauf lehnte die Beschwerdegegnerin eine



Kostenübernahme ab, mit der Begründung, dass nicht der Privatbereich, sondern der nichtversicherte Bereich der gewerblichen Tätigkeit betroffen war.

Dies überzeugte den Ombudsmann nicht. Nach seiner Auffassung hatte die Beschwerdeführerin Versicherungsschutz zu gewähren. Er entschied:

„Streitigkeiten aus der Krankenversicherung sind grundsätzlich dem Privatbereich zuzuordnen (...). Auch der vorliegende Streit hängt enger mit dem Privatbereich zusammen als mit dem gewerblichen Bereich. Die Krankenversicherung dient der Absicherung der persönlichen Gesundheitskosten. Bei dem Streit um die Krankenversicherungsbeiträge geht es allein um das Interesse des Beschwerdeführers an der privaten Absicherung. Dass die Beiträge von den Einnahmen des Beschwerdeführers aus der selbstständigen Tätigkeit abhängen, macht die Streitigkeit nicht zu einer unternehmensbezogenen Streitigkeit. Auch das mit einer selbstständigen Tätigkeit typischerweise verbundene erhöhte Prozessrisiko hat sich nicht verwirklicht.“

Hausratversicherung

Ist Stau versichert?

Ein Starkregen überspülte die Dachrinne an dem Gebäude des Beschwerdeführers. Das überfließende Wasser sammelte sich vor einem Lichtschacht und lief über diesen durch das Kellerfenster in das Gebäude. Dadurch wurden verschiedene Hausratgegenstände des Beschwerdeführers beschädigt.

Mit seiner Hausratversicherung war der Beschwerdeführer u. a. gegen Schäden durch Überschwemmung und witterungsbedingten Rückstau versichert. Eine versicherte Überflutung des Grundstücks konnte er nicht nachweisen. Allerdings kam auch ein versicherter Rückstauschaden in Betracht. Nach den Versicherungsbedingungen liegt ein solcher u. a. vor, wenn Wasser durch Witterungsniederschläge bestimmungswidrig aus dem Rohrsystem des Gebäudes, in dem sich die versicherten Sachen befinden, oder dessen zugehörigen Einrichtungen austritt.

Aus Sicht des Ombudsmanns sprach viel für einen versicherten Rückstau. Ein solcher liegt vor, wenn Regenwasser nicht mehr wie vorgesehen abfließen kann, weil zum Beispiel das Kanalsystem überlastet ist und es sich daher im Rohrsystem des Gebäudes anstaut. Durch das weiterhin nachdringende Wasser kommt es dann zu einem Rückstau, wodurch überfließendes Niederschlagswasser über weitere Umwege in den Versicherungsort gelangt und versicherte Sachen beschädigt. Diese Meinung wird auch in Rechtsprechung und juristischer Literatur vertreten.

Allerdings lassen sich dazu auch abweichende Gerichtsentscheidungen finden. Wegen der nicht eindeutigen Rechtslage regte der Ombudsmann einen Vergleich an. Die Beschwerdegegnerin erklärte sich daraufhin bereit, nach Abzug der vereinbarten Selbstbeteiligung gut 60 Prozent des vom Beschwerdeführer geltend gemachten Schadens zu übernehmen. Der Beschwerdeführer war damit einverstanden.

Lebensversicherung

Vergeblich auf Sinnsuche

Die Versicherungsnehmerin schloss im Alter von 87 Jahren eine Sterbegeldversicherung über 3.300,00 Euro ab. Der Zweck solcher Versicherungen besteht in der Regel darin, für den Todesfall vorzusorgen. Den Versicherungsnehmern geht es in der Regel darum, die Erben nicht mit den Beerdigungskosten zu belasten. Sind keine entsprechenden Barmittel vorhanden, kann es sinnvoll sein, einen solchen Vertrag auch im hohen Alter abzuschließen, selbst wenn bei langer Laufzeit letztlich viel mehr eingezahlt als ausbezahlt wird.

Die Versicherungsnehmerin verfügte jedoch bei Vertragsabschluss über hinreichende Geldmittel, denn sie zahlte 3.300,00 Euro in ein Beitragsdepot ein, aus dem die laufenden Versicherungsbeiträge entnommen werden sollten. Da es der Versicherungsnehmerin darum gegangen war, dass im Todesfall ein Betrag in Höhe der Versicherungssumme zur Verfügung steht, war die Empfehlung des Versicherers bzw. des Vermittlers, eine Sterbegeldversicherung zu den vereinbarten Konditionen abzuschließen, nicht bedarfsgerecht. Schließlich hätte die Versicherungsnehmerin den in das Beitragsdepot geflossenen Betrag auch zurück- bzw. anlegen und später für die Beerdigungskosten bestimmen können. Nach der getroffenen Vereinbarung wäre das Depotguthaben, eine entsprechende Lebensdauer unterstellt, jedoch bereits nach wenigen Jahren aufgebraucht gewesen und der monatliche Beitrag hätte aus anderen Mitteln erbracht werden müssen.

Nach Auswertung der eingereichten Unterlagen erschloss sich nicht, welchen Sinn der Vertrag für die Dame haben könnte. Diese Bedenken teilte der Ombudsmann dem Versicherer mit, der daraufhin der Beschwerde „ohne Präjudiz für künftige Fälle“ abhalf.

Gebäudeversicherung

Versprochen ist versprochen

In dem versicherten Einfamilienhaus des Beschwerdeführers befand sich die Heizungsanlage auf dem Dachboden. Diese wurde mit einem Schlauch befüllt, der dauerhaft mit dem Trinkwassernetz verbunden war. Der Hahn des Wasseranschlusses war in der Regel durchgehend geöffnet, sodass der Schlauch unter Druck stand. Im Laufe der Zeit rutschte die Schlauchverbindung vom Wasserhahn ab und es kam zu dem Leitungswasserschaden. Der Versicherer trat in die Schadenregulierung ein, kürzte jedoch die Leistung um 50 Prozent. Er begründete dies damit, dass in den gesetzlichen Vorschriften zur Trinkwasserversorgung geregelt sei, dass Verbindungen zur Befüllung und Nachspeisung von Heizungsanlagen nur mit speziellen Schutzeinrichtungen erfolgen dürfen. Es stelle einen Verstoß gegen diese Vorschrift dar, wenn der Schlauch dauerhaft unter Druck stehe. Der Versicherungsnehmer habe daher eine Sicherheitsvorschrift verletzt, so dass es gerechtfertigt sei, die Leistung in dem Verhältnis zu kürzen, das der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entspreche.



Bei grob fahrlässiger Herbeiführung des Versicherungsfalls ist der Versicherer nach § 81 Absatz 2 VVG berechtigt, die Leistung anteilig zu kürzen. In der Rechtsprechung ist anerkannt, dass das dauerhafte Belassen eines Befüllschlauches an einer Heizungsanlage bei gleichzeitig geöffnetem Ventil der Frischwasserzufuhr als grob fahrlässige Herbeiführung des Versicherungsfalls zu werten ist. Es sei allgemein bekannt, dass ein ständig unter Druck stehender Wasserschlauch ein erhebliches Gefahrenpotenzial berge. Der Schlauch könne im Laufe der Zeit platzen oder abrutschen, was insbesondere dann in Betracht komme, wenn der Wasserdruck schwankt.

Allerdings fiel dem Ombudsmann bei Prüfung der Vertragsunterlagen auf, dass der Versicherer aufgrund einer Deckungserweiterung auf die Einrede der grob fahrlässigen Herbeiführung eines Versicherungsfalls ausdrücklich verzichtet hatte. Deshalb legte er dem Versicherer nahe, seine Entscheidung zu überprüfen. Zwar sehe das Gesetz vor, die Leistung wegen der grob fahrlässigen Herbeiführung des Versicherungsfalls zu kürzen, durch die vorrangige vertragliche Abrede habe der Versicherer jedoch – gegen eine höhere Prämie – auf diese Möglichkeit verzichtet. Für den Versicherungsnehmer sei nicht erkennbar, dass ihm die Leistung trotzdem verwehrt werde, indem der gleiche Sachverhalt als Obliegenheitsverletzung gewertet wird. Nach nochmaliger Prüfung schloss sich der Versicherer dieser Argumentation an und regulierte den Schaden in vollem Umfang.

Unfallversicherung

Die Kur wirft immer noch Schatten

Die Beschwerdeführerin beanspruchte von ihrem Unfallversicherer die vertraglich vereinbarte Kurbeihilfe, die ihr mit Hinweis auf eine Rehabilitationsmaßnahme verweigert wurde.

Viele Versicherer haben in ihre Unfallversicherungsbedingungen die Kurbeihilfe schon seit Jahrzehnten als beitragsfreie zusätzliche Versicherungsleistung aufgenommen. Seit der Gesundheitsreform im Jahr 2000 wird der Begriff „Kur“ in den einschlägigen Gesetzen allerdings nicht mehr verwendet. Stattdessen ist inzwischen von „Rehabilitationsmaßnahmen“ die Rede; die Regelungen dazu finden sich in den Sozialgesetzbüchern (SGB). Welche Vorschriften einschlägig sind, hängt wesentlich davon ab, bei welchem Sozialversicherungsträger der Betroffene versichert ist. Auch die Tatbestands- und Anspruchsmerkmale sind je nach Zweckrichtung der Reha-Maßnahme unterschiedlich. Reha- und Festigungskuren gemäß § 31 Absatz 1 Satz 2 SGB VI haben ein anderes Behandlungsziel als Anschlussheilbehandlungen (AHB), die Gegenstand von § 40 SGB V (für gesetzlich Krankenversicherte) sind. Für die gesetzliche Unfallversicherung finden sich zudem Regelungen im SGB VII.

Dieser nicht einfach zu überschauenden Gesetzeslage im Sozialversicherungsbereich stehen vergleichsweise wenige Anspruchsvoraussetzungen in der privaten Unfallversicherung gegenüber. Diese sind allerdings je nach Versicherer unterschiedlich ausgestaltet. Es kommt immer wieder einmal vor, dass Versicherer sich im Beschwerdeverfahren auf Anspruchsvoraussetzungen berufen, die sich zwar

an die Regelungen der Sozialgesetzbücher anlehnen, in den eigenen Bedingungs-
werken aber keine Entsprechung finden. In einem Fall hatte der Versicherer gegen
seine Leistungspflicht eingewandt, es läge eine Rehabilitationsmaßnahme vor, die
als medizinisch notwendige Maßnahme auf die Regenerierung einer vorangegan-
genen Verletzung gerichtet sei. Andererseits erforderte nach dem Bedingungs-
werk die Bewilligung der Kurbeihilfe, dass wegen der Unfallverletzung oder deren
Folgen eine mindestens dreiwöchige vollstationäre Kur erforderlich gewesen
sein muss. Unter diesen Voraussetzungen wäre eine Kurbeihilfe nur noch in ganz
seltenen Fällen zu bewilligen. Auf diesen Einwand des Ombudsmanns hin half der
Versicherer der Beschwerde ab.

Rechtsschutzversicherung

Stress mit der Ex

Der Beschwerdeführer führte mit Frau S. bis zum Jahr 2009 eine nichteheliche
Lebensgemeinschaft. Im Jahr 2014 nahm er ein Bankdarlehen auf, um ihr den
Kauf eines Mercedes 350 SLK zu ermöglichen. Der Beschwerdeführer trug vor,
vereinbarungsgemäß sollte sie die Darlehensraten direkt an die Bank zahlen und
dafür über das Fahrzeug verfügen können. Anfang 2016 blieben die Zahlungen von
Frau S. aus, so dass der Beschwerdeführer die Darlehensraten übernehmen
musste. Daraufhin kündigte er die Nutzungsvereinbarung und forderte sie zur
Herausgabe des Fahrzeugs sowie zum Ausgleich der übernommenen Raten auf.
Dazu nahm er anwaltliche Hilfe in Anspruch.

Der Rechtsschutzversicherer hatte dem Beschwerdeführer Versicherungsschutz
für ein Beratungsgespräch sowie eine darüber hinausgehende anwaltliche Tätig-
keit bis zu einer Gesamthöhe von 1.000,00 Euro bestätigt. Weitergehenden
Versicherungsschutz lehnte er mit Hinweis auf den Risikoausschluss in § 3
Absatz 4 b) ARB ab, wonach kein Versicherungsschutz besteht für die Wahrneh-
mung rechtlicher Interessen nichtehelicher Lebenspartner untereinander in ursäch-
lichem Zusammenhang mit der Partnerschaft, auch nach deren Beendigung.

Der Ombudsmann teilte diese Rechtsansicht des Versicherers nicht. Nachdem
dieser trotz eingehender Diskussion nicht zur Abhilfe bereit war, verpflichtete ihn
der Ombudsmann zur Leistung. Bei der Beurteilung kam es auf die Reichweite
des Risikoausschlusses an. Dies wird nach den für AVB geltenden Auslegungs-
grundsätzen ermittelt. Dafür wird gefragt, wie ein durchschnittlicher Versiche-
rungsnehmer die Klausel versteht. Danach ist die Formulierung „in ursächlichem
Zusammenhang mit der Partnerschaft“ als Begrenzung des Risikoausschlusses
dahingehend zu verstehen, dass der Ursachenzusammenhang nicht immer schon
dann gegeben ist, wenn überhaupt eine Partnerschaft bestanden hat. Vielmehr
muss die Ursache der Auseinandersetzung ihren Ursprung in der nichtehelichen
Lebensgemeinschaft gehabt haben. Vorliegend mag die getroffene Vereinba-
rung auf einen Bezug zur früheren Lebensgemeinschaft hingedeutet haben, es
fehlte jedoch an einem zeitlichen Zusammenhang zwischen dem Streit und der
früheren Lebensgemeinschaft. Der Rechtsschutzfall trat ein, als Frau S. sich nicht
mehr an die Nutzungsvereinbarung hielt und auch dem Herausgabeverlangen



des Beschwerdeführers nicht nachkam. Die Lebensgemeinschaft wurde jedoch bereits 2009 und somit sieben Jahre davor beendet. Da auch bei Abschluss der Ausgangsrechtsgeschäfte – des Darlehensvertrages zur Finanzierung des Fahrzeugs und der Nutzungsvereinbarung – im Jahre 2014 die Partnerschaft bereits seit ca. 5 Jahren nicht mehr bestanden hatte, ließ sich der zeitliche Zusammenhang nicht feststellen.

Lebensversicherung

Einmal ist keinmal?

Ein Ehepaar hatte im Jahr 1972 eine Kapitallebensversicherung abgeschlossen, bei der beide Partner jeweils Versicherungsnehmer und versicherte Person waren. Der Versicherer versandte in der Folgezeit jeweils an beide getrennt die jährlichen Wertmitteilungen und kündigte in zwei Schreiben die Auszahlung der Ablaufleistung an. Als der Versicherer diese dann nur einmal auszahlte, wandten sich die Beschwerdeführer an den Ombudsmann und forderten eine weitere Zahlung. Hilfsweise wollten sie wissen, ob der Versicherer den in zwei Schreiben angekündigten Auszahlungsbetrag jedenfalls dann zweimal hätte überweisen müssen, wenn sie verschiedene Bankverbindungen für die Auszahlung angegeben hätten.

Ein Blick in die Vertragsunterlagen ließ keinen Zweifel daran, dass nur ein Versicherungsvertrag bestand, aus dem der Versicherer die Ablaufleistung nur einmal schuldet. Er hatte nur deshalb jeden der Beschwerdeführer einzeln angeschrieben, weil sie beide als Versicherungsnehmer Vertragspartner des Versicherers waren. Die Rechte aus dem Versicherungsvertrag können zwei oder mehr Versicherungsnehmer allerdings nur gemeinsam ausüben. Damit beantwortete sich auch die Zusatzfrage. Sofern die Beschwerdeführer zwei unterschiedliche Bankverbindungen angegeben hätten, wären sie vom Versicherer darauf hingewiesen worden, dass sie sich über die Auszahlungsmodalitäten einigen müssen.

So konnte der Ombudsmann den Beschwerdeführern zwar nicht zu einer zweiten Zahlung, hoffentlich aber zum besseren Verständnis in Bezug auf ihren Vertrag verhelfen.

Privathaftpflichtversicherung

Beziehungskrise in der Privathaftpflichtversicherung?

Der Beschwerdeführer wurde von der Mutter der gemeinsamen Tochter per Mahnbescheid wegen zweier stornierter Reisen auf Schadenersatz in Anspruch genommen. Er soll Vereinbarungen über die Betreuung der Tochter nicht eingehalten und damit Reisepläne der Mutter zunichte gemacht haben. Da nach den Bedingungen der betreffenden Haftpflichtversicherung jedoch Ansprüche wegen Schäden aus der Nichteinhaltung von Terminen ausdrücklich ausgeschlossen waren, hatte die Beschwerde keinen Erfolg.

Hausratversicherung

Madagaskar ist weit weg

Der Beschwerdeführer hatte seinen Hauptwohnsitz nach Madagaskar verlegt. Seine bisherige Eigentumswohnung in Solingen behielt er als Zweitwohnsitz bei, ohne die Beschwerdegegnerin darüber zu informieren, dass die Wohnung nun weitgehend unbewohnt ist. Ein Bekannter leerte allerdings regelmäßig den Briefkasten und kümmerte sich um den Garten. Außerdem installierte der Beschwerdeführer eine vollautomatische Lichtanlage im Garten, welche eine Dauerpräsenz vortäuschen sollte. Die Wohnung diente auch während seiner Abwesenheit Freunden in unregelmäßigen Abständen als Übernachtungsmöglichkeit und wurde aufgrund der sich darin befindlichen umfangreichen Sammlung afrikanischer Orden, Münzen und Banknoten gelegentlich für Sammlertreffen und sommerliche Grillveranstaltungen genutzt.

Im Jahr 2016 wurde in die Wohnung eingebrochen und dabei ein Großteil der madagassischen Orden, Münzen und Banknoten im Wert von 69.304,17 Euro entwendet. Der Beschwerdeführer bat unmittelbar nach dem Einbruch den Berufsverband des Deutschen Münzenfachhandels darum, den Diebstahl an die Verbandsmitglieder weiterzugeben mit der Bitte, das Eingehen von Angeboten über afrikanische Münzen und Scheine zu melden. 2,5 Wochen nach dem Diebstahl kam der Beschwerdeführer nach Deutschland und prüfte den Umfang des Schadens selbst vor Ort. Die von ihm erstellte Liste des entwendeten Stehlguts ging der Polizei vier Wochen nach dem Einbruch zu.

Die Beschwerdegegnerin lehnte eine Regulierung des Einbruchdiebstahlschadens wegen der ihr nicht gemeldeten Gefahrerhöhung durch das Unbewohntsein der Wohnung sowie einer verspäteten Einreichung der Stehlgutliste bei der Polizei ab. Zudem hätten die diversen Aufenthalte fremder Personen den Personenkreis mit dem Wissen über die unbeaufsichtigte Wohnung samt vorhandenen Wertgegenständen vergrößert. Der Beschwerdeführer habe den Eintritt des Versicherungsfalls grob fahrlässig herbeigeführt. Der Verschuldensgrad sei so hoch und schwerwiegend, dass er eine Kürzung der Leistung auf null rechtfertige.

Der Beschwerdeführer trug vor, in seiner Wohnung hätten nur elitäre Mitglieder der Gesellschaft verkehrt, deren Leumund unantastbar sei und deren finanzieller Hintergrund außer Frage stehe. Eine schnellere Einreichung der Stehlgutliste sei ihm nicht möglich gewesen. Dabei sei zu berücksichtigen, dass er in Madagaskar ca. 1.000 km von der Hauptstadt entfernt in einem größeren Dorf lebe, welches von mangelnder Infrastruktur und ständigen Stromausfällen sowie unzuverlässiger Internetverbindung betroffen sei. Das von ihm geleitete Gastronomie-Unternehmen mit 35 Mitarbeitern habe er nicht von heute auf morgen sich selbst überlassen können. Alleine für die Anreise über Pisten nach Antananarivo benötige man zwei bis drei Tage, zudem habe er sich anschließend noch ein Flugticket bei den über Monate im Voraus ausgebuchten Fluglinien beschaffen müssen.

Der Ombudsmann ging mit dem Versicherer davon aus, dass die Unbewohntheit der Wohnung eine Gefahrerhöhung im Sinne der allgemeinen Versiche-



rungsbedingungen darstellte und die Beschwerdegegnerin zu einer Kürzung ihrer Leistung berechnete. Schwierig zu entscheiden war aber, wie schwer das Verschulden des Beschwerdeführers wog bzw. in welchem Verhältnis dies eine Kürzung der Versicherungsleistung rechtfertigte. Problematisch war außerdem, dass im Ombudsmannverfahren einige Tatsachenfragen nicht abschließend geklärt werden konnten, darunter u. a., von wem und wann die Wohnung zwischenzeitlich benutzt wurde und wie genau die vollautomatische Lichtanlage funktionierte. Allein nach den vorliegenden Unterlagen war es dem Ombudsmann deshalb nicht möglich, die Schwere des Verschuldens abschließend zu bestimmen. Er hielt die Beschwerde für vergleichsgerecht und unterbreitete einen Schlichtungsvorschlag. Danach sollte die Beschwerdegegnerin 25 Prozent des entstandenen Schadens erstatten. Der Beschwerdeführer stimmte zu, die Beschwerdegegnerin lehnte den Vorschlag ab.

Gebäudeversicherung

Kostenermittlung für die Wertermittlung

Der Beschwerdeführer hatte bei der Beschwerdegegnerin über ein Vermittlerportal eine Wohngebäudeversicherung beantragt. In einem Schreiben bestätigte der Versicherer die vorläufige Deckung. Er informierte darüber, dass dies ein eigenständiger Vertrag sei und erst nach Zugang weiterer Informationen die vorläufige Deckung in einen normalen Versicherungsvertrag überführt werde. Weiter bot der Versicherer dem Beschwerdeführer eine Wertermittlung des zu versichernden Gebäudes durch eine externe Firma an. Der Beschwerdeführer unterzeichnete eine entsprechende Vereinbarung zur Durchführung der Wertermittlung, in der es unter anderem hieß:

„In aller Regel ist die Gebäudeschätzung für Sie kostenfrei!

Sollte das Vertragsverhältnis jedoch nicht mindestens 5 Jahre bestehen, werden wir Sie anteilig an den Kosten beteiligen (30 EUR für jedes Jahr, welches der Vertrag weniger als 5 Jahre bestanden hat).“

Die Wertermittlung wurde durchgeführt, musste jedoch auf die Intervention des Beschwerdeführers hin korrigiert werden. Dem Beschwerdeführer wurde daraufhin ein neues Vertragsangebot unterbreitet, das er jedoch nicht annahm. Ein Versicherungsvertrag kam somit nicht zustande. Unter Hinweis auf die oben zitierte Vereinbarung verlangte der Versicherer vom Beschwerdeführer die Kosten für die Hinzuziehung des Gutachters in Höhe von 320,00 Euro zuzüglich 20,00 Euro Mahngebühren.

Der Ombudsmann wies den Versicherer darauf hin, dass es jedenfalls für eine Forderung in dieser Höhe an einer Rechtsgrundlage fehle. Die Vereinbarung zur Wertermittlung sah eine anteilige Beteiligung an den Schätzkosten in Höhe von 30,00 Euro für jedes von maximal fünf Jahren vor, in dem der Vertrag nicht bestand. Dies sind maximal 150,00 Euro. Weiter wurde angemerkt, dass der Versicherer selbst gegenüber dem Beschwerdeführer ausgeführt hatte, dass es sich bei der vorläufigen Deckung um einen eigenständigen Vertrag handelte, der dem eigent-

lichen Versicherungsvertrag vorangestellt war. Für einen solchen Vertrag werden keine jährlichen Vertragslaufzeiten vereinbart. Die Formulierung: „Sollte das Vertragsverhältnis jedoch nicht mindestens 5 Jahre bestehen, werden wir ...“ werde ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer deshalb dahingehend verstehen, dass er sich an den Kosten der Wertermittlung nur dann zu beteiligen habe, wenn ein Versicherungsvertrag zustande komme und dieser vor Ablauf von fünf Jahren beendet werde. Soweit die Regelung auch für den Fall gelten sollte, dass kein Versicherungsvertrag zustande kommt, hätte dies eindeutig formuliert werden müssen. Der Versicherer erklärte sich bereit, der Anregung des Ombudsmanns zu folgen und der Beschwerde abzuhelpfen.

Sonstige Versicherungen – hier: Elektronikversicherung

Diebischer Taxifahrer

Die Beschwerdeführerin meldete ihrem Versicherer den Verlust des Laptops, den sie während einer Reise im Handkoffer verstaut hatte. In der Schadenmeldung gab sie an, dass sich der Handkoffer während einer Taxifahrt im Kofferraum befunden habe. Nach Beendigung der Fahrt sei sie ausgestiegen und habe sich noch kurz mit einem Bekannten unterhalten. Plötzlich sei der Taxifahrer – „in offensichtlicher Diebstahlsabsicht“ – weggefahren, ohne ihr zu ermöglichen, den Koffer aus dem Kofferraum zu nehmen. Der Versicherer lehnte die Leistung ab, denn nach den vereinbarten Bedingungen sei ein Diebstahl nicht versichert, wenn das Gerät auch nur kurzfristig unbeaufsichtigt abgelegt oder in abgelegten Kleidungsstücken, abgestellten Taschen, Koffern oder Rucksäcken aufbewahrt werde. Er monierte zudem, dass die Beschwerdeführerin zum Zeitpunkt der Wegnahme weder Körper- noch Blickkontakt zu dem Koffer gehabt habe.

Der Versicherungsombudsmann beurteilte den Fall anders. Zwar hatte die Beschwerdeführerin nach dem Aussteigen keinen Blickkontakt zu dem Handkoffer bzw. ihrem darin befindlichen Notebook gehabt. Allein aufgrund des Umstands, dass sie zunächst eine weitere Person begrüßt und nicht sogleich das Notebook aus dem Kofferraum genommen habe, könne jedoch nicht von einem unbeaufsichtigten Ablegen im Sinne der Versicherungsbedingungen gesprochen werden. Die Beschwerdeführerin durfte wohl zum einen davon ausgehen, dass das Notebook im Kofferraum des Autos sogar „gesichert“ abgelegt war. Zum anderen hatte sie sich zur Begrüßung der anderen Person nicht von dem Taxi entfernt, so dass es ihr sogar möglich gewesen wäre, einen Zugriff einer dritten Person auf den Kofferraum zu verhindern.

Diese Argumente trug der Ombudsmann dem Versicherer vor, der jedoch bei seiner Ansicht blieb. Der eingetretene Schaden habe schließlich gezeigt, dass von „gesichertem“ Ablegen keine Rede gewesen sein könne. Anderenfalls hätte die Beschwerdeführerin den Zugriff des Taxifahrers verhindern können. Es sei ihr zudem zeitlich möglich und auch zumutbar gewesen, den Koffer mit dem Notebook unmittelbar nach dem Ausstieg aus dem Kofferraum zu holen.

Der Ombudsmann wies den Versicherer darauf hin, dass nach den Bedingungen nicht „gesichertes Ablegen“ gefordert wird. Nach der vereinbarten Klausel bestehe



nur dann kein Versicherungsschutz, wenn die versicherte Sache unbeaufsichtigt abgelegt wurde. Gerade aber diese „Unbeaufsichtigung“ war hier nicht erkennbar. Ein schnelles Greifen der Tasche oder ein plötzliches einfaches „Annehmen“ durch einen Dritten wäre gerade nicht möglich gewesen. Damit, dass plötzlich der Taxifahrer selbst weiterfährt, bevor der Fahrgast sein Gepäck nach der Fahrt wieder an sich genommen hat, musste nicht gerechnet werden.

Der Versicherer teilte daraufhin mit, dass er sich nach nochmaliger Abwägung dazu entschieden habe, eine Entschädigungsleistung zu erbringen.

3 Einzelheiten zur Schlichtungsstelle

3.1 Allgemeines

Zum 1. Oktober 2001 nahm die Schlichtungsstelle die Beschwerdetätigkeit auf. Organisatorisch angesiedelt ist sie von Beginn an im Trägerverein Versicherungsombudsmann e. V. Der Verein wurde am 11. April 2001 durch Mitglieder des Präsidiums des Gesamtverbands der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) gegründet und am 21. Mai 2001 in das Vereinsregister des Amtsgerichts Berlin-Charlottenburg eingetragen. Als juristische Person weist der Verein eigene Rechtsfähigkeit auf. Damit verfügt die Schlichtungsstelle über eine eigenständige Organisation und ist institutionell unabhängig.

Der Verein hat seinen Sitz in Berlin. Dort sind auch die Geschäftsstelle und das Büro des Ombudsmanns angesiedelt.

Zweck des Vereins bei Gründung war die Förderung der außergerichtlichen Streitbeilegung zwischen Versicherungsunternehmen und Verbrauchern (Versicherungsnehmern). Aufgrund diverser gesetzlicher Entwicklungen, wie der vom Gesetzgeber übertragenen Zuständigkeit für Vermittlerbeschwerden und des Verbraucherstreitbeilegungsgesetzes (VSBG), wurde inzwischen der Zweck des Vereins dahingehend geändert, dass nun die außergerichtliche Beilegung von Streitigkeiten mit Verbrauchern, insbesondere aus einem Versicherungsvertrag oder im Zusammenhang mit der Vermittlung eines solchen, gefördert wird.

Nach der Vereinssatzung (siehe 5.3) können der GDV und dessen Mitgliedsunternehmen in den Verein aufgenommen werden. Zum 31. Dezember 2017 hatte der Verein 292 (Vorjahr: 292) Mitglieder.

Die Organe eines Vereins sind der Vorstand und die Mitgliederversammlung, so auch beim Versicherungsombudsmann e. V. Der Beirat ist ein weiteres Gremium, das jedoch vereinsrechtlich nicht vorgegeben ist. Gleichwohl sind die Besetzung des Gremiums und seine Befugnisse in der Satzung des Vereins geregelt. Der Beirat besteht aus Vertretern folgender Gruppen: Verbraucherorganisationen, Mitgliedsunternehmen, Versicherungsaufsicht, Wissenschaft, Bundestagsfraktionen und Versicherungsvermittler.

Zu den in der Satzung verankerten Aufgaben des Beirats gehört es, an der Bestellung des Ombudsmanns und an Änderungen der Verfahrensordnungen mitzuwirken. Eine weitere Funktion des Gremiums besteht darin, die Arbeit des Ombudsmanns zu begleiten und ihn zu beraten.

Dem Beirat kommt auch deshalb eine große Bedeutung zu, weil er Ausdruck und Garant der Unabhängigkeit des Ombudsmanns ist. Im Vergleich mit anderen Schlichtungsstellen wird deutlich, dass die Einrichtung eines Beirats und die Einbeziehung der verschiedenen institutionellen Vertreter, nicht zuletzt von Verbraucherorganisationen, bis heute nicht selbstverständlich sind und daher als herausragendes Kennzeichen dieser Schlichtungsstelle der Versicherungswirtschaft gesehen werden.



Professor Günter Hirsch übernahm das Amt des Ombudsmanns zum 1. April 2008 im Anschluss an seine Tätigkeit als Präsident des Bundesgerichtshofs (BGH). Davor war er viele Jahre als Staatsanwalt, Richter und in der Gesetzgebung tätig. 1994 wurde er als deutscher Richter an den Gerichtshof der Europäischen Union berufen. Als Ombudsman folgte er auf Professor Wolfgang Römer, den ersten Ombudsman für Versicherungen.

Die Tätigkeit des Versicherungsombudsmanns beruht inzwischen auf verschiedenen Grundlagen. Das Verhältnis zu den Mitgliedsunternehmen ist privatrechtlicher Natur. Die Versicherer, die dem Verein angehören, akzeptieren die Vereinssatzung sowie die Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns (VomVO). Damit ermöglichen sie ihren Kunden, Meinungsverschiedenheiten durch eine unabhängige Stelle klären zu lassen. Vorteile für die Beschwerdeführer sind beispielsweise, dass ihre etwaigen vertraglichen Ansprüche während der Prüfung durch den Ombudsman nicht verjähren und der Spruch des Ombudsmanns unter bestimmten Voraussetzungen für die Versicherer verbindlich ist. Die Verbraucher können ohne bürokratischen Aufwand das Verfahren in Anspruch nehmen, ohne durch die Einlegung der Beschwerde selbst eine Verpflichtung oder ein Kostenrisiko einzugehen.

Weitere Aufgaben wurden dem Ombudsman auf gesetzlicher Grundlage zugewiesen. Seit dem Jahr 2005 ist der Versicherungsombudsman zuständig für die Schlichtung von Verbraucherstreitigkeiten aus Versicherungsverträgen, die unter ausschließlicher Verwendung von Fernkommunikationsmitteln, sogenannte Fernabsatzverträge, zustande gekommen sind. Der Gesetzgeber hatte u. a. durch Änderungen im früheren Versicherungsvertragsgesetz (VVG) die Fernabsatzrichtlinie der Europäischen Union in Deutschland umgesetzt. Im reformierten VVG ist diese Tätigkeit der Schlichtungsstelle in § 214 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 geregelt. Diese Vorschrift bringt den Bezug zu Fernabsatzverträgen jedoch nicht so klar zum Ausdruck wie der frühere § 48e VVG.

Die zweite auf gesetzlicher Grundlage übertragene Aufgabe ist die Bearbeitung von Beschwerden über Versicherungsvermittler. Nach der Vermittlerrichtlinie der Europäischen Union (Richtlinie 2002/92/EG) hatten die Mitgliedsstaaten für die Einrichtung von Verfahren zu sorgen, die es Kunden ermöglichen, Beschwerden über Versicherungsvermittler einzulegen (Artikel 10), sowie die Einrichtung angemessener und wirksamer Beschwerde- und Abhilfeverfahren zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten zwischen Versicherungsvermittlern und Kunden zu fördern (Artikel 11). Der deutsche Gesetzgeber kam diesem Auftrag mit dem sogenannten Vermittlergesetz nach, das in wesentlichen Teilen zum 22. Mai 2007 in Kraft getreten ist. In dem seit 2008 reformierten VVG ist die Aufgabe in § 214 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 genannt. Der Versicherungsombudsman e. V. ist danach eine anerkannte Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten zwischen Versicherungsvermittlern oder Versicherungsberatern und Versicherungsnehmern im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen. Die Mitgliederversammlung hat nach vorherigem Beschluss des Beirats eine eigene Verfahrensordnung für Beschwerden gegen

3 EINZELHEITEN ZUR SCHLICHTUNGSSTELLE

Versicherungsvermittler (VermVO) beschlossen. Dies war notwendig, da sich dieses Verfahren in der Ausgestaltung erheblich von dem Beschwerdeverfahren unterscheidet, das die Mitgliedsunternehmen ihren Kunden ermöglichen (siehe 1.5).

Das Bundesministerium der Justiz hat die Zuweisungen beider Aufgaben im Bundesanzeiger vom 3. Juli 2008, Nr. 98, Seite 2376 veröffentlicht.

Seit August 2016 ist der Versicherungsombudsmann e. V. eine anerkannte Verbraucherschlichtungsstelle nach dem VSBG.

Der Versicherungsombudsmann e. V. ist Mitglied im FIN-NET (Netzwerk der Schlichtungsstellen für Finanzdienstleistungen) der Europäischen Kommission. Nur solche Einrichtungen können Mitglied im FIN-NET werden, die den Mindestanforderungen an Schlichtungseinrichtungen, festgelegt in einer unverbindlichen Empfehlung aus dem Jahr 1998, genügen. Diesen Kriterien entsprachen die Konstruktion der Schlichtungsstelle mit einem unabhängigen Ombudsmann sowie ihre Verfahrensordnung von Anfang an. Die Mitglieder des FIN-NET leisten Beschwerdeführern bei grenzüberschreitenden Sachverhalten Hilfestellung.

Die Schlichtungsstelle ist befugt, einen gesetzlich vorgesehenen vorgerichtlichen Einigungsversuch durchzuführen. Nach § 15a des Einführungsgesetzes zur Zivilprozessordnung (EGZPO) können die Bundesländer in bestimmten Fällen die Zulässigkeit einer Klage vor Gericht davon abhängig machen, ob zuvor von einer durch die Landesjustizverwaltung eingerichteten oder anerkannten Gütestelle versucht worden ist, die Streitigkeit einvernehmlich beizulegen. In dieser Hinsicht ist der Versicherungsombudsmann einer staatlichen Gütestelle gleichgestellt. Er kann einen solchen Einigungsversuch durchführen und bestätigen. Eine weitere Funktion ergibt sich aus Absatz 2 des zum 26. Juli 2012 in die Zivilprozessordnung eingefügten § 278a. Danach kann ein Gerichtsverfahren zum Ruhen gebracht werden, wenn die Prozessparteien sich für ein Verfahren der außergerichtlichen Konfliktbeilegung entscheiden.



3.2 Organisation und Personal

Die Mitgliedsunternehmen haben den Ombudsmann mit der Durchführung der Beschwerdeverfahren betraut und ihn dafür mit Kompetenzen ausgestattet. Angesichts von jährlich rund 20.000 Eingaben kann er jedoch nicht jede Beschwerde selbst bearbeiten. Im Gegensatz zu einigen anderen größeren Einrichtungen der alternativen Streitbeilegung ist diese Kompetenz nicht auf mehrere Personen übertragen worden. Stattdessen stellt der Verein dem Ombudsmann geeignete Mitarbeiter und Sachmittel zur Verfügung, damit er seine Aufgabe erfüllen kann. Zwar sind alle Mitarbeiter des Vereins dem Geschäftsführer unterstellt, soweit es jedoch die Beschwerdebearbeitung betrifft, kommt dem Ombudsmann das fachliche Weisungsrecht zu; dies ist in § 13 der Satzung verankert. Zudem wird er bei der Einstellung und Entlassung von Mitarbeitern beteiligt. Mit der Vergabe von Zeichnungsrechten sowie Vorlagepflichten stellt der Ombudsmann sicher, dass die Beschwerden in der von ihm vorgegebenen Weise bearbeitet werden.

Die Beschwerdebearbeitung findet in zwei Bereichen des Vereins statt, nämlich im Servicecenter und in der juristischen Abteilung. Im Servicecenter des Versicherungsombudsmanns waren im Berichtsjahr 14 Versicherungskaufleute mit der Annahme und der Aufbereitung der Beschwerden befasst. Die Mitarbeiter nehmen die Beschwerden entgegen, legen dazu Akten an und erfassen die Angaben im EDV-System. Sie helfen den Beschwerdeführern bei der Formulierung des Beschwerdeziels und der Zusammenstellung der für die Beschwerde notwendigen Unterlagen. Zudem prüfen sie die Zulässigkeit der Beschwerde im Sinne der Verfahrensordnungen und teilen den Beschwerdeführern, deren Anliegen nicht in den Aufgabenbereich des Ombudsmanns fällt, dies mit.

In der juristischen Abteilung unterstützen Volljuristen (Referenten) den Ombudsmann bei der Beurteilung der Beschwerden. Sie prüfen die Ansprüche der Beschwerdeführer in rechtlicher Hinsicht, führen die juristische Korrespondenz, loten Einigungsmöglichkeiten aus und entscheiden in Abstimmung mit dem Ombudsmann und in seinem Auftrag darüber, ob die einzelne Beschwerde berechtigt ist. Da die Referenten nach fachlichen Schwerpunkten entsprechend den Versicherungssparten arbeiten, sammeln sie im Laufe der Zeit wertvolle Erfahrungen und besonderes Fachwissen. Zum Ende des Berichtszeitraums unterstützten 23 juristische Referenten den Ombudsmann.

Weiter beschäftigt der Verein Mitarbeiter im Sekretariat und in der Verwaltung. Einschließlich der Teilzeit- und Aushilfskräfte waren zum Ende des Berichtsjahres 47 Personen beim Versicherungsombudsmann e. V. angestellt.

Die Mitarbeiter prüfen die Anliegen der Verbraucher sehr gründlich. Das geschieht zugleich effizient und mit moderner technischer Unterstützung. Eingesetzt wird ein EDV-Programm, das alle wichtigen Informationen zu einem Beschwerdeverfahren aufnimmt und sie den Mitarbeitern schnell und zuverlässig zugänglich macht. Diese Anforderungen erfüllt das eigens für die Schlichtungsstelle entwickelte EDV-Programm „Ombudat“. Es gewährleistet, dass keine wichtigen Erkennt-

3 EINZELHEITEN ZUR SCHLICHTUNGSSTELLE

nisse verlorengehen und den Beteiligten des Beschwerdeverfahrens bei Bedarf zügig die zutreffende Auskunft erteilt werden kann. Ombudat unterstützt die Mitarbeiter bei allen Schritten der Beschwerdebearbeitung und informiert über sämtliche ein- und ausgehende Mitteilungen. Außerdem ermöglicht es den Referenten, frühere Beschwerdefälle zu finden, die bei einer aktuell anstehenden Entscheidung zu berücksichtigen sind. All das trägt zur hohen Qualität der Beschwerdebearbeitung bei, sorgt für die notwendige Effizienz und bewirkt zudem, dass die Schlichtungsstelle kostengünstig arbeitet. Im Berichtsjahr wurde damit begonnen, die eingehende physische Beschwerdepост einzuscannen und dem jeweiligen Vorgang zuzuordnen. Dies soll im folgenden Jahr fortgeführt werden und die Bearbeitung in Form einer elektronischen Akte ermöglichen.

Durch die im Bericht enthaltene Gewinn-und-Verlust-Rechnung (siehe 3.9) und die aus der Statistik ersichtlichen Fallzahlen wird die Arbeit der Schlichtungsstelle auch aus dieser Perspektive der Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Diese Transparenz ist ein wesentlicher Faktor dafür, dass Vertrauen in die Tätigkeit des Ombudsmanns gesetzt werden kann.

3.3 Vereinsmitglieder und Mitgliederversammlung

Der Versicherungsombudsmann e. V. ist der Trägerverein der Schlichtungsstelle. Nach der Vereinssatzung (siehe 5.3) können der GDV und dessen Mitgliedsunternehmen in den Verein aufgenommen werden. Am 31. Dezember 2017 hatte der Verein 292 (Vorjahr: 292) Mitglieder. Vereinsbeitritte waren auch im Berichtsjahr zu verzeichnen. Ansonsten beruhen Veränderungen im Mitgliederbestand zumeist auf den Folgen von Fusionen, Übertragungen von Versicherungsbeständen und Neugründungen.

Die Mitglieder üben ihre Rechte in der Mitgliederversammlung aus, die zusammen mit dem Vorstand zu den Organen des Vereins gehört und mindestens einmal jährlich einberufen wird. Sie ist der Souverän des Vereins. Zu ihren Aufgaben zählen u. a. Änderungen der Satzung sowie Entscheidungen über die Finanzen des Vereins. Sie wählt die Mitglieder des Vorstands und die Mitgliedervertreter im Beirat. Über die Bestellung des Ombudsmanns und Änderungen der Verfahrensordnungen beschließt die Mitgliederversammlung unter Mitwirkung des Beirats.

Die Mitglieder tragen den Verein in wirtschaftlicher Hinsicht. In einem Umlageverfahren wird von ihnen ein Jahresbeitrag erhoben. Die Höhe der Umlage bestimmt sich nach dem Finanzbedarf, wie er sich aus dem von der Mitgliederversammlung genehmigten Wirtschaftsplan ergibt. Diese Umlage wird auf alle Mitglieder aufgeteilt, wobei die Beitragshöhe für jedes einzelne Mitglied vom Verhältnis der jährlichen Bruttobeitragseinnahmen aller Mitgliedsunternehmen zueinander abhängig ist. Darüber hinaus zahlen die Versicherungsunternehmen eine Fallpauschale für nach der VomVO zulässige Beschwerden (Einzelheiten dazu unter 3.9).



Am 26. September 2017 fand die ordentliche Mitgliederversammlung unter Leitung des Vorstandsvorsitzenden, Dr. Wolfgang Weiler, in Berlin statt. Professor Günter Hirsch berichtete über die Beschwerdebearbeitung der zurückliegenden zwölf Monate, informierte über Änderungen der Rechtsprechung und über nationale Entwicklungen in der Gesetzgebung. Danach nahm die Mitgliederversammlung den Bericht des Geschäftsführers, Dr. Horst Hiort, entgegen, der insbesondere die Beschwerdestatistik, die Organisation des Vereins und die Finanzen umfasste.

Weiter genehmigten die Mitglieder den Jahresabschluss 2016 und entlasteten den Vorstand sowie den Geschäftsführer. Zudem beschlossen sie den vom Vorstand aufgestellten Wirtschaftsplan und die Mitgliederumlage für das Geschäftsjahr 2018. Schließlich standen noch Nachwahlen für Vorstand und Beirat an.

3.4 Vorstand, Geschäftsführung

Der Vorstand des Versicherungsombudsmann e. V. ist für alle Angelegenheiten des Vereins zuständig, soweit diese nicht durch die Satzung der Mitgliederversammlung, dem Beirat oder der Geschäftsführung übertragen sind. Wesentliche Aufgaben des Gremiums sind die Vertretung des Vereins nach außen, das Vorschlagsrecht zur Wahl des Ombudsmanns, die Aufstellung von Wirtschaftsplan und Jahresabschluss, die Bestellung und Abberufung des Geschäftsführers sowie dessen Beaufsichtigung. Vorstand und Mitgliederversammlung bilden die Organe des Vereins.

Der Vorstand besteht aus mindestens fünf und höchstens elf Personen. Die Vorstandsmitglieder werden für die Dauer von vier Jahren gewählt und müssen zum Zeitpunkt ihrer Wahl dem Organ eines Vereinsmitglieds angehören. Sie üben ihr Amt ehrenamtlich aus. Den Vorsitzenden wählt der Vorstand aus dem Kreis seiner Mitglieder.

Die Amtsperiode des Vorstands begann am 22. November 2016. Im Berichtsjahr legte Dr. Alexander Erdland sein Vorstandsmandat nieder, da seine Amtszeit als Präsident des GDV endete. Für ihn wurde Klaus-Jürgen Heitmann, Vorstandssprecher der HUK-COBURG Versicherungsgruppe, in den Vorstand gewählt.

Dr. Wolfgang Weiler, seit 2012 Vorstandsvorsitzender, trat die Nachfolge von Dr. Erdland als GDV-Präsident an und legte daher den Vorsitz im Vereinsvorstand nieder, er bleibt jedoch weiterhin Mitglied in den Gremien des Vereins. Der Vorstand kam nach der Mitgliederversammlung zu einer außerordentlichen Sitzung zusammen und wählte Thomas Flemming, Vorsitzender der Vorstände der Mecklenburgische Versicherungsgruppe, zum Vorsitzenden.

Matthias Scheuber, Mitglied des Vorstands der Allianz Versicherungs-AG, legte seine Ämter in Vorstand und Beirat zum 30. November 2017 nieder.

3 EINZELHEITEN ZUR SCHLICHTUNGSSTELLE

Vorstandssitzungen fanden am 6. April, am 6. Juli und am 26. September 2017 jeweils in Berlin statt.

Der Vorstand stellte den Jahresabschluss des Vereins für das Geschäftsjahr 2016 auf, prüfte eingetretene Entwicklungen im Hinblick auf notwendige Maßnahmen und beriet über die Weiterentwicklung der Schlichtungsstelle. In Vorbereitung der Mitgliederversammlung beschloss der Vorstand den vorgelegten Wirtschaftsplan 2018.

Die laufenden Vereinsgeschäfte obliegen dem Geschäftsführer. Die Bestellung und Abberufung eines oder mehrerer Geschäftsführer erfolgt durch den Vorstand, wobei dem Beirat ein Mitspracherecht zukommt (Vorschlagsrecht, Beratung bei der Bestellung). Der Geschäftsführer übt seine Aufgabe auf Grundlage der Vereinssatzung sowie der vom Vorstand aufgestellten Geschäftsordnung aus und hat im Rahmen der Geschäftsordnung Vertretungsmacht im Sinne des § 30 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB). Zu seinen Aufgaben gehört u. a. die Vorbereitung und Einberufung der Mitgliederversammlung, die Ausführung der Beschlüsse der Mitgliederversammlung sowie die Aufstellung des Wirtschaftsplans. Er wird ebenso wie der Vorstand von der Mitgliederversammlung entlastet.

Der Geschäftsführer ist Personalvorgesetzter aller Mitarbeiter und verantwortlich für die Organisation. Auch die Aufsicht über die Beschwerdebearbeitung im Sinne des Ombudsmanns gehört zu seinen Aufgaben.

Seit September 2003 ist Dr. Horst Hiort alleiniger Geschäftsführer des Vereins.

3.5 Beirat

Dem Beirat kommen nach der Satzung wichtige Aufgaben und Kompetenzen zu. So hat er maßgeblichen Einfluss auf Änderungen der Verfahrensordnungen, aber auch auf die Bestellung des Ombudsmanns, den der Beirat bei dessen Arbeit begleitet und berät. Daraus ergibt sich eine Funktion, die vielleicht auf den ersten Blick nicht leicht zu erkennen ist, sie wird jedoch vielfach als die bedeutendste des Beirats angesehen: Das Gremium sichert die Unabhängigkeit des Ombudsmanns bei dessen Amtsausübung.

Die Satzung regelt die Unabhängigkeit grundlegend und uneingeschränkt: Der Ombudsmann ist hinsichtlich seiner Entscheidungen sowie seiner Verfahrens- und Amtsführung im Rahmen der Verfahrensordnungen unabhängig und keinen Weisungen unterworfen (§ 13 Absatz 2 Satz 1). Diese garantierte Ungebundenheit des Ombudsmanns bei der Entscheidung von Beschwerden ist ebenso wie seine von den Beschwerdeparteien wahrgenommene Neutralität unverzichtbar zur Erfüllung der Schlichtungsaufgabe. Dies nicht nur konstitutiv festzulegen, sondern zugleich mittels aufmerksamer Begleitung durch kompetente Personen in der Praxis abzusichern, ist eine Funktion des Beirats.



Die Versicherungswirtschaft hat bereits bei Gründung der Schlichtungsstelle darauf geachtet, dass die Unabhängigkeit nach innen wie nach außen gesichert ist. Die Mitglieder des Beirats, unter anderem Abgeordnete des Deutschen Bundestags und Vertreter von Verbraucherorganisationen, haben Einblick in die Amtsausübung des Ombudsmanns. Es gehört zu den satzungsgemäßen Aufgaben des Beirats, seinen Bericht entgegenzunehmen und ihn zu beraten. Zusammen mit anderen Elementen sorgt dies für Vertrauen in die Person des Ombudsmanns, in das von ihm geleitete Beschwerdeverfahren und in seine Entscheidungen. Dies ist die notwendige Voraussetzung dafür, dass der im Verfahren „Unterlegene“ zu der Überzeugung gelangt, dass sachliche Gründe für das Ergebnis ausschlaggebend waren und nicht Voreingenommenheit des Ombudsmanns.

Der Beirat hat noch weitere Aufgaben, die in der Satzung festgeschrieben sind: Mitspracherecht bei der Bestellung des Geschäftsführers (Vorschlagsrecht, Beratung), Unterbreitung von Verbesserungsvorschlägen zur Arbeit des Ombudsmanns und zu den Verfahrensordnungen sowie Beratung und Unterstützung des Ombudsmanns in Fragen seiner Öffentlichkeitsarbeit, zum Beispiel beim Internetauftritt und bei Publikationen.

Die Amtszeit der Beiratsmitglieder beträgt nach der Satzung fünf Jahre. Die aktuelle Beiratsperiode begann im Februar 2017.

Die Größe des Beirats ist inzwischen nicht mehr festgelegt. Durch Satzungsänderung vom 26.11.2014 wurde die konkrete Zuordnung der Beiratsmandate an die Bundestagsfraktionen aufgegeben und stattdessen eine abstrakte Verteilungsformel nach Größe und Anzahl der Fraktionen eingeführt. Dies sichert zeitnah die dem Bundestag entsprechende und zugleich parteineutrale Zusammensetzung der Vertreter des öffentlichen Lebens, wie die Vertreter der Bundestagsfraktionen in der Satzung genannt werden.

Mit Konstituierung zum 19. Bundestag griff diese Regelung erstmals. Sie kann sich wegen der Verzögerungen in der Regierungsbildung jedoch konkret erst nach dem Berichtsjahr auswirken. Daher wird für die Vertreter des öffentlichen Lebens an dieser Stelle und unter 5.5 die vor der Bundestagswahl gültige Besetzung angegeben. Aktuelles kann jeweils der Website entnommen werden.

Im Berichtsjahr bestand der Beirat aus 27 Personen, darunter jeweils sieben Vertreter der Mitgliedsunternehmen sowie von Verbraucherorganisationen (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. – vzbv, Stiftung Warentest und der Bund der Versicherten e. V. – BdV). Zwei Vertreter der Versicherungsaufsicht, drei Vertreter der Wissenschaft sowie sechs Vertreter der Bundestagsfraktionen (SPD, CDU/CSU, Bündnis 90/Die Grünen und DIE LINKE.) und zwei Vertreter von Versicherungsvermittlerorganisationen vervollständigen den Beirat.

Den Vorsitz im Beirat führt Professor Dr. Dr. h. c. mult. Jürgen Basedow, LL.M. (Harvard Univ.). Er ist ein national wie international anerkannter Rechtswissenschaftler, zu dessen Forschungsgebieten das Versicherungsrecht gehört.

3 EINZELHEITEN ZUR SCHLICHTUNGSSTELLE

Mehrfach wurde ihm die Ehrendoktorwürde verliehen, u. a. von der Universität Stockholm. Weiter hält er eine Ehrenprofessur der Jiaotong-Universität Xi'an (China). Er war u. a. Direktor des Max-Planck-Instituts für ausländisches und internationales Privatrecht Hamburg (1997–2017), Mitglied der von der Bundesjustizministerin berufenen Kommission zur Reform des deutschen Versicherungsvertragsgesetzes (2000–2004) sowie Vorsitzender der Monopolkommission (2004–2008).

Der Beirat tagte am 19. September 2017 in Berlin. Dr. Hiort trug den Bericht von Professor Hirsch vor, der an diesem Tag verhindert war. Die Beiratsmitglieder zeigten sich erfreut über die Wirkung auf den Gesetzgeber im Hinblick auf die Restschuldversicherung (vgl. unter 2.1) und diskutierten die Fassung des § 7d VVG. Anschließend informierte Dr. Hiort über die Organisation, die Beschwerdestatistik und weitere Themen rund um die Schlichtungsstelle.

Im Berichtsjahr begann zum 28. Februar 2017 die vierte Beiratsperiode. Neu in das Gremium traten ein Petra Rode-Bosse, Mitglied des Bundestags, SPD, (für Dennis Rohde, SPD) und Mathias Scheuber, Mitglied des Vorstands der Allianz Versicherungs-AG.

Zur Mitgliederversammlung 2017 legte Dr. Alexander Erdland, Präsident des GDV, sein Mandat nieder. Mathias Scheuber schied zum 30. November 2017 aus dem Beirat aus. Thomas Flemming, Vorsitzender der Vorstände der Mecklenburgischen Versicherungsgruppe, wurde auf der Mitgliederversammlung 2017 neu in den Beirat gewählt.

Die Zusammensetzung des Beirats zum Ende des Berichtsjahres kann der Aufstellung im Anhang unter 5.5. entnommen werden.



3.6 Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Der Ombudsmann repräsentiert die Schlichtungsstelle in der Außendarstellung; durch ihn erhält sie ihr unverwechselbares Gesicht. Von den Beschwerdeführern ebenso wie von der Presse wird daher in erster Linie der Ombudsmann selbst und weniger der Verein oder die Organisation wahrgenommen. Dadurch entsteht in der Öffentlichkeit ein prägnantes Bild mit Wiedererkennungseffekt, das Kontinuität und Kompetenz ausstrahlt. Diese dauerhafte Konzentration auf eine Person trägt sicher nicht unwesentlich dazu bei, dass Verbraucher dem Ombudsmann Vertrauen entgegenbringen und ihn für die Lösung ihres Problems einschalten.

Die aktive Öffentlichkeitsarbeit des Versicherungsombudsmanns besteht einerseits aus dem vorliegenden Jahresbericht, der Interessierten aus Presse, Politik, der Versicherungswirtschaft, den Verbraucherorganisationen und der Rechtswissenschaft zur Verfügung gestellt wird, andererseits aus den Informationsangeboten auf der Website.

Der Jahresbericht wird in einer Pressekonferenz vorgestellt und erläutert. Damit erhalten Medienvertreter Gelegenheit, die Ausführungen und Bewertungen von Professor Hirsch aus erster Hand aufzunehmen und Fragen zu stellen. Für Auskünfte über die Schlichtungsstelle steht der Geschäftsführer des Vereins, Dr. Hiort, zur Verfügung. Die Erfahrungen zeigen, dass manche Themen den anwesenden Pressevertretern durch eine Pressekonferenz besser vermittelt werden können, als das allein in schriftlicher Form möglich wäre. Das Angebot zum direkten Kontakt wurde vielfach angenommen, sowohl von der schreibenden Presse als auch von Vertretern anderer Medien.

Im Übrigen geht die Initiative zur Berichterstattung regelmäßig von den Medienvertretern aus. Der Versicherungsombudsmann ist bei den Journalisten längst eine feste Größe, wenn sie zu Versicherungsthemen recherchieren oder fundierte Aussagen einbeziehen wollen. Vielfach benötigen sie eine unabhängige Stellungnahme, nachdem sie von der Anbieterseite einerseits und von Verbraucherorganisationen andererseits verschiedene Standpunkte gehört haben. Im Ombudsmann finden sie einen Fachmann für Versicherungsrecht, der zudem die praktischen Auswirkungen für die Verbraucher, deren Probleme sowie die Besonderheiten des Versicherungsmarkts kennt. Im Berichtsjahr wurden in diversen Radiosendungen Live-Mitschnitte sowie in Zeitschriften und Onlineartikeln Interviews und Stellungnahmen des Ombudsmanns wiedergegeben.

Auch die Schlichtungsstelle insgesamt ist immer wieder Gegenstand von Medienberichten. Es gibt Reportagen, die sich allein mit dem Ombudsmann, seiner Tätigkeit oder mit der Entwicklung der Schlichtungsstelle beschäftigen. Die Medien berichten über die Schlichtungsstelle durchweg positiv. Der Grund liegt vermutlich in dem überzeugenden Konzept eines unabhängigen und neutralen Schlichters mit Entscheidungskompetenz, das sich mittlerweile über viele Jahre bewährt hat.

3 EINZELHEITEN ZUR SCHLICHTUNGSSTELLE

Oft wird der Ombudsmann anlässlich der Untersuchung bestimmter Versicherungsprodukte oder bei Berichten über die Branche um eine Stellungnahme gebeten. In verbraucherorientierten Artikeln sowie in Hörfunk- und Fernsehsendungen zu Versicherungsfragen wird bei Streitigkeiten mit Versicherern regelmäßig der Gang zur Schlichtungsstelle empfohlen. Vergleichstests der Versicherungsangebote beinhalten zunehmend Informationen darüber, ob die jeweiligen Versicherer der Schlichtungsstelle angehören. Dies wird offenkundig als ein wichtiges Leistungsmerkmal angesehen, das Verbraucher in ihre Entscheidung für ein bestimmtes Versicherungsunternehmen einbeziehen sollten.

Einrichtungen der außergerichtlichen Streitbeilegung bedürfen, ebenso wie die Gerichte, der kritischen Begleitung durch die Öffentlichkeit und damit der Presse. Es ist deshalb verständlich, wenn die Medien privatrechtliche Streitschlichtungsstellen auf ihre Unabhängigkeit und Qualität hin „abklopfen“ und über das Ergebnis berichten. Der Versicherungsombudsmann trägt diesem Gedanken durch die transparente Tätigkeit und eine offene Informationspolitik Rechnung. Trotzdem lassen sich nicht alle Fragen, die an die Schlichtungsstelle gerichtet werden, beantworten. Dies gilt etwa für die Identität der Beschwerdeparteien. Ebenso wenig teilt der Ombudsmann mit, welche Unternehmen mit welcher Anzahl und mit welchem Verfahrensausgang von Beschwerden betroffen sind.



3.7 Fachlicher Austausch

Die von der Versicherungswirtschaft eingerichtete Ombudsstelle ist längst ein wichtiges Element sowohl im Versicherungsmarkt als auch in der gesamten Schlichtungsstellenlandschaft. Deshalb gibt es ein reges und vielseitiges Interesse an der Tätigkeit des Versicherungsombudsmanns. Nationaler und internationaler Erfahrungsaustausch mit anderen Schlichtungsstellen, Präsentationen zur Struktur, Arbeitsweise und Tätigkeit des Versicherungsombudsmanns sowie Berichte über bestimmte einzelne Aspekte der Tätigkeit prägen den fachlichen Austausch. Nachfolgend werden die bedeutendsten Begegnungen des Berichtsjahres dargestellt.

Auf Fachtagungen und Symposien wurden die Berichte und Erfahrungen des Versicherungsombudsmanns gern einbezogen. So hielt Dr. Hiort auf dem gemeinsamen 3. Tag der Versicherungswirtschaft der IHK Wiesbaden und der IHK für Rheinhesen, der unter dem Titel „Digitalisierung in der Versicherungsbranche“ veranstaltet wurde, einen Vortrag über die Erfahrungen des Versicherungsombudsmanns und beteiligte sich an der Podiumsdiskussion. Professor Hirsch referierte auf der Fachkonferenz Beschwerdemanagement der Universität Leipzig über „Außergerichtliche Streitbeilegung: Pflicht oder Chance der Assekuranz“. Weiter nahm Dr. Hiort am Round Table der Verbraucherzentrale Sachsen teil, in dem Überlegungen angestellt wurden, um die Versicherungsdichte der Elementarschadensversicherungen zu steigern.

Den Versicherungsombudsmann erreichen immer wieder Anfragen ausländischer Delegationen, die sich über die privat organisierte Schlichtungsstelle, den genauen Verfahrensablauf sowie die Erfahrungen informieren wollen. Im Berichtsjahr kam die Europäische Bürgerbeauftragte (englisch: European Ombudsman) der Europäischen Union, Emily O'Reilly, zu Besuch in die Schlichtungsstelle, um Einblick in die Tätigkeit des Versicherungsombudsmanns zu erhalten. In einem ausführlichen Gespräch tauschte man die Erfahrungen aus der langjährigen Tätigkeit aus.

Guter Kontakt bestand weiterhin zur Stiftung Warentest. Dr. Hiort nahm erneut an der Expertenrunde Recht teil, in der die Themen der Zeitschrift Finanztest diskutiert werden.

Seit vielen Jahren werden enge kollegiale Verbindungen zu Ombudsläuten und Verantwortlichen anderer Schlichtungsstellen (mit Schwerpunkt im Finanzdienstleistungsbereich) gepflegt. In diesem Zusammenhang fanden im Berichtsjahr wieder Treffen in unterschiedlicher Zusammensetzung statt, um gemeinsame Überlegungen im Hinblick auf das VSBG oder die außergerichtliche Streitschlichtung im Allgemeinen anzustellen.

3.8 Gremienarbeit

Allgemein

Professor Hirsch und Dr. Hiort bringen in verschiedenen Gremien die Erkenntnisse und Erfahrungen der Schlichtungstätigkeit ein. Von der Finanzaufsicht, von Verbraucherorganisationen oder der Anbieterseite wird diese Expertise oft gewünscht. Nachfolgend werden diese Mandate aufgeführt.

Professor Hirsch führt den Vorsitz im Beirat des „Finanzmarktwächters“. Ausgerichtet nach verschiedenen Branchen bzw. Produktgruppen sollen Marktwächter vor allem Fehlentwicklungen frühzeitig aufdecken, die Politik sowie Aufsichts- und Regulierungsbehörden darauf aufmerksam machen und Handlungsempfehlungen erarbeiten. Ziel ist der bessere Schutz der Verbraucher. In Berichtsjahr fanden zwei Sitzungen statt.

Bei der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) bringt der Versicherungsombudsmann seine Expertise in zwei Gremien ein. Eines davon ist der Verbraucherbeirat. Das Gremium berät die Bundesanstalt bei der Erfüllung ihrer Aufsichtsaufgaben aus Verbrauchersicht. Professor Hirsch nahm an drei Sitzungen teil. Das andere Gremium ist der Fachbeirat der BaFin. Er besteht gemäß § 8 des FinDAG aus Vertretern der Finanzwissenschaft, der Kredit- und Versicherungswirtschaft, der Deutschen Bundesbank und der Verbraucherschutzvereinigungen, er berät die BaFin bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und unterstützt sie bei der Weiterentwicklung aufsichtsrechtlicher Grundsätze. Dr. Hiort vertritt den Versicherungsombudsmann in diesem Gremium, das im Berichtsjahr zweimal tagte.

Im FIN-NET (Netzwerk der Schlichtungsstellen für Finanzdienstleistungen) der Europäischen Kommission vertrat, wie schon in den Vorjahren, Dr. Hiort die Schlichtungsstelle.

Dr. Hiort ist zudem Mitglied im Beirat des Vereins „Ehrbare Versicherungskaufleute e. V.“ (VEVK), der u. a. den Zweck verfolgt, die Tugenden des „ehrbaren Kaufmanns“ bei Versicherungsvermittlern wieder aufleben zu lassen und so dem zum Teil negativen Image der Vermittler entgegenzuwirken. Eine Sitzung fand in Hamburg statt.

Beirat der Produktinformationsstelle Altersversorgung

Seit 2016 ist der Versicherungsombudsmann durch Dr. Horst Hiort und Stellvertreterin Katja Busch im Beirat Produktinformationsstelle Altersvorsorge gGmbH (PIA) vertreten.

Durch das Altersvorsorge-Verbesserungsgesetz (AltVerbG) vom 24. Juni 2013 wurde ein einheitlich gestaltetes Produktinformationsblatt für zertifizierte Altersvorsorgeprodukte eingeführt. Altersvorsorgeverträge gibt es beispielsweise in Form von Basisrentenverträgen, Fondssparplänen, Bausparverträgen, Bankspar-



plänen, Genossenschaftssparverträgen und Darlehen für die Finanzierung einer selbst genutzten Wohnung.

Das Produktinformationsblatt ist dem Verbraucher seit dem 1. Januar 2017 vor Abschluss eines betreffenden Vertrages auszuhändigen. Es muss bestimmte Angaben enthalten, die es dem Verbraucher erleichtern sollen, zwischen den Produktkategorien sowie innerhalb derer aus den verschiedenen Angeboten die passende Wahl zu treffen. Zu den erforderlichen Angaben gehören Kostenkennziffern des Produkts, die nach einheitlichen Grundsätzen zu berechnen sind, und die Einstufung in eine von fünf Chancen-Risiko-Klassen.

Das Bundesministerium der Finanzen hat die PIA mit der Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben beauftragt. Zu ihrer Aufgabe gehört es, einheitliche Grundsätze zur Ermittlung der Kostenkenngröße „Effektivkosten“ festzulegen und zu veröffentlichen. Des Weiteren hat sie auf Antrag der Anbieter die obligatorische Zuordnung der entsprechenden Altersvorsorgeprodukte in Chancen-Risiko-Klassen vorzunehmen, bei denen nicht nur das Risiko bewertet werden soll, sondern in gleichwertiger Weise auch die Renditechancen einbezogen werden. Die Einordnung erfolgt auf Basis von Wahrscheinlichkeitsrechnungen produkt- und tarifspezifisch unter Einbeziehung des Fraunhofer-Instituts für Techno- und Wirtschaftsmathematik (ITWM), das mathematische Simulationsverfahren durchführt.

Um eine breite fachliche Grundlage zu erhalten und die Arbeit der PIA transparent zu gestalten, wurden Vertreter der Verbraucher- und Anbieterinteressen sowie sonstiger fachkundiger Stellen in Form eines Beirats in die Aufgabenerfüllung der PIA einbezogen. Der Beirat hat eine beratende Funktion bei der Weiterentwicklung der von der PIA entwickelten Berechnungsmethoden und entscheidet über eingebrachte Vorschläge zur Änderung am Simulationsverfahren, der Chancen-Risiko-Klassifizierung und der Effektivkostenberechnung.

Im Berichtsjahr kam der Beirat einmal zusammen. In der Sitzung wurden u. a. verschiedene Änderungsvorschläge zu den Effektivkosten und zum Simulationsverfahren eingebracht und diskutiert. Naturgemäß brachten die verschiedenen Anbietergruppen unterschiedliche Ansichten für die Bewertung ein. Darüber hinaus wurden weitere Abstimmungen und Entscheidungen im schriftlichen Beschlussverfahren getroffen.

3.9 Finanzen

Die Mitgliedsunternehmen finanzieren die Schlichtungsstelle durch Mitgliedsbeiträge und Fallpauschalen für bearbeitete Beschwerden. Die Beiträge werden in Form einer jährlichen Umlage erhoben, deren Höhe die Mitgliederversammlung aufgrund des vom Vorstand aufgestellten Wirtschaftsplans festsetzt. Eventuell vorhandene Überschüsse können dabei mindernd berücksichtigt werden. Ausgehend von dem ermittelten Finanzbedarf wird für jedes Unternehmen die Höhe des Beitrags einzeln berechnet, wobei die Höhe der Bruttobeitragseinnahmen der Mitglieder zueinander ins Verhältnis gesetzt wird. Der Mindestbeitrag ist auf 500 Euro festgesetzt.

Die Fallpauschalen werden erhoben für Beschwerden, die gegen die Unternehmen eingelegt werden. Für nach der Verfahrensordnung des Versicherungsbundsmanns zulässige, nicht ungeeignete Beschwerden wird nach Beendigung des Verfahrens eine Fallpauschale erhoben. Dabei kommt es nicht darauf an, ob die Beschwerde rechtlich begründet war. Die Einnahmen aus den Fallpauschalen decken die Kosten, die im Servicecenter des Vereins für die Unterstützung der Beschwerdeführer anfallen. Da sowohl diese Kosten als auch die Zahl der bearbeiteten Beschwerden variieren, wird die Höhe der Fallpauschalen jährlich neu vom Geschäftsführer festgesetzt. Die Pauschale betrug im Berichtsjahr für Beschwerden, die durch eine Entscheidung oder Empfehlung beendet wurden, 118,50 Euro, für auf andere Weise beendete Verfahren 79,00 Euro.

Die Satzung sieht vor, dass der Vorstand binnen vier Monaten nach Ende des Geschäftsjahres den Jahresabschluss aufstellt, der von den Rechnungsprüfern rechtzeitig vor der ordentlichen Mitgliederversammlung zu prüfen ist. Diese überwachen im Auftrag der Mitglieder die Verwendung der Finanzmittel und berichten darüber in der Versammlung. Auf dieser Grundlage entscheiden die Mitglieder über die Genehmigung des Abschlusses sowie über die Entlastung von Vorstand und Geschäftsführung. Auch beschließen sie, in welcher Höhe die zunächst vorläufig erhobene Umlage des abgelaufenen Jahres endgültig festgesetzt wird. Die in einem Geschäftsjahr nicht verbrauchten Beiträge bilden ein Guthaben der Mitgliedsunternehmen auf die künftige Umlage, sofern die Mitgliederversammlung dafür keine andere Verwendung beschließt.

Den Jahresabschluss des Vereins für das Jahr 2017, dessen Bestandteil die dargestellte Gewinn-und-Verlust-Rechnung ist, hat der Geschäftsführer, Dr. Hiort, vorbereitet und der Vorstand per Beschluss aufgestellt. Dieser Abschluss wurde der Deloitte GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft vorgelegt. Die Wirtschaftsprüfer erstellten einen Bericht und erteilten darin den uneingeschränkten Bestätigungsvermerk. Jahresabschluss und Wirtschaftsprüfungsbericht sind den von den Mitgliedsunternehmen gewählten ehrenamtlichen Rechnungsprüfern vorzulegen.



Gewinn-und-Verlust-Rechnung¹	2017	2016
	TEUR	TEUR
Mitgliedsumlagen einschließlich verrechneter Beitragsvorauszahlungen	3.023	2.815
Umsatzerlöse	1.280	1.136
Bestandsveränderung ²	- 21	23
Erträge aus Beteiligungen	0	0
Sonstige Zinsen und ähnliche Erträge	1	0
Sonstige Erträge	28	24
Erträge	4.311	3.999
Personalaufwand	2.871	2.736
Raumkosten	364	370
Honorare, Gutachten, Beiträge, Gebühren	378	391
Kommunikationskosten	71	70
Reise-, Sitzungs- und Tagungskosten	40	77
Abschreibung auf immaterielle Vermögenswerte des Anlagevermögens und Sachanlagen	36	28
Zinsen und ähnliche Aufwendungen	12	11
Sonstige Aufwendungen	132	82
Steuern von Einkommen und Ertrag	2	1
Aufwendungen	3.906	3.766
Differenz Erträge und Aufwendungen	405	232
Entnahme/Zuführung Abschreibungsrücklage	- 61	23
Zuführung zur zweckgebundenen Rücklage	0	0
Entnahme Mitgliederguthaben	0	0
Überschuss/Mitgliederguthaben	344	255

Anmerkungen:

1. Die angegebenen Werte können wegen der Rundung auf volle TEUR geringfügig von denen im Jahresabschluss abweichen.
2. Die Position „Bestandsveränderung“ beruht auf Veränderungen in der Zahl und dem Wert der jeweils zum 31. Dezember in Bearbeitung befindlichen Beschwerden.

Rechnungsprüfer für das Geschäftsjahr sind Dr. Arne Barinka, stellvertretendes Mitglied der Vorstände der IDEAL Versicherungsgruppe, und Dr. Frederic Roßbeck, Vorsitzender des Vorstands der Feuerversicherung Berlin Brandenburg Versicherung AG.

4 Statistik

4.1 Gesamtbetrachtung

Wie in den Vorjahren werden in den folgenden statistischen Betrachtungen die zulässigen Beschwerden in den Vordergrund gestellt. Dafür spricht vor allem, dass vorrangig die Vorgänge von Interesse sind, die in den Zuständigkeitsbereich der Schlichtungsstelle fallen. Aus Sicht der Versicherungsbranche zufällige Ereignisse wie die Beschwerden gegen Banken in den Jahren 2014/15 bleiben damit zwar weiter erkennbar, prägen aber nicht das Bild. Hinzu kommt, dass sich 2016 die Zuständigkeit wegen der Anpassungen an das Verbraucherstreitbeilegungsgesetz (VSBG) verändert hat. Dies führt zu Verzerrungen im langjährigen Vergleich, wenn man die Gesamteingänge betrachtet. Der Blick auf die zulässigen Beschwerden ergibt insbesondere im Vergleich über mehrere Jahre ein aussagekräftiges Bild.

Im Jahr 2017 gingen insgesamt 14.910 zulässige Beschwerden (Vorjahr: 14.659) bei der Schlichtungsstelle ein. Gegenüber dem Vorjahr bedeutet dies eine Steigerung um 1,7 Prozent auf die bisher höchste Zahl seit Aufnahme der Schlichtungstätigkeit im Jahr 2001. Der Zuwachs betraf nur Unternehmensbeschwerden.

3.785 (4.225) Eingaben konnten nicht dem Zuständigkeitsbereich der Schlichtungsstelle zugeordnet werden. Unter die unzulässigen Beschwerden fallen Vorgänge, die im weiteren Sinn zwar Beschwerden gegen Versicherungsunternehmen sind, für die der Ombudsmann dennoch nicht zuständig ist. Dabei handelt es sich zum Beispiel um Eingaben gegen ein Unternehmen, das nicht Vereinsmitglied ist, oder Beschwerden gegen private Krankenversicherer. Aber auch Vermittlerbeschwerden können unzulässig sein, zum Beispiel weil sich ein Vermittler über einen anderen beschwert. Darüber hinaus gibt es Eingaben, die schon deshalb nicht in das Stadium der zulässigen Verfahren kommen, weil der Beschwerdeführer nach Beschwerdeeinlegung notwendige weitere Handlungen unterlässt. Solche Vorgänge werden in der Kategorie „fehlende Weiterverfolgung“ eingeordnet. Schließlich gibt es Eingaben, die keinem der beiden Zuständigkeitsbereiche zugeordnet werden können, beispielsweise eine Beschwerde gegen ein Versandunternehmen. Diese werden in der Statistik als „Anderweitige“ ausgewiesen.

Der erneute Rückgang der nicht in den Zuständigkeitsbereich fallenden Eingaben ist auf die eingangs erwähnten Effekte zurückzuführen. Er betraf zum einen den Bereich der Unternehmensbeschwerden, hier gingen die unzulässigen Beschwerden von 3.614 auf 3.295 zurück, und zum anderen die als „Anderweitige“ bezeichneten Vorgänge, die sich von 414 auf 352 verringerten. Da der Maßstab des VSBG auch künftig gelten wird, ist zu erwarten, dass die Entwicklung bei den unzulässigen Eingaben nicht nur vorübergehender Natur ist.

1.059 (695) Beschwerdeführer verfolgten ihre Eingabe nicht weiter. Der Anstieg hing maßgeblich damit zusammen, dass eine Rechtsanwaltskanzlei eine große Zahl an Beschwerden einlegte, jedoch trotz mehrfacher Erinnerung nicht die erforderlichen Vollmachten für das Beschwerdeverfahren vorlegte. Ansonsten dürfte ein nicht geringer Teil fehlender Weiterverfolgung darauf zurückzuführen sein, dass sich zwischenzeitlich das Problem für den Verbraucher erledigt hat.



Bei der nachfolgenden Betrachtung der Versicherungssparten werden die im Beschwerdejahr eingegangenen zulässigen Beschwerden angegeben, sowohl in absoluten Zahlen als auch in den Prozentangaben. Die Reihenfolge ergibt sich aus den prozentualen Veränderungen. Die Summe aus zulässigen und unzulässigen Eingaben je Sparte steht in Klammern.

In der Sparte Kraftfahrzeugversicherung, also die Kfz-Kaskoversicherung und -Haftpflichtversicherung zusammen betrachtet, war unter allen Sparten mit 6,2 Prozent die stärkste Zunahme der Beschwerden gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen. Eingaben zur Kfz-Kaskoversicherung erhöhten sich weiter, wenngleich weniger stark als in den Vorjahren, auf nunmehr 1.034 (1.245) nach 969 im Jahr 2016. Dies entspricht einem Zuwachs von 6,7 Prozent. Beschwerden in der Kfz-Haftpflichtversicherung stiegen um 5,6 Prozent von 838 auf 885 (1.572) wieder auf das Niveau von 2015, nachdem diese 2016 zurückgegangen waren. Der mit 56 Prozent niedrige Anteil an zulässigen Eingaben in der Kfz-Haftpflichtversicherung ist dadurch zu begründen, dass sich ein Teil der Beschwerden nicht auf den vertragsrechtlichen Anspruch bezieht, sondern im Zusammenhang mit Schadenersatzansprüchen Dritter steht. Zwar wird stets versucht, den Verbrauchern mit Erläuterungen zur helfen, die Eingaben bleiben jedoch unzulässig.

Die Allgemeine Haftpflichtversicherung, die in den Beschwerden vor allem über die Privat- und die Tierhalterhaftpflichtversicherung angesprochen wird, verzeichnete 651 (1167) Eingaben, was einem Zuwachs von 5,9 Prozent entspricht. Der Anteil unzulässiger Vorgänge ist ähnlich hoch wie bei der Kfz-Haftpflichtversicherung; auch die Ursache (Schadenersatzansprüche Dritter) ist entsprechend.

Die Beschwerden in der Rechtsschutzversicherung sind im Berichtsjahr um weitere 5,5 Prozent auf nun 4.015 (4.545) gestiegen. Dem gingen in den beiden Vorjahren starke Zuwächse von jeweils mehr als 30 Prozent voraus. Dadurch löste die Rechtsschutzversicherung im Jahr 2016 erstmals die Lebensversicherung als eingangsstärkste Sparte ab. Die Gründe dafür werden in Kapitel 2 erläutert.

Die Eingaben in der Lebensversicherung stiegen demgegenüber geringer an, weshalb sich der Abstand zur Rechtsschutzversicherung weiter vergrößerte. Der Zuwachs von 4,6 Prozent ist dennoch nicht unwesentlich. In absoluten Zahlen ausgedrückt waren es im Berichtsjahr 3.877 (4.642) Eingaben in diese Sparte, nach 3.707 im Vorjahr.

Bei den nachfolgend erwähnten Sparten sank der Eingang der zulässigen Beschwerden gegenüber 2016. Die Zahlen in der Berufsunfähigkeitsversicherung verringerten sich lediglich um drei Beschwerden auf 380 (533). Der Rückgang in der Hausratsversicherung betrug 1,9 Prozent, so dass den Ombudsmann 778 (865) nach zuvor 793 Eingaben erreichten. Die als „Sonstige“ in der Statistik geführten Beschwerden beinhalten kleinere Sparten, wie die Reiseversicherungen und solche Beschwerden, die mehrere Sparten betreffen, weil es sich beispielsweise um kombinierte Verträge handelt. Während 2016 diesbezüglich 1.420 Beschwerden eingelegt wurden, erhielt der Ombudsmann hierzu im Berichtsjahr 1.362 (1.927). Dies entspricht einem Minus von 4,1 Prozent.

4 STATISTIK

In der Gebäudeversicherung wurden 1.167 (1.322) nach 1.237 im Vorjahr gezählt; der Rückgang betrug 5,7 Prozent. Die Eingaben in der Sparte Unfall sanken dagegen noch weiter. Wurden 2016 noch 811 (978) zulässige Beschwerden eingelegt, so erreichten im Berichtsjahr nur 699 (814) Fälle die Schlichtungsstelle, was einem Rückgang von 13,8 Prozent entspricht.

Dieser Wert wurde nur noch von den Beschwerden zu Realkreditverträgen übertroffen. Die Zuständigkeit hierfür wurde erst im Jahr 2013 begründet; schließlich handelt es sich nicht um eine Versicherungssparte. Die diesbezüglichen Eingaben gingen um 21,5 Prozent zurück. Ausschlaggebend für den hohen Prozentwert war der Basiswert des Vorjahres, der noch auf die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH) zu den Bearbeitungsentgelten 2015 zurückzuführen ist. Zudem führen bei diesen relativ niedrigen Werten Schwankungen zu größeren Ausschlägen.

Im Berichtsjahr wurden 15.599 (Vorjahr: 14.288) zulässige Beschwerden abschließend bearbeitet. Zusammen mit den unzulässigen und den von den Beschwerdeführern nicht weiterverfolgten Vorgängen wurden 20.429 (19.115) Verfahren beendet. Die durchschnittliche Verfahrensdauer der zulässigen Beschwerden konnte bei 2,8 Monaten gehalten werden und blieb somit auf einem erfreulich niedrigen Niveau.

4.2 Differenzierung nach Zuständigkeiten des Ombudsmanns

Die im Jahr 2007 übernommene Zuständigkeit für Beschwerden gegen Vermittler machte eine Abgrenzung zum Verfahren gegen Versicherungsunternehmen notwendig. Zuvor gab es nur die Kategorien „zulässig“ und „unzulässig“. Seit Ausübung der gesetzlich definierten Aufgabe muss festgelegt werden, welches Verfahren durchzuführen ist. Es kommt in wenigen Fällen sogar in Betracht, zwei Verfahren (eines gegen das Mitgliedsunternehmen, das andere gegen den Vermittler) zu eröffnen. Auch im Falle der Nichtzuständigkeit für Beschwerden gilt es zu differenzieren, weil entschieden werden muss, für welches Verfahren die Unzulässigkeit gilt: Handelt es sich um eine unzulässige Unternehmensbeschwerde (Beispiel: Beschwerde gegen einen Versicherer, deren Wert 100.000 Euro überschreitet), eine unzulässige Vermittlerbeschwerde (Beispiel: Vermittler beschwert sich über einen anderen Vermittler) oder einen Vorgang, der weder der einen noch der anderen Kategorie zugeordnet werden kann (Beispiel: Beschwerde gegen ein Handelsunternehmen, weil die dort gekaufte Waschmaschine defekt ist)? Vorgänge der letzten Art waren vor der neuen Zuständigkeit den unzulässigen Unternehmensbeschwerden zugeordnet. Jetzt gehören sie der Kategorie „Anderweitige“ an.

Bei Betrachtung der Statistik ist zu berücksichtigen, dass Beschwerden im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen gegen gebundene Vermittler in der Regel die Voraussetzungen der VomVO, der Verfahrensordnung für Unternehmensbeschwerden, erfüllen, da sich das Beschwerdeziel gegen den



Versicherer richtet. Solche Eingaben wurden überwiegend nach der für Verbraucher vorteilhaften VomVO behandelt, es sei denn, er machte deutlich, dass er ausschließlich ein Verhalten des Vermittlers beanstanden wollte. Dementsprechend sind in den Unternehmensverfahren auch Beschwerden gegen Vermittler enthalten, die jedoch nicht als solche ausgewiesen werden. Folglich gilt es bei der Rubrik „Vermittlerverfahren“ zu bedenken, dass die unter diesem Begriff ausgewerteten Beschwerden nur einen Teil der Beschwerden gegen Vermittler darstellen.

Die beiden Verfahrensarten unterscheiden sich grundlegend, wie unter 1.5 erläutert. Deshalb werden sie seit 2008, dem ersten Jahr, in dem die Zuständigkeit für Vermittlerbeschwerden von Beginn an bestand, getrennt dargestellt. In der Statistik unter 4.5 finden sich sowohl Gesamtbetrachtungen als auch die Auswertungen der einzelnen Zuständigkeitsbereiche.

4.3 Beschwerden gegen Versicherungsunternehmen

Von den 14.910 (Vorjahr: 14.659) im Berichtsjahr eingegangenen zulässigen Beschwerden betrafen 14.765 (14.522) die Kategorie Unternehmensbeschwerden, was einem Zuwachs von 1,7 Prozent entspricht. Damit setzte sich im langjährigen Vergleich der Anstieg dieser Beschwerden fort (nach einem Plus von 6,0 und 7,7 Prozent in den Vorjahren).

Die nachfolgenden Ausführungen betreffen ausschließlich die im Geschäftsjahr beendeten (in Abgrenzung zu den eingegangenen) Unternehmensbeschwerden. Zu diesen Verfahren stehen viele Angaben und Erkenntnisse zur Verfügung, da sie vollständig bearbeitet wurden. Deshalb eignen sie sich für eine vertiefte Auswertung eines Jahres besser als die Eingänge.

15.440 (14.172) zulässige Beschwerden gegen Versicherungsunternehmen wurden im Berichtsjahr beendet. In 1.047 (665) Fällen haben die Beschwerdeführer ihr Anliegen nicht weiterverfolgt. Bei vielen dürfte der Grund darin liegen, dass das Versicherungsunternehmen in der Zwischenzeit der Beschwerde bereits abgeholfen hatte. Die Zulässigkeitsprüfung hat in diesen Fällen nicht stattgefunden bzw. konnte nicht abgeschlossen werden.

844 (487) Verfahren konnten nicht in der Sache entschieden werden, da die endgültige Bewertung von Fragen abhing, für deren Klärung sich das vereinfachte Ombudsmannverfahren nicht eignete (§ 8 VomVO in der Fassung bis zum 22. November 2016) bzw. deren Behandlung den effektiven Betrieb der Schlichtungsstelle ernsthaft beeinträchtigen würde (§ 9 VomVO in der Fassung vom 23. November 2016, vergleiche hierzu auch die Ausführungen im Jahresbericht 2016 unter 1.7).

Von den übrigen 14.596 (13.685) Verfahren beendete der Ombudsmann 9.254 (8.511) Fälle mit einer Entscheidung oder Empfehlung. In 3.234 (3.287) Verfahren

4 STATISTIK

half das Versicherungsunternehmen ab. Das bedeutet, der Versicherer rückte von der vom Beschwerdeführer beanstandeten Entscheidung ganz oder teilweise ab. Ein beiderseitiges Entgegenkommen, also ein Vergleich, kam in 947 (889) Fällen zustande. In 1.161 (998) Verfahren zog der Beschwerdeführer seine Beschwerde zurück.

In 3.237 (3.548) Fällen musste der Ombudsmann die Befassung mit der Beschwerde ablehnen. Die Zulässigkeitsfrage ist nach der hierfür geltenden Verfahrensordnung (VomVO) zu entscheiden. Beschwerden, mit denen sich der Ombudsmann nicht befassen kann, sind zum Beispiel:

- Beschwerden von Dritten, die nicht durch einen Vertrag mit dem Versicherer verbunden sind (zum Beispiel Geschädigte eines Kfz-Unfalls, die Schadenersatzansprüche erheben), oder
- Beschwerden zu Verträgen der privaten Kranken- oder Pflegeversicherung.

Davon zu unterscheiden sind Unzulässigkeitsgründe, die nicht von dauerhafter Natur sind. Ein solcher nur vorübergehender Hinderungsgrund für die Durchführung eines Beschwerdeverfahrens liegt zum Beispiel vor, wenn Beschwerdeführer sich an den Ombudsmann wenden, ohne die Entscheidung bei dem betroffenen Versicherungsunternehmen zu beanstanden. Dann bittet der Ombudsmann den Beschwerdeführer, dem Unternehmen die Möglichkeit zur Klärung zu geben. Dahinter steht der Gedanke, dass die Klärung von Meinungsverschiedenheiten möglichst auf der niedrigsten Konfliktstufe begonnen werden sollte. Gelingt dies, entsteht ein Streit erst gar nicht. Hilft jedoch der Versicherer der Beschwerde nicht ab oder erhält der Beschwerdeführer keine Antwort, fällt dieses Verfahrenshindernis weg und der Ombudsmann kann tätig werden.

Im Berichtsjahr hatten 43,0 (46,9) Prozent der Beschwerden Erfolg, sofern sie nicht die Lebensversicherung betrafen. Als erfolgreich in diesem Sinne werden solche Beschwerdeverfahren angesehen, die dem Versicherungsnehmer vollständig oder zum Teil den gewünschten rechtlichen oder wirtschaftlichen Vorteil bringen. Dies kann der Fall sein, wenn die Vertragszeit entsprechend dem Wunsch des Versicherungsnehmers angepasst wird, diese also je nach Beschwerdeziel früher oder später als vom Versicherer entschieden endet. Wirtschaftliche Vorteile können in einer höheren Schadenzahlung in der Gebäudeversicherung oder in der Übernahme der Kosten für die rechtliche Interessenvertretung in der Rechtsschutzversicherung bestehen.

Ein Erfolg kann sich in diesen Fällen aber auch auf der Seite des Versicherers einstellen, denn die hohe Quote kommt überwiegend durch Abhilfen zustande. Wenn der Versicherungsnehmer das Entgegenkommen des Versicherers erkennt und deshalb mit ihm das Vertragsverhältnis fortsetzt, kann dies auch zum Vorteil des Versicherers sein.



Beschwerden aus der Lebensversicherung haben zwangsläufig vergleichsweise geringere Erfolgsaussichten. Sie richten sich oft gegen Standmitteilungen, die Höhe der Überschüsse oder gegen die Ablaufleistungen. Der Ombudsmann kann diesbezügliche Anliegen der Beschwerdeführer durchaus nachvollziehen, denn die Darstellungen der Versicherer sind für Verbraucher oft unklar oder missverständlich. Auch können die mitgeteilten Werte enttäuschen, wenn sie unter den Erwartungen liegen. Die Angaben sind jedoch in der Regel weder hinsichtlich der Berechnung noch unter rechtlichen Gesichtspunkten zu beanstanden. Die Erfolgsquote in der Lebensversicherung bewegte sich bis einschließlich 2011 unter 20 Prozent. 2012 lag sie mit 23,3 Prozent erstmals darüber und erreichte 2013 den Höchststand von 34,0 Prozent. Dieser Anstieg beruht maßgeblich auf der Entwicklung der Rechtsprechung sowie deren Umsetzung durch die Unternehmen und wurde im Bericht 2013 an gleicher Stelle kommentiert. Im Berichtsjahr waren 23,6 (23,2) Prozent in dem beschriebenen Sinn erfolgreich.

Nicht in diese Statistik fließt ein, ob der Beschwerdeführer nach Erläuterung durch den Ombudsmann die Entscheidung seines Versicherers versteht und akzeptiert. Dieser „Gewinn an Erkenntnis“ stellt sich erfahrungsgemäß sehr häufig ein, er lässt sich statistisch jedoch nicht erfassen. Gleichwohl tragen solche Verfahrensergebnisse maßgeblich dazu bei, dass der Ombudsmann seinen Auftrag als Schlichter erfüllt, wie es die Vereinssatzung in § 13 Absatz 3 (Fassung vom 22. November 2016) vorsieht. Danach soll der Ombudsmann in bestimmten Fällen die Beilegung des Streits durch Bescheidung mit verständlicher Erläuterung der Rechtslage fördern. Eine befriedende Wirkung tritt in aller Regel ein, wenn die zuvor unzufriedene Partei nach der Prüfung durch den Ombudsmann die Zusammenhänge versteht und erkennt, dass sich der Verfahrensgegner vertragsgemäß und gesetzeskonform verhalten hat.

4.4 Beschwerden gegen Versicherungsvermittler

Das Vermittlerverfahren unterscheidet sich erheblich von dem Beschwerdeverfahren gegen Unternehmen. Insoweit wird auf die Erläuterungen unter 1.5 und 4.2 verwiesen. Einige der Besonderheiten haben Auswirkung auf die statistische Betrachtung. So gibt es Beschwerden, die durchaus in den Aufgabenbereich fallen, sich jedoch nicht mit rechtlichen Maßstäben bewerten lassen. Dies soll an folgendem Beispiel verdeutlicht werden: Beschwerdet sich etwa ein Versicherungsnehmer, weil der Vermittler beim Abschluss des Hausratvertrages zu spät gekommen oder unfreundlich gewesen sein soll, so liegen alle vier Voraussetzungen vor, die nach der gesetzlichen Regelung für diese vom Bundesministerium der Justiz übertragene Aufgabe erforderlich sind. Es handelt sich um einen Versicherungsnehmer (1.), der eine Beschwerde (2.) über einen Versicherungsvermittler (3.) einreicht, die im Zusammenhang mit der Vermittlung eines Versicherungsvertrages steht (4.). Dennoch kann der Ombudsmann die Beschwerde nicht nach Recht und Gesetz entscheiden, wie es die Verfahrensordnung für Vermittlerbeschwerden (VermVO) in § 5 Absatz 4 vorsieht. Dies ist zum einen für derartige Fälle ein

4 STATISTIK

ungeeigneter Maßstab, zum anderen würde eine darauf gerichtete Bewertung nicht die Beilegung des Streits fördern.

Obwohl sich der geschilderte Sachverhalt einer streng juristischen Prüfung entzieht, fällt dennoch eine solche Beschwerde eindeutig in den vom Gesetzgeber übertragenen Aufgabenbereich, wie zuvor erläutert. Dementsprechend nimmt sich der Ombudsmann der Beschwerde an und beantwortet sie. Da eine rechtliche Bewertung nicht in Betracht kommt, wird bei den Vermittlerbeschwerden zwischen justiziablen und nicht justiziablen Beschwerdegegenständen unterschieden. Diese Differenzierung ist dem Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsunternehmen fremd. Solche Unterschiede zwischen Vermittler- und Unternehmensbeschwerden gilt es bei Betrachtung der statistischen Darstellung zu bedenken. Zudem ist zu berücksichtigen, dass die Anzahl der Beschwerden gegen Versicherungsvermittler für eine detaillierte statistische Auswertung zu gering ist. Es fehlt insbesondere bei Teilmengen an einer hinreichenden Datengrundlage, um zuverlässige Aussagen treffen zu können. Daher wird empfohlen, Schlussfolgerungen nur mit der gebotenen Vorsicht zu ziehen.

Im Berichtsjahr hat der Ombudsmann 297 (Vorjahr: 344) Eingaben in diesem Zuständigkeitsbereich erhalten. Das entspricht einem Rückgang von 13,7 Prozent gegenüber dem Vorjahr.

Die nachfolgenden Ausführungen betreffen ausschließlich die im Geschäftsjahr beendeten (in Abgrenzung zu den eingegangenen) Vermittlerbeschwerden. Bei der Betrachtung ist daher zu berücksichtigen, dass sich die Angaben nur bedingt auf die im Berichtsjahr eingegangenen Beschwerden übertragen lassen. Dennoch wird dieser Darstellung der Vorzug eingeräumt, weil dadurch die Datengrundlage wesentlich aussagekräftiger ist. Grund dafür ist, dass erst abgeschlossene Verfahren eine vollständige Auswertung ermöglichen, denn vor oder während der Bearbeitung liegen noch nicht alle Erkenntnisse zur Einordnung des jeweiligen Vorgangs vor.

304 (329) Vermittlerbeschwerden beendete der Ombudsmann im Berichtsjahr. In einem Fall (12) hat der Beschwerdeführer sein Anliegen nicht weiterverfolgt. 144 (201) Beschwerden ließen sich nicht dem vom Ombudsmann schon weit ausgelegten Aufgabenbereich zurechnen, waren also unzulässig. Häufigster Grund, weshalb ein Verfahren nicht durchgeführt werden konnte, war mit 60 (40) Prozent ein fehlender Zusammenhang mit einer Vertragsvermittlung. Zweithäufigste Fallgruppe war mit 24 (6) Prozent die fehlende Anspruchsanmeldung.

Von den beendeten Beschwerden fielen 159 (116) in den Aufgabenbereich der Vermittlerbeschwerden. Sie wurden danach unterschieden, ob der Beschwerdegegenstand einer rechtlichen Prüfung zugänglich, also justizierbar war. In diesem Fall suchte der Ombudsmann nach Ansätzen für eine Schlichtung. Bei 4,4 (4,3) Prozent der als zulässig beendeten Beschwerden kam ein Vergleich zustande. Ansonsten versuchte der Ombudsmann, die Partei, deren Auffassung er nicht teilen konnte, von seinem Prüfungsergebnis zu überzeugen. Darauf sind



Abhilfen zurückzuführen, die 4,4 (6,0) Prozent ausmachten, und Rücknahmen mit einem Anteil von 6,3 (3,5) Prozent. In 65,4 (75,0) Prozent dieser Fälle bewertete der Ombudsmann gegenüber den Parteien die Beschwerde abschließend.

Beschwerden, die zwar den Aufgabenbereich betrafen, jedoch nicht justizierbar waren, machten einen Anteil von 9,4 (8,6) Prozent der zulässig beendeten Beschwerden aus. Hier teilte der Ombudsmann seine Auffassung zum Beschwerdegegenstand mit und versuchte, auf die Beteiligten befriedend zu wirken. Alle Beschwerden, auch die nicht justizierbaren, wurden „beantwortet“, wie dies in § 214 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) vorgesehen ist. 19,8 (25,0) Prozent der zulässig beendeten Vermittlerbeschwerden waren ganz oder zum Teil erfolgreich. In diese Kategorie fällt auch die Bewertung allein auf der Grundlage des vom Beschwerdeführer vorgetragenen Standpunktes. In den wenigen Fällen, in denen der Beschwerdegegner nicht geantwortet hatte, konnte die Beschwerde nur auf dieser Basis geprüft werden. Ob der Streit tatsächlich in der vom Ombudsmann bewerteten Weise beendet wird oder die Parteien ihn weiter vor Gericht austragen, lässt sich nicht immer feststellen.

4 STATISTIK

4.5 Tabellen und Grafiken

1. Gesamtbetrachtung der Eingänge im Berichtsjahr

Diese Auswertungen geben die im Jahr **2017 erhaltenen Eingaben** wieder, unabhängig vom Zeitpunkt ihrer Bearbeitung. Enthalten sind Unternehmens- und Vermittlerbeschwerden sowie Eingaben, die keinem dieser Bereiche zugeordnet werden konnten.

Eingaben an den Ombudsmann

	2017	2016	2015	2014	2013
Beschwerden gesamt	19.754	19.579	20.827	19.897	18.740
Veränderung zum Vorjahr	+ 0,9 %	- 6 %	+ 4,7 %	+ 6,2 %	+ 8,6 %
Zulässige Beschwerden	14.910	14.659	13.805	12.815	12.614
Veränderung zum Vorjahr	+ 1,7 %	+ 6,2 %	+ 7,7 %	+ 1,6 %	+ 8,6 %
Unzulässige Beschwerden	3.785	4.225	6.373	6.398	5.523
Veränderung zum Vorjahr	- 10,4 %	- 33,7 %	- 0,4 %	+ 15,8 %	+ 7,7 %
Keine Weiterverfolgung durch Beschwerdeführer	1.059	695	649	684	603
Veränderung zum Vorjahr	+ 52,4 %	+ 7,1 %	- 5,1 %	+ 13,4 %	+ 16,2 %

Eingang zulässiger Beschwerden im Vergleich zum Vorjahr

	2017	2016	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Leben	3.877	3.707	+ 170	+ 4,6
Rechtsschutz	4.015	3.807	+ 208	+ 5,5
Kfz-Haft	885	838	+ 47	+ 5,6
Kfz-Kasko	1.034	969	+ 65	+ 6,7
Gebäude	1.167	1.237	- 70	- 5,7
Unfall	699	811	- 112	- 13,8
Hausrat	778	793	- 15	- 1,9
Allgemeine Haftpflicht	651	615	+ 36	+ 5,9
Berufsunfähigkeit	380	383	- 3	- 0,8
Realkredit	62	79	- 17	- 21,5
Sonstige*	1.362	1.420	- 85	- 4,1
Gesamt	14.910	14.659	+ 251	+ 1,7

* Enthält Sparten mit geringem Beschwerdeaufkommen und Eingaben, die mehrere Sparten betreffen.



Entwicklung der Eingänge nach Zuständigkeitsbereichen

	2017	2016	2015	2014	2013
Unternehmensbeschwerden	19.105	18.821	18.943	17.965	17.935
Veränderung zum Vorjahr	+ 1,5 %	- 0,6 %	+ 5,4 %	+ 0,2 %	+ 8,9 %
Vermittlerbeschwerden	297	344	336	354	363
Veränderung zum Vorjahr	- 13,7 %	+ 2,4 %	- 5,1 %	- 2,5 %	- 8,3 %
Anderweitige	352	414	1.548	1.578	442
Veränderung zum Vorjahr	- 15,0 %	- 73,3 %	- 1,9 %	+ 257,0 %	+ 10,8 %
Gesamt	19.754	19.579	20.827	19.897	18.740
Veränderung zum Vorjahr	+ 0,9 %	- 6,0 %	+ 4,7 %	+ 6,2 %	+ 8,6 %

Verteilung der zulässigen Unternehmensbeschwerden nach Sparten

	2017 in Prozent	2016 in Prozent	2015 in Prozent	2014 in Prozent	2013 in Prozent
Leben	25,7	25,0	26,3	29,1	34,2
Rechtsschutz	27,2	26,2	20,3	16,6	17,0
Kfz-Haft	6,0	5,8	6,4	5,8	6,8
Kfz-Kasko	6,9	6,6	6,4	5,2	4,7
Gebäude	7,8	8,5	8,8	9,4	7,9
Unfall	4,7	5,6	6,1	7,2	7,2
Hausrat	5,3	5,4	6,1	6,4	6,2
Allgemeine Haftpflicht	4,4	4,2	4,7	4,9	4,6
Berufsunfähigkeit	2,5	2,6	2,9	3,2	3,8
Realkredit*	0,4	0,5	1,4	1,3	-
Sonstige**	9,1	9,6	10,6	10,9	7,6

* Mit Wirkung zum 21. November 2013 hat der Ombudsmann die Zuständigkeit für Beschwerden zu einem Realkredit erhalten (vgl. Jahresbericht 2013, Seite 16). Damit lagen 2014 erstmals Daten über ein vollständiges Jahr vor.

** Enthält Sparten mit geringem Beschwerdeaufkommen und Eingaben, die mehrere Sparten betreffen.

Verteilung der zulässigen Vermittlerbeschwerden nach Sparten

	2017 in Prozent	2016 in Prozent	2015 in Prozent	2014 in Prozent	2013 in Prozent
Leben	58,6	55,4	36,0	45,9	51,9
Rechtsschutz	3,4	5,1	5,0	1,2	6,3
Kfz-Haft	4,1	2,2	16,0	7,1	12,7
Kfz-Kasko	8,3	3,7	6,0	4,7	1,3
Gebäude	2,1	2,2	3,0	4,7	3,8
Unfall	1,4	1,4	1,0	1,2	1,3
Hausrat	1,4	5,8	2,0	5,9	2,5
Allgemeine Haftpflicht	2,8	3,7	7,0	3,5	3,8
Berufsunfähigkeit	4,1	3,7	4,0	5,9	3,8
Sonstige*	13,8	16,8	20,0	19,9	12,6

* Enthält Sparten mit geringem Beschwerdeaufkommen und Eingaben, die mehrere Sparten betreffen.

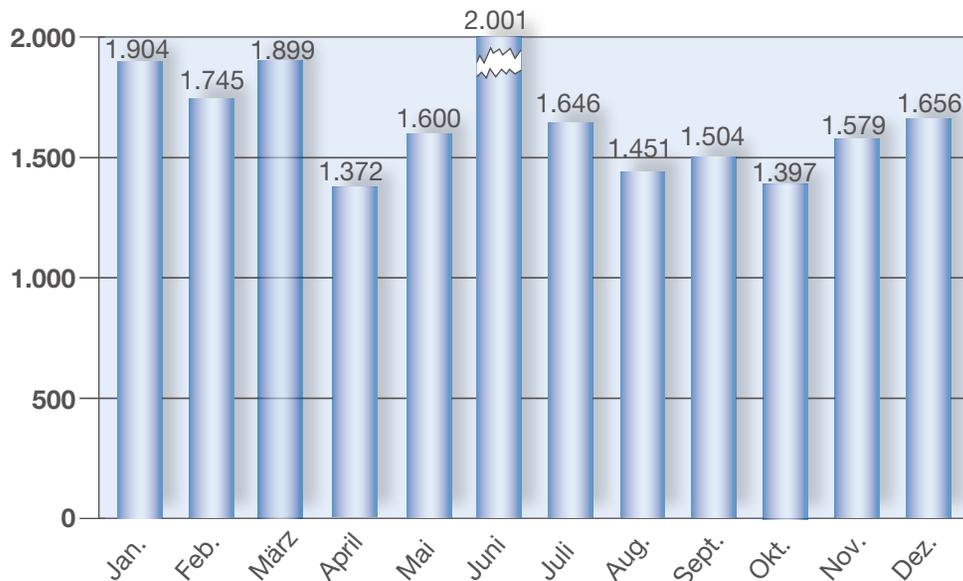
4 STATISTIK

Verteilung nach Aufgabenbereichen und Zulässigkeit*

2017	gesamt	zulässig	unzulässig	keine Weiterverfolgung
Unternehmensbeschwerden	19.105	14.765	3.295	1.045
Anteil in Prozent	100,0	77,3	17,2	5,5
Vermittlerbeschwerden	297	145	138	14
Anteil in Prozent	100,0	48,8	46,5	4,7
Anderweitige	352	0	352	0
Anteil in Prozent	100,0	0,0	100,0	0,0
Gesamt	19.754	14.910	3.785	1.059
Anteil in Prozent	100,0	75,5	19,2	5,3

* In welcher Weise zwischen den Aufgabenbereichen unterschieden wird, ist unter 4.2 erläutert.

Beschwerdeeingänge 2017 dargestellt nach Monaten



Kommunikationseingänge zu den Beschwerden

	2017	2016	2015	2014	2013
Telefon	9.353	9.379	9.637	9.944	9.032
Anteil in Prozent	9,7	10,5	10,9	12,1	11,3
Brief	46.367	49.276	51.237	47.449	50.804
Anteil in Prozent	48,2	55,2	58,0	58,0	63,6
Fax	12.228	10.794	10.931	9.861	7.861
Anteil in Prozent	12,7	12,1	12,4	12,1	9,8
E-Mail	25.439	19.785	16.515	14.568	12.220
Anteil in Prozent	26,5	22,2	18,7	17,8	15,3
Web*	2.769	-	-	-	-
Anteil in Prozent	2,9	-	-	-	-
Gesamt	96.156	89.234	88.320	81.822	79.917

* ab 23.5.2017



2. Gesamtbetrachtung der 2017 beendeten Beschwerden

Diese Auswertungen geben die im Jahr **2017 beendeten Beschwerden** wieder, unabhängig davon, in welchem Jahr sie eingegangen sind. Enthalten sind Unternehmens- und Vermittlerbeschwerden sowie Eingaben, die keinem dieser Bereiche zugeordnet werden konnten.

Beendete Beschwerden

	2017	2016	2015	2014	2013
Zulässige Beschwerden	15.599	14.288	14.014	12.515	12.630
Unzulässige Beschwerden	3.782	4.150	6.318	6.326	5.558
Keine Weiterverfolgung durch Beschwerdeführer	1.048	677	648	666	615
Gesamt	20.429	19.115	20.980	19.507	18.803

Verteilung der Beschwerden nach der Höhe des Beschwerdewerts

	2017 in Prozent	2016 in Prozent	2015 in Prozent	2014 in Prozent	2013 in Prozent
Bis 5.000 €	80,0	79,5	84,4	85,1	84,4
Bis 10.000 €	10,9	12,2	7,7	6,9	7,6
Bis 20.000 €	3,9	3,5	3,6	3,3	3,2
Bis 100.000 €	5,2	4,8	4,3	4,7	4,8

Durchschnittliche Dauer der Beschwerdeverfahren

	2017 in Monaten	2016 in Monaten	2015 in Monaten	2014 in Monaten	2013 in Monaten
Zulässige Beschwerden	2,8	2,8	3,0	2,9	2,7
Unzulässige Beschwerden	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Beschwerden gesamt*	2,3	2,2	2,1	2,0	1,9

* Aufgrund von Rundungseffekten und unterschiedlichen Verhältnissen von zulässigen und unzulässigen Beschwerden ist der Wert „gesamt“ nicht konsistent.

4 STATISTIK

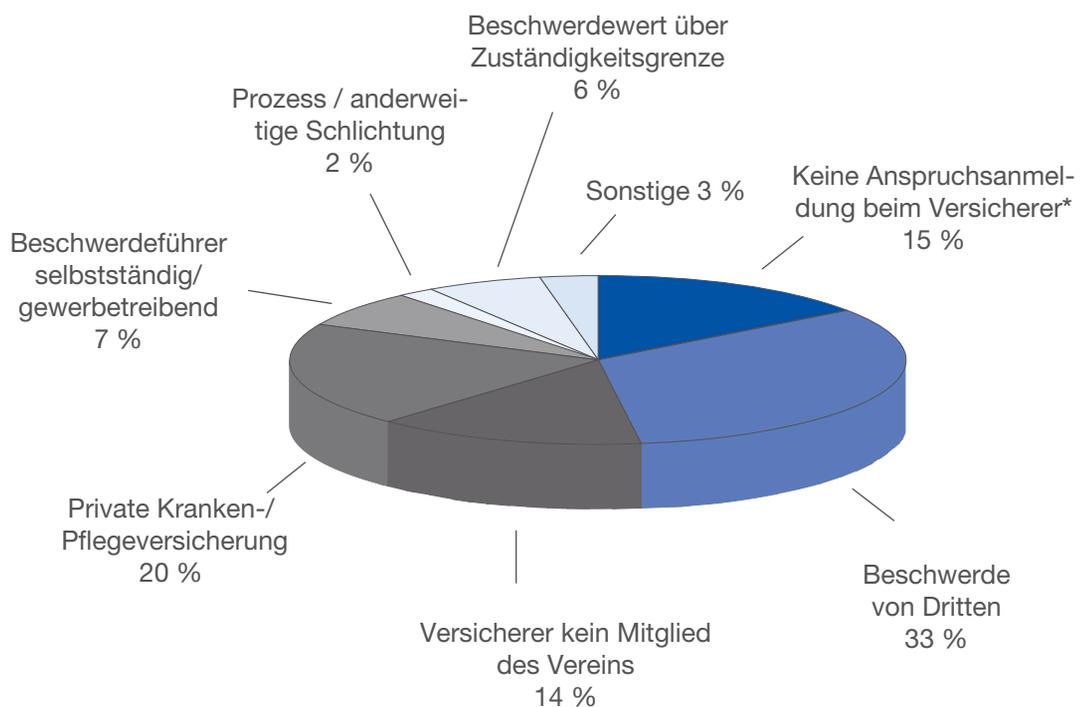
3. Unternehmensbeschwerden

Diese Auswertungen geben die im Jahr **2017 beendeten Beschwerden** wieder, die nach der Verfahrensordnung für Beschwerden gegen Versicherungsunternehmen (VomVO) bearbeitet wurden. Erläuterungen dazu enthält 4.3.

Beendete Beschwerden

	absolut	in Prozent
Zulässige Beschwerden	15.440	78,3
Unzulässige Beschwerden	3.237	16,4
Keine Weiterverfolgung durch Beschwerdeführer	1.047	5,3
Gesamt	19.724	100,0

Verteilung der Unzulässigkeitsgründe von Unternehmensbeschwerden



*Mit Stichtag 31.12.2017. Diese Verfahren können nach Wegfall des Verfahrenshindernisses von den Beschwerdeführern wieder in Gang gesetzt werden.



Verteilung der Beendigungsarten von zulässigen Beschwerden je Sparte in Prozent

	Entscheidung	Empfehlung	Abhilfe	Vergleich	Ungeeignet*	Rücknahme
Leben	58,7	12,1	12,4	2,9	8,9	5,0
Veränderung zum Vorjahr	- 5,8	0,0	+ 1,4	- 1,3	+ 4,0	+ 1,7
Rechtsschutz	59,1	1,1	25,4	2,9	4,8	6,7
Veränderung zum Vorjahr	+ 8,2	- 0,5	- 5,7	- 1,3	+ 0,1	- 0,8
Kfz-Haft	48,2	0,3	33,3	5,7	0,0	12,5
Veränderung zum Vorjahr	- 4,3	+ 0,3	+ 5,5	- 0,6	- 0,2	- 0,7
Kfz-Kasko	51,9	3,6	32,9	3,8	0,0	7,8
Veränderung zum Vorjahr	- 5,3	+ 0,2	+ 5,9	+ 0,8	- 1,5	- 0,1
Gebäude	56,7	9,0	18,5	9,1	0,1	6,6
Veränderung zum Vorjahr	- 1,9	+ 2,4	- 0,3	+ 0,9	- 0,5	- 0,6
Unfall	66,1	0,9	16,2	7,9	0,0	8,9
Veränderung zum Vorjahr	+ 1,6	- 0,4	- 0,2	- 1,4	0,0	+ 0,4
Hausrat	43,9	7,3	15,5	20,8	5,0	7,5
Veränderung zum Vorjahr	- 6,3	+ 2,2	- 1,2	+ 3,0	+ 2,3	0,0
Allg. Haftpflicht	52,7	1,6	27,7	10,4	0,8	6,8
Veränderung zum Vorjahr	- 6,5	+ 1,3	+ 3,2	+ 2,9	+ 0,4	- 1,3
Berufsunfähigkeit	20,4	33,2	10,1	3,4	23,8	9,1
Veränderung zum Vorjahr	+ 1,1	- 10,0	- 0,8	- 0,8	+ 7,8	+ 2,7
Realkredit	20,0	27,1	7,1	12,9	10,0	22,9
Veränderung zum Vorjahr	- 2,1	- 4,4	- 0,3	+ 5,5	- 5,8	+ 7,1
Sonstige	36,3	2,4	25,0	14,0	8,9	13,4
Veränderung zum Vorjahr	+ 2,9	- 1,7	- 16,5	+ 4,4	+ 6,8	+ 4,1
Gesamt	53,8	6,2	20,9	6,1	5,5	7,5
Veränderung zum Vorjahr	0	- 0,1	- 2,3	- 0,2	+ 2,1	+ 0,5

* Zur Abweisung als ungeeignet siehe 4.3.

Erfolgsquote der zulässigen Unternehmensbeschwerden*

Verfahrensausgang zugunsten der Beschwerdeführer					
	2017	2016	2015	2014	2013
	in Prozent				
Leben	23,6	23,2	24,1	28,3	34,0
Übrige Sparten	43,0	46,9	44,3	42,1	43,7

* Zur Bewertung der Erfolgsquote siehe 4.3.

4 STATISTIK

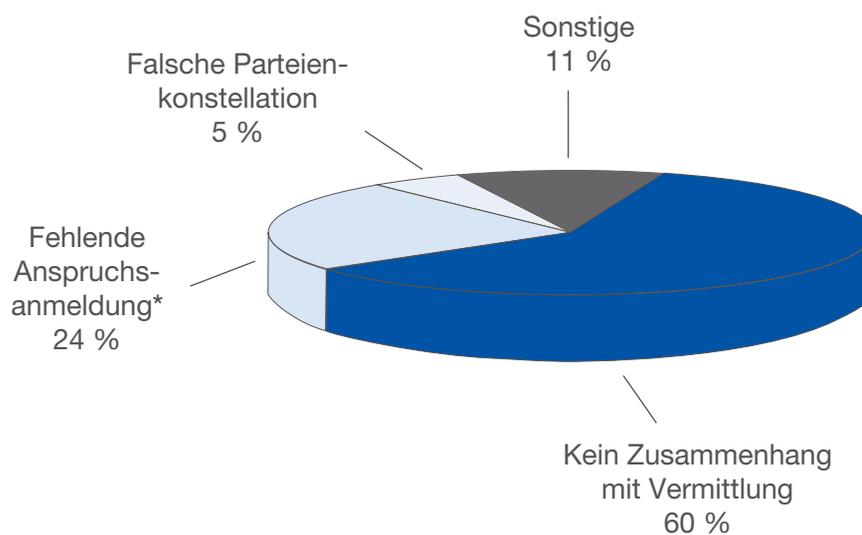
4. Vermittlerbeschwerden

Diese Auswertungen geben die im Jahr **2017 beendeten Beschwerden** wieder, die in Ausübung der Aufgabe nach § 214 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 VVG bearbeitet wurden. Erläuterungen dazu enthalten 4.2 und 4.4.

Beendete Beschwerden

	Absolut	In Prozent
Zulässige Beschwerden	159	52,3
Unzulässige Beschwerden	144	47,4
Keine Weiterverfolgung durch Beschwerdeführer	1	0,3
Gesamt	304	100,0

Verteilung der Unzulässigkeitsgründe von Vermittlerbeschwerden



*Mit Stichtag 31.12.2017. Diese Verfahren können nach Wegfall des Verfahrenshindernisses von den Beschwerdeführern wieder in Gang gesetzt werden.



Verteilung der Beendigungsarten von zulässigen Beschwerden in Prozent*

	Bewertung	Abhilfe	Vergleich	Abweisung	Rücknahme	Gesamt
Justiziabel	65,4	4,4	4,4	10,1	6,3	90,6
Veränderung zum Vorjahr	- 9,6	- 1,6	+ 0,1	+ 7,5	+ 2,8	- 0,8
Nicht justiziabel	0,6	0,6	0,0	0,0	8,2	9,4
Veränderung zum Vorjahr	+ 0,6	- 1,1	0,0	0,0	+ 1,3	+ 0,8
Gesamt	66,0	5,0	4,4	10,1	14,5	100,0
Veränderung zum Vorjahr	- 9,0	- 2,7	+ 0,1	+ 7,5	+ 4,1	0,0

* Zur Differenzierung der Vermittlerbeschwerden in justiziabel und nicht justiziabel siehe 4.4.

Erfolgsquote der zulässigen Vermittlerbeschwerden*

	2017 in Prozent	2016 in Prozent	2015 in Prozent	2014 in Prozent	2013 in Prozent
Verfahrensausgang zugunsten der Beschwerdeführer	19,8	25,0	35,3	36,0	24,4

* Zur Bewertung der Erfolgsquote siehe 4.4.

5 Anhang

Die folgenden Angaben beziehen sich auf den Stand zum Ende des Berichtsjahres 2016. Die aktuellen Daten sind im Internet unter www.versicherungsombudsmann.de einzusehen oder können bei der Geschäftsstelle erfragt werden.

5.1 Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns (VomVO)

Stand: 23. November 2016

Präambel

Der Versicherungsombudsmann e. V. ist eine anerkannte Verbraucherschlichtungsstelle, mit der die deutsche Versicherungswirtschaft die außergerichtliche Streitbeilegung fördert.

§ 1 Anwendungsbereich

Die folgenden Vorschriften finden Anwendung bei einer Beschwerde gegen ein Mitgliedsunternehmen des Versicherungsombudsmann e. V. Ergänzend gelten die Regelungen des Verbraucherstreitbeilegungsgesetzes (VSBG).

§ 2 Zulässigkeit der Beschwerde

(1) Der Ombudsmann* kann von Verbrauchern angerufen werden. Ein Verbraucher ist nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch (§ 13 BGB) jede natürliche Person, die ein Rechtsgeschäft zu Zwecken abschließt, die überwiegend weder ihrer gewerblichen noch ihrer selbständigen beruflichen Tätigkeit zugerechnet werden können. Der Ombudsmann kann Beschwerden von anderen Personen behandeln, wenn sich diese in verbraucherähnlicher Lage befinden. Hierfür sind die wirtschaftliche Tätigkeit (Art, Umfang und Ausstattung) sowie der Versicherungsvertrag und der geltend gemachte Anspruch maßgeblich.

(2) Die Durchführung des Verfahrens setzt voraus, dass die Beschwerde einen eigenen Anspruch aus

- a) einem Versicherungsvertrag,
- b) einem Vertrag, der in einem engen wirtschaftlichen Zusammenhang mit einem Versicherungsvertrag steht,
- c) einem Realkreditvertrag (§ 14 und § 16 Absatz 1 und 2 Pfandbriefgesetz),
- d) der Vermittlung oder der Anbahnung eines solchen Vertrages

betrifft oder das Bestehen eines solchen Vertrages zum Gegenstand hat.

(3) Der Ombudsmann lehnt die Durchführung des Verfahrens ab, wenn der Beschwerdeführer den Anspruch noch nicht beim Beschwerdegegner geltend gemacht hat. Nach Geltendmachung kann der Beschwerdegegner die Aussetzung des Verfahrens beantragen, wenn seitdem noch nicht mehr als sechs Wochen vergangen sind und er den Anspruch zwischenzeitlich weder anerkannt noch abgelehnt hat.

(4) Ein Verfahren vor dem Ombudsmann findet nicht statt

- a) bei Beschwerden, deren Wert 100.000 Euro überschreitet; für die Wertermittlung sind die Grundsätze der Zivilprozessordnung (ZPO) zum Streitwert heranzuziehen, bei einer offengelegten Teilbeschwerde ist der erkennbare Gesamtwert zu berücksichtigen,

*Aus Gründen der Vereinfachung werden die männlichen Bezeichnungen verwendet; gemeint sind selbstverständlich ebenso weibliche Personen. Sollte eine weibliche Ombudsperson im Amt sein, handelt es sich um eine Ombudsfrau.



- b) bei Beschwerden, die Ansprüche aus einem Kranken- oder Pflegeversicherungsvertrag zum Gegenstand haben,
- c) wenn eine Verbraucherschlichtungsstelle bereits ein Verfahren zur Beilegung der Streitigkeit durchgeführt hat oder die Streitigkeit bei einer anderen Verbraucherschlichtungsstelle anhängig ist,
- d) wenn ein Gericht zu der Streitigkeit bereits eine Sachentscheidung getroffen hat oder die Streitigkeit bei einem Gericht anhängig ist, es sei denn, das Gericht ordnet nach § 278a Absatz 2 ZPO im Hinblick auf das Verfahren vor der Verbraucherschlichtungsstelle das Ruhen des Verfahrens an,
- e) wenn die Beschwerde offensichtlich ohne Aussicht auf Erfolg ist oder mutwillig erscheint, insbesondere weil
 - der Anspruch bei Antragstellung bereits verjährt war und der Beschwerdegegner sich auf die Verjährung beruft,
 - die Streitigkeit bereits beigelegt ist oder
 - zu der Streitigkeit ein Antrag auf Prozesskostenhilfe bereits mit der Begründung zurückgewiesen worden ist, dass die beabsichtigte Rechtsverfolgung keine hinreichende Aussicht auf Erfolg bietet oder mutwillig erscheint.

§ 3 Einlegung der Beschwerde

- (1) Verfahrenssprache ist Deutsch.
- (2) Das Verfahren beginnt mit Anrufung des Ombudsmanns. Dies kann mündlich, schriftlich oder in jeder anderen geeigneten Form geschehen.
- (3) Der Ombudsmann bestätigt den Eingang der Beschwerde und unterrichtet die Verfahrensbeteiligten nach § 16 VSBG.
- (4) Der Beschwerdeführer soll einen klaren und eindeutigen Antrag stellen und alle zur Beurteilung des Falles geeigneten und erforderlichen Tatsachen mitteilen sowie die erforderlichen Unterlagen beifügen. Der Ombudsmann hilft dem Beschwerdeführer bei Bedarf, den Sachverhalt klar darzustellen, einen sachdienlichen Antrag zu stellen und die notwendigen Unterlagen einzureichen. Er kann sich auch an den Beschwerdegegner wenden, um den Sachverhalt aufzuklären.
- (5) Wurden die Voraussetzungen gemäß Absatz 4 trotz der Ermittlungen nicht erfüllt, kann das Verfahren nicht durchgeführt werden. Dies wird dem Beschwerdeführer mitgeteilt. Das Verfahren endet damit.

§ 4 Vertretung

Die Verfahrensbeteiligten können sich in jeder Lage des Verfahrens auf eigene Kosten und im gesetzlich zulässigen Rahmen vertreten lassen.

§ 5 Prüfung der Zulässigkeit

- (1) Der Ombudsmann berücksichtigt in jeder Lage des Verfahrens, ob es gemäß § 2 zulässig ist.
- (2) In Zweifelsfällen gibt der Ombudsmann den Verfahrensbeteiligten Gelegenheit zur Stellungnahme, bevor er über die Zulässigkeit entscheidet. Er begründet seine Entscheidung.

§ 6 Grundsätze des Verfahrens

- (1) Die Verfahrensbeteiligten erhalten rechtliches Gehör und können Tatsachen sowie Bewertungen vorbringen.
- (2) Der Ombudsmann kann den Sachverhalt von Amts wegen ermitteln, soweit dies zur Entscheidungsfindung erforderlich ist.
- (3) Der Ombudsmann ist in seiner Beweiswürdigung frei. Er erhebt keine Beweise, mit Ausnahme des Urkundenbeweises.
- (4) Entscheidungsgrundlage sind Recht und Gesetz. Sofern es daneben allgemeine Grundsätze ordnungsgemäßer Versicherungs-, Kapitalanlage- und Vertriebspraxis (Wettbewerbsrichtlinien) gibt, die das Versicherungsgeschäft und seine Abwicklung beeinflussen, soll der Ombudsmann diese mitberücksichtigen.
- (5) Der Ombudsmann gewährleistet eine zügige Bearbeitung der Beschwerden. Er bestimmt in der Geschäftsordnung interne Bearbeitungsfristen und überprüft deren Einhaltung.

§ 7 Ablauf des Verfahrens

- (1) Ist der Gegenstand der Beschwerde geklärt und die Beschwerde zulässig, fordert der Ombudsmann den Beschwerdegegner zu einer Stellungnahme auf und setzt ihm dafür eine Frist von drei Wochen. Die Frist kann um bis zu einen Monat verlängert werden, wenn dies sachdienlich erscheint. Der Beschwerdeführer ist hierüber zu informieren.
- (2) Der Ombudsmann leitet die Beschwerde derjenigen Stelle des Beschwerdegegners zu, die dieser als Kontaktstelle für den Ombudsmann benannt hat.
- (3) Von der Anforderung einer Stellungnahme kann der Ombudsmann absehen, wenn der geltend gemachte Anspruch anhand der vom Beschwerdeführer eingereichten Unterlagen beurteilt werden kann und offensichtlich unbegründet ist.
- (4) Hat der Beschwerdegegner innerhalb der gesetzten Frist keine oder eine offensichtlich zur Klärung des Sachverhalts ungeeignete Stellungnahme abgegeben, ist allein der Vortrag des Beschwerdeführers die Entscheidungsgrundlage. Ist die Beschwerde auf der Grundlage des Vorbringens des Beschwerdeführers nicht entscheidungsreif, kann der Ombudsmann nach vorheriger Ankündigung mit Fristsetzung von mindestens zwei Wochen den Beschwerdegegner zur Zahlung eines Ordnungsgeldes von bis zu 500 Euro, im Wiederholungsfall bis zu 1.000 Euro, verpflichten. Der Ombudsmann kann das Ordnungsgeld im jeweiligen Verfahren zur Beilegung des Streits einsetzen.
- (5) Unentschuldigt verspätete Einlassungen bleiben unberücksichtigt. Wann eine verspätete Einlassung entschuldigt ist, entscheidet der Ombudsmann.
- (6) Das Verfahren ist binnen 90 Tagen zum Abschluss zu bringen. Diese Frist beginnt mit Eingang der vollständigen Beschwerdeakte; dies ist in der Regel der Fall, wenn die Verfahrensbeteiligten Gelegenheit zur Stellungnahme hatten. Die Frist kann bei besonders schwierigen Streitigkeiten oder mit Zustimmung der Verfahrensbeteiligten verlängert werden. Über den Eingang der vollständigen Beschwerdeakte sowie über eine Verlängerung der 90-Tage-Frist werden die Verfahrensbeteiligten unterrichtet.



§ 8 Beschwerden im Zusammenhang mit mathematischen Berechnungen

Bei Beschwerden, die im Zusammenhang mit versicherungstechnischen Berechnungen in der Lebensversicherung – einschließlich Pensions- und Sterbekassen – sowie in der Unfallversicherung mit Beitragsrückgewähr (UBR) stehen, sind die Berechnungen in nachprüfbarer Form mit allen erforderlichen Angaben (z. B. technische Vertragsdaten, Berechnungsformeln mit Zahlenwerten, jeweilige Überschussdeklarationen und Ansammlungszinssätze, gegebenenfalls Genehmigungsdaten des entsprechenden Geschäftsplans, Grundsätze für die Berechnung der Prämien- und Deckungsrückstellungen) in einer gesonderten, nur für den Ombudsmann bestimmten Anlage darzustellen. Darüber hinaus sollen gegebenenfalls die dem Versicherungsschein beigegebene Garantiewerttabelle sowie die letzte Unterrichtung des Versicherungsnehmers über die Höhe des Überschussguthabens beigelegt werden. Bei Beschwerden, die im Zusammenhang mit einem Realkreditvertrag stehen, sind die Berechnungen in nachprüfbarer Form mit allen erforderlichen Angaben (z. B. Kreditsumme, Beleihungswert, Zinssatz, effektiver Jahreszins, Laufzeit, Tilgungsverlauf) in einer gesonderten Anlage darzustellen.

§ 9 Ungeeignete Beschwerden

(1) Würde die Behandlung der Streitigkeit den effektiven Betrieb der Schlichtungsstelle ernsthaft beeinträchtigen, insbesondere weil

- a) der Sachverhalt oder rechtliche Fragen sich nur mit einem unangemessenen Aufwand klären lassen oder
- b) komplexe Tatsachenfeststellungen mit Beweisaufnahme erforderlich sind oder
- c) eine grundsätzliche Rechtsfrage, die für die Bewertung der Streitigkeit erheblich ist, nicht geklärt ist,

kann der Ombudsmann die Durchführung oder Fortführung des Verfahrens ablehnen.

(2) Liegt die Voraussetzung nach Absatz 1 vor und erscheint es nach den Gesamtumständen sachgerecht, den Verfahrensbeteiligten einen Vorschlag zur gütlichen Einigung zu unterbreiten, kann der Ombudsmann unter Nennung seiner ihn leitenden Gründe damit das Verfahren beenden.

(3) Der Beschwerdegegner kann in jeder Lage des Verfahrens beantragen, dass der Ombudsmann eine Beschwerde als Musterfall unbeschieden lässt, sofern er plausibel machen kann, dass es sich um eine Frage von rechtsgrundsätzlicher Bedeutung handelt. Der Beschwerdegegner hat sich jedoch zu verpflichten, dem Beschwerdeführer die erstinstanzlichen Gerichts- und Anwaltskosten zu erstatten, und zwar auch, falls der Beschwerdegegner vor Gericht obsiegen sollte.

(4) Der Ombudsmann kann die Durchführung des Verfahrens ablehnen, wenn der Vertrag für die Klärung von Meinungsverschiedenheiten über den Beschwerdegegenstand ein geeignetes Verfahren vorsieht und dieses noch nicht in Anspruch genommen wurde.

§ 10 Verfahrensbeendigung

(1) Unzulässige Beschwerden weist der Ombudsmann unter Angabe der Gründe ab.

(2) Nimmt der Antragsteller seinen Antrag zurück oder widerspricht er der weiteren Durchführung des Verfahrens, endet es mit Zugang der Erklärung beim Ombudsmann.

(3) Eignet sich die Beschwerde nicht für einen Schlichtungsversuch, ist ein solcher erfolglos oder kann der Streit nicht anderweitig beigelegt werden, bescheidet der Ombudsmann die Beschwerde. Bei einem Beschwerdewert von bis zu 10.000 Euro erlässt er eine Entscheidung und bei einem Beschwerdewert von mehr als 10.000 Euro bis zu 100.000 Euro eine Empfehlung.

(4) Die Ablehnung der Durchführung, die Entscheidung und die Empfehlung ergehen schriftlich und sind mit Gründen zu versehen. Vom Schriftformerfordernis kann mit Einverständnis der Verfahrensbeteiligten abgewichen werden.

(5) Ist der Streit beigelegt (Abhilfe, Vergleich) oder endet das Verfahren durch Abweisung, Ablehnung der Durchführung oder Bescheidung der Beschwerde, teilt dies der Ombudsmann den Verfahrensbeteiligten mit. Die Beendigungswirkung tritt jeweils ein mit Kenntnisnahme der abschließenden Mitteilung durch den Beschwerdeführer, spätestens drei Tage nach deren Versand.

(6) Schlichtungsvorschläge sind den Verfahrensbeteiligten in Textform zu übermitteln. Darin sind sie über die rechtlichen Folgen einer Annahme des Vorschlags und darüber zu unterrichten, dass der Vorschlag von dem Ergebnis eines gerichtlichen Verfahrens abweichen kann. Auf die Möglichkeit, den Vorschlag nicht anzunehmen und die Gerichte anzurufen, ist hinzuweisen. Der Vorschlag ist mit einer angemessenen Frist zur Annahme zu versehen. Der Ombudsmann informiert über das Ergebnis. Sind die Schlichtungsbemühungen nicht erfolgreich, bescheidet der Ombudsmann die Beschwerde. Die Sätze 4 bis 6 finden im Fall von § 9 Absatz 2 keine Anwendung.

(7) Wird das Verfahren beendet, ohne dass es zu einer Einigung geführt hat, erfolgt die Mitteilung dieses Ergebnisses als Bescheinigung nach § 21 Absatz 2 VSBG.

(8) Ein beendetes Verfahren kann in begründeten Einzelfällen nach dem Ermessen des Ombudsmanns bei Vorliegen einer neuen Sach- oder Rechtslage wieder aufgenommen werden.

§ 11 Bindungswirkung des Bescheids

(1) Die Entscheidung zu Lasten des Beschwerdegegners ist für diesen bindend. Die Empfehlung ist für beide Verfahrensbeteiligten nicht bindend.

(2) Dem Beschwerdeführer steht immer der Weg zu den ordentlichen Gerichten offen. Dem Beschwerdegegner steht der Weg zu den ordentlichen Gerichten nur in dem Fall des Absatz 1 Satz 2 offen.

§ 12 Hemmung der Verjährung

(1) Während der Dauer des gesamten Verfahrens gilt gegenüber dem Beschwerdegegner die Verjährung für streitbefangene Ansprüche des Beschwerdeführers als gehemmt. Eröffnet der Ombudsmann das Verfahren, nachdem der Beschwerdeführer das Erfordernis nach § 2 Absatz 3 Satz 1 unverzüglich



nachgeholt hat, gilt die Verjährung ab dem Zeitpunkt der ersten Beschwerdelegung als gehemmt. Gesetzliche Verjährungsregelungen bleiben unberührt.

(2) Sofern wegen des Anspruchs auf die Versicherungsprämie des Vertrags, der durch die Beschwerde betroffen ist, das Mahnverfahren eingeleitet wurde, wird das Versicherungsunternehmen auf Veranlassung des Ombudsmanns das Ruhen des Mahnverfahrens bewirken.

§ 13 Zinsen

Trifft der Ombudsmann eine Entscheidung oder Empfehlung, die dem Beschwerdeführer eine Geldsumme zuspricht, so bezieht er die gesetzlichen Zinsen (§ 288 BGB) ab dem Zeitpunkt ein, zu dem sich der Beschwerdeführer bei dem Ombudsmann beschwert hat.

§ 14 Kosten des Verfahrens

(1) Das Verfahren ist für den Beschwerdeführer kostenfrei.

(2) Die Beteiligten des Verfahrens haben ihre eigenen Kosten selbst zu tragen. Diese können nicht zum Gegenstand des Verfahrens gemacht werden.

§ 15 Besondere Verfahren

(1) Bedient sich das Versicherungsunternehmen zur Erfüllung seiner vertraglichen Leistungen aus dem Versicherungsvertrag eines Dritten, beispielsweise eines Schadenabwicklungsunternehmens im Sinne von § 164 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG), hat das Versicherungsunternehmen sicherzustellen, dass der Dritte daran mitwirkt, die eingegangenen Verpflichtungen aus der Satzung und der Verfahrensordnung in den Beschwerdeverfahren zu erfüllen. Dies gilt insbesondere für die Abgabe von Stellungnahmen, die Umsetzung von Entscheidungen und den Eintritt der Verjährungshemmung. Soweit das Versicherungsunternehmen keine Einzelfallweisung für den Beschwerdefall abgeben kann oder will, hat es durch eine allgemeine Weisung sicherzustellen, dass die Verpflichtungen erfüllt werden. Der Ombudsmann wirkt im Beschwerdeverfahren daran mit, dass Trennungsgrundsätze, wie sie sich aus § 164 Absatz 4 Satz 2 VAG ergeben, beachtet werden.

(2) Bei unselbständigen Niederlassungen hat das Hauptunternehmen sicherzustellen, dass der Vertrag, der Gegenstand des Ombudsmannverfahrens ist, in den von der Niederlassung geführten Bestand sowie in den Kompetenzbereich des Ombudsmanns fällt.

§ 16 Verschwiegenheit

(1) Der Ombudsmann und die Mitarbeiter der Schlichtungsstelle sind zur Verschwiegenheit über alle die Verfahrensbeteiligten betreffenden Umstände verpflichtet, von denen sie im Rahmen eines Beschwerdeverfahrens Kenntnis erlangen.

(2) Geschäftsgeheimnisse des Beschwerdegegners werden den Verfahrensbeteiligten gegenüber nicht offenbart. Der Ombudsmann berücksichtigt die insoweit fehlende Verteidigungsmöglichkeit des Beschwerdegegners im Rahmen seiner Beweiswürdigung.

5.2 Verfahrensordnung für Beschwerden im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen (VermVO) im Sinne von § 214 Abs. 1 Nr. 2 VVG

Stand: 23. November 2016

§ 1 Anwendungsbereich

(1) Die folgenden Vorschriften finden Anwendung bei Streitigkeiten zwischen Versicherungsnehmern und Versicherungsvermittlern oder -beratern* im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen. Kommt ein Versicherungsvertrag nicht zustande, wird der Versicherungsinteressent dem Versicherungsnehmer im Sinne dieses Verfahrens gleichgestellt. Ergänzend gelten die Regelungen des Verbraucherstreitbeilegungsgesetzes (VSBG).

(2) Beschwerdebefugt sind auch Verbraucherschutzverbände.

§ 2 Ablehnungsgründe

- (1) Der Ombudsmann lehnt die Durchführung eines Verfahrens ab, wenn
1. die Streitigkeit nicht in die Zuständigkeit nach dieser Verfahrensordnung fällt,
 2. die Streitigkeit Ansprüche aus einem Kranken- oder Pflegeversicherungsvertrag zum Gegenstand hat,
 3. der Beschwerdeführer den Anspruch noch nicht beim Beschwerdegegner geltend gemacht hat,
 4. die Beschwerde offensichtlich ohne Aussicht auf Erfolg ist oder mutwillig erscheint, insbesondere weil
 - (a) der Anspruch bei Beschwerdeeinlegung bereits verjährt war und der Beschwerdegegner sich auf die Verjährung beruft,
 - (b) die Streitigkeit bereits beigelegt ist oder
 - (c) zu der Streitigkeit ein Antrag auf Prozesskostenhilfe bereits mit der Begründung zurückgewiesen worden ist, dass die beabsichtigte Rechtsverfolgung keine hinreichende Aussicht auf Erfolg bietet oder mutwillig erscheint,
 5. eine Verbraucherschlichtungsstelle bereits ein Verfahren zur Beilegung der Streitigkeit durchgeführt hat oder die Streitigkeit bei einer anderen Verbraucherschlichtungsstelle anhängig ist,
 6. ein Gericht zu der Streitigkeit bereits eine Sachentscheidung getroffen hat oder die Streitigkeit bei einem Gericht anhängig ist, es sei denn, das Gericht ordnet nach § 278a Absatz 2 der Zivilprozessordnung im Hinblick auf das Verfahren vor der Verbraucherschlichtungsstelle das Ruhen des Verfahrens an,
 7. die Behandlung der Streitigkeit den effektiven Betrieb der Schlichtungsstelle ernsthaft beeinträchtigt, insbesondere weil
 - (a) der Sachverhalt oder rechtliche Fragen sich nur mit einem unangemessenen Aufwand klären lassen oder
 - (b) komplexe Tatsachenfeststellungen mit Beweisaufnahme erforderlich sind oder
 - (c) eine grundsätzliche Rechtsfrage, die für die Bewertung der Streitigkeit erheblich ist, nicht geklärt ist.
- (2) Der Ombudsmann teilt dem Beschwerdeführer und, sofern die Beschwerde bereits an den Beschwerdegegner übermittelt worden ist, auch diesem die Ableh-

*Aus Gründen der Vereinfachung werden die männlichen Bezeichnungen verwendet; gemeint sind selbstverständlich ebenso weibliche Personen.



nung in Textform und unter Angabe der Gründe mit. Der Ombudsmann übermittelt die Ablehnungsentscheidung innerhalb von drei Wochen nach Eingang der vollständigen Beschwerde.

(3) Der Ablehnungsgrund nach Absatz 1 Ziffer 3 greift nicht, wenn der Beschwerdegegner in die Durchführung des Verfahrens einwilligt oder eine Erklärung zur Sache abgibt.

(4) Der Ombudsmann setzt das Verfahren aus, wenn der Beschwerdegegner einwendet, dass seit der Geltendmachung des streitigen Anspruchs durch den Beschwerdeführer gegenüber dem Beschwerdegegner nicht mehr als zwei Monate vergangen sind, und der Beschwerdegegner den streitigen Anspruch in dieser Zeit weder anerkannt noch abgelehnt hat. Der Ombudsmann lehnt die weitere Durchführung des Verfahrens ab, wenn der Beschwerdegegner den streitigen Anspruch innerhalb von zwei Monaten seit dessen Geltendmachung vollständig anerkennt; Absatz 2 Satz 1 ist anzuwenden. Erkennt der Beschwerdegegner den streitigen Anspruch nicht innerhalb von zwei Monaten seit dessen Geltendmachung vollständig an, so setzt der Ombudsmann das Verfahren nach Ablauf von zwei Monaten ab Geltendmachung des streitigen Anspruchs fort.

§ 3 Einlegung der Beschwerde

(1) Verfahrenssprache ist Deutsch.

(2) Das Verfahren beginnt mit Anrufung des Ombudsmanns. Dies kann mündlich, schriftlich oder in jeder anderen geeigneten Form geschehen.

(3) Der Ombudsmann bestätigt den Eingang der Beschwerde und unterrichtet die Verfahrensbeteiligten nach § 16 VSBG.

(4) Der Beschwerdeführer soll einen klaren und eindeutigen Antrag stellen und alle zur Beurteilung des Falles geeigneten und erforderlichen Tatsachen mitteilen sowie die erforderlichen Unterlagen beifügen. Der Ombudsmann hilft dem Beschwerdeführer bei Bedarf, den Sachverhalt klar darzustellen, einen sachdienlichen Antrag zu stellen und die notwendigen Unterlagen einzureichen. Er kann sich auch an den Beschwerdegegner wenden, um den Sachverhalt aufzuklären.

(5) Wurden die Voraussetzungen gemäß Absatz 4 trotz der Ermittlungen nicht erfüllt, kann das Verfahren nicht durchgeführt werden. Dies wird dem Beschwerdeführer mitgeteilt. Das Verfahren endet damit.

§ 4 Vertretung

Die Verfahrensbeteiligten können sich in jeder Lage des Verfahrens auf eigene Kosten und im zulässigen Rahmen vertreten lassen.

§ 5 Grundsätze des Verfahrens

(1) Der Ombudsmann antwortet auf jede Beschwerde.

(2) Der Ombudsmann kann den Sachverhalt von Amts wegen ermitteln, soweit dies zur Entscheidungsfindung erforderlich ist.

(3) Der Ombudsmann ist in seiner Beweiswürdigung frei. Er erhebt keine Beweise, mit Ausnahme des Urkundenbeweises.

(4) Entscheidungsgrundlage sind Recht und Gesetz. Sofern es daneben allgemeine Grundsätze ordnungsgemäßer Versicherungs-, Kapitalanlage- und Vertriebspraxis

(Wettbewerbsrichtlinien) gibt, die das Versicherungsgeschäft und seine Abwicklung beeinflussen, soll der Ombudsmann diese mitberücksichtigen.

§ 6 Ablauf des Verfahrens

(1) Ist der Gegenstand der Beschwerde geklärt und die Beschwerde zulässig, fordert der Ombudsmann den Beschwerdegegner zu einer Stellungnahme auf und setzt ihm dafür eine Frist von drei Wochen. Die Frist kann auf Antrag verlängert werden, wenn dies sachdienlich erscheint. Der Beschwerdeführer ist hierüber zu informieren.

(2) Hat der Beschwerdegegner innerhalb der gesetzten Frist keine oder eine offensichtlich zur Klärung des Sachverhalts ungeeignete Stellungnahme abgegeben, ist allein der Vortrag des Beschwerdeführers die Entscheidungsgrundlage.

(3) Unentschuldigt verspätete Einlassungen bleiben unberücksichtigt. Wann eine verspätete Einlassung entschuldigt ist, entscheidet der Ombudsmann.

(4) Das Verfahren ist binnen 90 Tagen zum Abschluss zu bringen. Diese Frist beginnt mit Eingang der vollständigen Beschwerdeakte; dies ist in der Regel der Fall, wenn die Verfahrensbeteiligten Gelegenheit zur Stellungnahme hatten. Die Frist kann bei besonders schwierigen Streitigkeiten oder mit Zustimmung der Verfahrensbeteiligten verlängert werden. Über den Eingang der vollständigen Beschwerdeakte sowie über eine Verlängerung der 90-Tage-Frist werden die Verfahrensbeteiligten unterrichtet.

§ 7 Verfahrensbeendigung

(1) Unzulässige Beschwerden weist der Ombudsmann nach § 2 Absatz 2 ab.

(2) Nimmt der Beschwerdeführer seine Beschwerde zurück oder widerspricht er der weiteren Durchführung des Verfahrens, endet es mit Zugang der Erklärung beim Ombudsmann.

(3) Eignet sich die Beschwerde nicht für einen Schlichtungsversuch, ist ein solcher erfolglos oder kann der Streit nicht anderweitig beigelegt werden, bescheidet der Ombudsmann die Beschwerde. Der Bescheid ergeht schriftlich und ist mit Gründen zu versehen.

(4) Der Ombudsmann beendet das Verfahren im Fall der Abhilfe, des Vergleichs sowie durch Abweisung oder Bescheidung der Beschwerde. Die Beendigungswirkung tritt jeweils ein mit Kenntnisnahme der abschließenden Mitteilung, spätestens drei Tage nach deren Versand.

(5) Schlichtungsvorschläge sind den Verfahrensbeteiligten in Textform zu übermitteln. Darin sind sie über die rechtlichen Folgen einer Annahme des Vorschlags und darüber zu unterrichten, dass der Vorschlag von dem Ergebnis eines gerichtlichen Verfahrens abweichen kann. Auf die Möglichkeit, den Vorschlag nicht anzunehmen und die Gerichte anzurufen, ist hinzuweisen. Der Vorschlag ist mit einer angemessenen Frist zur Annahme zu versehen. Der Ombudsmann informiert über das Ergebnis. Sind die Schlichtungsbemühungen nicht erfolgreich, bescheidet der Ombudsmann die Beschwerde.

(6) Wird das Verfahren beendet, ohne dass es zu einer Einigung geführt hat, erfolgt die Mitteilung dieses Ergebnisses als Bescheinigung nach § 21 Absatz 2 VSBG.



(7) Ein beendetes Verfahren kann in begründeten Einzelfällen nach dem Ermessen des Ombudsmanns bei Vorliegen einer neuen Sach- oder Rechtslage wieder aufgenommen werden.

§ 8 Kosten des Verfahrens

(1) Das Verfahren ist für den Beschwerdeführer grundsätzlich kostenfrei, es sei denn, die Beschwerde ist offensichtlich missbräuchlich. In diesem Fall beträgt das Entgelt höchstens 30 Euro.

(2) Der Ombudsmann kann von dem Versicherungsvermittler oder -berater, der zur Teilnahme an dem Verfahren bereit oder verpflichtet ist, ein angemessenes Entgelt verlangen.

(3) Die Beteiligten des Verfahrens haben ihre eigenen Kosten selbst zu tragen. Diese können nicht zum Gegenstand des Verfahrens gemacht werden.

§ 9 Verschwiegenheit

(1) Der Ombudsmann und die Mitarbeiter der Schlichtungsstelle sind zur Verschwiegenheit über alle die Verfahrensbeteiligten betreffenden Umstände verpflichtet, von denen sie im Rahmen eines Verfahrens Kenntnis erlangen.

(2) Das gilt auch für die Zeit nach Beendigung der Tätigkeit bei der Schlichtungsstelle.

5.3 Satzung des Vereins Versicherungsombudsmann e. V.

Beschlossen auf der Mitgliederversammlung vom 22. November 2016

Der Verein ist anerkannte Verbraucherschlichtungsstelle nach dem Verbraucherstreitbeilegungsgesetz

§ 1 Name und Sitz des Vereins

- (1) Der Verein führt den Namen „Versicherungsombudsmann e. V.“.
- (2) Sitz des Vereins ist Berlin.

§ 2 Zweck

- (1) Zweck des Vereins ist die Förderung der außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten mit Verbrauchern*, insbesondere aus einem Versicherungsvertrag oder im Zusammenhang mit der Vermittlung eines solchen.
- (2) Der Satzungszweck wird vor allem durch Einrichtung und Unterhaltung einer Institution zur außergerichtlichen Streitbeilegung verfolgt.

§ 3 Mitglieder

- (1) Mitglied des Vereins können der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. und dessen Mitgliedsunternehmen (Versicherungsunternehmen, Pensionskassen und -fonds im Sinne des Versicherungsaufsichtsgesetzes) werden.
- (2) Die Mitgliedschaft wird durch schriftliche Beitrittserklärung gegenüber dem Vorstand erworben. Bei unselbständigen Niederlassungen erklärt das Hauptunternehmen den Beitritt mit Wirkung für die Niederlassung.
- (3) Die Mitgliedschaft endet durch Verlust der Mitgliedschaft beim Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V., durch Austritt oder durch Ausschluss. Die Austrittserklärung ist schriftlich gegenüber dem Vorstand abzugeben. Sie wirkt zum Ende des Geschäftsjahres. Es ist eine Frist von sechs Monaten einzuhalten.
- (4) Durch Beschluss der Mitgliederversammlung kann ein Mitglied ausgeschlossen werden, wenn es wiederholt oder schwer gegen die Satzung des Vereins verstößt, z. B. den Pflichten aus der Verfahrensordnung trotz Aufforderung wiederholt nicht nachkommt, dem Zweck des Vereins zuwiderhandelt oder seine finanziellen Verpflichtungen gegenüber dem Verein trotz Mahnung nicht erfüllt. Der Vorstand kann bis zum Beschluss der Mitgliederversammlung das Ruhen der Mitgliedschaft nach vorheriger Androhung anordnen.

§ 4 Beschwerdeverfahren

Ziel des Beschwerdeverfahrens ist es, Streitigkeiten außergerichtlich beizulegen. Näheres regelt die Verfahrensordnung.

§ 5 Pflichten der Mitglieder

- (1) Die Mitglieder erkennen die jeweils gültige Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns als für sie verbindlich an. Sie lassen auch eine für die Dauer des Verfahrens angeordnete Verjährungshemmung gegen sich gelten.

*Aus Gründen der Vereinfachung werden die männlichen Bezeichnungen im Singular verwendet; gemeint sind selbstverständlich ebenso weibliche Personen. Sollte eine weibliche Ombudsperson im Amt sein, handelt es sich um eine Ombudsfrau.



(2) Sie unterwerfen sich den Entscheidungen des Versicherungsombudsmanns im Rahmen dieser Verfahrensordnung.

(3) Die Mitglieder verpflichten sich, ihre Kunden bei Vertragsschluss oder bei Zusendung der Vertragsunterlagen sowie dann, wenn eine Streitigkeit nicht beigelegt werden konnte, gemäß den gesetzlichen Vorgaben zu informieren.

§ 6 Organe des Vereins

Organe des Vereins sind der Vorstand und die Mitgliederversammlung.

§ 7 Vorstand, Geschäftsführung

(1) Der Vorstand im Sinne des § 26 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) besteht aus mindestens fünf und höchstens elf Mitgliedern.

(2) Der Vorstand wählt seinen Vorsitzenden aus dem Kreis seiner Mitglieder. Eine Wiederwahl ist zulässig. Der Vorstand kann außerdem einen oder mehrere Stellvertreter wählen. Der Vorsitzende des Vorstands leitet die Sitzungen des Vorstands und die Mitgliederversammlungen. Der Vorstand kann sich eine Geschäftsordnung geben. Er stellt die Geschäftsordnung für die Geschäftsführung auf.

(3) Der Verein wird durch zwei Mitglieder des Vorstands gemeinsam vertreten.

(4) Der Vorstand ist für alle Angelegenheiten des Vereins zuständig, soweit sie nicht durch die Satzung einem anderen Organ, dem Beirat oder der Geschäftsführung übertragen sind. Er hat insbesondere folgende Aufgaben:

- a) Vertretung des Vereins nach außen,
- b) Vorschlag zur Wahl des Ombudsmanns und seines Vertreters,
- c) Regelung der Aufgabenbereiche des Ombudsmanns und seines Vertreters (§ 13), soweit diese nicht durch übereinstimmende Beschlüsse der Mitgliederversammlung und des Beirats festgelegt wurden,
- d) Abberufung des Ombudsmanns und seines Vertreters durch Beschluss nach vorherigem Beschluss des Beirats (§§ 12 Absatz 5 lit. a, 14 Absatz 3),
- e) Vorbereitung und Einberufung der Mitgliederversammlung,
- f) Ausführung der Beschlüsse der Mitgliederversammlung,
- g) Aufstellung des Wirtschaftsplans,
- h) Bestellung und Abberufung eines oder mehrerer Geschäftsführer, die Beaufsichtigung der Geschäftsführung,
- i) Beschlussfassung über die Reisekostenordnung.

(5) Die Mitglieder des Vorstands werden von der Mitgliederversammlung für die Dauer von vier Jahren gewählt. Sie müssen zum Zeitpunkt ihrer Wahl dem Organ eines Mitglieds angehören. Die Mitglieder des Vorstands bleiben bis zur Neuwahl im Amt. Eine Wiederwahl ist möglich.

(6) Die laufenden Geschäfte der Geschäftsstelle werden nach Maßgabe einer vom Vorstand aufgestellten Geschäftsordnung von der Geschäftsführung wahrgenommen, sofern der Vorstand nichts anderes bestimmt. Zu den laufenden Geschäften der Geschäftsstelle gehören insbesondere die Geschäfte nach Absatz 4 lit. e–g sowie die Einstellung von Personal. Die Geschäftsführung hat im Rahmen der Geschäftsordnung Vertretungsmacht im Sinne des § 30 BGB.

§ 8 Mitgliederversammlung

(1) Die ordentliche Mitgliederversammlung findet jedes Kalenderjahr statt. Sie wird vom Vorstand oder der Geschäftsführung unter Einhaltung einer Frist von einem Monat schriftlich unter Angabe der Tagesordnung einberufen. Die Frist beginnt mit dem der Absendung der Einladung folgenden Tag. Die Tagesordnung setzt der Vorstand fest.

(2) Jedes Mitglied sowie der Beirat können bis spätestens zwei Wochen vor der Mitgliederversammlung beim Vorstand schriftlich die Ergänzung der Tagesordnung verlangen. Der Versammlungsleiter hat zu Beginn die Ergänzung bekannt zu geben. Über Anträge auf Ergänzung, die in der Versammlung gestellt werden, beschließt diese selbst.

(3) Die Mitglieder des Beirats sind zur Teilnahme an der Mitgliederversammlung berechtigt.

§ 9 Außerordentliche Mitgliederversammlung

Eine außerordentliche Mitgliederversammlung ist vom Vorstand einzuberufen, wenn dies im Vereinsinteresse erforderlich ist oder ein Fünftel der Mitglieder dies schriftlich unter Angabe des Zwecks und der Gründe verlangt.

§ 10 Beschlussfassung der Mitgliederversammlung

(1) Die Mitgliederversammlung wird vom Vorsitzenden des Vorstands, bei Verhinderung durch seinen Stellvertreter oder durch das dienstälteste anwesende Vorstandsmitglied geleitet.

(2) Jedes Mitglied hat eine Stimme. Vollmachtserteilung an ein anderes Mitglied ist möglich, jedoch darf kein Mitgliedsunternehmen außer den mit ihm verbundenen Konzernunternehmen mehr als fünf andere Mitglieder vertreten. Vertretene Mitglieder sind ihrerseits zur Vertretung nicht berechtigt. Beschlüsse werden mit einfacher Mehrheit der vertretenen Mitglieder gefasst.

(3) Änderungen der Satzung sowie der Verfahrensordnungen und Beschlüsse über die Bestellung des Ombudsmanns und seines Vertreters sowie über den Ausschluss eines Mitglieds bedürfen einer Mehrheit von drei Vierteln der vertretenen Mitglieder.

(4) Beschlüsse der Mitgliederversammlung werden von einem Schriftführer protokollarisch festgehalten.

§ 11 Aufgaben der Mitgliederversammlung

Die Mitgliederversammlung hat insbesondere folgende Aufgaben:

- a) Wahl des Vorstands,
- b) Bestellung des Ombudsmanns und seines Vertreters durch Beschluss nach vorherigem Beschluss des Beirats (§ 12 Absatz 5 lit. a),
- c) Entgegennahme und Beratung des Berichts des Vorstands über das abgelaufene Geschäftsjahr,
- d) Entgegennahme und Beratung des Berichts des Ombudsmanns,
- e) Genehmigung des Jahresabschlusses und Erteilung der Entlastung von Vorstand und Geschäftsführung,
- f) Wahl von Rechnungsprüfern,



- g) Beschlussfassung über den Wirtschaftsplan,
- h) Beschlussfassung über die endgültige Festsetzung der Jahresumlage,
- i) Änderung der Satzung,
- j) Änderung der Verfahrensordnungen, vorbehaltlich der Zustimmung des Beirats (§ 12 Absatz 5 lit. b),
- k) endgültige Entscheidung über den Ausschluss von Mitgliedsunternehmen,
- l) Beschlussfassung über die Kostenordnung (§ 16 Absatz 4).

§ 12 Beirat

(1) Es wird ein Beirat gebildet. Dem Beirat gehören an: sieben Mitgliedervertreter (Vorsitzender des Vorstands und sechs von der Mitgliederversammlung gewählte Vertreter der Vereinsmitglieder), sieben Verbrauchervertreter (vier Vertreter des Vereins Verbraucherzentrale Bundesverband und seiner Mitgliedsverbände, zwei Vertreter der Stiftung Warentest, ein Vertreter des Bundes der Versicherten), zwei Vertreter der Versicherungsaufsicht, drei Vertreter der Wissenschaft, zwei Vertreter der Versicherungsvermittler (Vertreter von Vermittlerverbänden) sowie bis zu acht Mitglieder der Bundestagsfraktionen als Vertreter des öffentlichen Lebens. Alle Fraktionen erhalten jeweils ein Beiratsmandat. Bis zur Obergrenze von acht Sitzen erhalten Fraktionen mit mehr als 20 Prozent der Abgeordneten im Bundestag in absteigender Fraktionsgröße jeweils ein zweites Mandat.

(2) Die Amtszeit der Beiratsmitglieder beträgt fünf Jahre. Eine Wiederwahl ist möglich.

(3) Die Auswahl der Mitgliedervertreter sowie der Vermittlerverbände erfolgt durch Wahl in der Mitgliederversammlung. Die Vertreter der Wissenschaft werden für den ersten Beirat durch die Mitgliederversammlung bestimmt, bei späteren Wahlen durch den zuvor amtierenden Beirat mit einer Mehrheit von zwei Dritteln seiner Mitglieder. Die übrigen Mitglieder des Beirats werden von den jeweiligen Institutionen und Parteien entsandt.

(4) Der Beirat wählt aus dem Kreis seiner Mitglieder einen Vorsitzenden.

(5) Der Beirat hat die folgenden Aufgaben:

- a) Mitwirkung an der Bestellung und Abberufung des Ombudsmanns und seines Vertreters durch Beschluss,
- b) Mitwirkung an Änderungen der Verfahrensordnungen durch Beschluss,
- c) Mitsprache bei der Bestellung des Geschäftsführers (Vorschlagsrecht, Beratung),
- d) Entgegennahme und Beratung des Berichts des Ombudsmanns,
- e) Unterbreiten von Vorschlägen für die Verbesserung der Arbeit des Ombudsmanns und der Verfahrensordnungen sowie für die Tagesordnung der Mitgliederversammlung,
- f) Beratung und Unterstützung des Ombudsmanns in Fragen seiner Öffentlichkeitspräsenz (z. B. Internet-Auftritt, Veröffentlichungen, Anzeigen).

(6) Sitzungen des Beirats finden nach Bedarf mindestens einmal jährlich statt. Die Sitzungen des Beirats werden von dem Vorsitzenden geleitet. Der Beirat beschließt mit einfacher Mehrheit der anwesenden Beiratsmitglieder, wenn nichts anderes in der Satzung bestimmt ist. Die Sitzungen sind mit einer Frist von mindestens

zwei Wochen unter Angabe der Tagesordnung schriftlich einzuberufen. Die Tagesordnung setzt der Vorsitzende fest. Der Vorstand und jedes Beiratsmitglied kann bis eine Woche vor der Sitzung schriftlich eine Ergänzung der Tagesordnung verlangen. Der Vorsitzende hat zu Beginn der Sitzung die Ergänzung bekannt zu geben. Über Anträge auf Ergänzung, die in der Sitzung gestellt werden, beschließt der Beirat selbst.

§ 13 Aufgaben des Ombudsmanns

(1) Der Ombudsmann ist fachlich verantwortlich für die Beschwerdebearbeitung. Es wird ein Vertreter des Ombudsmanns bestellt. Für den Vertreter gelten die den Ombudsmann betreffenden Bestimmungen entsprechend.

(2) Der Ombudsmann ist hinsichtlich seiner Entscheidungen, seiner Verfahrens- und Amtsführung im Rahmen der Verfahrensordnungen unabhängig und keinen Weisungen unterworfen. Er hat als Entscheidungsgrundlagen Recht und Gesetz zu beachten. Sofern es daneben allgemeine Grundsätze ordnungsgemäßer Versicherungs-, Kapitalanlage- und Vertriebspraxis (Wettbewerbsrichtlinien) gibt, die das Versicherungsgeschäft und seine Abwicklung beeinflussen, soll er diese mitberücksichtigen.

(3) Der Ombudsmann soll die Beilegung des Streits in geeigneten Fällen durch einen Schlichtungsvorschlag, im Übrigen durch Bescheidung mit verständlicher Erläuterung der Rechtslage fördern.

(4) Über die Mitarbeiter der Schlichtungsstelle übt der Ombudsmann ein fachliches Weisungsrecht und eine fachliche Aufsicht aus.

§ 14 Wahl des Ombudsmanns

(1) Der Ombudsmann wird nach Vorschlag des Vorstands durch Beschluss der Mitgliederversammlung (§ 10 Absatz 3) und vorherigen Beschluss des Beirats (§ 12 Absatz 5 lit. a) bestellt.

(2) Die Amtszeit des Ombudsmanns beträgt höchstens fünf Jahre. Eine einmalige erneute Bestellung ist zulässig. Nach Ablauf der zweiten Amtszeit bleibt der Ombudsmann für höchstens ein weiteres Jahr im Amt, falls noch kein Nachfolger bestellt wurde.

(3) Die Abberufung ist nur bei offensichtlichen und groben Verfehlungen des Ombudsmanns gegen seine Verpflichtungen aus § 13 oder seinen Dienstvertrag möglich. Sie erfolgt durch Beschluss des Vorstands und Beschluss einer Mehrheit von zwei Dritteln der Mitglieder des Beirats.

§ 15 Persönliche Voraussetzungen des Ombudsmanns

(1) Der Ombudsmann muss die für seine Aufgabe erforderliche Befähigung, Fachkompetenz und Erfahrung haben. Er soll die Befähigung zum Richteramt besitzen und über besondere Erfahrungen in Versicherungssachen verfügen. Er soll seinen Wohnsitz in Deutschland haben. Er darf in den letzten drei Jahren vor Antritt des Amtes weder hauptberuflich für ein Versicherungsunternehmen, eine Interessenvertretung der Branche oder ihrer Mitarbeiter noch als Versicherungsvermittler oder -berater tätig gewesen sein.



(2) Während der Amtsdauer darf eine solche Tätigkeit nicht aufgenommen werden. Auch ist jede sonstige Tätigkeit untersagt, die geeignet ist, die Unparteilichkeit der Amtsausübung zu beeinträchtigen. Der Ombudsmann darf wissenschaftliche Arbeiten erstellen und Vorträge halten, sofern diese nicht die Unparteilichkeit seiner Amtsführung beeinträchtigen.

§ 16 Finanzierung

(1) Die Mitglieder finanzieren den Verein durch Mitgliedsbeiträge und Fallpauschalen. Von anderen Verfahrensbeteiligten können Entgelte erhoben werden, sofern die Verfahrensordnung dies vorsieht.

(2) Die Mitgliedsbeiträge werden in Form einer jährlichen Umlage erhoben, deren Höhe die Mitgliederversammlung aufgrund des vom Vorstand aufgestellten Wirtschaftsplans zunächst vorläufig festsetzt. Der Verein erhebt die vorläufige Umlage zu Beginn des Geschäftsjahres. Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.

(3) Die Höhe der Umlage wird endgültig festgesetzt, wenn das Geschäftsjahr abgeschlossen ist und die darin entstandenen Kosten feststehen. Am Jahresabschluss nicht verbrauchte Vorschüsse bilden als Guthaben der Mitgliedsunternehmen Vorauszahlungen auf die Umlage des Geschäftsjahres, das der Beschlussfassung der Mitgliederversammlung über die Genehmigung der Jahresrechnung folgt, sofern die Mitgliederversammlung keine andere Verwendung beschließt.

(4) Die Berechnung der Mitgliedsbeiträge und die Entgelte für durchgeführte Verfahren bestimmen sich nach einer Kostenordnung, die von der Mitgliederversammlung beschlossen wird.

§ 17 Rechnungsprüfer, Jahresabschluss und Rechnungsprüfung

(1) Die Rechnungsprüfer werden für die Dauer von zwei Jahren gewählt.

(2) Der Vorstand hat binnen vier Monaten nach Schluss des Geschäftsjahres einen Jahresabschluss aufzustellen.

(3) Dieser Jahresabschluss ist von den Rechnungsprüfern rechtzeitig vor der ordentlichen Mitgliederversammlung zu prüfen. Über das Ergebnis der Prüfung ist in der Mitgliederversammlung zu berichten.

§ 18 Ehrenamtlichkeit

(1) Die Mitglieder des Vorstands und des Beirats üben ihre Tätigkeiten grundsätzlich ehrenamtlich aus, sie erhalten dafür keine Vergütung.

(2) Der Vorstand erlässt eine Reisekostenordnung, die Umfang und Höhe einer Sitzungspauschale sowie die Erstattung von Reisekosten regelt. Darin kann für den Vorsitzenden des Beirats eine jährliche Aufwandsentschädigung festgesetzt werden.

§ 19 Auflösung des Vereins

(1) Die Auflösung des Vereins kann nur durch eine Mitgliederversammlung mit einer Mehrheit von drei Vierteln aller vertretenen Mitglieder beschlossen werden.

(2) Diese Mitgliederversammlung hat über die Verwendung des Vereinsvermögens zu entscheiden.

5 ANHANG

5.4 Stellvertreter des Ombudsmanns

Heinz Lanfermann
Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung

5.5 Mitglieder des Beirats

(Stand zum 31.12.2017)

Vertreter der Verbraucherorganisationen

Beate-Kathrin Bextermöller
Stiftung Warentest

Lars Gatschke
Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)

Andreas Gernt
Verbraucherzentrale Niedersachsen e. V.

Andrea Heyer
Verbraucherzentrale Sachsen e. V.

Axel Kleinlein
Sprecher des Vorstands
Bund der Versicherten e. V. (BdV)

Susanne Meunier
Stiftung Warentest

Jochen Weisser
VerbraucherService Bayern im KDFB e. V.

Vertreter der Wissenschaft

Prof. Dr. Dr. h. c. mult. Jürgen Basedow
Vorsitzender des Beirats
Direktor des Max-Planck-Instituts für
ausländisches und internationales Privatrecht

Prof. Dr. Petra Pohlmann
Westfälische Wilhelms-Universität
Institut für internationales Wirtschaftsrecht

Prof. Dr. Andreas Richter
Ludwig-Maximilians-Universität
Vorstand des Instituts für
Risikomanagement und Versicherung



**Vertreter des
öffentlichen Lebens**

Michael Hennrich

Mitglied des Bundestags, CDU/CSU

Susanna Karawanskij

Mitglied des Bundestags (bis 24.10.2017), DIE LINKE.

Nicole Maisch

Mitglied des Bundestags (bis 24.10.2017), BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Mechthild Rawert

Mitglied des Bundestags (bis 24.10.2017), SPD

Petra Rode-Bosse

Mitglied des Bundestags (bis 24.10.2017), SPD

Max Straubinger

Mitglied des Bundestags, CDU/CSU

**Vertreter der
Vereinsmitglieder**

Thomas Flemming

Vorsitzender der Vorstände
Mecklenburgische Versicherungsgruppe

Dr. Jörg Frhr. Frank von Fürstenwerth

Vorsitzender der Geschäftsführung
Gesamtverband der Deutschen
Versicherungswirtschaft e. V.

Gerhard Müller

Vorsitzender der Vorstände
Sparkassen-Versicherung Sachsen

Dr. Norbert Rollinger

Vorsitzender des Vorstands
R+V Versicherung AG

Christoph Schmallenbach

Vorsitzender der Vorstände
AachenMünchener Versicherungen

Dr. Wolfgang Weiler

Präsident
Gesamtverband der Deutschen
Versicherungswirtschaft e. V.

**Vertreter der
Versicherungsaufsicht**

Rainer Schacht
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)

Dr. Ulf Steenken
Vorsitzender des Arbeitskreises der
Versicherungsaufsichtsbehörden der Länder
Finanzministerium des Landes
Nordrhein-Westfalen

**Vertreter der
Versicherungsvermittler-
verbände**

Michael H. Heinz
Präsident
Bundesverband Deutscher
Versicherungskaufleute e. V. (BVK)

Dr. Hans-Georg Jenssen
Geschäftsführender Vorstand
Verband Deutscher Versicherungsmakler e. V. (VDVM)

**In der Amtsperiode
ausgeschieden:**

Dr. Alexander Erdland (26.09.)
ehemals Präsident Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V.

Mathias Scheuber (30.11.)
ehemals Mitglied des Vorstands
Allianz Versicherungs-AG



5.6 Mitglieder des Vorstands, Geschäftsführer

(Stand zum 31.12.2017)

Vorstand

Thomas Flemming (Vorsitzender des Vereinsvorstands)

Vorsitzender der Vorstände

Mecklenburgische Versicherungsgruppe

Dr. Jörg Frhr. Frank von Fürstenwerth

Vorsitzender der Geschäftsführung

Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V.

Klaus-Jürgen Heitmann

Vorstandssprecher

HUK-COBURG Versicherungsgruppe

Hermann Kasten

Vorsitzender der Vorstände

VGH Versicherungen

Uwe Laue

Vorsitzender der Vorstände

Debeka-Versicherungsgruppe

Dr. Norbert Rollinger

Vorsitzender des Vorstands

R+V Versicherung AG

Dr. Wolfgang Weiler

Präsident

Gesamtverband der Deutschen

Versicherungswirtschaft e. V.

Geschäftsführer

Dr. Horst Hiort

In der Amtsperiode
ausgeschieden:

Dr. Alexander Erdland (26.09.)

ehemals Präsident Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V.

Mathias Scheuber (30.11.)

ehemals Mitglied des Vorstands

Allianz Versicherungs-AG

5 ANHANG

5.7 Mitglieder des Vereins

(Stand zum 31.12.2017)

- A** AachenMünchener Lebensversicherung AG
- AachenMünchener Versicherung AG
- ADLER Versicherung AG
- Advocard Rechtsschutzversicherung AG
- Aegon Niederlassung Deutschland der Aegon Ireland plc
- AGILA Haustierversicherung AG
- AIG Europe Limited, Direktion für Deutschland
- Aioi Nissay Dowa Insurance Company of Europe Limited, Niederlassung Deutschland
- Aioi Nissay Dowa Life Insurance of Europe AG
- Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse AG
- Allianz Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft
- Allianz Pensionsfonds AG
- Allianz Pensionskasse AG
- Allianz Versicherungs-AG
- AllSecur Deutschland AG
- ALTE LEIPZIGER Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit
- ALTE LEIPZIGER Pensionsfonds AG
- ALTE LEIPZIGER Pensionskasse Aktiengesellschaft
- ALTE LEIPZIGER Versicherung AG
- Amlin Insurance SE Direktion für Deutschland
- Ammerländer Versicherung VVaG
- ARAG Allgemeine Versicherungs-Aktiengesellschaft
- ARAG SE
- Assurant Allgemeine, Zweigniederlassung der Assurant General Insurance Limited
- Athene Lebensversicherung AG
- AUXILIA Rechtsschutz-Versicherungs-AG
- Aviva Life & Pensions UK Limited
- AXA Art Versicherung AG
- AXA easy Versicherung AG
- AXA France IARD S.A.
- AXA France VIE S.A.
- AXA Lebensversicherung AG
- AXA Life Europe dac
- AXA Versicherung AG
- B** Baden-Badener Versicherung AG
- Badische Rechtsschutzversicherung AG
- Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG
- Barmenia Lebensversicherung a. G.
- Basler Lebensversicherungs-AG
- Basler Sachversicherungs-AG
- Bayerische Beamten Lebensversicherung a. G.
- Bayerische Beamten Versicherung AG



- B** Bayerische Hausbesitzer-Versicherungs-Gesellschaft a. G.
Bayerische Landesbrandversicherung Aktiengesellschaft
Bayerischer Versicherungsverband Versicherungsaktiengesellschaft
Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG
BD24 Berlin Direktversicherung AG
BGV-Versicherung AG
Bruderhilfe Sachversicherung AG im Raum der Kirchen
- C** Canada Life Assurance Europe plc Niederlassung für Deutschland
Cardif Allgemeine Versicherung, Zweigniederlassung für Deutschland
Cardif Lebensversicherung, Zweigniederlassung für Deutschland
Chubb European Group Limited Direktion für Deutschland
CNA Insurance Company Limited, Direktion für Deutschland
Concordia oeco Lebensversicherungs-AG
Concordia Versicherungs-Gesellschaft auf Gegenseitigkeit
Condor Allgemeine Versicherungs-Aktiengesellschaft
Condor Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft
Continental Lebensversicherung AG
Continental Sachversicherung AG
Cosmos Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft
Cosmos Versicherung Aktiengesellschaft
Credit Life AG
- D** DA Deutsche Allgemeine Versicherung Aktiengesellschaft
DARAG Deutsche Versicherungs- und Rückversicherungs-AG
Debeka Allgemeine Versicherung Aktiengesellschaft Sitz Koblenz am Rhein
Debeka Lebensversicherungsverein a. G. Sitz Koblenz am Rhein
Debeka Pensionskasse AG
Delta Direkt Lebensversicherung AG München
Delvag Versicherungs-AG
DEURAG Deutsche Rechtsschutz-Versicherung AG
Deutsche Ärzteversicherung Aktiengesellschaft
Deutsche Assistance Versicherung Aktiengesellschaft
Deutsche Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft
Deutsche Niederlassung der Basler Versicherungen Luxemburg A. G.
Deutsche Steuerberater-Versicherung Pensionskasse des steuerberatenden Berufs WVaG
DEVK Allgemeine Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft
DEVK Allgemeine Versicherungs-AG
DEVK Deutsche Eisenbahn Versicherung Lebensversicherungsverein a. G.
DEVK Deutsche Eisenbahn Versicherung Sach- und HUK-Versicherungsverein a. G.
DEVK Rechtsschutz-Versicherungs-AG
DFV Deutsche Familienversicherung AG
Dialog Lebensversicherungs-AG
Die Haftpflichtkasse WVaG
DIREKTE LEBEN Versicherung AG
DMB Rechtsschutz-Versicherung AG
DOCURA WVaG
Domestic & General Insurance PLC Versicherungsgesellschaft, Direktion für Deutschland

5 ANHANG

- E** Entis Lebensversicherung AG
ERGO Direkt Lebensversicherung AG
ERGO Direkt Versicherung AG
ERGO Lebensversicherung AG
ERGO Pensionskasse AG
ERGO Versicherung AG
ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG
Europ Assistance Versicherungs-AG
EUROPA Lebensversicherung AG
EUROPA Versicherung AG
- F** Fahrlehrerversicherung Verein auf Gegenseitigkeit
Familienfürsorge Lebensversicherung AG im Raum der Kirchen
Feuer- und Einbruchschadenkasse der BBBank VVaG
Feuersozietät Berlin Brandenburg Versicherung Aktiengesellschaft
Financial Assurance Company Limited Lebensversicherung (Teil von AXA) NL Deutschland
Financial Insurance Company Limited (Teil von AXA) Niederlassung Deutschland
Frankfurt Münchener Lebensversicherung AG
Frankfurter Lebensversicherung AG
Friends Life Limited
FWU Life Insurance Lux S. A. Niederlassung Deutschland
- G** GARANTA Versicherungs-AG
Gartenbau-Versicherung VVaG
Gemeinnützige Haftpflicht-Versicherungsanstalt Darmstadt
Gemeinnützige Haftpflichtversicherungsanstalt Kassel
Generali Deutschland Pensionskasse AG
Generali Lebensversicherung AG
Generali Versicherung AG
German Assistance Versicherung AG
Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V.
Gothaer Allgemeine Versicherung AG
Gothaer Lebensversicherung AG
Gothaer Pensionskasse AG
Gothaer Versicherungsbank VVaG
GRUNDEIGENTÜMER-VERSICHERUNG VVaG
GVO Gegenseitigkeit Versicherung Oldenburg VVaG
GVV-Privatversicherung AG
- H** Häger Versicherungsverein a. G.
Hamburger Feuerkasse Versicherungs-AG
Hannoversche Lebensversicherung AG
HanseMercur Allgemeine Versicherung AG
HanseMercur Lebensversicherung AG
HanseMercur Reiseversicherung AG
HDI Lebensversicherung AG
HDI Pensionskasse AG
HDI Versicherung AG



- H** Heidelberger Lebensversicherung AG
HELVETIA Schweizerische Lebensversicherungs-AG
Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft, Direktion für Deutschland
Hiscox Insurance Company Ltd., Niederlassung für Deutschland
Hübener Versicherungs-AG
HUK24 AG
HUK-COBURG Haftpflicht-Unterstützungs-Kasse kraftfahrender Beamter Deutschlands a. G. in Coburg
HUK-COBURG-Allgemeine Versicherung AG
HUK-COBURG-Lebensversicherung AG
HUK-COBURG-Rechtsschutzversicherung AG
- I** Ideal Lebensversicherung a. G.
Ideal Versicherung AG
IDUNA Vereinigte Lebensversicherung aG für Handwerk, Handel und Gewerbe
INTER Allgemeine Versicherung AG
INTER Lebensversicherung AG
Interlloyd Versicherungs-AG
InterRisk Lebensversicherungs-AG, Vienna Insurance Group
InterRisk Versicherungs-AG, Vienna Insurance Group
IptiQ Life S. A., Niederlassung Deutschland
Isselhorster Versicherung V. a. G.
Itzehoer Lebensversicherungs-AG
Itzehoer Versicherung/Brandgilde von 1691 VVaG
- J** Janitos Versicherung AG
- K** Karlsruher Lebensversicherung AG
KRAVAG-ALLGEMEINE Versicherungs-Aktiengesellschaft
KRAVAG-LOGISTIC Versicherungs-Aktiengesellschaft
- L** Landesschadenhilfe Versicherung VaG
LBN Versicherungsverein a. G.
Lebensversicherung von 1871 a. G. München
Lifestyle Protection AG
Lifestyle Protection Lebensversicherung AG
Lippische Landes-Brandversicherungsanstalt
Lloyd's Versicherer London, Niederlassung für Deutschland
London General Insurance Company Limited
LVM Landwirtschaftlicher Versicherungsverein Münster a. G.
LVM Lebensversicherungs-AG
- M** Mannheimer Versicherung AG
Mecklenburgische Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft
Mecklenburgische Versicherungs-Gesellschaft a. G.
Medien-Versicherung a. G. Karlsruhe, vorm. Buchgewerbe-Feuerversicherung, gegr. 1899
Monuta Versicherungen, Niederlassung Deutschland der Monuta Verzekeringen N.V. Apeldoorn
Münchener und Magdeburger Agrarversicherung AG
MÜNCHENER VEREIN Allgemeine Versicherungs-AG
MÜNCHENER VEREIN Lebensversicherung a. G.
MyLife Lebensversicherung AG

5 ANHANG

- N** Neue Bayerische Beamten Lebensversicherung AG
neue leben Lebensversicherung AG
neue leben Pensionskasse AG
neue leben Unfallversicherung AG
Neue Rechtsschutz-Versicherungsgesellschaft AG
Neuendorfer Brand-Bau-Gilde Versicherungsverein a. G. seit 1813
Nexible Versicherung AG
Niedersächsische Versicherung VVaG
Nordhemmer Versicherungsverein a. G.
NÜRNBERGER Allgemeine Versicherungs-AG
NÜRNBERGER Beamten Allgemeine Versicherung AG
NÜRNBERGER Beamten Lebensversicherung AG
NÜRNBERGER Lebensversicherung AG
NÜRNBERGER Pensionskasse AG
NV Versicherung VVaG
- O** Öffentliche Feuerversicherung Sachsen-Anhalt
Öffentliche Lebensversicherung Berlin Brandenburg AG
Öffentliche Lebensversicherung Braunschweig
Öffentliche Lebensversicherung Sachsen-Anhalt
Öffentliche Lebensversicherungsanstalt Oldenburg
Öffentliche Sachversicherung Braunschweig
Öffentliche Versicherung Bremen
Oldenburgische Landesbrandkasse
ÖRAG Rechtsschutzversicherungs-AG
Ostangler Brandgilde Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit (VVaG)
Ostfriesische Landschaftliche Brandkasse
OVAG Ostdeutsche Versicherung AG
- P** PB Lebensversicherung AG
PB Versicherung AG
Pensionskasse der Genossenschaftsorganisation Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit
PLUS Lebensversicherungs AG
Pro bAV Pensionskasse AG
ProTect Versicherung AG
Protector Lebensversicherungs-AG
Provinzial Nord Brandkasse AG
Provinzial NordWest Lebensversicherung Aktiengesellschaft
Provinzial Rheinland Lebensversicherung AG
Provinzial Rheinland Versicherung AG
PRUDENTIA Pensionskasse AG
PVAG Polizeiversicherungs-Aktiengesellschaft
- Q** QBE Insurance (Europe) Limited, Direktion für Deutschland
- R** R+V Allgemeine Versicherung AG
R+V Direktversicherung AG
R+V Lebensversicherung a. G.
R+V Lebensversicherung AG



- R** R+V Pensionskasse AG
RheinLand Lebensversicherung AG
RheinLand Versicherungs AG
Rhion Versicherung Aktiengesellschaft
ROLAND Rechtsschutz-Versicherungs-AG
ROLAND Schutzbrief-Versicherung AG
- S** SAARLAND Feuerversicherung AG
SAARLAND Lebensversicherung AG
Schleswiger Versicherungsverein a. G.
SCHWARZMEER UND OSTSEE Versicherungs-Aktiengesellschaft SOVAG
SHB Allgemeine Versicherung VVaG
SIGNAL IDUNA Allgemeine Versicherung AG
SIGNAL IDUNA Pensionskasse Aktiengesellschaft
Skandia Lebensversicherung AG
SOGECAP S. A. Deutsche Niederlassung
SOGESSUR S.A. Deutsche Niederlassung
Sompo Japan Nipponkoa Insurance Company of Europe Ltd., Niederlassung Deutschland
Sparkassen Direktversicherung AG
Sparkassen Pensionskasse AG
Sparkassen-Versicherung Sachsen Allgemeine Versicherung AG
Sparkassen-Versicherung Sachsen Lebensversicherung AG
Standard Life Versicherung Zweigniederlassung Deutschland der Standard Life Assurance Limited
Stonebridge International Insurance Ltd.
Stuttgarter Lebensversicherung a. G.
Stuttgarter Versicherung AG
Süddeutsche Allgemeine Versicherung a. G.
Süddeutsche Lebensversicherung a. G.
SV Sparkassenversicherung Gebäudeversicherung AG
SV Sparkassenversicherung Lebensversicherung AG
Swiss Life AG, Niederlassung für Deutschland
Swiss Life Pensionskasse Aktiengesellschaft
- T** TARGO Lebensversicherung AG
TARGO Versicherung AG
Tokio Marine Kiln Insurance Limited
TRIAS Versicherung AG
- U** Uelzener Allgemeine Versicherungsgesellschaft a. G.
uniVersa Allgemeine Versicherung AG
uniVersa Lebensversicherung a. G.
- V** VEREINIGTE POSTVERSICHERUNG VVaG
Vereinigte Tierversicherung Gesellschaft a. G.
Versorgungsausgleichskasse Pensionskasse VVaG
Verti Versicherung AG
VGH Landschaftliche Brandkasse Hannover
VGH Provinzial Lebensversicherung Hannover
VHV Allgemeine Versicherung AG

5 ANHANG

- V** VICTORIA Lebensversicherung AG
Volkswagen Autoversicherung AG
Volkswagen Versicherung AG
VOLKSWOHL BUND LEBENSVERSICHERUNG a. G.
VOLKSWOHL BUND SACHVERSICHERUNG AG
VPV Allgemeine Versicherungs-AG
VPV Lebensversicherungs-AG
VRK Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit im Raum der Kirchen
- W** Waldenburger Versicherung AG
WERTGARANTIE AG
Westfälische Provinzial Versicherung Aktiengesellschaft
WGV-Lebensversicherung AG
WGV-Versicherung AG
Württembergische Gemeinde-Versicherung a. G.
Württembergische Lebensversicherung AG
Württembergische Versicherung AG
Würzburger Versicherungs-AG
WWK Allgemeine Versicherung AG
WWK Lebensversicherung a. G.
WWK Pensionsfonds AG
- X** XL Insurance Company SE, Direktion für Deutschland
- Z** Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung Aktiengesellschaft
Zurich Insurance plc., Niederlassung Deutschland
Zurich Life Assurance plc.



BESCHWERDE - KONTAKT

Versicherungsombudsmann e.V.

Postfach 080632, 10006 Berlin

Telefon: 0800 3696000

Telefax: 0800 3699000

www.versicherungsombudsmann.de

beschwerde@versicherungsombudsmann.de

IMPRESSUM

Herausgeber

Versicherungsombudsmann e.V.

Postfach 080632, 10006 Berlin

Leipziger Straße 121, 10117 Berlin

Telefon: 030 206058-0

Telefax: 030 206058-58

www.versicherungsombudsmann.de

info@versicherungsombudsmann.de

Gestaltung

Katja Trapp

Druck

Druckerei Bloch & Co. GmbH, Berlin