

JAHRESBERICHT
2014



Grußwort



Die Stiftung Warentest ist von Anfang an im Beirat des Versicherungsombudsmanns vertreten. Das ist nicht so selbstverständlich, wie sich das heute liest. Die Geschäftsleitungssitzung, in der über die Mitwirkung der Stiftung im Beirat beraten wurde, ist mir noch sehr gegenwärtig.

Es wurde kontrovers diskutiert, und ich war der größte Kritiker. Für mich passten der Auftrag der Stiftung Warentest, nämlich mit wissenschaftlich fundierten, unabhängigen Tests die Produkte der Versicherungswirtschaft zu untersuchen, und eine Mitwirkung beim Versicherungsombudsmann nicht zusammen.

Die Entscheidung war damals sehr pragmatisch: Wir machen mit, aber wir schicken den größten Kritiker in den Beirat. Der kann ja dann jederzeit den Ausstieg einleiten, wenn dies nötig erscheint. So war ich im „Gründungsbeirat“ vertreten. Ich selbst blieb bis 2012 im Beirat, und die Stiftung arbeitet mit Beate Bextermöller und Susanne Meunier dort weiterhin aktiv mit.

Aus dem größten Kritiker ist ein überzeugter Befürworter des Versicherungsombudsmanns geworden. Das hat mehrere Gründe. Der wichtigste Grund liegt in den Personen, die das Amt des Versicherungsombudsmanns mit Leben erfüllen.

Der erste Versicherungsombudsmann, Herr Professor Wolfgang Römer, war eine Idealbesetzung. Als Richter beim Bundesgerichtshof hat er viele wegweisende und wichtige Entscheidungen im Versicherungsbereich getroffen. Diese Entscheidungen haben den Verbrauchern und den Verbraucherschützern oft mehr Freude gemacht als der Branche. Die Berufung von Professor Römer war also für die Verbraucherseite eine wirklich vertrauensbildende Maßnahme.

Man kann nur erahnen, welche Überzeugungskraft der „Vater“ des Versicherungsombudsmanns e. V. und langjährige Vorsitzende des Vorstands, Dr. Bernd Michaels, aufwenden musste, um neben der Institution Versicherungsombudsmann auch noch diese Personalie den Mitgliedsverbänden schmackhaft zu machen.

Auch in seiner Amtsführung blieb Professor Römer das, was er als Richter immer war: Unabhängig, fachkundig, analytisch – und vor allem der Sache und fairen Lösungen verpflichtet.



Mit Herrn Professor Dr. Günter Hirsch hat er 2008 einen würdigen Nachfolger gefunden, erneut ist eine herausragende Persönlichkeit und einer der profiliertesten Richter in Deutschland Versicherungsombudsmann geworden.

Weitere Gründe für den Erfolg des Versicherungsombudsmanns sind die Ausstattung des Amtes und seine Befugnisse. Er ist für Beschwerden bis zu einem Streitwert von 100.000 Euro zuständig. Seine Entscheidungen sind bis zu einem Streitwert von 10.000 Euro verbindlich. Und, ganz wichtig: Mehr als 95 Prozent der Versicherer unterwerfen sich der Schlichtung des Versicherungsombudsmanns.

Dabei ist das Verfahren für die Verbraucher kostenlos, formlos und dies alles mit der Gewähr einer professionellen und zeitnahen Bearbeitung.

Zur professionellen Ausstattung gehört natürlich die 40 Personen starke Geschäftsstelle unter der Leitung von Dr. Horst Hiort, die den Versicherungsombudsmann fachkundig unterstützt.

Inzwischen hat auch die Politik die außergerichtliche Schlichtung entdeckt, eine europäische Richtlinie zur Schlichtung wird derzeit in deutsches Recht umgesetzt. Es ist folgerichtig, dass eine Erfolgsgeschichte wie die des Versicherungsombudsmanns da große Beachtung findet und die Konstruktion des Versicherungsombudsmanns für viele Regelungen als Blaupause dienen kann.

Entsprechend haben im Oktober 2014 der Bundesminister der Justiz und für Verbraucherschutz Heiko Maas und sein Staatssekretär Gerd Billen den Versicherungsombudsmann besucht. Dessen Arbeit wurde auf der Webseite des Ministeriums als „ein Vorbild für effektiven Verbraucherschutz“ bezeichnet. Dem ist nichts hinzuzufügen.

Mit fast 20.000 Beschwerden war das Jahr 2014 ein Rekordjahr. Auch wenn da viele Bankbeschwerden aufschlugen, für die der Versicherungsombudsmann gar nicht zuständig ist – die Zahlen liegen hoch. Es gibt weiterhin viel zu tun.

Für diese wertvolle Arbeit wünsche ich Professor Hirsch und allen, die seine Arbeit unterstützen und begleiten, weiterhin viel Erfolg und immer ein gutes Händchen.

Hubertus Primus
Vorstand der Stiftung Warentest





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	Beschwerdeflut im Dezember	16
2.2	Erfahrungen mit der Vereinslösung	17
2.3	Lebensversicherung: europäisches und nationales Richterrecht	18
2.4	Rechtsschutz durch Abwehrdeckung?	20
2.5	Verbraucherstreitbeilegungsgesetz	21
2.6	Die Versicherungssparten in der Jahresbetrachtung	22
2.7	Beschwerdefälle	55
3	Einzelheiten zur Schlichtungsstelle	78
3.1	Allgemeines	78
3.2	Organisation und Personal	81
3.3	Vereinsmitglieder und Mitgliederversammlung	82
3.4	Vorstand, Geschäftsführung	84
3.5	Beirat	86
3.6	Besuch von Bundesminister Heiko Maas	88
3.7	Presse- und Öffentlichkeitsarbeit	90
3.8	Fachlicher Austausch	92
3.9	Finanzen	94
4	Statistik	96
4.1	Gesamtbetrachtung	96
4.2	Differenzierung nach Zuständigkeiten des Ombudsmanns	98
4.3	Beschwerden gegen Versicherungsunternehmen	99
4.4	Beschwerden gegen Versicherungsvermittler	101
4.5	Tabellen und Grafiken	104
5	Anhang	112
5.1	Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns (VomVO)	112
5.2	Verfahrensordnung für Vermittlerbeschwerden (VermVO)	118
5.3	Satzung des Vereins	120
5.4	Mitglieder des Beirats	126
5.5	Mitglieder des Vorstands, Geschäftsführer	129
5.6	Mitglieder des Vereins	130

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. Es sind bereits viele Schlichtungsstellen entstanden, weitere werden bald folgen, da eine EU-Richtlinie den Ausbau eines lückenlosen Netzes von Schlichtungsstellen fordert, die den Kunden bei Streitigkeiten aus Verbraucherverträgen einen „kostengünstigen, einfachen und schnellen Rechtsschutz“ ohne Inanspruchnahme der Gerichte gewähren. Das Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) hat deshalb im November 2014 den Entwurf für ein „Verbraucherstreitbeilegungsgesetz“ (VSBG) vorgelegt (Näheres unter 2.5). Dadurch ergeben sich im Bereich der Privatversicherungen nur wenige Veränderungen, denn die Branche hat mit dem Versicherungsombudsmann frühzeitig eine Schlichtungsstelle geschaffen, die Maßstäbe gesetzt hat, nicht allein für den Finanzdienstleistungsbereich. Der Versicherungsombudsmann, der etwa von Verbraucherorganisationen und vom Deutschen Richterbund ausdrücklich als vorbildhaft bezeichnet wird, entspricht bereits in allen wesentlichen Punkten den Vorgaben der Richtlinie. In anderen Branchen sind jedoch erhebliche Umwälzungen zu erwarten, wenn private Schlichtungsstellen oder staatliche Auffangschlichtungsstellen geschaffen werden müssen und diese ihre Arbeit aufnehmen.

Die Idee der außergerichtlichen Streitbeilegung überzeugt aus vielen Gründen. Konfliktlösung und Rechtsdurchsetzung nicht ausschließlich auf die staatlichen Gerichte zu beschränken, entspricht einem modernen Verständnis von Staat und Gesellschaft – und dem Interesse der Vertragsparteien. 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 dadurch sinnvoll ergänzt werden, dass zusätzlich zu dem ordentlichen Rechtsweg eine außergerichtliche Streitbeilegungsmöglichkeit besteht. Der Bedarf dafür erscheint dort besonders groß, wo eine „strukturelle Asymmetrie“ zwischen den Parteien herrscht. Diese Wirtschaftsbereiche sind dadurch gekennzeichnet, dass eine „marktmächtige“ Seite dem Vertragspartner überlegen ist, insbesondere weil die angebotenen Produkte und deren Leistungsmerkmale vom Verbraucher kaum vollständig bewertet werden können oder die Bedingungen des Vertrages vom Anbieter vorgegeben werden. Dieses Ungleichgewicht kann auch bei Meinungsverschiedenheiten zum Tragen kommen. Unabhängig davon, ob diese Verhältnisse im Einzelfall tatsächlich so bestehen oder nur von der „unterlegenen“ Seite so wahrgenommen werden, kann die außergerichtliche Streitbeilegung gegenüber dem aus Verbrauchersicht formellen und kostspieligen Gerichtsweg vorteilhaft sein. Das Beschwerdeverfahren kann der jeweiligen Konsumentenlage angepasst werden. Der Ombudsmann achtet darauf, dass trotz der Vorteile der Versicherer bei der Gestaltung der Verträge und durch die tägliche Befassung mit der Materie die Verbraucherrechte und -interessen gewahrt bleiben. Durch kompetente 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 die Sach- und Rechtslage ohne Kostenrisiko herausfinden können. Zum anderen können die Versicherer Meinungsverschiedenheiten mit ihren Kunden nicht konfliktverschärfend, sondern sachlich klären, um die Kundenbeziehung nicht noch 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 Leistungsabarbeitung anfallenden Vorgänge erfahrungsgemäß kaum zu vermeiden sind, schnell und zuverlässig korrigiert werden. War die Entscheidung des Versicherungsunternehmens rechtmäßig, wird dem Versicherungsnehmer das Ergebnis in verständlicher Sprache begründet und erläutert. Trifft nicht nur ein Standpunkt zu, kann der Ombudsmann aufgrund seiner Neutralität einen angemessenen Kompromiss befördern. So kann das Ombudsmannverfahren durch seine befriedigenden Elemente mithelfen, dass der Beschwerdeführer dem Unternehmen als Kunde erhalten bleibt. Dauerhafte Kundenzufriedenheit setzt voraus, dass die Vertragsbeziehung für den Verbraucher durchschaubar ist. Oft gelingt es dem Ombudsmann, im Beschwerdeverfahren erstmals das kompliziert definierte Leistungsversprechen des Versicherers 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 etwaigen Ansprüche der Kunden im Ombudsmannverfahren zu sichern. Für die Beschwerdeführer ist die Durchführung kostenfrei und der Lauf etwaiger Verjährungsfristen wird gehemmt, sobald die Beschwerde eingeht. Zudem ist der Ombudsmann in der Lage, ihre berechtigten Ansprüche durchzusetzen, denn Entscheidungen gegen den Versicherer sind bis 10.000 Euro verbindlich. Damit steht den Kunden ein einfaches, schnelles und effizientes Verfahren zur Verfügung, in dem sie ihre Fragen fachkundig klären lassen können, ohne Nachteile fürchten zu müssen.

Die Schlichtungsstelle nahm zum 1. Oktober 2001 ihre Arbeit auf. Eine weitere Aufgabe folgt aus einer gesetzlichen Zuständigkeit. Das (damalige) Bundesministerium der Justiz erkannte den Versicherungsombudsmann e. V. mit Wirkung zum 22. Mai 2007 als Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten zwischen Versicherungsvermittlern und Versicherungsnehmern im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen gemäß § 214 Absatz 1 Nr. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes an.

1 DER VERSICHERUNGSOMBUDSMANN

1.3 Der Ombudsmann in Person: Professor Dr. Günter Hirsch

Herr 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 und ausdrücklich hinsichtlich seiner Entscheidungen, seiner Verfahrens- und Amtsführung im Rahmen der Verfahrensordnungen frei und keinen Weisungen unterworfen. In seiner Amtsausübung 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 eine ungerichtete Behandlung von Personen verhindert, 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 45 b 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 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 während des Verfahrens beim Versicherungsombudsmann die Verjährung etwaiger Ansprüche gehemmt wird 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.

1.4 Das Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsunternehmen

Alle Sparten der privaten Versicherungswirtschaft, ausgenommen die Kranken-, Pflege- und Kreditversicherung, 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, ihre 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.

Das Beschwerdeverfahren kann nur von Versicherungsnehmern eingeleitet werden, Versicherern ist das nicht möglich. Allerdings können diese ihre Kunden bei Meinungsverschiedenheiten auf den Ombudsmann hinweisen und seine Einschaltung anregen. Damit können sie eine Diskussion verkürzen und vermeiden, dass sich „die Fronten verhärten“. Der Ombudsmann kann dann auf sachliche Weise eine Klärung herbeiführen. Von dieser Möglichkeit machen viele Mitgliedsunternehmen Gebrauch.

Die Versicherungsunternehmen, die dem Versicherungsombudsmann e. V. beitreten, verpflichten sich nach der Vereinssatzung, ihre Kunden zu Vertragsbeginn auf das Ombudsmannverfahren aufmerksam zu machen. Dieser Hinweispflicht kommen die Mitglieder überwiegend durch Information in den Unterlagen des Versicherungsvertrages nach. 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.

Die Vereinsmitglieder haben mit dem Ombudsmann freiwillig auf privatrechtlicher Basis eine neutrale Instanz geschaffen, der sie weitreichende Kompetenzen zugestehen. Durch den Beitritt zum Verein nehmen die Versicherungsunternehmen am Schlichtungsverfahren teil, erkennen die Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns (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 einen Vertrauten 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, die als Verbraucher nicht ständig mit versicherungsrechtlichen Fragen befasst 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, bedeutet keine mangelnde 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 prüfen. Hilft er ab, wird der Streit ohne Entscheidung des Ombudsmanns beigelegt, was befriedend wirkt. Hält der Versicherer an seiner Auffassung fest, erläutert er seinen Standpunkt im Hinblick auf das Beschwerdevorbringen. Diese Stellungnahme erhält in der Regel zugleich der Beschwerdeführer. Anschließend überprüft der Ombudsmann unter rechtlichen Gesichtspunkten die Streitfrage und nutzt vorhandene Ansätze zur Schlichtung. Das Verfahren selbst ist offen ausgestaltet.

1 DER VERSICHERUNGSOMBUDSMANN

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. Der Sachverhalt, auf dem die Entscheidung beruht, ist damit den Beteiligten bekannt. Es werden den Parteien keine Erkenntnisse oder Erwägungen vorenthalten.

Sofern keine einvernehmliche Lösung zustande kommt, bescheidet der Ombudsmann die Beschwerde. Bis zu einem Beschwerdewert von 10.000 Euro ist eine Entscheidung für 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 eine Beschwerde nicht erfolgreich ist, kann das Verfahren für den Beschwerdeführer von erheblichem Nutzen sein, denn ihm wird die Rechtslage verständlich erläutert. Dadurch wird er – nicht selten erstmals – in die Lage versetzt, den Standpunkt seines Versicherungsunternehmens nachzuvollziehen. Außerdem erhält er ein verständliches Rechtsgutachten über seine Prozesschancen. Somit kann er, bei Wahrung seiner eventuellen Ansprüche aufgrund der Verjährungshemmung, überlegen, ob er gerichtlich gegen den Versicherer vorgehen will.

Das Ombudsmannverfahren ist für den Versicherungskunden kostenfrei. Er hat weder Verfahrenskosten zu tragen noch läuft er Gefahr, im Falle einer erfolglosen Beschwerde die Kosten der Gegenseite übernehmen zu müssen. 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 auch für die Kontaktmöglichkeiten. Seit einigen Jahren stehen kostenlose Rufnummern (0800) zur Verfügung.



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 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 Vereinsatzung 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. Seine Kompetenzen ergeben sich insoweit aus § 214 VVG. Wegen dieser Unterschiede wurde für Beschwerden gegen Vermittler eine eigene Verfahrensordnung (VermVO) geschaffen und vom Beirat sowie der Mitgliederversammlung in Kraft gesetzt.

Entsprechend der gesetzlichen Zuweisung 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 werden nach Inkrafttreten des Verbraucherstreitbeilegungsgesetzes (siehe näher unter 2.5) auf ihren Bestand zu überprüfen sein. 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 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.

1 DER VERSICHERUNGSOMBUDSMANN

Die beiden Beschwerdeverfahren des Ombudsmanns unterscheiden sich noch in weiteren Aspekten. Im direkten Vergleich fällt zum Beispiel auf, dass nach der VomVO kein Verfahren stattfindet, falls der Beschwerdegegenstand von einem Gericht abschließend behandelt wurde. Derartiges regelt die VermVO dagegen nicht ausdrücklich. Der Ombudsmann prüft jedoch, ob das Verfahren geeignet ist, den Streit beizulegen (§ 4 Absatz 6 Satz 1 VermVO). Es liegt auf der Hand, dass nach Abschluss eines Gerichtsverfahrens der Ombudsmann keine erneute Prüfung vornehmen kann. Daher wird in solchen Fällen auch kein Vermittlerverfahren durchgeführt.

Das Verfahren selbst ist für den Versicherungsnehmer grundsätzlich kostenfrei, er muss nur seine Auslagen, etwa für einen Rechtsanwalt, selbst tragen. Dem Versicherungsvermittler 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. Anders als bei Unternehmensbeschwerden ist der Sachverhalt allerdings nicht von Amts wegen zu ermitteln. Im Unterschied zur VomVO wird durch eine Vermittlerbeschwerde die Verjährung nicht gehemmt (§ 6 VermVO), auch insoweit wird die Regelung jedoch an das zukünftige Verbraucherstreitbeilegungsgesetz anzupassen sein.

Die Verfahrensordnung für Vermittlerbeschwerden sieht vor, dass der Versicherungsombudsmann „in geeigneten Fällen“ einen Schlichtungsvorschlag unterbreitet. Darüber hinausgehende Befugnisse sind nicht geregelt, insbesondere 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. 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.



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. Bescheide 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, angefangen beim Sachverhalt bis hin zum Ergebnis und den tragenden Gründen, für jedermann zugänglich auf der Webseite des Versicherungsombudsmanns eingestellt. Inzwischen haben viele Entscheidungen des Ombudsmanns Eingang in juristische Fachzeitschriften gefunden oder werden in versicherungsrechtlichen Kommentaren zitiert.

Vor allem die auf der Webseite einzusehenden Entscheidungen des Ombudsmanns dienen dazu, seine Arbeit zu verdeutlichen, und sind damit auch dem Transparenzgebot geschuldet. Damit 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 das Ergebnis 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 zu Gunsten des Beschwerdeführers abändern, weshalb es dann eines Spruchs durch den Ombudsmann nicht mehr bedarf.

2 Bericht des Ombudsmanns

2.1 Beschwerdeflut im Dezember

Bis Ende November 2014 lagen die Beschwerdeeingänge etwa auf dem (sehr hohen) Niveau des Vorjahres. Im Dezember erreichten den Ombudsmann jedoch 2.976 Beschwerden, wodurch im Gesamtjahr 2014 der bislang höchste Eingang seit Bestehen der Schlichtungsstelle zu verzeichnen war. Auslöser waren Urteile des Bundesgerichtshofs (BGH) zum Bankenrecht. Am 13. Mai 2014 hatte das Gericht in zwei Fällen entschieden, dass vorformulierte Bestimmungen über Bearbeitungsentgelte im Verkehr mit Verbrauchern unwirksam sind. Die zunächst offene Frage der Verjährung möglicher Ansprüche beantwortete das Gericht in seinen Entscheidungen vom 28. Oktober 2014. Hiernach begann die dreijährige Regelverjährungsfrist für zahlreiche Verträge erst mit Ablauf des Jahres 2011. Der Eintritt der Verjährung drohte für viele Rückforderungsansprüche folglich mit Ablauf des Jahres 2014. Dies veranlasste eine große Anzahl von Darlehensnehmern dazu, noch im Dezember 2014 eine Beschwerde beim Versicherungsombudsmann einzulegen.

Betroffen waren vor allem bestimmte Banken, deren Kunden offensichtlich über die Beschwerdemöglichkeit irritiert waren. Die hauptsächlich betroffenen Institute wiesen als zuständige Stelle für Beschwerden neben der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) den Versicherungsombudsmann auf der Webseite aus. Die Möglichkeit einer freiwilligen Schlichtung bestand jedoch mangels Zugehörigkeit zum Trägerverein nicht. Viele Beschwerdeführer teilten außerdem mit, ihnen hätten Bankmitarbeiter telefonisch die – falsche – Auskunft gegeben, das Verfahren beim Versicherungsombudsmann stünde offen. Tatsächlich zuständig für Beschwerden unter anderem wegen Kreditbearbeitungsgebühren ist die Schlichtungsstelle bei der Deutschen Bundesbank, sie wurde aber (zumindest in diesen Fällen gegenüber den Kunden und auf der Webseite der betroffenen Banken) nicht angegeben. Da diese Banken auch Versicherungsverträge vermitteln (zum Beispiel Restschuldversicherungen), haben sie eine Zulassung als Versicherungsvermittler. In dieser Eigenschaft besteht zwar die Möglichkeit eines Verfahrens vor dem Versicherungsombudsmann. Dies gilt aber nur unter den Voraussetzungen des § 214 Absatz 1 Nr. 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG), also für Beschwerden zwischen Versicherungsvermittlern und Versicherungsnehmern im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen. Die Angaben zur Schlichtungsstelle sind im Übrigen nicht auf der Webseite zu machen, sondern beim Erstkontakt des Vermittlers mit Verbrauchern.

Die Mitarbeiter des Versicherungsombudsmanns haben bei telefonischen Eingaben sofort auf die Unzuständigkeit hingewiesen, damit die Verbraucher ggf. andere verjährungsunterbrechende Maßnahmen ergreifen konnten. Schriftlich war dies wegen des Zeitablaufs nicht immer vor Jahresende möglich. Betroffenen Bankkunden bleibt unbenommen, gegebenenfalls Ansprüche wegen falscher oder verwirrender Angaben gegen die betreffenden Banken zu erheben.



Überwiegend waren diese Beschwerden schon deshalb unzulässig, weil sie sich gegen Banken oder Bausparkassen richteten, nicht gegen Mitglieder des Vereins Versicherungsombudsmann. Ein geringer Teil der Beschwerden betraf jedoch Bearbeitungsgebühren für Realkredite, die von Versicherungsunternehmen vergeben wurden (siehe dazu unter 2.6). Für diese ist der Versicherungsombudsmann nach § 2 Absatz 1 Satz 1 b) Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns (VomVO) seit dem 21. November 2013 zuständig.

Die zeitnahe Sichtung, Registrierung und Beantwortung der Flut an Beschwerden zu den Kreditbearbeitungsgebühren erforderte einen ganz erheblichen Zusatzaufwand. Durch kurzfristige Maßnahmen, wie die Einbeziehung aller Mitarbeiter einschließlich der Sekretariatskräfte, konnte erreicht werden, dass dieser nicht zu Lasten der Bearbeitungsdauer der übrigen Beschwerden ging.

2.2 Erfahrungen mit der Vereinslösung

Im Zusammenhang mit der Umsetzung der EU-Richtlinie über alternative Streitbeilegung in Verbraucherangelegenheiten – AS-RL – und der Errichtung neuer Schlichtungsstellen (näher unter 2.5) spielt die Frage der organisatorischen Trägerschaft dieser Institutionen eine bedeutsame Rolle. Dies gibt Anlass, über die Erfahrungen mit der Konstruktion unserer Schlichtungsstelle zu berichten.

Mit der Gründung eines Vereins zur Förderung der außergerichtlichen Streitbeilegung zwischen Versicherungsunternehmen und Verbrauchern (Versicherungsombudsmann e. V.) im Jahre 2001 als Träger der Schlichtungsstelle der Versicherungswirtschaft wurde Neuland betreten. Die Protagonisten der Vereinslösung, das Präsidium des Gesamtverbands der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV), insbesondere der damalige Präsident des GDV, Herr Dr. Bernd Michaels, haben damit Weitsicht bewiesen. Denn inzwischen wird dieser Konstruktion weithin Modellcharakter beigemessen, vor allem auch im Hinblick auf den europarechtlich geforderten Aufbau einer flächendeckenden Infrastruktur von Verbraucherschlichtungsstellen. Mit der Vereinsgründung wurde die institutionelle Unabhängigkeit der Schlichtungsstelle verwirklicht, die die persönliche Unabhängigkeit des Ombudsmanns stärkt und absichert. Der Verein hat einen Beirat mit substantiellen Befugnissen, dem Vertreter von Verbraucherinteressen und von Unternehmen in gleicher Zahl angehören. Damit erfüllt schon die damalige Konstruktion die Forderung des heutigen Gesetzentwurfs, nämlich sicherzustellen, dass bestimmte, für die Struktur und Arbeitsweise besonders wesentliche Weichenstellungen unter Beteiligung von Vertretern der Verbraucherverbände getroffen werden.

Außerdem setzt die Vereinslösung den Grundsatz der AS-RL, dass den Unternehmen die Teilnahme an einem außergerichtlichen Streitbeilegungsverfahren freigestellt ist, in praktikabler und sinnvoller Weise um. Die Mitgliedschaft im Verein ist für die Unternehmen zwar freiwillig, als Vereinsmitglieder haben sie jedoch die Pflicht, am Verfahren konstruktiv mitzuwirken und sich dabei vom Vereinszweck, die außergerichtliche Streitbeilegung zu fördern, leiten zu lassen.

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Dass die Schlichtungsstelle von einem Verein getragen wird, an dessen Mitgliederversammlung in der Regel Vorstände teilnehmen, ermöglicht es dem Ombudsmann außerdem, Erkenntnisse aus den Beschwerden, besondere Anliegen oder Vorschläge zur Verbesserung der Kundenbeziehungen unmittelbar an Verantwortliche der Branche zu adressieren.

Die Erfahrungen mit inzwischen über 200.000 Beschwerden beim Versicherungsombudsmann zeigen, dass die Unternehmen in aller Regel der außergerichtlichen Streitbeilegung positiv gegenüberstehen und im Beschwerdeverfahren kooperativ, konstruktiv und professionell agieren. Die Institution des Versicherungsombudsmanns, die Idee der Schlichtung und das Ergebnis des Verfahrens werden akzeptiert und respektiert. Die gesicherte Erkenntnis, dass ein kundenfreundliches Beschwerdemanagement die Kundenbindung in erheblichem Maße fördert und sich damit für das Unternehmen im Wortsinne auszahlt, ist in allen Ebenen der Unternehmen angekommen, auch wenn der Beschwerdebearbeitungsalltag nicht frei von Ausnahmen ist.

2.3 Lebensversicherung: europäisches und nationales Richterrecht

Der Europäische Gerichtshof (EuGH) hat auf Vorlage des BGH am 19. Dezember 2013 entschieden, dass das sogenannte Policenmodell in der Ausgestaltung des § 5 a II 4 VVG alte Fassung (a. F.) nicht mit europäischem Recht vereinbar ist. Bei diesem Modell erhielt der Versicherungsnehmer die vertragsbezogenen Versicherungsbedingungen und Verbraucherinformationen nicht schon bei Antragstellung (Antragsmodell), sondern erst zusammen mit der Police. Der Versicherungsvertrag kam nach Erhalt der entsprechenden Unterlagen zustande, es sei denn, der Versicherungsnehmer widersprach innerhalb von 14 Tagen (bei der Lebensversicherung seit Ende 2004: 30 Tagen) nach deren Überlassung. Wenn der Versicherungsnehmer mit den Vertragsmodalitäten nicht einverstanden war, musste er also – anders als beim Antragsmodell – aktiv werden. Das Widerspruchsrecht erlosch nach § 5 a II 4 VVG a. F. unabhängig davon, ob der Versicherungsnehmer die relevanten Vertragsunterlagen vollständig erhalten hatte oder die Belehrung fehlerhaft war, spätestens ein Jahr nach Zahlung der ersten Prämie.

Über die Rechtsfolgen der Europarechtswidrigkeit des zum 1. Januar 2008 außer Kraft getretenen § 5 a II 4 VVG a. F. hatte der EuGH nicht zu befinden. Er verwies den Fall zur endgültigen Entscheidung an den BGH zurück. Der BGH hatte also zu klären, ob im Hinblick auf betroffene Verträge ein „ewiges“ Widerrufsrecht besteht und ob sie, jedenfalls bei unzureichender Widerrufsbelehrung, rückabgewickelt werden müssen. Da dies Fragen von rechtsgrundsätzlicher Bedeutung waren, die dem höchsten deutschen Zivilgericht vorbehalten bleiben mussten, konnte der Ombudsmann den Beschwerdeführern im ersten Halbjahr des Berichtsjahres in der Regel nur die Rechtslage erläutern.

Am 7. Mai 2014 legte der BGH § 5 a II 4 VVG a. F. richtlinienkonform dahingehend aus, dass die 14-tägige Widerspruchsfrist nicht in Lauf gesetzt wurde, wenn der Versicherungsnehmer nicht ausreichend über sein Widerspruchsrecht



belehrt worden war. Das Widerspruchsrecht bestand folglich nach Ablauf der Jahresfrist weiterhin fort. Macht der Versicherungsnehmer von diesem Gebrauch, kann er dem Grunde nach aus ungerechtfertigter Bereicherung die Rückzahlung der rechtsgrundlos geleisteten Prämien verlangen. Somit besteht für Lebens- und Rentenversicherungen sowie Zusatzversicherungen zur Lebensversicherung grundsätzlich ein Widerspruchsrecht fort, wenn der Versicherungsnehmer seinerzeit nicht ordnungsgemäß über sein Recht zum Widerspruch belehrt worden war und/oder die Verbraucherinformation oder die Versicherungsbedingungen nicht erhalten hat.

Der BGH führte weiter aus, dass der Bereicherungsanspruch der Höhe nach nicht uneingeschränkt alle Prämien umfasst, die der Versicherungsnehmer an das Versicherungsunternehmen gezahlt hat, ohne hierzu durch einen wirksamen Versicherungsvertrag verpflichtet gewesen zu sein. Im Rahmen einer gemeinschaftsrechtlich geforderten rechtsfortbildenden Auslegung einer nationalen Norm dürfe bei der Regelung der Rechtsfolgen des Widerspruchs nach nationalem Recht ein vernünftiger Ausgleich und eine gerechte Risikoverteilung zwischen den Beteiligten hergestellt werden. Der Versicherungsnehmer habe während der Prämienzahlung Versicherungsschutz genossen. Erlangter Versicherungsschutz sei ein Vermögensvorteil, dessen Wert zu ersetzen sei. Dieser könne nach Meinung des Gerichts unter Berücksichtigung der Prämienkalkulation (Risikoanteil) bemessen werden. Hierzu habe das Berufungsgericht, das Oberlandesgericht (OLG) Stuttgart, an das zurückverwiesen wurde, noch Feststellungen zu treffen.

Am 16. Juli 2014 hat der BGH darüber entschieden, ob sich auch ein Versicherungsnehmer, der die vorgeschriebenen Verbraucherinformationen erhalten hatte und ordnungsgemäß gemäß § 5 a VVG a. F. belehrt worden war, auf eine Europarechtswidrigkeit des Policenmodells berufen kann. Der Kläger hatte 1998 eine Lebensversicherung auf diese Weise abgeschlossen und 2004 gekündigt. 2011 legte er Widerspruch gegen den Vertragsabschluss ein und verlangte die Rückzahlung der eingezahlten Beiträge. Seine Klage begründete er damit, dass die Verträge nach dem Policenmodell europarechtswidrig seien. Der BGH wies die Klage ab. Er hielt das Vertragsschlussmodell zwar generell als mit Gemeinschaftsrecht vereinbar, ließ dies aber letztlich ebenso dahingestellt wie die Frage, ob gegebenenfalls alle betroffenen Verträge – selbst ohne Widerspruch – von Anfang an unwirksam wären.¹⁾ Denn jedenfalls verhalte sich ein Versicherungsnehmer treuwidrig, wenn er nach ordnungsgemäßer Belehrung über die Möglichkeit, den Vertrag ohne Nachteile nicht zustande kommen zu lassen, diesen zunächst durchgeführt habe und dann Jahre später vom Versicherer, der auf den Bestand des Vertrages vertrauen durfte, unter Berufung auf die Unwirksamkeit des Vertrages die Rückzahlung aller Prämien verlange. Wegen dieses widersprüchlichen Verhaltens sei es dem Versicherungsnehmer verwehrt, sich auf die mögliche Unwirksamkeit des Vertrages zu berufen und daraus Bereicherungsansprüche herzuleiten.

1) Das BVerfG erklärte am 02.02.2015 (2BvR 2437/14, Rn. 29, 30) die Auffassung des BGH, das „Policenmodell“ sei eindeutig richtlinienkonform, für objektiv unvertretbar.

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Viele Beschwerden zu diesem Thema hatten bereits deshalb keinen Erfolg, weil die Beschwerdeführer weder vorgetragen hatten, die entsprechenden Vertragsunterlagen nicht vollständig erhalten zu haben, noch die verwendete Widerspruchsbelehrung nach der geltenden Rechtslage zu beanstanden war. In Fällen, in denen die Belehrung über das Widerspruchsrecht nicht den Anforderungen der geltenden Rechtsprechung genügte oder die Versicherer den Zugang der nach § 5 a VVG a. F. erforderlichen Unterlagen – soweit ein solcher bestritten worden war – nicht nachweisen konnten, bestand zwar dem Grunde nach ein Anspruch auf Rückforderung der ohne Rechtsgrund gezahlten Prämien. Allerdings konnte der Ombudsmann nicht über die Höhe der ungerechtfertigten Bereicherung befinden, da – wie oben ausgeführt – die Einzelheiten der Berechnung noch ungeklärt waren. Deshalb wirkte der Ombudsmann in geeigneten Fällen durchaus erfolgreich auf eine einvernehmliche Erledigung des Streits hin. So boten einige Unternehmen etwa an, die Beiträge unter Berücksichtigung der bisherigen Gesamtverzinsung abzüglich der Risikokosten zu erstatten.

Am 6. November 2014 hat das OLG Stuttgart über den Bereicherungsanspruch entschieden. Allerdings wurden die gezogenen Nutzungen durch dieses Urteil noch nicht zweifelsfrei geklärt, so dass der Ombudsmann in geeigneten Fällen weiterhin Vergleichsmöglichkeiten auslotet.

2.4 Rechtsschutz durch Abwehrdeckung?

Das OLG Düsseldorf befasste sich im Berichtsjahr mit der Rechtsauffassung des Versicherungsombudsmanns zu einer grundsätzlichen Frage, die in der Rechtsschutzversicherung von außerordentlich großer praktischer Bedeutung ist. Es ging darum, ob ein Rechtsschutzversicherer bei einer anwaltlichen Honorarforderung vertragsgemäßen Kostenschutz auch in Form der sogenannten Abwehrdeckung leisten kann. Nach ständiger Entscheidungspraxis des Versicherungsombudsmanns, der sich auch die Kommentarliteratur weitgehend angeschlossen hat, hat der Rechtsschutzversicherer die Wahl, ob er seine Eintrittspflicht durch Übernahme der gesetzlichen Vergütung des Anwalts erfüllt oder aber, wenn er die Honorarforderung für unberechtigt hält, durch die Zusage, im Falle der Inanspruchnahme des Versicherten durch seinen Anwalt die Kosten für die Abwehr dieser Ansprüche zu übernehmen. War Beschwerdegegenstand die Ablehnung des geltend gemachten Gebührenanspruchs des Anwalts dem Grunde oder der Höhe nach, erklärte sich der Versicherer regelmäßig auf Anregung des Ombudsmanns zu einer Abhilfe in Form der Abwehrdeckung bereit, so dass im Beschwerdeverfahren über die Berechtigung der Honorarforderung nicht mehr im Einzelnen entschieden werden musste.

Das OLG Düsseldorf lehnte (wie bereits vorher das Amtsgericht München) mit Entscheidung vom 27. Juni 2014 diese Wahlmöglichkeit des Versicherers ab und begründete dies insbesondere damit, dass die Möglichkeit, die geschuldete Versicherungsleistung durch Abwehr unberechtigter Ansprüche zu erbringen, zwar für die Haftpflichtversicherung gestattet sei, nicht aber für die Rechtsschutzversicherung. Es ließ allerdings wegen der Rechtsgrundsätzlichkeit dieser Frage die Revision zum BGH zu.



Mit dieser Entscheidung des OLG ist die bisherige Praxis des Ombudsmanns in Frage gestellt. Da es sich dabei um eine Frage von rechtsgrundsätzlicher Bedeutung handelt, die mit der Entscheidung des OLG Düsseldorf strittig geworden ist, kann der Ombudsmann seine Auffassung, die Zusage der Abwehr unberechtigter Kostenforderungen des Anwalts stelle eine zulässige Form der Leistung des Rechtsschutzversicherers dar, derzeit nicht mehr zur Grundlage einer Entscheidung machen.

Sollte sich der BGH der Auffassung des OLG Düsseldorf anschließen, muss der Ombudsmann seine Entscheidungspraxis überprüfen. In diesem Zusammenhang ist auch darauf hinzuweisen, dass für Streitigkeiten über Fragen des anwaltlichen Gebührenrechts die Schlichtungsstelle der Rechtsanwaltschaft zuständig ist. Die Gefahr, dass zur Berechtigung und Angemessenheit anwaltlicher Gebühren unterschiedliche Entscheidungen des Versicherungsombudsmanns und der zuständigen Schlichtungsstelle der Rechtsanwaltschaft ergehen, sollte auf jeden Fall vermieden werden. Wie dies sichergestellt werden kann, wird nach Sichtung der höchstrichterlichen Entscheidung und ggf. mit den Schlichtern der Schlichtungsstelle der Rechtsanwaltschaft geklärt.

2.5 Verbraucherstreitbeilegungsgesetz

Am 10. November 2014 hat das Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) den Referentenentwurf eines Gesetzes zur Umsetzung der EU-Richtlinie zur alternativen Beilegung verbraucherrechtlicher Streitigkeiten (E-Verbraucherstreitbeilegungsgesetz – E-VSBG) vorgelegt. Der Versicherungsombudsmann hat zu dem Entwurf Stellung genommen.

Mit dem Entwurf soll die EU-Richtlinie zur alternativen Beilegung verbraucherrechtlicher Streitigkeiten (AS-RL) vom 21. Mai 2013 in nationales Recht umgesetzt werden (siehe dazu Jahresbericht 2012, Seite 19 f. sowie 2013, Seite 23 f.). Die AS-RL verpflichtet die Mitgliedstaaten, bis 9. Juli 2015 die rechtlichen Grundlagen für die Etablierung eines lückenlosen, flächendeckenden Netzes von Schlichtungsstellen für Verbraucherstreitigkeiten zu schaffen. Dadurch soll den Verbrauchern bei allen inländischen und grenzüberschreitenden Verträgen (mit wenigen Ausnahmen) der Zugang zu einem außergerichtlichen Schlichtungsverfahren ermöglicht werden. Damit tritt neben die Verfassungsgarantie des gerichtlichen Rechtsschutzes eine gesetzliche Garantie des außergerichtlichen Rechtsschutzes.

Die Einführung eines allgemeinen Zugangs der Verbraucher zur außergerichtlichen (alternativen) Streitbeilegung (AS) komplettiert den Rechtsweg zu den Gerichten, indem es einen zusätzlichen „kostengünstigen, einfachen und schnellen Rechtsschutz“ außerhalb der Gerichtsbarkeit institutionalisiert (AS-RL, Erwägungsgründe 8; 10). Die rechtssoziologischen und gesellschaftlichen Auswirkungen dieses „alternativen Rechtsbehelfsverfahrens“ (AS-RL, Erwägungsgrund 5) sind derzeit ebenso wenig abzusehen wie die Reaktion der Verbraucher und der Unternehmen auf das neue Rechtsschutzsystem. Deshalb ist die rechtspolitische

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Entscheidung, sich im Grundsatz auf die Umsetzung der Mindeststandards der AS-RL zu beschränken und nur in unverzichtbaren sowie allgemein konsentierten Ausnahmefällen über diese hinauszugehen, sachgerecht.

In einem wesentlichen Punkt weicht der Gesetzentwurf allerdings von der Richtlinie ab: Diese findet nur für Kauf- und Dienstleistungsverträge Anwendung, nach § 3 Absatz 1 E-VSBG muss dagegen der Weg zu den Verbraucherschlichtungsstellen für Streitigkeiten aus sämtlichen Verbraucherverträgen eröffnet sein. Diese Erweiterung erscheint sinnvoll, da sie einerseits schwierige Abgrenzungsfragen (etwa zwischen Dienstleistungs- und Werkverträgen oder bei gemischten Verträgen) vermeidet und es andererseits im Interesse des Verbraucherschutzes konsequent ist, die Möglichkeit der alternativen Streitbeilegung bei sämtlichen verbrauchervertragsrechtlichen Streitigkeiten vorzusehen.

Die AS-RL und der Entwurf eines VSBG enthalten Anforderungen an die Gestaltung der Schlichtungsstellen, an die Person des Streitmittlers, an das Verfahren sowie an die Berichtspflichten und Aufsichtsregeln. Die bestehenden Schlichtungsstellen müssen spätestens ab 9. Januar 2016 den Anforderungen des VSBG entsprechen, wenn das Umsetzungsgesetz fristgerecht erlassen wird.

Die Schlichtungsstelle „Versicherungsombudsmann“, die vom Bundesminister der Justiz und für Verbraucherschutz im Zusammenhang mit dem Ausbau der Streitschlichtung als „ein Vorbild für effektiven Verbraucherschutz“ bezeichnet wurde, erfüllt bereits weitgehend die Vorgaben der Richtlinie und des Gesetzentwurfs. Nur bei einigen Punkten, insbesondere bei administrativen und organisatorischen Regelungen, gibt es Anpassungsbedarf.

2.6 Die Versicherungssparten in der Jahresbetrachtung

Nachfolgend wird die Entwicklung in den Versicherungssparten im Jahr 2014 aus Sicht der Beschwerdebearbeitung aufgezeigt. Wie in den Vorjahren werden alle Versicherungssparten dargestellt. Dies soll dem Leser ermöglichen, jede Sparte über Jahre hinweg zu verfolgen und sich ein eigenes Bild von der Entwicklung aus der Perspektive der Beschwerdebearbeitung zu machen. Alle Berichte aus den Sparten enthalten die wichtigsten statistischen Angaben, die vorwiegenden Themen und Probleme einschließlich der Erläuterungen. Darüber hinaus werden eventuell vorhandene Besonderheiten dargestellt und die langfristige Entwicklung beschrieben, sofern dies von Interesse ist.

Angesichts der Vielzahl an Themen und Ereignissen kann eine Darstellung an dieser Stelle trotz des umfangreichen Berichts nicht vollständig sein. Angaben zur Anzahl oder zum Anteil der Beschwerden beziehen sich immer auf sämtliche Beschwerden – unabhängig von der Zuordnung nach den Aufgabenbereichen des Ombudsmanns. Es wird nur dort zwischen Beschwerden gegen Versicherungsunternehmen und Versicherungsvermittler unterschieden, wo dies angemerkt ist. Gleiches gilt für die Angaben der Beschwerdezahlen; ohne Hinweis beziehen diese sich auf die zulässigen Eingaben.



Eine grundlegende Tendenz, die sich schon seit einigen Jahren in allen Sparten zeigt, hält weiter an: Die Bearbeitung der Beschwerden wird zunehmend aufwändiger. Dies betrifft die juristische Bewertung, zeigt sich aber auch bei den Kontakten mit den Beteiligten des Verfahrens. Die Gründe dafür sind mannigfaltig. Nachfolgend werden die beiden wohl wichtigsten genannt.

Das rechtliche Umfeld ist erheblich komplexer geworden. Dies liegt zum Beispiel an jüngeren Gesetzesentwicklungen wie den Reformen des VVG oder des Vermittlerrechts. Es tauchen immer neue Zweifels- und Streitfragen auf. Wird ein Problem durch den BGH geklärt, kann durch entsprechende Interpretation des Urteils durchaus eine Fülle neuer Fragen aufgeworfen werden. Zum Teil ergeben sich aber auch zwangsläufig Folgeprobleme, die sich häufig erst im Detail der Rechtsprüfung bei besonderen Fallkonstellationen zeigen.

Für die Beschwerdebearbeitung reicht es aber 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 deren praktischer 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. Diese Aufzählung ließe sich noch weiter fortsetzen.

Jedenfalls müssen all diese Rechtsentwicklungen beobachtet sowie auf den einzelnen Beschwerdefall zutreffend angewandt werden. Zudem muss innerhalb des juristischen Teams durch zuverlässigen Informationsaustausch sichergestellt werden, dass nachfolgende Entscheidungen den aktuellen Kenntnisstand berücksichtigen. Dafür bedarf es regelmäßiger Abstimmungen und Festlegungen sowie einer effizienten Datenablage und -abfrage.

Ein weiterer Grund für den gestiegenen Aufwand liegt in den Beschwerdeanliegen selbst. Noch bis vor einigen Jahren machten einfache rechtliche Prüfungen oder notwendige Erläuterungen wegen grundlegender Fehlvorstellungen zu den verschiedenen Versicherungsprodukten einen großen Teil der Beschwerdebearbeitung aus. Heute finden sich solche mit wenig juristischem Aufwand zu bearbeitenden Beschwerden immer seltener. Dies bedeutet neben der begrüßenswerten größeren juristischen Herausforderung und Abwechslung in der Bearbeitung aber auch eine intensivere Recherche und ein umfangreicheres Studium von Entscheidungsgrundlagen sowie ggf. interne Abstimmungen, bevor ein Rechtsstandpunkt eingenommen werden kann. Eindeutig werden die Beschwerdeziele spezieller und es treten vermehrt Einzelfragen und Sonderprobleme auf. Den Ombudsmann erstaunt immer wieder, wie intensiv sich die

Verbraucher zum Teil bereits mit der Materie beschäftigt haben. Sofern sie sich dabei zutreffende Kenntnisse angeeignet haben, kann dies durchaus die Arbeit des Ombudsmanns erleichtern. Wenn aber, und dies kommt nicht selten vor, Grundlegendes verkannt wurde, führt dies regelmäßig dazu, dass umso intensivere Überzeugungsarbeit geleistet werden muss.

■ Lebensversicherung

Im Jahr 2014 erhielt der Ombudsmann 3.738 (Vorjahr: 4.323) zulässige Beschwerden zur Lebensversicherung, das entspricht 29,2 (34,3) Prozent am Gesamteingang aller zulässigen Eingaben. Unter dem Begriff „Lebensversicherung“ wird eine Vielzahl von Vertragsarten zusammengefasst. Die aus Beschwerdesicht häufigsten sind konventionelle kapitalbildende Lebens- bzw. Rentenversicherungen, danach kommen fondsgebundene Versicherungen sowie Riesterrentenversicherungen und Verträge zur betrieblichen Altersversorgung (bAV – über die gesondert berichtet wird), gefolgt von Sterbegeld-, Basisrenten- und Restschuldversicherungen.

Der Anteil der Lebensversicherung am Beschwerdeaufkommen zeigt sich im langjährigen Vergleich als recht wechselhaft. Nach den Entscheidungen des Bundesgerichtshofs (BGH) vom 12. Oktober 2005 zum Rückkaufswert und zum Stornoabzug erhöhte sich im Jahr 2006 der Anteil der Lebensversicherung auf 55,4 Prozent. Danach war ein kontinuierlicher Rückgang zu verzeichnen. Erst seit Dezember 2012 stiegen die Beschwerden wieder deutlich an. Zu diesem Themenkreis wurde ausführlich im Vorjahr unter 2.2 berichtet. In der zweiten Hälfte des Jahres 2014 ließen die Beschwerden zu den Rückkaufswerten nach, sei es, weil die Unternehmen mittlerweile die zugrundeliegenden Rechts- und Anwendungsfragen für sich geklärt und neue Berechnungssysteme eingeführt haben, sei es, weil sie das Thema inzwischen besser verständlich machen und die Kunden insgesamt besser informiert sind. Allerdings hat die Komplexität der den Ombudsmann erreichenden Vorgänge zugenommen. Standardfälle, die ohne nähere mathematische Überprüfung entschieden werden können, wurden weniger. In etwa 850 Beschwerden wurden die Werte und Berechnungen der Versicherer vom Ombudsmann versicherungsmathematisch überprüft. Das ist fast jede vierte Akte.

Häufig lagen den Beschwerden Verträge mit langjährigen „gebrochenen“ Verläufen zugrunde, d. h., die Verträge wurden verändert oder zusammengelegt, Kapital wurde entnommen oder zugezahlt, der Beitrag gehoben, gesenkt oder vorübergehend ausgesetzt. Die Prüfung solcher Beschwerden erfordert regelmäßig wiederholte Nachfragen beim Unternehmen; sowohl versicherungsmathematische wie juristische Probleme gaben dazu Anlass. Der sinkende Eingang der Beschwerden bedeutete also nicht, dass der Bearbeitungsaufwand im gleichen Maße gesunken wäre.

Auch in diesem Berichtsjahr waren die weiteren Gründe für die Beschwerden in der Lebensversicherung vielfältig. Erneut ging es in vielen Beschwerden um die Höhe von Ablaufleistungen bzw. voraussichtlichen Ablaufleistungen. Meist waren diese auf Unterschiede zwischen der bei Vertragsschluss in Aussicht gestellten und der tatsächlichen Entwicklung der Überschüsse zurückzuführen. Aufgrund der anhal-



tenden Niedrigzinsphase haben die Unternehmen die Überschusszinssätze in den letzten Jahren deutlich reduziert, so dass die Differenz zwischen ursprünglich prognostizierten Beträgen und den nunmehr erreichten oder für die nächsten Jahre in Aussicht gestellten erheblich war. Die Entscheidungen der Versicherer wurden sowohl in juristischer als auch in versicherungsmathematischer Hinsicht überprüft.

Zahlreiche Beschwerden gingen auch wieder zum Thema Falschberatung ein. Dabei spielten die sogenannten Umdeckungsfälle nach wie vor eine große Rolle. Kunden beschwerten sich darüber, der Vermittler habe zur Kündigung bestehender Verträge geraten, der Abschluss neuer Verträge habe jedoch zu Nachteilen geführt, auf die sie nicht hingewiesen worden seien. In diesen Fällen war zu prüfen, ob der Vermittler nicht nur die Vorzüge des neuen Vertrages in den Vordergrund gestellt, sondern auch über die Nachteile bei der Beendigung bestehender Verträge (anderer Leistungsumfang, Stornokosten, erneute Gesundheitsprüfung und Abschlusskosten) informiert hatte oder sogar vom Neuabschluss hätte abraten müssen. Oft bereitete es dem Ombudsmann Schwierigkeiten, den Sachverhalt anhand der ihm vorliegenden Unterlagen, die gemäß seiner Verfahrensordnung in der Regel die alleinige Grundlage seiner Entscheidung bilden, aufzuklären. In Einzelfällen war eine Falschberatung aber so offensichtlich, dass er schon deshalb den Beschwerdeführern helfen konnte. In diesem Zusammenhang sei erwähnt, dass die Beratungsdokumentation in vielen Fällen unzureichend war. Eine nennenswerte Verbesserung der Beratungsdokumentationen kann jedenfalls den Beschwerden nach wie vor nicht entnommen werden.

Der Trend, dass sich Kunden zu Riester- und Basisrentenversicherungen beschwerten, setzte sich weiter fort. Den Ombudsmann beschäftigten insoweit erneut viele Beschwerden zu behaupteten Falschberatungen. Dabei ging es vor allem um Fragen zur Eignung des Produktes für den jeweiligen Versicherungsnehmer. Zum Beispiel beklagten einige Beschwerdeführer, dass ihnen eine Basisrentenversicherung (z. T. als Rüruprente bezeichnet) empfohlen worden sei, obwohl sie aufgrund ihres eher geringen Einkommens als Angestellte kaum steuerliche Förderungen nutzen können. Andererseits wurden Riesterverträge vermittelt, obwohl die Versicherten nicht zu dem geförderten Personenkreis zählten (vgl. auch Jahresbericht 2010, Seite 26 ff.). Wie in den Vorjahren richteten sich Beschwerden auch gegen die Zulagengewährung. Hierzu kann auf die Ausführungen im Jahresbericht des Vorjahres, Seite 28 sowie von 2012, Seite 24 verwiesen werden.

Zahlreich waren wieder die Beschwerden zur Beteiligung an den Bewertungsreserven. Neben der Beanstandung zu niedriger Beteiligungsergebnisse äußerten viele Versicherungsnehmer ihren Unmut, wenn die während der Laufzeit unverbindlich genannten Prognosen zur Beteiligung an den Reserven bei Vertragsende nicht erreicht wurden. Die Gründe hierfür können sehr vielfältig sein, oft lagen sie in der Volatilität dieser Reserven, also ihrer marktbedingten Schwankungsanfälligkeit. Aus diesem Grund haben manche Versicherer von modellhaften Angaben zur Beteiligung an den stillen Reserven in Wertmitteilungen oder Ablaufankündigungen Abstand genommen oder nennen ggf. nur die im Geschäftsplan vorgesehene

Sockel- oder Mindestbeteiligung. Doch auch dies führte mitunter zu Beschwerden, weil für die Sockelbeteiligung häufig ein Teil des Schlussüberschusses verwendet wurde und so die Ablaufleistung trotz Einführung der Sockelbeteiligung nicht stieg oder weil die Umstellung der Darstellungsweise die Beschwerdeführer irritierte. Da ohne Angabe der volatilen Anteile die voraussichtliche Ablaufleistung im Vergleich zur vorherigen Mitteilung nämlich deutlich niedriger war, befürchteten die Beschwerdeführer, die voraussichtliche Versicherungsleistung sei willkürlich gekürzt worden.

Wie schon in früheren Berichten erwähnt, können auch die öffentlichen Diskussionen Versicherungsnehmer beunruhigen. Dies galt im Berichtsjahr für die Frage, ob im Hinblick auf die Beteiligung an den Bewertungsreserven die aus der Versicherungsgemeinschaft (Kollektiv) ausscheidenden oder die darin verbleibenden Versicherungsnehmer unangemessen benachteiligt werden. Klarheit schaffte insoweit das zum 7. August 2014 in Kraft getretene Lebensversicherungsreformgesetz (LVRG). Durch die Neuregelung wurden festverzinsliche Wertpapiere des Versicherers von der Beteiligung an den Bewertungsreserven teilweise ausgenommen. Der Gesetzgeber hat mit dieser Regelung nunmehr entschieden, dass im Grundsatz die Erfüllung der garantierten Leistungen aller Versicherten Vorrang hat.

Obwohl über die geplante Gesetzesänderung regelmäßig in den Medien berichtet worden war, kam die Umsetzung für viele Kunden und Unternehmen dennoch überraschend, wie sich auch an der Anzahl der Beschwerden, die den Ombudsmann hierzu in der zweiten Hälfte des Berichtsjahres erreichten, zeigt.

Unverständlich war für diese Beschwerdeführer, dass der Anteil der Bewertungsreserven nach dem neuen LVRG ermittelt wurde, obwohl sie ihre Verträge vor dessen Inkrafttreten gekündigt hatten. In den überwiegenden Fällen konnte der Ombudsmann den Beschwerdeführern nicht zu einer Nachzahlung verhelfen. Denn auch wenn sie die Kündigung vor Inkrafttreten der neuen gesetzlichen Regelung erklärt hatten, war sie in den vorliegenden Fällen bedingungsgemäß erst danach wirksam geworden. Die Beschwerdeführer hatten insoweit die Kündigungsfristen außer Acht gelassen. Viele konnten auch nicht nachvollziehen, dass es in dem neuen Gesetz hinsichtlich der Neuregelung zu den Bewertungsreserven keine Übergangsvorschrift gibt. Außerdem hatten sich einige Beschwerdeführer auf einen Artikel im Online-Magazin „Finanztip“ berufen. Darin wurde ausgeführt, dass 2014 durch die Gesetzesänderung nur ein kleiner Teil der Bewertungsreserven unmittelbar betroffen sei, da der überwiegende Teil bereits in der Jahresdeklaration der Versicherer für 2014 festgelegt sei und erst ab 2015 gekürzt werden könne. Mit dieser Deklaration war die sogenannte Mindest- oder Sockelbeteiligung gemeint, die viele Versicherungsunternehmen eingeführt haben, um die Schwankungen der Bewertungsreserven etwas abzumildern. Die Beschwerdeführer gingen aber davon aus, dass damit der Anteil gemeint war, den ihnen der Versicherer in einer früheren Wertmitteilung aus 2014 prognostiziert hatte. Dabei handelte es sich aber in der Regel um eine unverbindliche Angabe, die neben einer Mindestbeteiligung auch den zu diesem Zeitpunkt vorhandenen sogenannten volatilen Anteil, der über die Mindestbeteiligung hinausging, berücksichtigte.



Zu den Beschwerden im Zusammenhang mit den Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) und des BGH zum sogenannten Policenmodell (§ 5 a II Satz 2 VVG alte Fassung (a. F.)) wird unter 2.3 berichtet.

Schließlich waren auch im Berichtsjahr Beschwerden zu Anfechtungs- und Rücktrittserklärungen der Versicherer wegen Verletzung vorvertraglicher Anzeigepflichten (insbesondere die Falschbeantwortung von Gesundheitsfragen) Bestandteil der Ombudsmannbeschwerden.

Eine Besonderheit besteht im Ombudsmannverfahren, wenn der geltend gemachte Anspruch Personen betrifft, die selbst nicht am Verfahren beteiligt sind. Verdeutlichen lässt sich dies am folgenden Beispiel: Will der Beschwerdeführer feststellen lassen, dass ihm als Erben die Todesfallleistung aus einer Lebensversicherung zusteht, kommen mitunter nach Aktenlage noch weitere „Berechtigte“ in Betracht, etwa der geschiedene Ehegatte. Entscheidend ist, wer als „Bezugsberechtigter“ bestimmt wurde. Das Bezugsrecht wird spätestens mit Eintritt des Versicherungsfalles unwiderruflich. Hat der Versicherer die Todesfallleistung bereits an einen Dritten als Bezugsberechtigten ausgezahlt, kann es vorkommen, dass die Erben des Versicherungsnehmers die Erstattung des ausgezahlten Betrags an sich verlangen. Grundsätzlich fällt die Versicherungsleistung nach dem Tod des Versicherten nicht in seinen Nachlass, sofern eine bezugsberechtigte Person benannt ist. In der Regel liegt dem Bezugsrecht jedoch ein Schenkungsversprechen zugrunde. Hatte der Versicherer das Schenkungsangebot des Verstorbenen noch nicht an den Bezugsberechtigten übermittelt, dieser also noch keine Kenntnis von seiner Begünstigung, haben die Erben nach höchstrichterlicher Rechtsprechung die Möglichkeit, den Übermittlungsauftrag zu widerrufen.

Wenn in diesen Fällen der Ombudsmann entscheidet, könnte sich das nachteilig auf die nicht am Beschwerdeverfahren beteiligten Dritten auswirken, die nicht einmal die Möglichkeit hatten, Stellung zur vorliegenden Beschwerde zu nehmen. Insoweit bliebe ihnen das verfassungsrechtlich garantierte „rechtliche Gehör“ versagt. Die Verfahrensordnung sieht jedoch grundsätzlich nicht vor, neben dem Beschwerdeführer und dem Beschwerdegegner weitere Personen einzubeziehen. Deshalb weist der Ombudsmann in diesen Fällen auf die Rechtslage hin, trifft jedoch keine Entscheidung.

Wie oben erwähnt, gehören zur Lebensversicherung auch Beschwerden zur bAV. Sie ist gekennzeichnet durch eine Versorgungszusage in einem Arbeitsverhältnis und kann über fünf Durchführungswege abgeschlossen werden. Diese sehen vorwiegend den Abschluss eines Lebens- oder Rentenversicherungsvertrages vor (Direktversicherung, Pensionskasse etc.). Versicherungsnehmer solcher Verträge ist während der Betriebszugehörigkeit regelmäßig nicht der versorgungsberechtigte und versicherte Arbeitnehmer, sondern dessen Arbeitgeber oder eine Unterstützungskasse. Nach Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses kann die Versicherungsnehmereigenschaft auf den Arbeitnehmer übergehen. Deshalb, aber auch weil arbeits-, sozialversicherungs- und versicherungsvertragsrechtliche

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Belange zu berücksichtigen sind, muss der Ombudsmann ein besonderes Augenmerk auf die Zulässigkeit dieser Beschwerden legen.

Viele Eigenheiten der bAV ergeben sich aus dem Gesetz zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung (BetrAVG). Darunter fallen das Auszahlungsverbot bei Unverfallbarkeit nach § 2 Absatz 2 BetrAVG, die Gestaltung des Bezugsrechts sowie Fragen der Übertragbarkeit von Versorgungsanswartschaften bei Arbeitgeberwechsel (sogenannte Portabilität, § 4 BetrAVG). Häufiges Beschwerdeziel war die vorzeitige Auszahlung (§ 6 BetrAVG) oder Abfindung (§ 3 BetrAVG) der Betriebsrente. Viele Beschwerdeführer wünschten, dass ihre Versorgung nach dem betrieblichen Ausscheiden die günstigen Konditionen beibehält, die der ehemalige Arbeitgeber über Rahmen- oder Kollektivverträge mit dem Versicherer ausgehandelt hatte.

Nicht selten wird dem Versicherer die Verletzung von Beratungs- und Auskunftspflichten gegenüber dem Versorgungsberechtigten vorgeworfen, welche im Wesentlichen dem Arbeitgeber im Rahmen des arbeitsvertraglichen Fürsorgeverhältnisses obliegen. Probleme können sich bei Betriebsaufgabe oder Insolvenz des Arbeitgebers ergeben, etwa weil er nicht mehr an der Umgestaltung des Versicherungsvertrages mitwirkt oder weil er oder seine Gläubiger auf die Versorgung zugreifen wollen. Hier spielen Pfändungs-, Beleihungs- und Abtretungsfragen eine Rolle.

Weiterhin richten sich verhältnismäßig viele Beschwerden gegen die Berechnungen betrieblich finanzierter Leistungen zur Meldung an die Krankenkassen nach dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG). Beim Ombudsmann scheiterten diese Verfahren oft in der Zulässigkeitsprüfung, da die erhobenen Kassenbeiträge sozialversicherungsrechtlich einzuordnen und damit nach öffentlichem Recht zu beurteilen sind. In diesem Zusammenhang wird gegen die Sozialbeitragspflicht vielfach vorgetragen, dass der Versicherungsvertrag nur formell als bAV eingerichtet wurde, etwa im Familienbetrieb, oder nachträglich den betrieblichen Bezug verloren hat. Der Ombudsmann konnte den Beschwerdeführern in vielen Fällen nur die zulässigen Berechnungsmethoden erläutern und ihnen raten, sich im Widerspruchsverfahren an die gesetzliche Krankenkasse zu wenden.

■ Rechtsschutzversicherung

Den Ombudsmann erreichten im Berichtsjahr 2.110 zulässige Beschwerden aus der Rechtsschutzversicherung. Das entspricht einem Anteil von 16,5 (Vorjahr: 16,9) Prozent am Beschwerdeaufkommen. Damit wurde der bisherige Höchststand aus dem Vorjahr mit 2.138 Beschwerden fast wieder erreicht. Seit Beginn der Tätigkeitsaufnahme ist die Rechtsschutzversicherung nach der Lebensversicherung die Sparte, zu welcher der Ombudsmann die meisten Beschwerden erhält.

Die Leistung des Rechtsschutzversicherers besteht darin, den Versicherungsnehmer von den für die Wahrnehmung seiner rechtlichen Interessen



erforderlichen Kosten im vereinbarten Umfang freizustellen. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass eine Rechtsschutzversicherung keine Allgefahrendeckung bietet, sondern nach dem Prinzip der Spezialität des versicherten Risikos aufgebaut ist. Daher wird der Versicherungsschutz nach versicherbaren Lebensbereichen in verschiedenen Kombinationen angeboten, so dass der Interessent die Reichweite des Vertrages seinen individuellen Bedürfnissen anpassen kann.

Das dominierende Thema in der Rechtsschutzversicherung ist und bleibt die Frage nach der zeitlichen Einordnung des Rechtsschutzfalls. Der Bundesgerichtshof (BGH) hatte bereits in seiner Entscheidung vom 24. April 2013 (IV ZR 23/12) nochmals deutlich herausgearbeitet, dass sich die Festlegung des verstoßabhängigen Rechtsschutzfalls beim Deckungsschutz für die Verfolgung eigener Ansprüche („Aktivprozess“) allein nach der vom Versicherten behaupteten Pflichtverletzung seines Anspruchsgegners, auf die er seinen Anspruch stützt, richtet. Die Herausforderung des Ombudsmanns besteht in diesen Fällen darin, herauszufinden, welche Pflichtverletzung der oftmals unkundige Versicherungsnehmer seinem Gegner anlastet und worauf genau er seine Interessenwahrnehmung stützt.

Im Berichtsjahr hat der BGH mit dem Urteil vom 5. November 2014 (IV ZR 22/13) seine Reihe der wichtigen Entscheidungen zur zeitlichen Einordnung des Rechtsschutzfalls fortgesetzt und weiter differenziert. Hiernach kann ein Gesetzes- oder Pflichtenverstoß eines Dritten, mag er auch die spätere Rechtsverfolgung des Versicherungsnehmers adäquat-kausal begründen, nur dann den Rechtsschutzfall auslösen und zeitlich festlegen, wenn bereits ein gesetzliches oder vertragliches Schuldverhältnis zwischen dem Versicherungsnehmer und seinem Gegner besteht. Diese einschränkende Auslegung der Vertragsklausel beugt einer uferlosen Rückverlagerung des Rechtsschutzfalls vor. Dieses Verständnis kam in einer Beschwerde auch bereits zum Tragen. Der Beschwerdeführer hatte sich in versicherter Zeit an einem Medienfonds beteiligt. Dieser wurde zahlungsunfähig, das Insolvenzverfahren wurde erst nach Beendigung des Rechtsschutzvertrages eröffnet und der Beschwerdeführer meldete seine vermeintlichen Schadensersatzansprüche wegen Falschberatung zur Insolvenztabelle an. Der Vermögensschaden-Haftpflichtversicherer des Fonds widersprach der Forderungsfeststellung in nachvertraglicher Zeit. Der Beschwerdeführer machte in der zugrundeliegenden Auseinandersetzung geltend, mit dem Widerspruch habe der Haftpflichtversicherer gegen Rechtspflichten verstoßen, da er eine abgesonderte Befriedigung seines behaupteten Anspruchs verlangen könne. Es kam nun darauf an, ob auf den Abschluss der Beteiligung (in rechtsschutzversicherter Zeit) oder die Eröffnung des Insolvenzverfahrens bzw. den Widerspruch des Vermögensschaden-Haftpflichtversicherers (in nachvertraglicher Zeit) abzustellen war. Auf Grundlage der BGH-Entscheidung war die zweite Möglichkeit zu wählen, denn die Rechtsbeziehung zwischen dem Beschwerdeführer und dem Haftpflichtversicherer war frühestens mit der Eröffnung des Insolvenzverfahrens über das Vermögen des Fonds entstanden. Erst ab diesem Zeitpunkt war es dem Beschwerdeführer möglich, Ansprüche gegen den Haftpflichtversicherer geltend zu machen. Die Beschwerde war abzuweisen.

Wie bereits in den Vorjahren betraf ein Großteil der Rechtsschutzbeschwerden die Anwendbarkeit von Risikoausschlüssen. Der Versicherungsschutz wird nicht allein durch den erwähnten Grundsatz der Spezialität des Risikos bestimmt. Durch Ausschlussklauseln werden besondere Teilrisiken, die an sich von den jeweiligen Leistungsarten abgedeckt sind, wieder vom Versicherungsschutz ausgenommen. Entsprechend verwundert es nicht, dass bisweilen über die Wirksamkeit derartiger Risikoausschlussklauseln gestritten wird. In einer Beschwerde ging es etwa um die Wirksamkeit einer Klausel, die den Versicherungsschutz für die Wahrnehmung rechtlicher Interessen in ursächlichem Zusammenhang mit Kapitalanlagegeschäften aller Art ausschließt. Dieser Risikoausschluss ist eindeutig und unmissverständlich formuliert, so dass auch der durchschnittliche Versicherungsnehmer nach sorgfältigem Lesen der Klausel über deren Inhalt zweifelsfrei informiert ist. Überdies ist sie nicht in den Versicherungsbedingungen versteckt, sondern befindet sich unter der Überschrift „Ausgeschlossene Rechtsangelegenheiten“ an der zu erwartenden Stelle. An der Wirksamkeit des Ausschlusses bestehen daher keine Bedenken, da er weder intransparent noch überraschend ist. Diese Ansicht wurde oberlandesgerichtlich rechtskräftig bestätigt.

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 eingreifen, wenn sich die typische Risikoerhöhung, die der Versicherer erkennbar gerade nicht abdecken will, verwirklicht hat. Wie schwierig diese Abgrenzungsfragen im Einzelfall sein können, wird am folgenden Beispiel deutlich:

Der Beschwerdeführer war Mieter einer Wohnung. Nachdem sein Vermieter der Ankündigung nicht nachgekommen war, das direkt über der gemieteten Wohnung befindliche Dachgeschoss (genehmigungspflichtig) auszubauen, sprach der Mieter die außerordentliche Kündigung des Mietvertrages aus. Der Vermieter wies die Kündigung als unwirksam zurück. Der Rechtsschutzversicherer lehnte den Versicherungsschutz mit Hinweis auf den Baurisikoausschluss ab, da die rechtliche Interessenwahrnehmung in ursächlichem Zusammenhang mit einer genehmigungspflichtigen baulichen Veränderung eines Gebäudes stehe. Der Ombudsmann vertrat die Ansicht, dass sich trotz des Bezuges zu einer Baumaßnahme nicht das spezifische Baurisiko verwirklicht hatte, denn der Beschwerdeführer verfolgte ausschließlich mietrechtliche Ansprüche. Es ging ihm nicht um die Erstellung des Dachgeschosses, sondern um die Berechtigung zur außerordentlichen Kündigung des Mietvertrages. Diesen Hinweis nahm der Versicherer zum Anlass, der Beschwerde abzuweichen.

Auch andere Risikoausschlüsse waren Gegenstand von Beschwerden. So sind zum Beispiel rechtliche Interessenwahrnehmungen aus dem Bereich des Familienrechts vom Versicherungsschutz ausgeschlossen, soweit diese den Rahmen einer reinen Rechtsberatung überschreiten. Der Versicherer kann sich jedoch nur dann wirksam auf den Risikoausschluss berufen, wenn spezifische familienrechtliche Ansprüche geltend gemacht werden und die Anspruchs-



grundlage dem Familienrecht zuzuordnen ist. War das nicht der Fall, konnte der Ombudsmann regelmäßig Abhilfen erreichen.

Im Vergleich zum Vorjahr konstant hoch geblieben ist die Anzahl der Beschwerden zu der Frage, ob der konkrete Rechtsschutzfall in der Sphäre der selbständigen Tätigkeit oder im privaten Bereich eingetreten ist. Vom Privatrechtsschutz nicht umfasst sind rechtliche Interessenwahrnehmungen, die mit der selbständigen Tätigkeit des Versicherungsnehmers in einem inneren sachlichen Bezug stehen. Da die Zuordnung oft nicht einfach ist, beschäftigte diese Fallgruppe im Berichtsjahr nicht nur die Rechtsprechung, sondern auch immer wieder den Ombudsmann.

Ein weiteres zentrales Thema im Rahmen der Rechtsschutzbeschwerden ist der Einwand von Versicherern, die rechtliche Interessenwahrnehmung biete keine hinreichende Aussicht auf Erfolg. Stand im Vorjahr eher die Frage im Vordergrund, ob der Versicherer den Versicherungsnehmer rechtzeitig auf die Möglichkeit des Stichentscheid-Verfahrens hingewiesen hat, lag im Berichtsjahr der Schwerpunkt eher darauf, ob der Stichentscheid den formellen Anforderungen genügt und nicht offenbar von der Sach- und Rechtslage erheblich abweicht. Die Bearbeitung derartiger Beschwerden ist in den meisten Fällen sowohl in tatsächlicher als auch in rechtlicher Hinsicht schwierig und erfordert in der Regel einen überdurchschnittlichen Aufwand. Probleme bereiten hier bereits die komplexen Sachverhalte, die den oftmals umfangreichen Unterlagen entnommen werden müssen. Die rechtlichen Prüfungen werden dadurch erschwert, dass Kenntnisse in speziellen Rechtsgebieten erforderlich sind. Die zugrundeliegenden Auseinandersetzungen betreffen in den seltensten Fällen das Versicherungsrecht.

Ein leichter Rückgang war bei den Beschwerden über die Höhe der abgerechneten Rechtsanwaltsgebühren zu verzeichnen. Der Ombudsmann vertritt in ständiger Spruchpraxis die Ansicht, dass der Versicherer bei Streit über die Rechtsanwaltsgebühren seiner vertraglich vereinbarten Freistellungsverpflichtung auch in Form der Abwehrdeckung nachkommen kann. Wie unter 2.4 berichtet, ist diese Frage inzwischen in grundsätzlicher Hinsicht streitig.

Anlass für Beschwerden gab auch die Frage, ob der Versicherer den Beschwerdeführer von den durch einen Rechtsanwaltswechsel entstandenen Mehrkosten freizustellen hat. Da das regelmäßig nur dann der Fall ist, wenn der erstmandatierte Anwalt erkrankt oder verstorben ist, konnte der Ombudsmann den Beschwerdeführern oftmals zu nichts Zählbarem verhelfen.

Beschwerden, in denen der Versicherungsnehmer offensichtlich keinen Anspruch auf Versicherungsschutz hat, gehen weiter zurück. Das mag ein Hinweis darauf sein, dass die Versicherer begrüßenswerterweise größtenteils dazu übergegangen sind, in ihren Allgemeinen Rechtsschutzbedingungen (ARB) die Leistungsarten und die Risikoausschlüsse mit Beispielen zu beschreiben und so ihren Versicherungsnehmern den Umfang des Versicherungsschutzes deutlicher vor Augen zu führen.

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Auch Vertragskündigungen führten zu Beschwerden. Es handelte sich überwiegend um Kündigungen des Versicherers nach einem Versicherungsfall. Waren diese rechtlich nicht zu beanstanden, erläuterte der Ombudsmann dem Beschwerdeführer, dass er dem Versicherer das vertraglich eingeräumte Recht weder absprechen noch die wirtschaftlichen Überlegungen des Versicherungsunternehmens, die im konkreten Fall zu einer Kündigung des Vertrages geführt haben mögen, bewerten kann. Bei den Beschwerden über die außerordentliche Kündigung des Vertrages durch den Versicherer war auffallend, dass dieser zum Teil erst nach mehrfachen Nachfragen die Kündigungsgründe angab. Derartiges verzögert das Verfahren und verhindert, dass der Beschwerdeführer zeitnah Klarheit über den Vertragsstatus erhält.

Vereinzelt haben sich auch Versicherungsnehmer an den Ombudsmann gewandt, die von einem Sonderkündigungsrecht bei finanziellen Schwierigkeiten ausgehen. Auch wenn es von Rechts wegen im Falle wirtschaftlicher Engpässe keinen Anspruch des Versicherungsnehmers darauf gibt, dass der Vertragspartner auf die ihm gegenüber eingegangene Verpflichtung auf pünktliche und vollständige Zahlung des Versicherungsbeitrages verzichtet, waren die Versicherer in den meisten Fällen bereit, dem Beschwerdeführer in Form von Vertragsänderungen oder Stundungen des Versicherungsbeitrages entgegenzukommen.

Den Ombudsmann erreichten auch Beschwerden zu Anfechtungs- und Rücktrittserklärungen der Versicherer wegen Verletzung vorvertraglicher Anzeigepflichten (etwa das Verschweigen einer Vorversicherung). Da eine falsche oder unvollständige Angabe im Versicherungsantrag allein noch nicht den Schluss auf eine arglistige Täuschung rechtfertigt, prüft der Ombudsmann in diesen Fällen, ob beispielsweise die Art, der Umfang und die Bedeutung der verschwiegenen Umstände, der Eindruck vom Beschwerdeführer und dessen aus der Akte zu entnehmendes Verhalten den Schluss darauf zulassen, dass er bewusst und willentlich auf den Entscheidungswillen des Versicherers einwirken wollte.

Auch wenn im Berichtsjahr erneut ein Rückgang an Beschwerden wegen eines Versichererwechsels zu verzeichnen war, ist die Bestrebung des Gesamtverbands der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) zu begrüßen, dass in diesem Zusammenhang bestehende Fragen – etwa zur nahtlosen Versicherung oder zum Versicherungsumfang – zwischen den beteiligten Versicherern im Interesse der Versicherten geklärt werden sollen.

■ Kfz-Versicherung

Die Kraftfahrzeugversicherung gehört seit der Tätigkeitsaufnahme der Schlichtungsstelle zu den Sparten mit höheren Eingangszahlen. Im Berichtsjahr erhielt der Ombudsmann 1.421 (Vorjahr: 1.440) zulässige Beschwerden. Dies entspricht einem Anteil von 11,1 (11,4) Prozent an allen zulässigen Beschwerden. Die Eingaben betreffen hauptsächlich Verträge zur Kfz-Haftpflicht- und zur Kaskoversicherung. Aber auch Beschwerden zur Schutzbrief- und zur Insassenunfallversicherung fallen unter die Kfz-Versicherung.



Auf die Kfz-Haftpflichtversicherung entfielen 750 (856) der zulässigen Beschwerden, dies entspricht 5,9 (6,8) Prozent am Gesamteingang. Diese Vertragsart ist eine gesetzlich vorgeschriebene Pflichtversicherung für zulassungspflichtige Fahrzeuge. Sie schützt Führer und Halter von Fahrzeugen vor Schadenersatzansprüchen Dritter. Da der Gesetzgeber im Straßenverkehrsgesetz eine Gefährdungshaftung vorsieht, kann der Fahrzeughalter auch ohne eigenes Verschulden für sämtliche Personen- und Sachschäden, die beim Betrieb des Fahrzeugs entstehen, haften. Der Geschädigte muss nicht gegen die Fahrzeugverantwortlichen vorgehen, denn aufgrund des Pflichtversicherungsgesetzes besteht ein Direktanspruch gegen den Versicherer des Schädigerfahrzeugs.

Die größte Fallgruppe im Jahr 2014 betraf die Frage, ob der Versicherer, der Leistungen an Unfallgegner erbrachte, dabei die ihm eingeräumte Regulierungsvollmacht überschritten hatte. Dem Versicherer steht in der Kfz-Haftpflichtversicherung nach der gefestigten Rechtsprechung eine umfassende Regulierungsvollmacht zu, von der er in den Grenzen eines sehr weiten Ermessens bis zur Berücksichtigung eigener wirtschaftlicher Interessen Gebrauch machen darf. Erst wenn dem Versicherer Willkür oder völlig unsachgemäßes Handeln vorzuwerfen ist, muss der Versicherungsnehmer die Regulierung durch seinen Versicherer nicht hinnehmen. Sowohl im Hinblick auf die Frage der Haftung dem Grunde nach als auch bei der Bewertung der Höhe der an den Unfallgegner ausgezahlten Leistungen gab es einige Zweifelsfälle, in denen der Ombudsmann beim Versicherer intervenierte. Dies führte häufig dazu, dass die Versicherer von einer Belastung des Versicherungsvertrages trotz erfolgter Regulierung vollständig absahen oder den Beschwerdeführern zumindest ein Schadenrückkaufangebot unterbreiteten, das unter dem ausgekehrten Regulierungsbetrag lag. Das war insbesondere dann der Fall, wenn der Versicherer trotz entsprechender Hinweise auf etwaige Vorschäden am Unfallwagen die Kostenvoranschläge bzw. Reparaturrechnungen ungeprüft in voller Höhe ausgeglichen oder Zweifel an der Unfallverursachung, in einigen Fällen sogar Zweifel an der Unfallbeteiligung des Versicherungsnehmers, nicht ausgeräumt hatte.

Im zweiten großen Fallkomplex ging es um Beschwerden gegen die Einstufung des Vertrages in eine bestimmte Schadenfreiheitsklasse, häufig nach einem Versichererwechsel. Da Versicherer oftmals Sondereinstufungen vornehmen, an den Nachversicherer hingegen nur die tatsächliche Anzahl an schadenfrei gefahrenen Jahren bestätigen, kommt es immer wieder zu einer nachträglichen Berichtigung der vom Versicherungsnehmer beantragten und vom neuen Versicherer unter Vorbehalt akzeptierten Schadenfreiheitsklasse. Versicherungsnehmern ist zumeist nicht bekannt, dass dem Vorvertrag eine Sondereinstufung zugrunde liegt, die bei einem Versichererwechsel nicht übertragen wird. Sie geben deshalb in der Regel die Schadenfreiheitsklasse an, welche sie aus der letzten Beitragsrechnung ersehen. Entspricht diese wegen einer vorgenommenen Sondereinstufung nicht den tatsächlich schadenfrei gefahrenen Jahren, führt dies zu einer Rückstufung durch den Nachversicherer, nachdem dieser vom Vorversicherer die entsprechende Auskunft erhalten hat.

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Darüber hinaus sind die Unstimmigkeiten bei einem Wechsel des Versicherers oft auf unterschiedliche Schadenfreiheitsklassentabellen zurückzuführen. So variieren die schadenbedingten Rückstufungen von Versicherer zu Versicherer teilweise deutlich. Ein Versicherungsnehmer, der nach einem Unfall die Beitragsrechnung für das nächste Jahr (mit Rückstufung) erhält, kann sich bei einem Versichererwechsel nicht sicher sein, dass die Schadenfreiheitsklasse beim Nachversicherer im gleichen Umfang zurückgestuft wird, wie dies bei seinem Vorversicherer der Fall gewesen wäre.

Nicht nur die Beitragsanpassung (auf Grundlage der Meldung des Vorversicherers) an sich war vielfach Beschwerdegegenstand, sondern auch der oftmals lange Zeitraum, den manche Versicherer bis zur Beitragsanpassung benötigten. Allerdings gibt es dazu keine Regelung, weder eine gesetzliche noch eine in den Versicherungsbedingungen, die dem Versicherer die zeitnahe Umsetzung der Anpassung vorgibt. Im Rahmen der allgemeinen Verjährung hat der Nachversicherer daher grundsätzlich bis zu drei Jahre Zeit, wenn nicht aufgrund von Vertrauensschutzwägungen nach Treu und Glauben ausnahmsweise etwas anderes gilt. Es wird daher angeregt, diese wenig verbraucherfreundliche Situation abzustellen, etwa durch Aufnahme einer angemessenen Frist in die Allgemeinen Bedingungen der Kfz-Versicherung (AKB).

Das in Deutschland praktizierte Schadenfreiheitsklassensystem hat sich im Zusammenspiel der Versicherer untereinander bewährt. Aus den vorstehenden Ausführungen wird aber deutlich, dass es für die Versicherungsnehmer oftmals schwer nachzuvollziehen ist. Insbesondere erscheint es unter Transparenzgesichtspunkten nicht unproblematisch. Die vergebenen Schadenfreiheitsklassen werden aufgrund von sogenannten Rabattgrundjahren errechnet, die der Versicherer intern als Bezugsgröße führt, die aber den Versicherungsnehmern im Regelfall nicht bekannt sind. Hinzu kommt, dass die Schadenfreiheitsklassen nicht nur von einem feststehenden Rabattgrundjahr abhängen, sondern dieses sich teilweise nach den Schadenfreiheitsklassentabellen des Versicherers richtet. Somit basiert die Einstufung auf zwei voneinander abhängigen Bezugsgrößen, die aufgrund der nicht einheitlichen Handhabung der Versicherer aber jeweils keinen sicheren Schluss darauf zulassen, wie viele schadenfreie Jahre für einen Anspruch auf einen bestimmten Schadenfreiheitsrabatt nötig sind.

Neben den beiden vorgenannten Hauptkomplexen kam es auch im Berichtsjahr wieder zu Beschwerden im Zusammenhang mit Regressforderungen der Versicherer aufgrund von Obliegenheitsverletzungen der Versicherungsnehmer (zum Beispiel Unfallflucht, Alkohol). Die beiden häufigsten Probleme hierzu waren die Frage nach der Kausalität der Obliegenheitsverletzung für die Versicherungsleistung und die Unzufriedenheit der Beschwerdeführer über die – rechtlich nicht angreifbare – „Doppelbestrafung“, die sie erfahren, weil sie zusätzlich zu der Regresszahlung noch in eine schlechtere Schadenfreiheitsklasse eingestuft wurden.



Zu erwähnen sind noch Beschwerden über Tarifierungsmerkmale der Versicherer, die manchem Beschwerdeführer nicht bekannt waren oder inhaltlich als unangemessen betrachtet wurden. Hier ging es beispielsweise um die Frage, ob die Berücksichtigung des Fahreralters als Tarifierungsmerkmal eine Altersdiskriminierung darstellt. Dies konnte allerdings im Rahmen der eingegangenen Beschwerden nicht festgestellt werden.

Schließlich gab es einige Beschwerden gegen ordentliche Ablaufkündigungen der Versicherer, die zu Kündigungsrücknahmen führten, weil die Versicherer im Rahmen des Pflichtversicherungsgesetzes zu einem Neuabschluss eines Kfz-Haftpflichtvertrages mit den Beschwerdeführern zu denselben Bedingungen verpflichtet gewesen wären. Der Wirksamkeit der Kündigungen standen daher Zweifel unter dem Gesichtspunkt von Treu und Glauben entgegen.

Die Kfz-Kaskoversicherung betrafen im Berichtsjahr 671 zulässige Beschwerden einschließlich der Schutzbrief- und Insassenunfallversicherung (Vorjahr: 584). Diese stellen 5,2 (4,6) Prozent des Gesamtaufkommens aller zulässigen Beschwerden dar.

Über die Kaskoversicherung sind verschiedene Ereignisse versichert. Die Unterscheidung in Teilkaskoversicherung (regelmäßig erfasst sind: Brand und Explosion, Entwendung, Schäden durch Naturgewalten wie Sturm, Hagel, Blitzschlag, Überschwemmung, teilweise auch Lawinen, Zusammenstoß mit Wild oder anderen Tieren, Glasbruch, Kurzschluss an der Verkabelung und Marderbiss) und Vollkaskoversicherung (neben den Schadenereignissen aus der Teilkaskoversicherung sind zusätzlich Unfälle sowie Vandalismusschäden versichert) ist allgemein bekannt. Auch wenn bei vielen Versicherungsnehmern relativ konkrete Vorstellungen in Bezug auf den grundsätzlichen Deckungsumfang dieser Versicherung bestehen, gibt es im Hinblick auf einige Vertragsklauseln durchaus Auslegungsschwierigkeiten. Ein Beispiel ist der Risikoausschluss „Betriebschaden“, der immer wieder Beschwerdegegenstand war. In den heute gängigen Bedingungswerken ist geregelt, dass unter anderem Schäden aufgrund eines Betriebsvorgangs nicht als Unfallschäden, die von der Vollkaskoversicherung gedeckt sind, gelten. Es werden Beispiele aufgezählt, darunter auch „Schäden zwischen ziehendem und gezogenem Fahrzeug ohne Einwirkung von außen“. Dahinter steht die Überlegung, dass sich die Kräfte innerhalb eines Gespanns zwangsläufig auf beide Fahrzeuge auswirken und insofern eine „Betriebseinheit“ besteht. Was ist aber, wenn der Anhänger bei der Bremsung infolge von Glatteis ausbricht und gegen das Zugfahrzeug stößt? Dann findet eine Einwirkung von außen statt und es liegt kein Betriebschaden im Sinne der Versicherungsbedingungen vor. Der Beschwerde zu diesem Fall wurde nach einem entsprechenden Hinweis auch auf die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH), der Witterungsverhältnisse als eine von außen wirkende Ursache ansieht, abgeholfen (siehe hierzu auch schon Jahresbericht 2012, Seite 34). Die beschriebene Ausschlussklausel stellt erkennbar auf bestehende Gespanne ab. Deshalb ist der Ombudsmann der Ansicht, dass ein Schaden, der beim An- oder Abkoppeln

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

entsteht, zum Beispiel weil der Versicherungsnehmer zu nah an den Anhänger heranfährt und gegen die Deichsel stößt, nicht darunter fällt.

Auch im Berichtsjahr wandten sich wieder Beschwerdeführer an den Ombudsmann, weil der Versicherer nach einem gemeldeten Fahrzeugdiebstahl keine Leistung erbringen wollte. Der Nachweis eines Diebstahls ist, wie bereits mehrfach berichtet, mit besonderen Schwierigkeiten verbunden, weil es im Interesse des Diebes liegt, zu vermeiden, dass es Zeugen gibt. Das vom Versicherungsnehmer dargelegte „äußere Bild“ eines Diebstahls wird vom Versicherer regelmäßig bestritten, wenn er bei der Prüfung Unregelmäßigkeiten feststellt, die die Glaubwürdigkeit des Versicherungsnehmers in Frage stellen. Eine abschließende Klärung des Sachverhalts kann im vereinfachten, rein schriftlichen Ombudsmannverfahren häufig nicht erfolgen, so dass sich die Beweislastverteilung zu Ungunsten der Beschwerdeführer auswirkt. In einem Beschwerdefall hatte der Versicherer im Hinblick auf ein als gestohlen gemeldetes Radio- und Navigationsgerät eine Leistung mit der Begründung abgelehnt, dass laut Ermittlungsakte keine Aufbruchspuren am Fahrzeug festgestellt werden konnten. Das Auffinden von Aufbruchspuren oder Ähnlichem gehört allerdings nicht zwingend zum äußeren Bild eines Diebstahls. Da der Beschwerdeführer zudem auf den Umstand hingewiesen hatte, dass in demselben Zeitraum und in derselben Straße weitere Fahrzeuge geöffnet und Teile entwendet wurden, half der Versicherer auf erneute Nachfrage des Ombudsmanns ab.

Wie in den Jahren zuvor lag vielen Beschwerden zugrunde, dass der Beschwerdeführer mit dem Regulierungsbetrag nicht einverstanden war. Nach wie vor bereitet es Schwierigkeiten, das nach den Bedingungen in aller Regel maßgebliche Kriterium der „erforderlichen Reparaturkosten“ inhaltlich zu füllen. Die Regulierungspraxis der Versicherer ist verschieden. Soweit zum Teil auf die zum Schadenersatzrecht ergangene Rechtsprechung des BGH abgestellt wird, erscheint eine Übertragung auf die rein vertragliche Beziehung zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer problematisch. Nach Ansicht des Ombudsmanns kann der Versicherer im Rahmen einer fiktiven Schadenabrechnung auch nicht ohne weiteres auf eine besonders günstige Werkstatt verweisen, denn dadurch würden die Rechte des Versicherungsnehmers, der sich gegen einen Tarif mit Werkstattbindung entschieden hat, unangemessen eingeschränkt. Soweit die Probleme nicht rechtlicher Natur sind, sondern der Beschwerdeführer etwa die Höhe des Wiederbeschaffungswerts angreift, die der Versicherer seiner Regulierung zugrunde gelegt hat, ist eine abschließende Klärung im Ombudsmannverfahren nicht möglich (siehe auch Jahresbericht 2013, Seite 36 und Jahresbericht 2012, Seite 33). Die Bedingungen sehen vor, dass bei Streitigkeiten über die Schadenhöhe das sogenannte Sachverständigenverfahren eingeleitet werden kann. Einige Versicherer benennen für ein solches Verfahren ihren eigenen Mitarbeiter als Sachverständigen. Dieser Praxis hat der BGH nunmehr einen Riegel vorgeschoben (Urteil vom 10. Dezember 2014, Az.: IV ZR 281/14): „Ein Mitarbeiter einer Partei ist kein Sachverständiger im Rahmen des Sachverständigenverfahrens nach A.2.18 Allgemeine Bedingungen für die Kfz-Versicherung.“



Ein Abgrenzungsproblem hat sich über Jahre nicht verändert. Es betrifft gebrochene Heckscheiben von Cabrioverdecken und die Frage, ob solche Scheiben zur Fahrzeugverglasung im Sinne der Bedingungen gehören und Schäden über die Teilkaskoversicherung abgedeckt sind (siehe hierzu auch Jahresbericht 2011, Seite 31 f.). Die Regulierungspraxis der Versicherer ist unterschiedlich und auch die Gerichte haben keine einheitliche Linie. Sofern der „Bruch“ aber verschleißbedingt eintritt, was bei Cabrios aus Materialgründen häufiger geschieht, besteht keine Leistungspflicht des Versicherers, denn Verschleißreparaturen werden nach den herkömmlichen Bedingungen vom Versicherer ausdrücklich nicht ersetzt.

Ein Dauerthema in der Beschwerdebearbeitung ist die Erstattungsfähigkeit von Umsatzsteuer (siehe Jahresbericht 2013, Seite 36 f.). Im Berichtsjahr wandte sich ein Beschwerdeführer gegen den Abzug des Umsatzsteueranteils vom ermittelten Wiederbeschaffungswert. Er hatte ein unstreitig gleichwertiges Fahrzeug von einem privaten Anbieter gekauft, weshalb auf der Rechnung keine Umsatzsteuer ausgewiesen wurde. Der Versicherer berief sich auf die Regelung in den Versicherungsbedingungen, dass Umsatzsteuer nur anfällt, wenn und soweit sie bei der Schadenbeseitigung tatsächlich angefallen ist. Allerdings bezieht sich diese Klausel aus der maßgeblichen Sicht des Versicherungsnehmers nur auf eine fiktive Rechnung. Der Ombudsmann stellte sich auf den Standpunkt, der Versicherer müsse bis zur Höhe des Bruttowiederbeschaffungswerts den bei der konkreten Ersatzbeschaffung eines gleichwertigen Fahrzeugs tatsächlich gezahlten Betrag erstatten und zwar unabhängig von der Besteuerung. Der Versicherer half ab.

Wie schon für das letzte Berichtsjahr erwähnt (vgl. Jahresbericht 2013, Seite 37 und 38), führen mangelhafte Kommunikation im Rahmen der Schadenaufnahme und -bearbeitung sowie missverständliche Aussagen von Sachverständigen immer wieder zu Streitigkeiten zwischen den Versicherern und ihren Kunden. Wenn der Versicherungsnehmer telefonisch einen Schaden meldet, der vom Versicherungsschutz erkennbar nicht erfasst ist, der Mitarbeiter des Versicherers aber dennoch einen Kostenvoranschlag und Fotos anfordert sowie eine Partnerwerkstatt vermittelt, die den Schaden ohne die zugesicherte Rücksprache mit dem Versicherer repariert, dann kann dies nicht allein zu Lasten des Kunden gehen. In einem entsprechenden Fall konnte der Ombudsmann eine Abhilfe erreichen. Einer anderen Beschwerde lag der Fall zugrunde, dass dem Versicherungsnehmer nach einem Hagelschaden zugesichert wurde, er könne die Windschutzscheibe austauschen lassen. Später stellte sich dann heraus, dass der Wagen einen Totalschaden erlitten hatte, weshalb der Versicherer die Kosten des Scheibentausches nicht übernehmen wollte. Auch hier konnte der Ombudsmann dem Beschwerdeführer weiterhelfen. Zum Teil wurden Sachverständigengutachten nicht zeitnah erstellt (was nach einigen Großschadenereignissen naturgemäß auch schwierig war) oder übermittelt. Die Versicherungsnehmer können bis zur Freigabe des Versicherers aber nicht entscheiden, ob sie das Fahrzeug reparieren lassen wollen oder nicht. In dieser Zeit fallen Standkosten an. Der Ombudsmann konnte mit Hinweis auf die Erstattungspflicht des Versicherers im

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Hinblick auf die Schadenermittlungskosten in mehreren Fällen Kostenübernahmen durch den Versicherer erreichen.

Im Berichtsjahr ist verstärkt folgender Sachverhalt Beschwerdegegenstand gewesen (vgl. auch Jahresbericht 2012, Seite 56): Die Beschwerdeführer hatten jahrzehntelang nicht bemerkt, dass für einen Trabant immer noch Beiträge für eine separate, zu DDR-Zeiten abgeschlossene Kaskoversicherung abgebucht wurden. Die Fahrzeuge waren allerdings schon längst verkauft oder verschrotet worden, ohne dass dies (nachweislich) dem Versicherer mitgeteilt wurde. Der Vertrag war auch deshalb in Vergessenheit geraten, weil die Beschwerdeführer in der Vergangenheit keine Beitragsrechnungen oder sonstige Informationen vom Versicherer hierzu erhalten hatten und diese Versicherung zum Teil nicht einmal in den Betreuungsunterlagen der Agenturen aufgeführt wurde. Ab Ende 2013 verschickte der Versicherer Beitragsrechnungen, etwa wegen der Umstellung auf das SEPA-Verfahren. Wohl deshalb kam es verstärkt zu Beitragsrückforderungen der Versicherungsnehmer und entsprechenden Beschwerden, weil der Versicherer in der Regel nur die Beiträge für die letzten drei Jahre erstattete und sich unter anderem auf Verjährung berief. Auch wenn noch Fragen offenblieben, konnte der Ombudsmann die Einrede der Verjährung nicht unberücksichtigt lassen.

■ Gebäudeversicherung

In der Gebäudeversicherung war im Berichtsjahr ein starker Anstieg der Eingänge zu verzeichnen. Der Anteil der zulässigen Beschwerden erhöhte sich mit 1.197 (Vorjahr: 905) auf 9,3 (7,9) Prozent aller zulässigen Eingaben.

Standardmäßig sind in der Gebäudeversicherung Schäden durch Brand, Blitzschlag und Explosion, Leitungswasser- und Rohrbruchschäden sowie Schäden durch Sturm oder Hagel abgedeckt. Darüber hinaus gehört die Absicherung gegen blitzbedingte Überspannungsschäden üblicherweise zum Versicherungsschutz. Häufig sind auch Elementarschäden wie Überschwemmungs- und Rückstauschäden umfasst. Daneben werden stetig vermehrt besondere Kosten versichert, beispielsweise für die Beseitigung sturmbedingt umgestürzter Bäume oder von Gebäudebeschädigungen infolge eines Einbruchs.

In den Beschwerden waren im Vergleich zum vergangenen Jahr aufgrund der Unwetterereignisse in den Jahren 2013 und 2014 die Risiken Sturm-, Hagel- und Elementarschäden vermehrt betroffen. Die Eingaben zu Leitungswasser- und Rohrbruchschäden haben sich nicht wesentlich verändert. Streitigkeiten zur Feuerversicherung spielten wiederum eine untergeordnete Rolle, was auch damit zusammenhängen dürfte, dass diese Schäden oft über 100.000 Euro und damit außerhalb der Zuständigkeit des Ombudsmanns liegen. Zu befassen hatte sich der Ombudsmann in diesem Bereich zumeist mit Schäden durch blitzbedingte Überspannung oder herabfallende Silvesterraketen. Standen Brandschäden im Raum, wurde vom Versicherer häufig substantiiert der Vorwurf vorsätzlicher Brandstiftung erhoben. Solche Verfahren können oftmals nicht entschieden werden, da sich der Sachverhalt im schriftlichen Ombudsmannverfahren nicht hinreichend aufklären lässt.



Die Anliegen der Beschwerdeführer können im Großen und Ganzen in zwei Bereiche unterteilt werden. Zum einen ging es um die Frage, ob nachweislich ein versicherter Schaden eingetreten war. Zum anderen waren die Versicherungsnehmer mit der Höhe der Regulierung unzufrieden, etwa weil der Versicherer den Einwand der Unterversicherung erhob oder die Schadenhöhe nach Ansicht der Versicherungsnehmer zu gering angesetzt hatte. Im Beschwerdeverfahren kann weder eine Begutachtung des Schadens durchgeführt noch ein Sachverständiger zu seinen Feststellungen näher befragt werden. Oft gelang es jedoch, eine für beide Seiten annehmbare Entschädigungshöhe zu vermitteln und dadurch das vertraglich vorgesehene Sachverständigen- oder ein Gerichtsverfahren zu vermeiden.

Die Beschwerden, die auf Sturmschäden zurückgingen, betrafen insbesondere zwei Problembereiche. Einer davon war, ob überhaupt ein Sturm im Sinne der Wohngebäudeversicherungsbedingungen geherrscht hatte, also eine wetterbedingte Luftbewegung von mindestens Windstärke 8 nach der Beaufortskala feststellbar war. Der andere betraf die Frage, ob der Schaden am Gebäude durch die unmittelbare Einwirkung des Sturms hervorgerufen wurde. Häufig kam es nach einem Unwetterereignis innerhalb der Gebäude zu Wasserschäden, ohne dass ein Schaden am Dach, etwa durch herabgefallene Ziegel, ersichtlich war, da sich das Wasser durch die erheblichen Regenmengen zum Beispiel in den Dachrinnen angestaut hatte und dann durch die Anschlussfugen oder andere bereits vorhandene Öffnungen in das Gebäude gelangt war. Ein versicherter Sturmfolgeschaden liegt jedoch nur dann vor, wenn durch die unmittelbare Einwirkung des Sturms ein Schaden am Gebäude entsteht, durch den das Regenwasser ins Gebäudeinnere eindringt. Entsprechende Ablehnungen trafen bei den Versicherungsnehmern auf Unverständnis, waren rechtlich jedoch nicht zu beanstanden, da allein der Umstand, dass es ohne das Sturm- und Starkregenereignis nicht zum Wassereintritt gekommen wäre, noch nicht den Versicherungsfall auslöst.

In anderen Fällen herrschte zwischen den Versicherungsnehmern und den Versicherern darüber Streit, ob bestimmte Schäden am Dach, wie Risse und Furchen, erst durch das Sturmereignis entstanden oder bereits vorher vorhanden waren. Die Beweislast für den Versicherungsfall trägt grundsätzlich der Versicherungsnehmer, gleichwohl ist es zumeist der Versicherer, der Gutachten in Auftrag gibt. Ergibt sich aus diesem nicht eindeutig der Nachweis des Versicherungsfalls, ist es für den Versicherungsnehmer nicht leicht, dies auf andere Weise zu belegen. Ließ sich keine vermittelnde Lösung erreichen, musste sich der Ombudsmann zumeist darauf beschränken, dem Beschwerdeführer diese Beweislastverteilung – und damit den häufigsten Grund der Erfolglosigkeit der Ombudsmannverfahren in Fällen dieser Art – zu erläutern.

Auch im Berichtsjahr lehnten einige Versicherer die Regulierung von Sturmschäden zum Teil deshalb ab, weil gemäß dem eingeholten Gutachten ein schlechter Bauzustand oder ein Instandhaltungsrückstand hauptursächlich für die Schäden am Dach des Gebäudes gewesen sei. Nach der Rechtsprechung

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

genügt es für die Eintrittspflicht des Wohngebäudeversicherers jedoch grundsätzlich, wenn der Sturm mitursächlich und die zeitlich letzte Ursache für den Eintritt des Schadens ist, so dass ein schlechter Bau- oder Erhaltungszustand des Gebäudes dem Versicherungsschutz nicht ohne weiteres entgegensteht. Nachdem der Ombudsmann die Versicherer in diesen Fällen auf die Rechtsprechung hingewiesen hatte, konnten in der Regel Abhilfen erreicht werden.

Deutlich gestiegen sind die Beschwerden zu Entsorgungskosten von Bäumen. Da ein Baum grundsätzlich keine versicherte Sache in der Wohngebäudeversicherung ist, bedarf es hierzu einer speziellen Deckungserweiterung, die inzwischen viele Versicherer anbieten. Voraussetzung dafür, dass ein Versicherer die Kosten für das Entfernen eines Baumes übernehmen muss, ist nach den entsprechenden Klauseln jedoch durchweg, dass dieser infolge eines Sturms umgestürzt ist. Vielfach knickten die Bäume oder Teile hiervon jedoch lediglich um oder brachen ab. Von einem Umstürzen kann erst dann gesprochen werden, wenn der gesamte Baum von der Vertikalen in die Horizontale kippt. Dem Ombudsmann blieb nur, dies den Beschwerdeführern näher zu erläutern.

Aufgrund der zurückliegenden Starkregenereignisse trafen viele Beschwerden ein, in denen Versicherungsnehmer einen Wassereinbruch in ihrem Gebäude verzeichneten. Es entstand der Eindruck, dass die Versicherungsnehmer vielfach davon ausgehen, mit Abschluss der Erweiterten Elementarschadenversicherung hiergegen ausreichend versichert zu sein. Sie sind sich selten bewusst, dass nicht jeglicher witterungsbedingte Wasserschaden einen Versicherungsfall darstellt, sondern weitere Voraussetzungen hinzukommen müssen, etwa eine Überschwemmung. Die Versicherungsnehmer geraten oft in Beweisnot, wenn es darum geht, ob das Grundstück überschwemmt, das heißt mit erheblichen Mengen an Oberflächenwasser, bedeckt war. Fotos, die das Grundstück zum Zeitpunkt des Schadeneintritts zeigen, können vom Versicherungsnehmer nur selten eingereicht werden, was angesichts ihrer damaligen Lage sehr verständlich ist. Zum Teil konnte mit Hilfe des Ombudsmanns trotz fehlender Nachweise einer Überschwemmung aufgrund von Indizien, wie der gefallen Niederschlagsmenge, der Art der Wasserspuren und der Situation in der Nachbarschaft, eine Abhilfe oder ein Vergleich erreicht werden. Häufig ist den Versicherungsnehmern auch zu erläutern, dass es für eine Überschwemmung im Sinne der Versicherungsbedingungen nicht ausreicht, wenn sich Wasser nur auf Balkonen oder in Lichtschächten anstaut. Viele Versicherungsbedingungen setzen für einen versicherten Überschwemmungsschaden voraus, dass das überflutende Wasser unmittelbar in das versicherte Gebäude eingetreten ist. Fehlt es an diesem Nachweis, bleibt dem Ombudsmann nur, dem Versicherungsnehmer die Rechtslage zu erläutern. Es kam aber auch im Berichtsjahr hin und wieder vor, dass Versicherer fälschlicherweise davon ausgingen, die zugrundeliegenden Versicherungsbedingungen würden ein unmittelbares Einfließen von Oberflächenwasser in das versicherte Gebäude verlangen. Fehlt es an diesem Erfordernis, kann nach der Rechtsprechung auch unterirdisch in das Gebäude eintretendes Überschwemmungswasser einen versicherten Überschwemmungsschaden darstellen.



Vertragsfragen spielten in der Wohngebäudeversicherung auch im Berichtsjahr nur eine untergeordnete Rolle. Hier sind etwa Beschwerden über Kündigungszurückweisungen von Versicherern wegen Fehlens der gesetzlich vorgeschriebenen Zustimmung von Realgläubigern zur Kündigung zu erwähnen. Vermehrt erreichten den Ombudsmann Beschwerden über Kündigungen durch den Versicherer. Aufgrund der Schadenhäufigkeit oder veralteter Versicherungsbedingungen hatten die Versicherer entschieden, sich vom Vertrag zu lösen oder diesen nur unter anderen, aktualisierten Bedingungen fortzuführen. Dies konnte in der Regel nicht beanstandet werden.

■ Unfallversicherung

Beschwerden zur privaten Unfallversicherung machten im Berichtsjahr mit 915 (Vorjahr: 994) zulässigen Eingaben einen Anteil von 7,1 (7,2) Prozent des Beschwerdeaufkommens aus.

Ein Unfallversicherungsvertrag soll in erster Linie gegen die wirtschaftlichen Folgen einer unfallbedingt eingetretenen Invalidität absichern. Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt einen Unfall im Sinne der jeweils geltenden Versicherungsbedingungen voraus, wobei grundsätzlich eine plötzliche äußere Einwirkung auf den Körper der versicherten Person oder eine das alltägliche Maß übersteigende Kraftanstrengung als Unfall gelten. Das Versicherungsvertragsgesetz (VVG) bezeichnet Invalidität als die dauernde Beeinträchtigung der körperlichen und/oder geistigen Leistungsfähigkeit. Bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit von Körperteilen ist der Invaliditätsgrad maßgeblich für die Höhe der Versicherungsleistung. Er wird nach der vertraglich vereinbarten Gliedertaxe oder, falls dies nicht möglich ist, im Rahmen einer medizinischen Gesamtschau bemessen. Der Versicherungsschutz kann aber noch weiter reichen. Todesfalleistung und Krankenhaustagegeld sind üblich. Außerdem werden zum Beispiel kosmetische Operationen, Bergungskosten oder Kurbeihilfe angeboten. Einige Versicherer gehen dazu über, zusätzlich Behandlungskosten für bestimmte Krankheiten (zum Beispiel Krebserkrankungen oder Infektionen) zu erstatten. Diese Einschlüsse bilden jedoch die Ausnahme und können sich mit Leistungen einer privaten Kranken(zusatz)versicherung überschneiden. Für einzelne Personengruppen werden weiterhin zusätzlich Absicherungen angeboten, die vom Standardschutz abweichen. Solche Gruppen sind zum Beispiel Kinder und Jugendliche, aber auch Selbständige (Tagegeldversicherung) oder Senioren (Assistance-Leistungen nach einem Unfall oder bei bestimmten Krankheiten).

Eine besondere Form ist die Unfallversicherung mit Beitrags- bzw. Prämienrückgewähr. Bei dieser Vertragsart wird die Unfallversicherung mit Elementen der Lebensversicherung kombiniert.

Die Themenschwerpunkte in den Beschwerdeverfahren blieben im Vergleich zum Vorjahr unverändert. Überwiegend gab es Meinungsverschiedenheiten im Bereich der Schadenfälle und dort insbesondere zur Abrechnung von Kapitalleistungen infolge einer unfallbedingt eingetretenen Invalidität. Schwerpunkt

innerhalb dieser Thematik war, wie in den Vorjahren, der Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfall und der Invalidität. In vielen Fällen konnte den Beschwerdeführern zu nichts Zählbarem verholfen werden, weil keine Anhaltspunkte bestanden, dass die ärztlichen Feststellungen, auf die der Versicherer seine Regulierungsentscheidung stützte, fehlerhaft waren. Eine Begutachtung ist im Ombudsmannverfahren nicht vorgesehen. Allerdings gelang es in Zweifelsfällen nicht selten, insbesondere bei widerstreitenden ärztlichen Befunden, eine Vergleichs- oder Kulanzlösung zu erreichen.

Im Vergleich zu früheren Jahren, nahm der Anteil an Beschwerden zu Vertragsfragen wie schon 2013 leicht ab. Insbesondere gingen Eingaben zu Kündigungswünschen wegen aufgetretener finanzieller Probleme zurück. Etwas zugenommen haben die Beschwerden, in denen Versicherungsnehmer von Unfallversicherungsverträgen mit Beitragsrückgewähr die Überprüfung von Rückkaufswerten und Überschussanteilen zur Kapitallebensversicherung wünschten. Hier stellte sich die Frage, ob die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH) zur Lebensversicherung auch auf die Unfallversicherung mit Beitragsrückgewähr übertragen werden kann. Urteile liegen hierzu, soweit ersichtlich, nicht vor. Nach der Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns (VomVO) sind streitige Fragen von rechtsgrundsätzlicher Bedeutung den Gerichten zu überlassen und nicht im Beschwerdeverfahren zu klären. Das war bei den jeweiligen Verfahren zu beachten, hinderte aber den Ombudsmann wie üblich nicht, auf einvernehmliche Lösungen hinzuwirken.

■ **Hausratversicherung**

Zur Hausratversicherung erreichten den Ombudsmann im Berichtszeitraum 825 zulässige Beschwerden (Vorjahr: 783). Damit stieg das Beschwerdeaufkommen insgesamt leicht an und lag für die Hausrat- bzw. Inhaltsversicherung bei 6,4 (6,2) Prozent des gesamten Beschwerdeaufkommens.

Versichert ist der Hausrat gegen bestimmte Gefahren, und zwar gegen Einbruchdiebstahl, Raub sowie Schäden durch Leitungswasser, Sturm, Hagel und Feuer. Unter Hausrat versteht man grundsätzlich alle Sachen, die einem Haushalt zur Einrichtung, zum Gebrauch oder zum Verbrauch dienen. Durch zusätzliche Bestimmungen und Klauseln lässt sich der Versicherungsschutz den individuellen Bedürfnissen anpassen. So kann zum Beispiel der Versicherungsschutz auf Schäden durch blitzbedingte Überspannung, Fahrraddiebstahl, Diebstahl aus Kraftfahrzeugen, Elementarschäden sowie um Klauseln zu erhöhten Entschädigungssummen für Wertsachen erweitert werden. Neben der Sachversicherung besteht auch Kostenschutz für bestimmte in den Versicherungsbedingungen geregelte Kosten, die im Zusammenhang mit Versicherungsfällen entstehen können. Wird etwa bei einem (versuchten) Einbruchdiebstahl die Haustür beschädigt, können die notwendigen Reparaturkosten verlangt werden.

Den Schwerpunkt der Beschwerdebearbeitung stellte auch im Berichtsjahr die Schadenregulierung insbesondere von Einbruchdiebstählen dar. Insoweit kann auf die Darstellung im Jahresbericht 2013, Seite 43 und 44 Bezug genommen werden.



Bei einer erheblichen Anzahl von Beschwerden ging es erneut um die Stehlgutlistenproblematik. In der Regel richteten sich solche Beschwerden gegen eine Kürzung der Versicherungsleistung wegen grob fahrlässiger Obliegenheitsverletzung, die der Versicherer vornahm, wenn die Stehlgutliste nicht unverzüglich bei der Polizei eingereicht wurde. Fraglich ist, ob der Versicherer über diese Pflicht nach § 28 Absatz 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) belehren muss oder ob es sich insoweit lediglich um eine Schadenminderungspflicht handelt, wofür gesetzlich keine Belehrung vorgesehen ist. Hierüber wird in Kürze der Bundesgerichtshof (BGH) befinden.

Beschwerden, bei denen zwei Versicherer beteiligt waren (etwa zwei Hausratversicherer oder ein Gebäude- und ein Hausratversicherer), nahmen im Berichtsjahr zu. In einem Verfahren der Mehrfachversicherung hatte eine Versicherungsnehmerin zeitweise Schmuck bei ihrer Freundin deponiert, der dort bei einem Einbruchdiebstahl entwendet wurde. Der Fall wird unter 2.7 Beschwerdefälle näher geschildert. Diese Beschwerde warf ein weiteres Problem auf, das sich häufig bei Hausratversicherungen stellt: der Nachweis der Schadenhöhe. Die Versicherungsnehmerin konnte nahezu keine Anschaffungsbelege des als wertvoll bezeichneten Schmucks vorlegen. Bei dieser sehr oft vorkommenden Sachlage nehmen die Versicherer eine pauschale Kürzung ihrer Leistung vor. Dies ist grundsätzlich möglich, muss jedoch von dem Versicherer jeweils bezogen auf den Einzelfall erläutert werden.

In einem weiteren Fall der Mehrfachversicherung wurden bei einem Einbruch bei der Mutter des Beschwerdeführers auch Gegenstände gestohlen, die diesem gehörten. Beide waren hausratversichert. Die beiden Versicherer beriefen sich zunächst auf eine Obliegenheitsverletzung, da die Stehlgutliste nicht unverzüglich bei der Polizei eingereicht wurde, und kürzten die Leistung. Da einer der beiden Versicherer seine Allgemeinen Hausrat-Versicherungsbedingungen (VHB) nicht an das geänderte VVG angepasst hatte und beim anderen die Erfüllung der Belehrungs- bzw. Hinweispflicht fraglich war, halfen beide auf Vorschlag des Ombudsmanns der Beschwerde ab.

Viele Beschwerden betrafen erneut Leitungswasserschäden. Sie richteten sich häufig sowohl gegen den Gebäude- als auch den Hausratversicherer. In einem Fall etwa war problematisch, ob eine gegenüber dem Gebäudeversicherer vorgenommene arglistige Täuschung auch die Leistungspflicht des Hausratversicherers ausschloss. Jedenfalls berief sich der Hausratversicherer auf eine Verletzung der Schadenminderungspflicht. Im Ergebnis bekam die Beschwerdeführerin vom Versicherer eine Teilzahlung.

Im Zusammenhang mit dem Hochwasser im Juni 2013 bemängelten einige Versicherungsnehmer eine verzögerte Regulierung. Allerdings handelte es sich hierbei in der Regel nicht um Routinefälle, sondern etwa um die Klärung der Leistungspflicht bei Mehrfachversicherungen. So gab es zum Beispiel Abgrenzungsschwierigkeiten, ob eine Einbauküche der Wohngebäudeversicherung oder der

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Hausratversicherung zuzuordnen ist. In einer Beschwerde konnte geklärt werden, dass die Küche dem Hausrat zuzuordnen war, was zur Folge hatte, dass im konkreten Fall die Versicherungssumme als Höchstentschädigung erreicht war.

Im Zusammenhang mit Nässeschäden gab es vermehrt Beschwerden bezüglich der versicherten Kosten, etwa von Kosten der Hotelunterbringung. Versichert sind zumeist die infolge eines Versicherungsfalls notwendigen Kosten für Hotel- oder eine ähnliche Unterbringung, wenn die Wohnung unbewohnbar wurde und dem Versicherungsnehmer nicht zugemutet werden kann, dort weiter zu wohnen. In einem Fall war fraglich, ob auch die Unterbringung bei Angehörigen versichert ist und, wenn ja, in welcher Höhe Kosten verlangt werden können, in einem anderen, wie die Höhe der versicherten notwendigen Hotelkosten zu ermitteln und darzulegen ist.

Sind bestimmte Schäden versichert, etwa Gebäudeschäden nach einem (versuchten) Einbruchdiebstahl, entsteht oft Streit über die Frage, ob der Versicherer, der die Reparaturkosten bereits freigegeben hat, noch mit seiner Zahlung auf eine Rechnung warten kann. Der Ombudsmann konnte unter Hinweis auf ein aktuelles Urteil des BGH zur Gebäudefeuerversicherung eine Abhilfe erreichen, auch wenn noch nicht abschließend geklärt ist, ob dieses Urteil auf Fälle der Hausratversicherung anwendbar ist.

Der allgemeine Trend, dass die Beschwerden juristisch anspruchsvoller und der Aktenvortrag umfangreicher werden, zeigt sich auch in der Hausratversicherung. Ein außergewöhnlicher Fall, bei dem zu klären war, inwieweit strafrechtliche Sachverhalte eine Leistungspflicht auch aus der Hausratversicherung begründen können, zeigt dies exemplarisch. Ein Mann hatte die Ehefrau und das Kind des Versicherungsnehmers unter seine Kontrolle gebracht, sämtlichen Kontakt nach außen (auch zum Ehemann) unterbunden und beide mit dem Tod bedroht, wenn die Frau nicht Bargeld vom Bankautomaten abhob. Dies erfüllte zwar nicht den versicherten Tatbestand des Raubes im Sinne der Hausratversicherung. Ein Anspruch bestand jedoch deshalb, weil der Täter ein Schreibtischschubfach aufgebrochen und Bargeld entwendet hatte. Der Versicherer lehnte allerdings zunächst eine Leistung vollständig ab, weil die Ehefrau grob fahrlässig dem Mann von dem Geld im Schreibtischfach erzählt habe. Diesen Einwand hielt der Ombudsmann jedoch im Hinblick auf die konkrete Ausnahmesituation für nicht durchgreifend. Zudem folgte der Versicherer der Auffassung des Ombudsmanns, dass auch insoweit eine Pflicht zur Leistung bestand, als der Täter versucht hatte, mit seinem Auto die Haustür aufzubrechen.

■ Allgemeine Haftpflichtversicherung

Zur Haftpflichtversicherung gingen im Berichtszeitraum 624 zulässige Beschwerden ein. Das entspricht einem Anteil von 4,9 Prozent am Gesamtaufkommen aller zulässigen Beschwerden. Im Vergleich zum Vorjahr (582 in absoluten Zahlen; 4,6 Prozent im Gesamtvergleich) ist der Anteil an Beschwerden in dieser Sparte demnach etwas gestiegen.



Haftpflichtschäden treten häufig im engeren privaten Umfeld ein. Im Verwandten- oder Bekanntenkreis, aber auch in der Nachbarschaft kommt es zu Kontakten, bei denen sich Schäden ereignen. Die Themen haben sich nicht verändert. Der typischen Beschwerde liegt der Fall zugrunde, dass der Privathaftpflichtversicherer einen Schaden nicht oder (aus der Sicht des Versicherungsnehmers und des ihm in der Regel gut bekannten Geschädigten) der Höhe nach nicht ausreichend reguliert. Schadenfälle in der Haftpflicht sind, wie im Jahresbericht 2013, Seite 45 näher erläutert, durch ein Dreiecksverhältnis zwischen Versicherungsnehmer, Geschädigtem und Versicherer gekennzeichnet. Anlass für Beschwerden kann sein, dass der Haftpflichtversicherer seiner Leistungspflicht durch eine Anspruchsabwehr nachkommt, der Versicherungsnehmer dies aber nicht versteht oder damit nicht einverstanden ist. Der Ombudsmann hat keine Zuständigkeit für die Entscheidung der Haftungsfrage, wirkt aber seit vielen Jahren im Sinne des Schlichtungsgedankens auf eine befriedende Lösung hin, wenn sich bei der Prüfung Auffälligkeiten ergeben. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn sich der vom Versicherer beauftragte Sachverständige, der etwa einen Brillenschaden begutachtet, nicht auf die Bewertung der tatsächlichen Aspekte beschränkt, sondern umfangreiche rechtliche Ausführungen vornimmt und damit die Regulierungsentscheidung des Versicherers „auf den Weg bringt“. Es ist nachvollziehbar, wenn Beschwerdeführer in solchen Fällen Zweifel an der Neutralität des Sachverständigen äußern. Manchmal werden auch die Angaben der Versicherungsnehmer nicht ausreichend gewürdigt, was zu einer falschen Haftungsbewertung führt. Nicht untypisch ist folgender Fall zur Tierhalterhaftpflichtversicherung: Die Beschwerdeführerin bat ihre Mutter, während ihrer Abwesenheit mit dem Hund spazieren zu gehen. Beim Spielen rempelte der Hund die Mutter an, so dass diese stürzte und sich verletzte. Der Versicherer wies die geltend gemachten Ansprüche zurück, weil die Mutter den Schaden, der durch das in ihrer Obhut befindliche Tier verursacht wurde, selbst zu verantworten hätte. Diese Beurteilung ist unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH) zu pauschal, deshalb konnte im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eine Vergleichslösung gefunden werden.

Es gibt mehrere typische Fallkonstellationen, die in Variationen immer wieder vorkommen. Dazu gehört zum Beispiel, dass der Enkel die Brille der Oma beschädigt hat und nun über das Verschulden oder die Höhe der Entschädigung gestritten wird oder dass in der Mietwohnung ein Schaden entsteht. Neben deckungsrechtlichen Problemen bei sogenannten Mietsachschäden (siehe Jahresbericht 2013, Seite 46) sind dann auch Haftungsfragen Beschwerdegegenstand, zum Beispiel wenn es wegen eines im Waschbecken liegen gebliebenen Waschlappens oder eines defekten Duschschauchs zum Überlaufen von Wasser und entsprechenden Schäden kommt. Der Mieter haftet bei Schäden, die auch über eine von ihm durch die Zahlung von Nebenkosten mitfinanzierte Gebäudeversicherung gedeckt sind, im Verhältnis zum Vermieter erst ab dem Verschuldensgrad von grober Fahrlässigkeit. Nach der Rechtsprechung des BGH ist der Vermieter grundsätzlich verpflichtet, den Schaden in Fällen nur leichter

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Fahrlässigkeit über die Gebäudeversicherung regulieren zu lassen. Manchmal weigert sich aber der Vermieter, eine solche Meldung zu machen, was den Mieter stark unter Druck setzen kann. Zum Teil kann der Ombudsmann nur dadurch helfen, dass er dem Beschwerdeführer die komplizierten rechtlichen Hintergründe erläutert und die Haltung des Versicherers, der Versicherungsschutz in Form der Anspruchsabwehr bietet, verständlich macht. In Fällen, in denen für die Gebäudeversicherung ein Selbstbehalt vereinbart war, der über dem Schadensbetrag lag, oder das Verhalten des Beschwerdeführers durchaus als grob fahrlässig bewertet werden konnte, erreichte der Ombudsmann aber auch Abhilfen.

Befriedigt der Versicherungsnehmer den Schadenersatzanspruch des Dritten eigenmächtig, ist der Versicherer grundsätzlich nicht daran gebunden. Eine Erstattungspflicht besteht nur, wenn und soweit der befriedigte Anspruch tatsächlich begründet war. Das Befriedigungsverbot, das in den alten Bedingungswerken enthalten war, ist nach der Reform des Versicherungsvertragsgesetzes im Jahr 2008 weggefallen (§ 105 VVG). Dennoch berufen sich auch heute noch manche Versicherer gegenüber ihren Versicherungsnehmern auf dieses Verbot, was der Ombudsmann natürlich beanstandet. Was aber ist, wenn der Vermieter Ansprüche nicht einfordert, sondern einfach die Kautions behält? Versicherungsschutz in Form einer Abwehrdeckung hilft dem Versicherungsnehmer dann nicht weiter. Nach Ansicht des Ombudsmanns muss der Versicherer in solchen Fällen seinen Versicherungsnehmer aktiv bei der Durchsetzung seines Rückzahlungsanspruchs gegen den Vermieter unterstützen. Mit diesem Hinweis konnte auch im Berichtsjahr die Regulierung bei einer entsprechenden Beschwerde erreicht werden.

Wenn es zum Prozess über den Haftpflichtanspruch kommt, gehört es zu den Aufgaben des Haftpflichtversicherers, für eine Vertretung des Versicherungsnehmers zu sorgen und erforderlichenfalls für diesen auf eigene Kosten einen Anwalt zu beauftragen. Eine Beschwerdeführerin wollte sich zusätzlich von einem selbst ausgewählten Anwalt vertreten lassen und verlangte vom Versicherer die Übernahme der entsprechenden Kosten. Grundsätzlich besteht ein solcher Anspruch aber nicht, die Beschwerde hatte also keinen Erfolg. Anders verhielt es sich in folgendem Fall zur Pferdehalterhaftpflichtversicherung: Der Versicherer bestritt den vom Geschädigten und der Beschwerdeführerin übereinstimmend gemeldeten Schadenhergang. Es kam zum Haftungsprozess und der Pferdehalterhaftpflichtversicherer trat als Nebenintervenient auf Seiten seiner Versicherungsnehmerin dem Rechtsstreit bei. In der mündlichen Verhandlung beabsichtigte das Gericht, die Beschwerdeführerin persönlich zu hören, was vom Anwalt des Versicherers, der eine Vertretung auch der Beschwerdeführerin ablehnte, gerügt wurde. Diese zog letztlich einen im Gericht anwesenden weiteren Anwalt hinzu und die Anhörung wurde durchgeführt mit dem Ergebnis, dass ein Grundurteil zugunsten des Geschädigten erging. Der Versicherer übernahm die Entschädigungszahlung an den Geschädigten, weigerte sich aber, die Kosten des von der Beschwerdeführerin beauftragten Anwalts zu zahlen. Allerdings darf ein Haftpflichtversicherer auch unter Berücksichtigung von prozesstaktischen Gründen seinen Versicherungsnehmer in einer solchen Situation, auf die er nicht vorbereitet ist, nicht



alleine lassen. Hinzu kam, dass den Unterlagen keine konkreten Anhaltspunkte dafür zu entnehmen waren, dass die Schadensschilderung unrichtig gewesen sein könnte. Im Ergebnis war der Versicherer seiner Pflicht, den Versicherungsnehmer so zu vertreten, wie dies ein von diesem selbst bestellter Anwalt tun würde, nicht nachgekommen. Letztlich konnte der Ombudsmann eine Abhilfe erreichen.

Wie im Jahr zuvor war neben den Mietsachschäden auch die „Benzinklausel“ häufig Beschwerdegegenstand (vgl. Jahresbericht 2013. Seite 46 f.). Es treten immer wieder neue Sachverhaltskonstellationen auf, die in die zum Teil schwierige Abgrenzungssystematik zwischen Kfz-Haftpflichtversicherung und Privathaftpflichtversicherung eingeordnet werden müssen. Die Versicherer legen seit jeher den Begriff des Fahrzeuggebrauchs auch in der Privathaftpflichtversicherung weit aus. In zahlreichen Grenzfällen wurden Abhilfen erreicht. Hier seien einige Beispiele aufgeführt: Ein Beschwerdeführer hatte die Reifen seines Autos gewechselt und wollte die abmontierten Reifen verstauen. Dabei verlor er die Kontrolle über einen Reifen, der davonrollte und einen Schaden verursachte. Da der Vorgang des Reifenwechsels zu diesem Zeitpunkt schon abgeschlossen war, handelte es sich beim Wegräumen der Reifen um eine nachgelagerte Handlung, die nicht mehr dem Fahrzeuggebrauch im Sinne der Risikoausschlussklausel zuzuordnen ist. Ein anderer Beschwerdeführer lud eine leere Batterie in seiner Firma auf und stellte sie in den Fußraum seines Lkws, den er zu einem Kunden, der im selben Ort wohnt wie er, zurückbringen wollte. Die Batterie explodierte und es entstand ein Säureschaden in dem Lkw. Der Versicherer ging davon aus, dass die Batterie zum Pkw des Beschwerdeführers gehörte und lehnte eine Regulierung unter Berufung auf eine Schadenverursachung durch den Gebrauch des Fahrzeugs ab. Zudem ordnete er den Transport der Batterie dem Gebrauch des Lkw zu. Beidem konnte sich der Ombudsmann nicht anschließen. Es hatte sich kein fahrzeugbezogenes Risiko, etwa beim Einladen, verwirklicht, sondern eine allein der Batterie innewohnende Gefahr. Der Versicherer half ab.

Im Berichtsjahr gab es auch Beschwerden zu anderen Haftpflichtversicherungsarten, etwa zur Bauherrenhaftpflichtversicherung, Haus- und Grundbesitzerhaftpflichtversicherung, Betriebs- oder Berufshaftpflicht. Meldet der Bauherr einen Schaden, kommt es immer wieder vor, dass sich der Versicherer darauf beruft, der Schaden sei angesichts der vorgenommenen Baumaßnahmen unvermeidbar gewesen und man hätte die Beseitigungskosten als sogenannte „Sowieso-Kosten“ von Anfang an in die Kostenkalkulation mit aufnehmen müssen. Nach Ansicht des Ombudsmanns kann dieser im Bereich der Architekten- und Bauträgerhaftung bekannte Begriff aber nicht einfach dem Versicherungsnehmer entgegengehalten werden. Die Vertragsbedingungen kennen nur den Ausschluss der vorsätzlichen Schadenherbeiführung. Sind die entsprechenden Voraussetzungen nicht gegeben, muss der Versicherer Deckungsschutz gewähren.

Für einen Hauseigentümer wichtig ist insbesondere auch die Absicherung seines Haus- und Grundbesitzerhaftpflichttrisikos. In einem bestimmten Umfang ist dieses Haftungsrisiko über die Privathaftpflichtversicherung abgedeckt (vgl. Jahresbe-

richt 2013, Seite 48). Manchmal kommt es aber auf den Versicherungsschutz aus einer gesonderten Haus- und Grundbesitzerhaftpflichtversicherung an, zum Beispiel weil neben dem eigenen Zuhause eine weitere Immobilie erworben wird. Was passiert mit den objektbezogenen Versicherungen, wenn es zur Veräußerung kommt? Eine Wohngebäudeversicherung geht auf den Erwerber über (§ 95 VVG). Im Hinblick auf die Haus- und Grundbesitzerhaftpflichtversicherung ist das jedoch umstritten; auch die Praxis der Versicherer ist nach dem Eindruck des Ombudsmanns unterschiedlich. In einem Fall hatten die Beschwerdeführer auf den Übergang auch dieser Haftpflichtversicherung vertraut und standen letztlich ohne Versicherungsschutz da, als es nach der Umschreibung im Grundbuch zu einem Unfall auf dem Grundstück kam. Dabei musste der Ombudsmann die Frage des automatischen Vertragsübergangs nicht entscheiden, weil der Vertrag schon vor dem entscheidenden Zeitpunkt der Veräußerung, der Umschreibung im Grundbuch, endete. Der Fall zeigt jedoch, dass man beim Immobilienkauf aufmerksam sein und den Versicherungsschutz aktiv im Gespräch mit dem Veräußerer, dem bisherigen Versicherer und gegebenenfalls einem Folgeversicherer klären sollte.

Im Jahresbericht 2013, Seite 47 ist erwähnt, dass es für den Versicherungsnehmer besonders misslich ist, wenn zwei Versicherer mit gegensätzlicher Argumentation eine Schadenregulierung ablehnen. In solchen Fällen wirkt der Ombudsmann darauf hin, dass die Unternehmen die Zuständigkeit direkt miteinander klären. Dazu ein Beispiel aus dem Berichtsjahr: Eine Beschwerdeführerin war mit ihrem Vorgesetzten in dessen geleastem Privatfahrzeug unterwegs zu einer dienstlichen Veranstaltung. Während der Fahrt hatte sie eine Flasche Kefir in der Hand und verschüttete durch Unachtsamkeit den Inhalt. Der Kefir beschädigte unter anderem zwei Düsen der Klimaanlage und es fiel eine größere Reparatur an. Der Privathaftpflichtversicherer der Frau verwies auf den Haftpflichtversicherer des Arbeitgebers, dieser bewertete den Vorgang (Essen und Trinken) als rein private Handlung. Der Privathaftpflichtversicherer stellte aber weiter auf den dienstlichen Anlass der Fahrt ab und die Beschwerdeführerin saß, wie sie selbst formulierte, „mittendrin“. Auf Vorschlag des Ombudsmanns erklärte sich der Privathaftpflichtversicherer bereit, den Schaden zunächst zu regulieren und die Zuständigkeit in direktem Kontakt mit dem anderen Versicherer zu klären.

■ Berufsunfähigkeitsversicherung

Zur Berufsunfähigkeitsversicherung erhielt der Ombudsmann im Berichtszeitraum 411 (Vorjahr: 478) zulässige Eingaben. Das entspricht 3,2 (3,8) Prozent der Beschwerden und bedeutet eine Abnahme der Beschwerden um 14 Prozent.

Bei der Berufsunfähigkeitsversicherung handelt es sich um eine Risikoversicherung. Sie dient der Vorsorge für den Fall der Berufsunfähigkeit und soll dadurch verursachte finanzielle Einbußen auffangen. Dementsprechend werden als Versicherungsleistung zumeist hohe Kapitalwerte vereinbart. Der Versicherungsschutz wird in Form von selbständiger Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeits- (beides auch als Zusatzversicherung) oder Dienstunfähigkeitsversicherung angeboten.



Viele Beschwerden betrafen – wie auch in den Vorjahren – die Frage, ob der Beschwerdeführer vorvertragliche Anzeigepflichten (insbesondere durch falsche Gesundheitsangaben) verletzt hatte und welche Rechtsfolgen sich daraus gegebenenfalls für den Versicherungsvertrag und für die beantragte Versicherungsleistung ergaben. Zu prüfen war in der Regel die Wirksamkeit einer Anfechtung des Versicherungsvertrages wegen arglistiger Täuschung, der Rücktritt vom Vertrag oder dessen Kündigung durch den Versicherer; zum Teil ging es aber auch um die einseitige rückwirkende Anpassung des Versicherungsvertrages, die das Versicherungsvertragsgesetz unter bestimmten Umständen zulässt. Sie kann vorgenommen werden, wenn der Versicherungsnehmer zwar seine Anzeigepflicht verletzt hat, der Vertrag jedoch auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenngleich zu anderen Bedingungen, zustande gekommen wäre. In diesen Fällen wandten sich die Beschwerdeführer überwiegend gegen den rückwirkenden Ausschluss des Versicherungsschutzes für eine durch bestimmte Krankheiten verursachte Berufsunfähigkeit.

Vor Abschluss eines Berufsunfähigkeitsversicherungsvertrages kommt dem Beratungs- und Antragsgespräch große Bedeutung zu. Anders als in den Vorjahren gab es mehrfach Beschwerden von Versicherungsnehmern, die bereits seit vielen Jahren gegen Berufsunfähigkeit versichert waren, diesen Vertrag jedoch aufgegeben und einen Neuvertrag abgeschlossen hatten. Sie waren zwischenzeitlich ärztlich behandelt, untersucht oder beraten worden, unterließen es jedoch, dies anzugeben, obwohl der neue Versicherer in Textform nach Beschwerden und ärztlichen Behandlungen gefragt hatte. Dies nahm der Neuversicherer zum Anlass für den Rücktritt vom Vertrag, hilfsweise für dessen Anpassung oder Anfechtung wegen arglistiger Täuschung. Da das Ombudsmannverfahren mit Ausnahme von Urkunden keine Beweiserhebung vorsieht, war in den Fällen, in denen relevante Tatsachenfragen nicht zweifelsfrei aufgeklärt werden konnten, keine Entscheidung oder Empfehlung möglich. Jedoch gelangen immer wieder einvernehmliche Lösungen.

Anlass für Beschwerden gab weiterhin die Frage, ob der Versicherungsfall eingetreten war und wann gegebenenfalls die Leistung des Versicherers einzusetzen hatte bzw. bis zu welchem Zeitpunkt zu leisten war. In diesem Zusammenhang spielten auch zeitlich befristete Leistungsanerkennnisse, Leistungsausschlussfristen bei verspäteten Anzeigen, Vereinbarungen über die Versicherungsleistung sowie Leistungseinstellungen im späteren Nachprüfungsverfahren eine wesentliche Rolle.

Die zunehmende Tendenz von psychischen Erkrankungen als Ursache für Berufsunfähigkeit spiegelte sich auch im Ombudsmannverfahren wieder. Insbesondere zeigte sich, dass Arbeitsplatzkonflikte häufig Anlass für lange Krankschreibungszeiten waren. Entsprechende Beschwerden warfen komplizierte medizinische Fragen auf, die nicht immer im Ombudsmannverfahren geklärt werden konnten, da hierzu eine Beweiserhebung in Form einer Anhörung von Sachverständigen nötig gewesen wäre. Erschwert wurde die Einbeziehung vorhandener Gutachten, wenn Sachverständige sich nicht zu den Gesundheitsverhältnissen in zurückliegenden Zeiträumen äußerten, diese jedoch relevant waren.

■ Realkreditversicherungen

Durch Änderung der Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns (VomVO) zum 21. November 2013 wurde die Zuständigkeit des Ombudsmanns erweitert auf Beschwerden, die einen eigenen vertraglichen Anspruch aus einem Realkreditvertrag (§ 14 und § 16 Absatz 1 und 2 Pfandbriefgesetz) betreffen (vgl. Jahresbericht 2013, Seite 16). Der Ombudsmann erhielt damit erstmals eine originäre Zuständigkeit über Versicherungsverträge hinaus und nimmt insoweit nun auch eine kreditvertragliche Prüfung unter Berücksichtigung des Bankenrechts vor. Bis zur Änderung der VomVO bedurfte es eines engen wirtschaftlichen Zusammenhangs zu einem Versicherungsvertrag, um die Zuständigkeit zu eröffnen.

Im Jahr 2014 gingen beim Ombudsmann 169 zulässige Beschwerden zu Realkrediten ein. Das entspricht einem Anteil von 1,3 Prozent. Ein Teil der Beschwerden betraf solche Darlehensverträge, bei denen eine Verbindung zu einer Lebensversicherung besteht (auch wenn dies, wie erwähnt, keine Zulässigkeitsvoraussetzung mehr ist). Es handelt sich um endfällige Darlehen mit Tilgungsaussetzung, bei denen der Darlehensnehmer während der Laufzeit nur die Zinsen zahlt. Die Tilgung soll durch die Ablaufleistung einer Lebensversicherung erfolgen, die parallel bespart wird. Bei der Festlegung, welche Werte in den Lebensversicherungsvertrag einzusetzen sind, wurden häufig nicht nur die garantierten Leistungen, sondern auch mögliche Gewinnanteile (Überschussbeteiligung) berücksichtigt. Dies hatte zwar den Vorteil, dass die Versicherungsbeiträge nicht unnötig hoch angesetzt werden mussten. Es bestand aber zugleich das Risiko, dass zum Vertragsablauf nicht genügend Kapital vorhanden war, um das Darlehen vollständig zu tilgen. Wie allgemein bekannt, mussten die Versicherer die Überschussbeteiligung in den letzten Jahren aufgrund der veränderten Kapitalmarktlage teilweise erheblich senken und die Prognosen zur Ablaufleistung nach unten korrigieren. In der Regel hat der Darlehensnehmer die hieraus resultierende Tilgungslücke aus eigenen Mitteln zu begleichen. Der Bundesgerichtshof (BGH) stellte in seinem Beschluss vom 20. November 2007 – XI ZR 259/06 klar, dass sich die Tilgungsabrede regelmäßig nur auf die Höhe der tatsächlich ausgezahlten Lebensversicherungsleistungen bezieht und das Risiko der Unterdeckung grundsätzlich der Darlehensnehmer zu tragen hat. Allerdings kam beispielsweise das Oberlandesgericht Karlsruhe in seiner Entscheidung vom 4. April 2003 (WM 2003, 2412, 2413) bei der in jenem Verfahren zu beurteilenden Klausel wegen individueller Umstände in einer Einzelfallwürdigung zum umgekehrten Ergebnis. Einige Beschwerdeführer verwiesen auf diese oder ähnliche Gerichtsentscheidungen. Der Ombudsmann prüfte, ob die betroffenen Tilgungsbestimmungen in vergleichbarer Weise auszulegen waren.

Auch der Wunsch, das Darlehen vorzeitig abzulösen, gab Anlass zu Beschwerden. Weil bei Immobiliendarlehensverträgen eine Zinsbindung regelmäßig für mehrere Jahre vereinbart wird, ist der Darlehensnehmer längerfristig an den Vertrag gebunden. Insbesondere das aktuelle Niedrigzinsumfeld führt dazu, dass einige Darlehensnehmer ihre alten Verträge beenden möchten, um neue



Verträge zu günstigeren Konditionen abzuschließen. Wenn der Beschwerdeführer seine Kündigung auf diesen Wunsch stützte, teilte der Ombudsmann ihm mit, dass sich ein außerordentliches Kündigungsrecht hieraus nicht herleiten lässt. Andere Beschwerdeführer erklärten den Widerruf des Darlehensvertrages Jahre nach Vertragsschluss. Sie begründeten dies damit, bei Vertragsbeginn nicht ordnungsgemäß über ihr Widerrufsrecht belehrt worden zu sein. Der Ombudsmann prüft in diesen Fällen die Widerrufsbelehrung. Wurde der betroffene Vertrag allerdings zu einer Zeit geschlossen, als noch kein gesetzliches Widerrufsrecht vorgesehen und eine Belehrung somit nicht erforderlich war, kam ein Widerruf wegen unterbliebener oder fehlerhafter Belehrung nicht in Betracht.

Im Zusammenhang mit der Vertragsbeendigung, aber auch bei der Nichtabnahme des vereinbarten Darlehensbetrages stellt sich die Frage nach einer Vorfälligkeits- bzw. Nichtabnahmeentschädigung. Auch zu diesem Themengebiet erreichten den Ombudsmann Beschwerden. Während es in einigen Fällen um die Frage ging, ob dem Grunde nach ein Anspruch des Versicherers auf diese Entschädigung besteht, beschwerten sich andere Darlehensnehmer über die Höhe des geltend gemachten Betrages. Den Beschwerden lagen jeweils besondere Umstände zugrunde (siehe etwa den Fall zur Nichtabnahmeentschädigung unter 2.7).

Die Beschwerdeflut im Dezember 2014 wurde durch BGH-Entscheidungen zum Bearbeitungsentgelt bei Verbraucherkrediten ausgelöst (siehe unter 2.1). Eine Vielzahl dieser Beschwerden war allerdings unzulässig, weil sie sich gegen Banken oder Bausparkassen richteten, die nicht Mitglied im Versicherungsombudsmann e. V. sind. Deshalb machen die zulässigen Beschwerden nur eine niedrige dreistellige Zahl aus. Die unzulässigen Vorgänge wurden der Kategorie „Sonstige“ zugeordnet. Näheres ist in der Statistik unter 4.2 ausgeführt.

■ Sonstige Versicherungen

Im Jahr 2014 gingen 1.405 zulässige Beschwerden zu den „Sonstigen Versicherungen“ ein. Das sind 11,0 (Vorjahr: 7,7) Prozent aller zulässigen Beschwerden. Im Vergleich zum Vorjahr, in dem der Ombudsmann hierzu 971 Eingaben erhielt, ist ein Anstieg um 45 Prozent zu verzeichnen.

Unter „Sonstige Versicherungen“ werden solche Versicherungsverträge zusammengefasst, die nicht den „großen“ Versicherungssparten zugeordnet werden können. Viele dieser Beschwerden betrafen, wie in den Jahren zuvor, die verschiedenen Arten der Reiseversicherung. Als Folge der vermehrten Verbreitung von Smartphones und Tablets stiegen im Berichtsjahr auch die Beschwerden zur Elektronikversicherung, die mit solchen Geräten oft verkauft werden. Die Eingaben zur Photovoltaikversicherung nahmen ebenfalls zu. Daneben hatte sich der Ombudsmann in der Sparte „Sonstige Versicherungen“ unter anderem mit Tier-, Bau- und Laubenversicherungen sowie einzelner „Exoten“ zu befassen, wie zum Beispiel der Imker- oder Instrumentenversicherung.

Die Beschwerden zur Reisekostenversicherung betrafen im letzten Jahr überwiegend die Standardproblematik, nämlich ob die zum Reiserücktritt oder

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Reiseabbruch führende Erkrankung unerwartet eintrat. Eine weitere Fallgruppe betraf die Frage, ob der Versicherungsnehmer bei Eintritt eines anerkannten Rücktrittsgrunds hinreichend schnell gehandelt hatte und von der Reise zurückgetreten war. Wie im letzten Jahresbericht dargestellt (vgl. Jahresbericht 2013, Seite 51), trifft den Versicherungsnehmer in der Reiserücktrittskostenversicherung die Obliegenheit, die Reise bei Eintritt des Versicherungsfalls unverzüglich zu stornieren. In solchen Fällen galt es in aller Regel, den Beschwerdeführern nachvollziehbar zu erläutern, dass der Versicherer die Kosten für ein Abwarten des Beschwerdeführers, etwa weil dieser auf eine Besserung des Gesundheitszustands bis zum Reiseantritt gehofft hatte, nicht zu tragen hat. Beruhte die Hoffnung allerdings auf einer entsprechenden Auskunft eines Arztes, konnten für die Beschwerdeführer in der Regel je nach Sachlage Abhilfen oder Vergleiche erreicht werden.

Bei den Beschwerden zur Elektronikversicherung ging es zumeist um die Frage, ob der Displayschaden auf ein versichertes Risiko zurückging. In vielen dieser Beschwerden reichten die Versicherer Analyseberichte beziehungsweise Gutachten ein, in denen angezweifelt wurde, dass der geltend gemachte Schaden durch das vom Beschwerdeführer genannte Schadensereignis entstanden sein konnte. In diesen Fällen mussten die Beschwerden nach der zivilrechtlichen Regelung zur Beweislastverteilung zu Lasten der Beschwerdeführer entschieden werden, wenn diese den Versicherungsfall letztlich nicht zweifelsfrei nachweisen konnten. Bei einem Versicherer waren jedoch aufgrund der nach konkreten Nachfragen nicht ausreichend plausibel erscheinenden Ausführungen der Analyseberichte vermehrt Abhilfen erreicht worden.

Wie in den vergangenen Jahren spielte im Rahmen von Handyversicherungen, aber auch der Verlust der versicherten Mobiltelefone durch Diebstahl eine zentrale Rolle. Der einfache Diebstahl stellt bei vielen Versicherungsverträgen nach wie vor keinen Versicherungsfall dar. Sofern doch grundsätzlich Versicherungsschutz bestand, musste den Beschwerdeführern häufig erläutert werden, dass ein versicherter Diebstahl nur dann vorliegt, wenn das versicherte Gerät zum Zeitpunkt der Wegnahme im persönlichen Gewahrsam sicher mitgeführt wurde. Wie bereits in den letzten Jahresberichten dargelegt (Jahresbericht 2012, Seite 45 und Jahresbericht 2013, Seite 51), haben solche Beschwerden aufgrund der hierzu ergangenen Rechtsprechung kaum Erfolgchancen.

Vertragsfragen spielten in der Sparte „Sonstige Versicherung“ eine untergeordnete Rolle. In diesem Bereich sind Beschwerdefälle erwähnenswert, in denen sich Beschwerdeführer gegen die automatische Verlängerung ihrer Jahresreiserücktrittsversicherung wehrten, die sie auf verschiedenen Onlinereiseportalen abgeschlossen hatten. Hier konnten flächendeckend Abhilfen erreicht werden. Der Versicherer sah ein, dass es für die Beschwerdeführer nicht erkennbar war, dass sie nicht nur Versicherungsschutz für eine bestimmte Reise erwarben, sondern eine sich verlängernde Jahresversicherung abgeschlossen werden sollte, deren Jahresbeitrag sich zudem nach einem Jahr verdoppelte.



■ Vermittlerbeschwerden

Das Vermittlerverfahren, für das der Ombudsmann seit Mai 2007 zuständig ist, unterscheidet sich wesentlich von dem Verfahren gegen Versicherungsunternehmen (siehe unter 1.5 sowie Jahresbericht 2012, Seite 46). Die gesetzliche Grundlage des § 214 Absatz 1 Nr. 2 VVG stattet den Ombudsmann nicht mit den Kompetenzen aus, wie sie ihm die Mitgliedsunternehmen in der Vereinssatzung übertragen 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 Beschwerdeziel des Beschwerdeführers und was er dazu vorträgt. Allerdings ist bei Verbrauchern auch deren wohlverstandenes Interesse zu berücksichtigen, da sie in Rechts- und Verfahrensfragen 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 § 34 d Absatz 1 Gewerbeordnung (GewO), dessen Handeln dem Versicherer zuzurechnen ist, wird in aller Regel 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, denn nach der Einlegung der Beschwerde wird die Verjährung der geltend gemachten Ansprüche des Beschwerdeführers gegen den Versicherer gehemmt, der Ombudsmann kann bis 10.000 Euro eine verbindliche Entscheidung treffen und dem Versicherer kann vorgegeben werden, ein eventuelles Mahnverfahren für die Dauer des Ombudsmannverfahrens auszusetzen. Dagegen gilt zum Beispiel die Beschränkung der Beschwerdebefugnis nach der VomVO auf Verbraucher und andere Personen, die sich in einer verbraucherähnlichen Lage befinden, sowie die Beschwerdeobergrenze von 100.000 Euro im Vermittlerverfahren nicht. Ergänzend sei erwähnt, dass § 214 VVG und die VermVO neben dem Vermittler auch den Versicherungsberater als Beschwerdepartei nennen. Bislang sind keine Beschwerden gegen Berater eingelegt worden. Dies dürfte daran liegen, dass Eingaben nur zulässig sind, wenn sie im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen stehen; das ist Beratern jedoch nicht gestattet.

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.

2014 erreichten den Ombudsmann insgesamt 354 (Vorjahr: 363) Beschwerden, die auf der Grundlage der VermVO zu prüfen waren. Damit bleibt der Be-

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

schwerdeeingang der Vermittlerverfahren auf vergleichsweise niedrigem Niveau. Zu berücksichtigen ist bei einer Bewertung des Vermittlerverhaltens allgemein jedoch die zuvor erläuterte Möglichkeit, Beanstandungen gegen Vermittler im Verfahren gegen Versicherungsunternehmen nachzugehen. Diese werden mengenmäßig nicht erfasst.

Eine Besonderheit der als Vermittlerbeschwerden registrierten Vorgänge ist, dass mit 85 (79) der eingegangenen Beschwerden nur wenige den gesetzlichen Zuständigkeitsrahmen betrafen, auch wenn deren Anzahl im Jahr 2014 gegenüber dem Vorjahr etwas gestiegen ist. Der Ombudsmann kann eine Beschwerde nur dann prüfen, wenn diese im Zusammenhang mit der Vermittlung eines Versicherungsvertrages steht, der Sachverhalt nach dem 22. Mai 2007 liegt und ein Versicherungsnehmer oder -interessent sowie ein Versicherungsvermittler beteiligt sind. Dementsprechend fallen Beschwerden, die zum Beispiel auf eine Schadenregulierung abzielen, oder Beschwerden zwischen Vermittlern nicht in seinen Zuständigkeitsbereich.

Einen inhaltlichen Schwerpunkt der Vermittlerbeschwerden bilden, wohl nicht überraschend, Beanstandungen der Beratung und der Vermittlung nicht benötigter Versicherungsverträge, überwiegend verbunden mit dem Ziel der Rückabwicklung der betreffenden Verträge, sowie die Vermittlung von nicht passendem Versicherungsschutz. Eine geringere Anzahl von Beschwerden war auf den Ausgleich eines geltend gemachten Schadens gerichtet. Wiederholt ließen einige im Beschwerdeverfahren eingeholte Stellungnahmen der Vermittler erkennen, dass diese selbst nicht über die notwendigen Kenntnisse (etwa zu den Fördervoraussetzungen von Riester- und Basisrentenversicherungen) verfügten, die zur Beratung des Versicherungsinteressenten erforderlich waren. Dies war dann ein deutliches Indiz für eine Falschberatung.

Auch für das Berichtsjahr muss festgestellt werden, dass, jedenfalls in den Beschwerdefällen, der gesetzlich vorgeschriebenen Dokumentationspflicht häufig nicht ausreichend Rechnung getragen wurde. Insbesondere zeigte sich, dass die entsprechenden Formblätter oft zu 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 und Risiken des Vertragswechsels umfasst. Dazu gehört, über entstehende Kosten aufzuklären und wichtige Unterschiede im Versicherungsschutz zu erläutern. In einigen dem Ombudsmann vorgelegten Fällen war aus der Dokumentation noch nicht einmal erkennbar, dass es sich um eine Umdeckung handelte.

Beschwerden über das persönliche Verhalten eines Vermittlers nahmen nur einen geringen Anteil am Gesamtbeschwerdeaufkommen der Vermittlerbeschwerden ein. Die Beschwerdeinhalte unterschieden sich nicht von denen in den Vorberichtszeiträumen. So geht es den Beschwerdeführern vorrangig um ungebührliches Verhalten, ungenügende Informationen und Betreuung, um Fragen



des Datenschutzes und die Herausgabe von überlassenen Unterlagen. Hier konnte in aller Regel geschlichtet werden. Diese Beschwerden fallen zwar in den übernommenen Aufgabenbereich, entziehen sich aber zumeist einer rechtlichen Bewertung. Daher werden sie unter der Rubrik „nicht justiziabel“ geführt.

Zu Honorarforderungen der Vermittler gingen nur wenige Beschwerden ein.

2.7 Beschwerdefälle

Nachfolgend wird von einzelnen Beschwerdeverfahren berichtet, die der Ombudsmann im Jahr 2014 zum Abschluss gebracht hat. Anhand der dargestellten Verfahrens- und Entscheidungspraxis des Ombudsmanns soll ein Einblick in die Beschwerdebearbeitung ermöglicht werden.

Die nachstehenden 22 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

Die Hoffnung stirbt zuletzt

Der Beschwerdeführer sichtete nach dem Tod seiner Mutter im September 2012 deren Unterlagen. Dabei stieß er auf eine Sterbevorsorgeversicherung seiner Eltern. Hinsichtlich seines 1991 verstorbenen Vaters konnte er nicht erkennen, dass eine Auszahlung erfolgt war. Daraufhin machte er beim Versicherer beide Todesfalleistungen aus der Sterbevorsorgeversicherung geltend. Dieser antwortete zunächst nicht und lehnte dann die Leistung ab, weil Verjährung eingetreten sei. In seiner Stellungnahme im Ombudsmannverfahren führte er aus, zunächst keine Unterlagen zu dem lange zurückliegenden Vorgang gefunden zu haben. Deshalb sei damals keine Reaktion erfolgt, wofür er sich entschuldige. Erst nach erneuter Recherche habe sich herausgestellt, dass der Vertrag aus einem Bestand stammte, den er von einem anderen Versicherer übernommen hatte. Nach so langer Zeit könne er zwar nicht mehr den exakten Vertragsverlauf nachvollziehen, er gehe aber von einem durch Kündigung oder Einstellung der Beitragszahlung erloschenen Vertrag aus. Unabhängig davon berief sich der Versicherer zum Vertrag des Vaters weiter auf Verjährung, war aber bereit, die Todesfalleistung für die Mutter auszus zahlen.

Der Ombudsmann prüfte die Ansprüche und äußerte Bedenken dagegen, dass sich der Versicherer auf die Einrede der Verjährung berufen könne. Der Beginn der Verjährungsfrist setzt nämlich die Fälligkeit der Leistung voraus. Nach § 12 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) alte Fassung (bzw. § 14 VVG neue Fassung)

wird eine Geldleistung des Versicherers erst mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls notwendigen Erhebungen fällig. Da der Versicherer 2012 vom Tod der versicherten Person erfuhr, konnte er die Maßnahmen erst zu diesem Zeitpunkt durchführen. Fälle, in denen der Versicherer seine Feststellungen nicht vornehmen kann, weil die Ermittlungen – wie in diesem Fall – von Mitwirkungen des Anspruchstellers abhängen und dieser die Mitwirkung unterlässt, indem er beispielsweise den Versicherungsfall nicht anzeigt, sind offenkundig problematisch. Denn die Verjährung kann in solchen Fällen grundsätzlich erst beginnen, wenn die für den Eintritt der Fälligkeit erforderliche Mitwirkung erfolgt. Ein früherer Verjährungsbeginn kommt nach Auffassung des Bundesgerichtshofs (BGH) aber nur dann in Betracht, wenn die Mitwirkung treuwidrig unterlassen wird. Davon konnte vorliegend eindeutig nicht ausgegangen werden.

Der Versicherer konnte die Bedenken des Ombudsmanns nachvollziehen, half der Beschwerde ab und zahlte die Versicherungsleistung unter Hinweis auf Kulanz aus.

Rechtsschutzversicherung

Selbständiger Sargkontakt

Der Beschwerdeführer besuchte eine Fachmesse für Bestatter, um sich über die neueste Entwicklung der Branche zu informieren. Bei der Besichtigung eines fabrikneuen Bestattungsfahrzeugs wurde er von einem anderen, nicht ermittelten Besucher angestoßen und gelangte mit dem linken Zeigefinger in den Schließmechanismus des Rollschlittens. Durch diese Vorrichtung lassen sich, ähnlich wie bei einem Krankenwagen die Tragen, die Särge nach hinten aus dem Fahrzeug herausziehen. Der Schlitten schnappte in die Arretierungseinrichtung zurück, klemmte die Fingerkuppe ein und trennte sie schließlich zu einem Drittel ab. Durch sofortigen Transport in ein Krankenhaus konnte die Kuppe wieder angenäht werden. Allerdings war der Beschwerdeführer über Wochen in seiner Berufsausübung behindert und verlangte deshalb vom Aussteller des Bestattungsfahrzeugs Schadenersatz. Der Versicherer lehnte Kostenschutz aus der Privat-Rechtsschutzversicherung ab, da ein Zusammenhang mit der selbständigen, nicht versicherten Tätigkeit als Bestatter bestehe.

Regelmäßig sind in Versicherungsverträgen nur ganz bestimmte Risiken versichert, so auch in der Rechtsschutzversicherung. Vorliegend bestand ein Privat-Rechtsschutz-Versicherungsvertrag nach § 25 der Allgemeinen Bedingungen für die Rechtsschutzversicherung. Nach dessen Absatz 1 besteht der Versicherungsschutz nur für den privaten Bereich. Es besteht also kein Versicherungsschutz bei einer Interessenwahrnehmung im Zusammenhang mit einer gewerblichen, freiberuflichen oder sonstigen selbständigen Tätigkeit. Ausreichend dafür ist bereits ein mittelbarer Zusammenhang mit einer derartigen Tätigkeit.

Der Beschwerdeführer betrieb ein Bestattungsunternehmen. Er besuchte eine Bestattermesse, um sich über neueste Entwicklungen der Branche zu informieren. Damit war er in Ausübung seiner selbständigen Tätigkeit dort. Er verletzte sich an



einem Sargschlitten. Seine Tätigkeit als Betreiber eines Bestattungsunternehmens kann nicht hinweggedacht werden, ohne dass nicht zugleich der Messebesuch und die Verletzung entfielen. Damit ist sowohl ein innerer als auch ein sachlicher Zusammenhang zur rechtlichen Auseinandersetzung gegeben. Die Beschwerde konnte somit keinen Erfolg haben.

Privathaftpflichtversicherung

Ein aufdringlicher Rechtsanwalt?

Eine Leistungsform des Versicherers in der Haftpflichtversicherung ist die Abwehr von Ansprüchen. Hier kann es zu Meinungsverschiedenheiten kommen, wenn der Versicherungsnehmer bereits einen Rechtsanwalt mit der Vertretung seiner Interessen beauftragt hat oder ihm einfach der vom Versicherer bestellte Anwalt nicht zusagt. In den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB) ist geregelt, wer über die Beauftragung des vom Versicherer zu bezahlenden Rechtsanwalts zu entscheiden hat. Nachfolgendes Schreiben des Ombudsmanns an den Anwalt des Beschwerdeführers erläutert das Problem:

„Als Ergebnis muss ich leider mitteilen, dass ich dem Beschwerdeanliegen nicht zum Erfolg verhelfen kann. Der Haftpflichtversicherer ist nicht verpflichtet, Deckungsschutz in der Form zu gewähren, dass er Sie im Hinblick auf die gegen Frau A. erhobene Klage beauftragt beziehungsweise die Kosten übernimmt, die bei Ihrer Beauftragung durch Frau A. selbst anfallen.

(...) Gemäß § 3 Ziffer III. 3 AHB führt der Versicherer, wenn es zu einem Rechtsstreit zwischen dem Versicherungsnehmer und dem Geschädigten kommt, den Rechtsstreit im Namen des Versicherungsnehmers auf seine Kosten. In § 5 Ziffer 4 AHB heißt es ferner, dass der Versicherungsnehmer dem Versicherer die Prozessführung zu überlassen und dem vom Versicherer bestellten oder bezeichneten Anwalt Vollmacht zu geben hat. Insofern steht dem Haftpflichtversicherer die Prozessführungsbefugnis zu (BGH, VersR 2007, 1116). Daraus folgt auch, dass der Versicherer nicht die zusätzlichen Kosten tragen muss, wenn der Versicherungsnehmer neben dem vom Versicherer beauftragten Anwalt einen eigenen Prozessbevollmächtigten bestellt (siehe Prölss/Martin/Lücke, VVG, 28. Auflage, AHB 2008 Nr. 5, Rdn. 30, mit weiteren Nachweisen; Büsken in: Münchener Kommentar, VVG, AllgHaftpflV, E., Rdn. 126).

(...) Ich bedauere, keine günstigere Mitteilung machen zu können, hoffe jedoch, dass ich die Gründe für meine Entscheidung nachvollziehbar erläutert habe.“

Auch mehrere Nachfragen des Rechtsanwalts mit dem Wunsch auf Übernahme der Kosten unter Hinweis auf ein Urteil des Gerichtshofs der Europäischen Union, den Gesichtspunkt der freien Anwaltswahl sowie auf Kulanz des Versicherers führten nicht zu einem anderen Ergebnis.

Realkreditversicherung

Nichtabnahmeentschädigung

Die Beschwerdeführerin wandte sich an den Versicherer, mit dem sie einen Darlehensvertrag zum Zwecke der Umschuldung geschlossen hatte. Sie unterrichtete das Unternehmen davon, dass sich ihr Ehemann, der neben der Beschwerdeführerin weiterer Darlehensnehmer war, in Untersuchungshaft befände und ihn eine längere Haftstrafe erwarte. Aufgrund der damit verbundenen Verschlechterung der finanziellen Lage beider Darlehensnehmer kündigte der Versicherer den Vertrag noch vor Auszahlung des Darlehens und verlangte eine Nichtabnahmeentschädigung. Gegen diese Forderung wandte sich die Beschwerdeführerin mit ihrer Beschwerde.

Das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) räumt dem Darlehensgeber in § 490 Absatz 1 grundsätzlich ein Kündigungsrecht ein, wenn in den Vermögensverhältnissen des Darlehensnehmers eine Verschlechterung eintritt oder einzutreten droht, durch die die Rückzahlung des Darlehens, auch unter Verwertung der Sicherheiten, gefährdet wird. Eine Vorfälligkeitsentschädigung beziehungsweise Nichtabnahmeentschädigung ist allerdings für diesen Fall nicht ausdrücklich geregelt. Sie kommt nur als Schadensersatzanspruch in Betracht. Ein solcher setzt aber eine Pflichtverletzung voraus, die der Schuldner zu vertreten hat.

Der Ombudsmann hatte Zweifel, dass diese Voraussetzung erfüllt war. Er wandte sich noch einmal an den Versicherer und bat um ergänzende Ausführungen zu der Frage, inwieweit die Verschlechterung der Vermögensverhältnisse durch die Untersuchungshaft des weiteren Darlehensnehmers der Beschwerdeführerin als schuldhaft Verletzung des Darlehensvertrages anzulasten sei, für die sie Schadenersatz zu leisten habe. Der Versicherer sah die Darlehensnehmerin zwar weiterhin „in der Verantwortung“, erklärte sich aber dennoch – im Wege der Kulanz – dazu bereit, auf die geforderte Nichtabnahmeentschädigung zu verzichten.

Kfz-Kaskoversicherung

Bei der Auslegung des Begriffs „Betriebsschaden“ sind Unfälle möglich

Der Beschwerdeführer wollte ausweislich seiner ersten Schadenanzeige einen Anhänger an sein Fahrzeug ankoppeln, verschätzte sich beim Rückwärtsfahren und stieß gegen die Deichsel des Anhängers. Laut Kostenvoranschlag entstand ein Schaden von knapp 2.900 Euro. Der Versicherer lehnte unter Hinweis auf den Ausschluss von Betriebsschäden eine Regulierung aus der Vollkaskoversicherung ab. Noch in seiner Stellungnahme führte er aus, das Ankoppeln eines Anhängers an das Kfz sei ein Betriebsvorgang. Dabei komme es nicht darauf an, ob der Anhänger bereits angekoppelt war oder nicht.

Der Ombudsmann äußerte an der Ablehnung Bedenken; seine zweite Nachfrage lautete:



„In der Klausel A.2.3.2 AKB wird wortwörtlich auf bereits bestehende Gespanne abgestellt. Dass An- und Abkopplungsfälle unter die Regelung fallen sollen, kann der Versicherungsnehmer der Regelung nicht entnehmen.

Ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer wird bei verständiger Würdigung, aufmerksamer Durchsicht und unter Berücksichtigung des erkennbaren Sinnzusammenhangs den Vorgang auch nicht als Betriebsvorgang erkennen können, für den kein Versicherungsschutz besteht. Die in der Klausel enthaltenen Beispiele richten den Blick nicht darauf, dass auch Ankopplungsvorgänge von Anhängern als Betriebsvorgang eingeordnet werden sollen. Hinzu kommt, dass Gespanne im nächsten Satz gesondert erwähnt sind, der Versicherungsnehmer mithin davon ausgehen darf, dass hierfür eine Spezialregelung besteht und daher die allgemeine Regelung zum Betriebsvorgang nicht heranzuziehen ist.

Möchte ein Versicherer bestimmte Risiken vom Versicherungsschutz ausnehmen, so hat er es in der Hand, entsprechende Klauseln in seinen Versicherungsbedingungen zu formulieren. Vorliegend wäre es ohne weiteres möglich gewesen, die Klausel derart zu ergänzen, dass auch Schäden zwischen dem Zugfahrzeug und dem Anhänger vom Versicherungsschutz ausgenommen werden, die ohne äußere Einwirkung beim An- und gegebenenfalls Abkoppeln entstehen.“

Der Versicherer teilte mit, er sei zwar nicht vollends von dieser Auffassung überzeugt, wolle aber seinem Kunden gleichwohl entgegenkommen und half der Beschwerde ab.

Hausratversicherung

Stehgutliste

Ein Täter brach in das Haus eines Ehepaares in dessen Anwesenheit ein. Es kam zum Zusammentreffen, wobei der Täter einen Gegenstand auf den Ehemann warf. Daraufhin zogen sich die Eheleute in einen anderen Raum zurück, riefen die Polizei und warteten deren Eintreffen ab. Währenddessen entwendete der Täter diverse Gegenstände, deren Wert der Versicherer mit 53.666,85 Euro ermittelte. Er kürzte seine Leistung um 20 Prozent und begründete dies mit der verspätet eingereichten Stehgutliste bei der Polizei. Der Beschwerdeführer verlangte die volle Leistung und legte Beschwerde ein. Die Eheleute machten geltend, wegen des Ereignisses traumatisiert gewesen zu sein. Zudem sei die Zusammenstellung der Liste wegen der Vielzahl der entwendeten Schmuckstücke zeitaufwändig gewesen.

Der Versicherer war nicht zu einem Entgegenkommen bereit, so dass die Rechtslage abschließend zu prüfen war. Der Ombudsmann begründete, warum eine Kürzung um 20 Prozent nicht zu beanstanden war, musste die Entscheidung über die Frage, ob der Versicherer auf Einzelheiten der Einreichung einer Stehgutliste hinweisen muss, wegen Rechtsgrundsätzlichkeit jedoch offenlassen.

„Nach Ziffer 22.1 c) der Allgemeinen (AVB) Privat 2010 (...) hat der Versicherungsnehmer bei Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer und der zuständigen

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Polizeidienststelle unverzüglich ein Verzeichnis der abhanden gekommenen Sachen einzureichen. Unverzüglich bedeutet, ohne schuldhaftes Zögern. Sie reichten die Stehlgutliste bei der Polizei am 3. bzw. 4. April ein, nachdem Sie am 22. März ein Schreiben der Schmuckfirma P. über einige Stücke erhielten. Dies war leider nicht mehr unverzüglich. Die Rechtsprechung lässt eine Frist von 3 ½ Wochen nicht als unverzüglich ausreichen, insbesondere dann nicht, wenn – wie hier – wertvoller Schmuck entwendet wurde, denn bei Gegenständen dieser Art erhöht die rechtzeitige Einreichung der Stehlgutliste bei der Polizei die Chancen der Fahndung (...). Auch die Berücksichtigung des Umstandes, dass das Zusammentreffen mit dem Täter und die entsprechende Auseinandersetzung mit ihm sicherlich erst einmal verkraftet werden musste, führt nicht dazu, dass die Frist wesentlich verlängert werden musste. Ein ärztliches Attest, das ein mehrwöchiges Trauma o. Ä. bestätigt, liegt nicht vor. Damit wurde die Stehlgutliste bei der Polizei grob fahrlässig verspätet eingereicht.

Dass Sie keine Kenntnis von der entsprechenden vertraglichen Obliegenheit hatten, hilft nicht weiter, denn grundsätzlich muss sich jeder Versicherungsnehmer selbst darüber anhand der Vertragsunterlagen informieren, was er im Schadensfall zu tun hat und welche Anforderungen er erfüllen muss. Zudem trägt der Versicherer vor, Ihr Makler habe Ihnen eine von ihm erstellte Checkliste zur Verfügung gestellt, worin diese Obliegenheit genannt ist. Mir liegt diese Liste vor. Danach muss ich den Vortrag des Versicherers bestätigen.

Dass die Kürzungsquote von 20 Prozent offensichtlich zu hoch vom Versicherer angesetzt wurde, kann ich nicht erkennen. Nach Ziffer 22.2 a) der AVB Privat 2010 ist der Versicherer im Falle einer grob fahrlässigen Obliegenheitsverletzung berechtigt, seine Leistung in dem Verhältnis zu kürzen, das der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entspricht. Die Quote liegt im eher geringen Bereich und hierbei hat der Versicherer auch dem Umstand Rechnung getragen, dass Sie und Ihr Ehemann noch versuchten, dem Täter entgegenzutreten.

Damit kommt es für den Erfolg Ihrer Beschwerde entscheidend darauf an, ob Sie der Versicherer auf die Obliegenheit zur unverzüglichen Einreichung der Stehlgutliste bei der Polizei im Sinne der Ziffer 22.2 c) der AVB Privat 2010 durch eine gesonderte Mitteilung in Textform hätte hinweisen müssen. Entscheidend ist, ob die in Rede stehende Obliegenheit eine Auskunfts- bzw. Aufklärungsobliegenheit darstellt, denn nur insoweit besteht das Belehrungserfordernis in Ziffer 22.2 c) der AVB Privat 2010, die der gesetzlichen Vorschrift in § 28 Absatz 4 des VVG nachgebildet ist. Ihr Versicherer ist der Ansicht, die Obliegenheit zur unverzüglichen Einreichung der Stehlgutliste stelle eine Schadensminderungsobliegenheit im Sinne des § 82 VVG dar, wofür vom Gesetz eine entsprechende Belehrung nicht vorgesehen ist.

Insoweit bestehen widersprüchliche Instanzgerichtsurteile des OLG Karlsruhe vom 20. September 2011, Aktenzeichen 12 U 89/11, und des OLG Köln vom 15. Oktober 2013, Aktenzeichen 9 U 69/13. Das OLG Köln ist ausdrücklich vom



OLG Karlsruhe in dieser Frage abgewichen und hat insoweit die Revision zugelassen, die derzeit beim BGH anhängig ist. Damit handelt es sich um eine Frage von rechtsgrundsätzlicher Bedeutung, von der der Erfolg Ihrer Beschwerde abhängt, die noch nicht höchstrichterlich geklärt ist. Um die rechtliche Lösung der Autorität der Gerichte zu überlassen, ist in meiner Verfahrensordnung vorgesehen, dass nach § 8 Absatz 2 der Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmann (VomVO) der Ombudsmann die Befassung mit der Beschwerde in jeder Lage des Verfahrens ablehnen soll. Die Beschwerde muss daher unbeschieden bleiben.“

Lebensversicherung

Lehrreiche Riesterrente im Ausland

Die Beschwerdeführerin hatte eine Lehrtätigkeit im Ausland angenommen. Ihr Arbeitgeber erklärte, für dieses Arbeitsverhältnis werde er keine Beiträge in das deutsche Rentensystem abführen, sie möge daher selbst eine private Altersversorgung abschließen. Die Beschwerdeführerin ließ sich daraufhin von einem Versicherungsvertreter beraten und beantragte eine Riesterrente. Der Vertrag kam im Januar 2007 zustande und es flossen in der Folge auch staatliche Fördermittel ein. Einige Jahre später erhielt sie vom Finanzamt einen Bescheid, wonach der Vertrag nicht zulagenberechtigt sei, da sie einer Arbeitstätigkeit im Ausland nachgehe. Die Fördergelder müssten zurückgezahlt werden.

Die Beschwerdeführerin war verärgert und reklamierte bei ihrem Versicherer. Sie verlangte von ihm, den Vertrag wegen Falschberatung aufzuheben und die Beiträge zurückzuzahlen. Dieser reagierte zunächst nicht, ging dann von einer Kündigung aus und rechnete den Vertrag ab. Damit war die Beschwerdeführerin nicht einverstanden und legte Beschwerde ein.

Sie beanstandete, dass ihr zum Abschluss einer Riesterrentenversicherung geraten worden sei, obwohl sie dem Vermittler von der geplanten Auslandstätigkeit erzählt habe. Der Versicherer war zunächst nicht zu einem Entgegenkommen bereit. Er wandte ein, dass die Versicherungsnehmerin im Beratungsgespräch angegeben habe, einen Teil ihres Gehaltes weiterhin aus Deutschland zu erhalten. Deshalb habe der Versicherungsvertreter trotz des unstreitig erwähnten Auslandsaufenthaltes davon ausgehen dürfen, dass die Beschwerdeführerin weiterhin rentenversicherungspflichtig und somit auch zulagenberechtigt sei.

Der Ombudsmann wies den Versicherer darauf hin, dass die Frage, ob das Beschäftigungsverhältnis im Inland besteht und die Gehaltszahlungen aus Deutschland fließen, für die Sozialversicherungspflicht in Deutschland nicht allein ausschlaggebend sei. In Fällen, in denen die Entsendung ins Ausland ohne zeitliche Begrenzung erfolge, könne etwas anderes gelten. Allein auf Grundlage der Ausführungen der Beschwerdeführerin im Beratungsgespräch, so wie sie der Vermittler selbst vortrug, habe nicht der sichere Schluss gezogen werden können, dass in Deutschland Rentenversicherungspflicht bestehe.

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Zwar war zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses noch nicht das damalige Versicherungsvermittlergesetz in Kraft getreten, das die Vermittlerpflichten ausdrücklich regelte. Dennoch bestanden auch schon damals Beratungspflichten. Anerkannt war dies, so der Ombudsmann weiter, zumindest immer dann, wenn der Versicherungsinteressent konkrete Fragen stellte, Beratungsbedarf geltend machte oder der Vermittler erkennen musste, dass sich der zu Beratende über den wesentlichen Vertragsinhalt im Irrtum befand. Die Zulagenberechtigung sei für die Entscheidung, einen Riestervertrag abzuschließen, von großer Bedeutung, so dass von einem Beratungsverschulden auszugehen sei.

Der Ombudsmann teilte dem Versicherer seine vorläufige Rechtsmeinung mit und forderte ihn dreimal zu einer ergänzenden Stellungnahme auf, bis dieser der Beschwerde schließlich abhalf und den Vertrag rückabwickelte.

Berufsunfähigkeitsversicherung

Anforderung an eine abstrakte Verweisung

Der Beschwerdeführer war seit 17 Jahren als Kraftfahrer und Möbelsmonteur tätig. Er lieferte Möbel aus und baute sie bei Bedarf in der Wohnung der Kunden auf. Bei einem Treppensturz in Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit zog er sich Verletzungen zu, die zu einer eingeschränkten Beweglichkeit des linken Handgelenkes in allen Achsen um ca. 30 bis 50 Prozent und einer Minderung der groben Griffkraft links um ca. 25 Prozent führten. Außerdem litt er an einem vierfachen Bandscheibenvorfall im Halswirbelsäulenbereich, teilweise mit Nerventangierung, sowie an chronischem Tinnitus. Nach einer stationären Reha-Behandlung bewerteten die Ärzte sein berufliches Restleistungsvermögen mit täglich unter drei Stunden in seiner zuletzt ausgeübten Berufstätigkeit. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sei er unter Beachtung bestimmter Einschränkungen (kein Lärm, keine Belastung des linken Armes, insbesondere der linken Hand, mittlerweile auch eingeschränkte Belastung des rechten Armes bis maximal 10 kg Heben und Tragen, keine Zwangshaltung im Lumbalbereich) über sechs Stunden täglich einsetzbar.

Der Beschwerdeführer stellte 2012 bei seinem Versicherer einen Antrag auf Leistung (monatliche Rente und Wegfall der Beitragszahlungspflicht) aus der 1998 abgeschlossenen Berufsunfähigkeitsversicherung. Die Beschwerdegegnerin erbrachte 20 Monate die Leistungen, lehnte dann aber weitere Zahlungen ab. Diese Entscheidung begründete sie wie folgt:

„Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt besteht jedoch ein vollschichtiges Leistungsvermögen für leichte Tätigkeiten. Da Sie für den Beruf des Möbelsmonteurs keine abgeschlossene Berufsausbildung haben, sind Sie bedingungsgemäß zumutbar auf sämtliche Anlern Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes zu verweisen, die Ihrem verbliebenen körperlichen Leistungsvermögen entsprechen. Solche Tätigkeiten (z. B. Pförtner) entsprechen auch Ihrer bisherigen Lebensstellung, da keine wesentlichen Einkommenseinbußen hingenommen werden müssen. Da Sie mit Ihrem verbliebenen Leistungsvermögen zumutbare Verweisungstätigkeiten ausüben können, sind die Leistungsvoraussetzungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung nicht erfüllt.“



Diese abstrakte Verweisung auf die Tätigkeit eines Pförtners oder auf andere Tätigkeiten war nach Auffassung des Ombudsmanns nicht rechters. Er empfahl der Beschwerdegegnerin, die vereinbarte Berufsunfähigkeitsleistung zu erbringen, und begründete dies wie folgt:

„Will der Versicherer den Versicherten entsprechend seiner Versicherungsbedingungen auf eine andere Tätigkeit abstrakt verweisen, hat er sich ausdrücklich darauf zu berufen und den Verweisungsberuf zu bezeichnen. Darüber hinaus hat er das konkrete Berufsbild und die prägenden Merkmale der Verweisungstätigkeit (in der Regel die erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten, übliche Arbeitsbedingungen, wie Arbeitsplatzverhältnisse, Arbeitszeiten, die übliche Entlohnung, die notwendigen körperlichen Kräfte) konkret darzulegen und mit der bisherigen Berufsausübung zu vergleichen. Allgemein gehaltene Hinweise reichen dazu nicht aus. Auch genügt es nicht, pauschal zu behaupten, die Verweisungstätigkeit würde der bisherigen Lebensstellung entsprechen. Der Versicherer hat dazu konkret vorzutragen. Dies hat die Rechtsprechung mehrfach festgestellt (vgl. BGH vom 30.09.1992 – IV ZR 227/91; BGH vom 29.06.1994 - IV ZR 120/93; BGH vom 28.09.1994 – IV ZR 226/93; BGH vom 23.01.2008 – IV ZR 10/07; OLG Saarbrücken vom 29.10.2003 – 5 U 451/02-58).

Dem Versicherer obliegt damit eine sogenannte Aufzeigelast. Dieser ist die Beschwerdegegnerin nicht gerecht geworden. Die Beschwerdegegnerin hat sich weder mit den Kriterien der von ihr beanspruchten Verweisungstätigkeit als Pförtner im Vergleich zum Ausgangsberuf des Beschwerdeführers auseinandergesetzt und dies dem Beschwerdeführer aufgezeigt noch hat sie andere Verweisungstätigkeiten konkret benannt und diese im vorgenannten Sinne geschildert. Die bloße Berufung der Beschwerdegegnerin auf eine zumutbare Ausübung sämtlicher Anlerntätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes ist eindeutig nicht ausreichend und bewirkt keine erfolgreiche abstrakte Verweisung, so dass die Verweisung, auf die die Beschwerdegegnerin ihre Leistungsablehnung stützt, nicht wirksam ist.

Kommt der Versicherer seiner Darlegungs- und Beweislast nicht nach, so ist der Versicherungsnehmer nicht verpflichtet, den Vortrag des Versicherers zu widerlegen. Er kann sich auf einfaches Bestreiten beschränken, was vorliegend der Fall gewesen ist. Erst wenn ein Versicherer seiner Aufzeigelast nachgekommen ist, muss der Versicherungsnehmer mit substantiierten Beweisangeboten darlegen, warum der vom Versicherer ausgewählte Vergleichsberuf nicht zumutbar sei (vgl. Neuhaus, Berufsunfähigkeitsversicherung, 3. Aufl., IX., Rn. 236).

Im Übrigen liegt es nahe, dass ein Möbeldmonteur mit Kraftfahrertätigkeit, der zwar keine Berufsausbildung zur Fachkraft für Möbelservice absolviert hat, aber seit ca. 17 Jahren diese Tätigkeit ausübt, über so viel Kenntnisse und Erfahrungen verfügt, dass der Beschwerdeführer nicht mit einer ungelerten Arbeitskraft verglichen und damit nicht auf ungelerte Tätigkeiten, und auch nicht auf die eines Pförtners, abstrakt verwiesen werden kann (vgl. BGH vom 27.05.1992 – IV ZR 112/91; OLG Karlsruhe vom 15.03.2007 – 12 U 196/06).“

Die Beschwerdegegnerin kam der Empfehlung nach.

Rechtsschutzversicherung

Überfall auf Sohn und Fahrer

Der Sohn des Versicherungsnehmers wollte mit seinem Fahrzeug ausparken und wegfahren. Der Motor lief bereits, als eine Person mit ihrem Fahrrad gegen das Auto stieß. Der Sohn stieg aus, fragte, was das solle, und wurde von mehreren jungen Männern überfallen. Der Sohn rettete sich in sein Fahrzeug, wurde jedoch von den Tätern daran gehindert, die Tür zu schließen. Schließlich gelang ihm die Flucht.

Der Rechtsschutzversicherer lehnte die Kostenübernahme für die im Strafverfahren verfolgten zivilrechtlichen Ansprüche ab. Der Sohn sei nicht mehr mitversichert, weil er zum Tatzeitpunkt volljährig war und in einem Arbeitsverhältnis stand.

Dieser Wertung konnte sich der Ombudsmann nicht anschließen und schrieb an den Versicherer:

„Herr K. wollte gerade mit dem Auto wegfahren. Durch die Straftat wurde er am Ausparken gehindert. Er versuchte auch während des Überfalls mit dem Fahrzeug zu flüchten. Er saß wieder im Auto, wurde jedoch durch die Täter am Wegfahren gehindert. Ich meine, dass bei diesem Geschehen die Tat noch in einem engen zeitlichen und räumlichen Zusammenhang mit den Fahreraufgaben steht, so dass sie der Fahrereigenschaft zugerechnet werden kann (vgl. auch Harbauer, ARB-Kommentar, 8. Aufl. § 21 ARB 2000 Rdnr. 34: hier wird die Fahrereigenschaft beim Ein- oder Aussteigen bejaht; vgl. auch die weiteren Beispiele in der Randnummer 35).

(...) In § 316a StGB geht es um einen Angriff auf ‚die Entschlussfreiheit des Führers eines Kraftfahrzeugs‘. Nach den ARB 2009 besteht die Mitversicherung für ‚alle Personen in ihrer Eigenschaft als berechtigte Fahrer‘. Fahrer im Sinne der ARB 2009 ist demnach nicht nur der Fahrzeugführer, sondern darüber hinaus jeder, der zumindest dem äußeren Anschein nach als Fahrer tätig ist und bei Ausführung einer Verrichtung, die mit dem bestimmungsgemäßen Betrieb des Fahrzeuges funktionell zusammenhängt, von einem Versicherungsfall betroffen wird (Harbauer, a.a.O. Rdnr. 33).“

Daraufhin korrigierte der Versicherer seine Entscheidung und gewährte Deckung im Rahmen des versicherten Opfer-Rechtsschutzes.

Gebäudeversicherung

Nur leicht grob?

Die Beschwerdeführerin wandte sich dagegen, dass der Beschwerdegegner die Leistung für einen Wasserschaden um 80 Prozent mit der Begründung kürzte, sie habe die Leitungen in ihrem renovierungsbedingt leerstehenden Haus nicht entleert und damit eine grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung begangen. Auf der Grundlage des Vorbringens der Parteien und eines vorgelegten Gutachtens kam der Ombudsmann zu der Überzeugung, dass die Kürzungsquote zu hoch



war und bat den Beschwerdegegner um Überprüfung seiner Regulierungsentcheidung. Zwar habe die Beschwerdeführerin ihre vertraglich vereinbarte Obliegenheit verletzt, indem sie die Leitungen in dem seit November 2013 leerstehenden Gebäude nicht entleert habe. Dafür, dass dies nicht grob fahrlässig geschehen sei, sei sie beweisbelastet. Dieser Beweis sei ihr nicht gelungen. Es bestünden jedoch Zweifel, ob das Verhalten der Beschwerdeführerin tatsächlich so nahe am Vorsatz liegt, wie es die Leistungskürzung um 80 Prozent zum Ausdruck bringe. Das Gebäude habe nicht, wie der Beschwerdegegner meinte, bereits im Jahr 2012 leer gestanden. Die Beschwerdeführerin habe das Gebäude zudem während des Leerstandes ausreichend beheizt. Dies habe sie anhand der Gasverbrauchsabrechnung belegt, wonach im maßgeblichen Zeitraum 10.536 kWh verbraucht wurden. Dass sie darüber hinaus die Leitungen hätte entleeren müssen, habe sie nicht gewusst. Ein Schreiben, in welchem sie über ihre Obliegenheiten belehrt worden sei, habe sie nicht erhalten. Der Ombudsmann sah unter Berücksichtigung der konkreten Umstände sowie der Tatsache, dass es zu keinem erheblichen Schaden gekommen ist, eine Kürzung der Versicherungsleistung um 25 Prozent als sachgerecht an.

Der Beschwerdegegner akzeptierte den Vorschlag. Auch die Beschwerdeführerin erklärte sich mit einer Kürzungsquote von 25 Prozent einverstanden und teilte dem Ombudsmann mit: „Vielen, vielen Dank für Ihre Hilfe in diesem Fall. Es ist toll, dass es Anlaufstellen wie Ihre gibt, die es Verbrauchern ermöglichen, ihre Rechte überprüfen zu lassen, ohne gleich einen Rechtsanwalt einschalten zu müssen.“

Reiseversicherung

Alles gecheckt?

Eine Beschwerdeführerin konnte eine Flugreise nicht antreten, da sie an einem akuten Wirbelsäulen-Syndrom mit Ischialgie und Sensibilitätsstörungen erkrankte. Sie stornierte den Flug, nachdem sie eine Woche vorher von zu Hause aus bereits online eingecheckt hatte. Der Versicherer lehnte die Erstattung der Stornokosten mit der Begründung ab, die Reise gelte als bereits angetreten, da die Beschwerdeführerin den Online-Check-in durchgeführt habe. Ein Reiserücktritt sei nicht mehr möglich. Durch das Ausdrucken der Bordkarte sei bereits eine Reiseleistung in Anspruch genommen worden. Aus der ebenfalls abgeschlossenen Reiseabbruchversicherung wollte der Versicherer aber auch nicht leisten, da durch das Ausdrucken der Bordkarte bereits die letzte Reiseleistung der Flugreise in Anspruch genommen worden sei, denn die Leistungen einer Flugreise könnten nicht in Einsteigen, Fliegen, Aussteigen und Gepäck abholen gestückelt werden.

Es stellte sich die Frage, in welchem Stadium sich die Flugreise bei der Stornierung unter rechtlichen Gesichtspunkten befand. Bei der altbekannten Methode des Check-ins ist die Abgrenzung nach der Rechtsprechung eindeutig: Das Einchecken am Schalter mit Gepäckaufgabe ist die Zäsur. Nur davor kann zurückgetreten werden, danach ist die Reise angetreten und kann nur noch abgebrochen werden. Die heutigen Methoden unter Nutzung verschiedener moderner Techniken machen die Abgrenzung schwieriger. Wie ist der Online-

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Check-in am Computer zu Hause zu beurteilen, auf dem Weg zum Flughafen mit dem Smartphone oder im Flughafen an den Self-Service-Automaten? Kommt es auf das ausgedruckte Ticket an oder genügt auch ein sogenannter QR-Code (Quick Response), der als Bilddatei auf mobile Geräte geschickt wird? Was ist bei Reisen nur mit Handgepäck?

Während des Beschwerdeverfahrens existierte noch wenig Rechtsprechung hierzu. Die einzige ersichtliche Entscheidung zum Online-Check-in-Verfahren stammte vom Amtsgericht Bremen. Es hatte mit Urteil vom 4. Juli 2013 (Az. 10 C 508/12) entschieden, dass das Ausdrucken der Bordkarte am eigenen Computer im Rahmen des Online-Check-ins nicht den Antritt der Reise darstellt. Dies entspricht auch der Auffassung des Ombudsmanns. Ein Online-Check-in kann dem Einchecken am Flughafen nicht gleichgestellt werden, denn beim Ausdrucken der Bordkarte am heimischen Computer begibt sich der Reisende noch nicht „auf die Reise“. Aus Sicht eines durchschnittlichen Versicherungsnehmers ist eine Reise frühestens dann angetreten, wenn sich der Reisende am Flughafen einfindet und der Fluggesellschaft seine Anwesenheit und Flugbereitschaft durch Vorlage entsprechender Unterlagen anzeigt.

Der Versicherer musste mit zwei umfangreichen Schreiben um Abhilfe angefragt werden. Nachdem schließlich auch sein Hinweis, der Ombudsmann solle sich mit der Beschwerde nicht befassen, da eine streitige, höchststrichterlich noch nicht entschiedene Frage entscheidungserheblich sei (§ 8 Absatz 2 der Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns), zurückgewiesen wurde, erklärte er die Abhilfe.

Kfz-Kaskoversicherung

Hartnäckige Mauer

Die Tochter des Beschwerdeführers hatte auf einem Parkplatz mit ihrem Pkw die Kurve zu eng genommen und stieß gegen eine Mauer. Bei dem anschließenden Versuch, von der Mauer wegzukommen, geriet das Fahrzeug weitere Male gegen die Mauer. Sie beschrieb das Geschehen folgendermaßen: „Nach dem Anstoß habe ich gestoppt und in dem Schreck dann das Lenkrad gedreht. Dann bin ich rückwärts gefahren und habe dabei bemerkt, dass ich nicht von der Mauer wegkomme, also bin ich wieder vorwärtsgefahren. (...) Ich hatte dabei aber immer das Gefühl, dass ich nur näher an die Mauer fahre und nicht, dass ich mich von ihr wegbewege. Ich bin dann letztendlich zu der Erkenntnis gekommen, dass ich mich nicht anders aus der Situation befreien kann als vorwärts zu fahren. Das habe ich auch getan.“

Der Versicherer wollte diesen Hergang nicht als einheitliches Schadenereignis anerkennen, mit der Folge, dass der Vertrag bei einer Regulierung mehrfach belastet worden wäre. Es erging folgender Hinweis des Ombudsmanns, der zur Abhilfe führte:

„Nach Prüfung der Unterlagen habe ich Bedenken, Ihre Haltung gegenüber dem Beschwerdeführer zu stützen. Für die Beantwortung der Frage, ob es sich um ein oder mehrere Schadenereignisse handelt, ist auf eine natürliche Betrachtungs-



weise abzustellen; anerkannt ist, dass dann, wenn ein versichertes Ereignis zu einem weiteren versicherten Ereignis führt, der Gesamtvorgang als ein einzelner Schaden anzusehen ist (OLG Hamm, Urteil vom 13. Juni 2012, recht + schaden 2012, 589, mit weiteren Nachweisen). (...) Nach der Schilderung hat sich die zum ersten Anstoß führende Situation bis zum Schluss auf die Schadenentstehung ausgewirkt. Dass für die jeweiligen Lenk- und Fahrbewegungen ein entsprechender Willensentschluss notwendig war, steht bei natürlicher Betrachtungsweise einem einheitlichen Schadenereignis nicht entgegen.“

Restschuldversicherung

Rechtliche Fragen bei der Wirksamkeit einer Klausel

Die Beschwerdeführerin, die früher bereits an Krebs erkrankt war, bestellte per Ratenkauf Waren bei einem Versandhandelsunternehmen. Sie schloss zugleich eine Restschuldversicherung ab („Einkaufs-Schutzbrief“) und ging davon aus, der Versicherer werde eventuelle Restzahlungen übernehmen, sollte sie schwer erkranken. Einige Monate später wurde bei der Beschwerdeführerin ein erneuter Ausbruch der Krebserkrankung diagnostiziert. Der Versicherer lehnte es ab, die restliche Verbindlichkeit zu übernehmen, und berief sich auf eine Klausel in den Versicherungsbedingungen. Danach ist in den ersten 24 Monaten der Versicherungsschutz für Versicherungsfälle ausgeschlossen, die im ursächlichen Zusammenhang mit ernstlichen Erkrankungen stehen, sofern diese der versicherten Person bei Vertragsschluss bekannt waren und wegen derer sie in den letzten 12 Monaten vor Beginn des Versicherungsschutzes ärztlich behandelt wurde.

Solche Klauseln sind nicht selten. Ob sie wirksam sind, war seit längerer Zeit umstritten. Der Bundesgerichtshof (BGH) hat eine vergleichbare Regelung einer Ratenschutzversicherung mit Urteil vom 10. Dezember 2014 wegen Intransparenz für unwirksam erklärt. Damit ist jedoch noch nicht geklärt, ob es nicht in besonderen Konstellationen treuwidrig ist, wenn ein Kunde unter Berufung auf die Unwirksamkeit einer derartigen Klausel Leistung verlangt. Dies könnte der Fall sein, wenn er den Versicherungsvertrag in Kenntnis einer äußerst schwerwiegenden Erkrankung abgeschlossen hat. Denn das Wesen eines Versicherungsvertrages ist es gerade, gegen ungewisse Ereignisse abzuschließen.

Umso erfreulicher ist, dass im Ombudsmannverfahren bereits vor dem erwähnten BGH-Urteil einvernehmliche Lösungen erzielt werden konnten. So auch im oben geschilderten Fall, in dem der Versicherer sich bereit erklärte, die Hälfte der Restschuld zu übernehmen. Der Ombudsmann übermittelte der Beschwerdeführerin das Angebot des Versicherers mit folgender Einschätzung: „Ich halte den Vergleichsvorschlag für eine angemessene Lösung. Die Klausel, auf die sich der Versicherer beruft, ist zwar nicht unumstritten, ich könnte im vereinfachten Ombudsmannverfahren aber nicht die Unwirksamkeit der Klausel feststellen, sondern nur deren Anwendung prüfen. (...) Nach den Angaben im vorläufigen Arztbrief aus dem X-Krankenhaus gab es jedoch bereits im Juli 2013 deutliche Anzeichen dafür, dass die Krebserkrankung wiederkehren würde. (...) Ich gehe deshalb davon aus, dass ich Ihnen zu keiner höheren Leistung des Versicherers verhelfen könnte.“

Dieser Fall zeigt einen nicht zu unterschätzenden Vorteil des Ombudsmannverfahrens: Der Ombudsmann ermöglicht den Verbrauchern durch seine neutrale, sachkundige und verständliche Darstellung über die Problemstellung sowie über die Durchsetzbarkeit der Ansprüche eine realistische Einschätzung ihrer Lage. Idealerweise kommt es dann in Kenntnis der Prozessrisiken sogar noch im Ombudsmannverfahren zu einer schnellen, einvernehmlichen Lösung. Das ist sogar möglich, wenn – wie hier – in der Sache nicht entschieden werden kann.

Hausratversicherung

Doppelter Einbruch?

Bei einem Wohnungseinbruch wurden Gegenstände der Wohnungsinhaberin, Frau W., sowie die einer befreundeten Dame, Frau G., die sich zeitweilig in der Wohnung aufgehalten hatte, entwendet. Der Hausratversicherer der Wohnungsinhaberin beauftragte einen Regulierer, der die betroffenen Sachen von Frau W., darunter Goldmünzen, Bargeld und Schmuck, auflistete. Der Wert wurde mit einem Sachverständigen abgeglichen und auf 8.400 Euro geschätzt. Im darauffolgenden Gespräch einigte man sich mit der Versicherungsnehmerin auf 9.000 Euro und schloss einen Abfindungsvergleich.

Frau G. meldete den Schaden ihrem Hausratversicherer. Der lehnte eine Leistung ab und verwies auf den Versicherer von Frau W. Dieser sei nach dem „Handbuch der Allgemeinen Sachversicherung“ vorleistungspflichtig, da es sich bei Frau G. nicht lediglich um eine Besucherin handelte. Dies tat Frau G., erhielt aber wiederum eine Ablehnung, da sie keinen eigenen Anspruch habe und außerdem die Entschädigungsleistungen durch den Abfindungsvergleich abschließend geregelt seien. Daraufhin legten beide Damen Beschwerde gegen ihre Versicherer ein.

Zunächst war zu prüfen, ob Frau W. durch den Abfindungsvergleich zugleich über die Versicherungsleistung zugunsten von Frau G. verfügt hatte. Abfindungsvergleiche sollen zwar ein strittiges oder unklares Rechtsverhältnis abschließend regeln; sie sind daher nicht allzu eng auszulegen. Wenn jedoch Ansprüche erkennbar überhaupt nicht bedacht wurden, kann dies anders sein; dann wäre der Anspruchswegfall unbillig. Dementsprechend schrieb der Ombudsmann (auszugsweise) an den Versicherer von Frau W.:

„Den Unterlagen, die als Grundlage zum Abschluss der Vergleichs- und Abfindungserklärung dienten, nämlich zum einen die Stehlgutaufstellung von Frau W. und die Regulierungsunterlagen von Herrn B., ergeben, dass hierin offensichtlich nur die Schmuckstücke bewertet und besprochen wurden, die im Eigentum Ihrer Versicherungsnehmerin standen. Hingegen – worauf ich Sie bereits aufmerksam gemacht habe – war in der Stehlgutaufstellung (Anm. gegenüber der Polizei) unter Position 9. die Schmucktasche im Eigentum von Frau G. genannt, also Ihrem Unternehmen bekannt. In der Aufstellung der zu entschädigenden Positionen, die in den Unterlagen von Herrn B. enthalten ist, werden alle anderen Schmuckstücke, aber nicht die von Frau G., genannt und bewertet. Diese Gegenstände sind daher nicht Teil der Vergleichs- und Abfindungserklärung, so dass Frau W.



auch nicht über diese nun verfügen konnte. Mir erscheint es daher zumindest treuwidrig, wenn Sie sich darauf berufen, dass die mit Frau G. befreundete Frau W. durch den Abschluss der Vergleichs- und Abfindungserklärung auch über die Ansprüche ihrer Freundin verfügt habe.“

Als nächstes war zu prüfen, ob die Regelung im Handbuch der Allgemeinen Sachversicherung im Verhältnis zu Frau G. eingriff. Dem war jedoch nicht so. Es handelt sich dabei um eine Vorgabe für das Innenverhältnis zwischen den betroffenen Versicherungsunternehmen für ihren internen Ausgleich. Die vertraglichen Ansprüche der Versicherungsnehmer können dadurch nicht erfasst werden.

Da die übrigen Anspruchsvoraussetzungen vorlagen, konnte Frau G. gegenüber ihrem Hausratversicherer Leistung aus dem Schadenfall verlangen. Ebenso bestand aber auch Versicherungsschutz aus dem Hausratvertrag von Frau W.

Der Ombudsmann wandte sich mehrfach an beide Versicherer und überzeugte sie schließlich von der Rechtslage. Dies gestaltete sich sehr aufwändig, da wiederholt Kontakt aufgenommen werden musste. Der Ombudsmann drängte auf eine Lösung zwischen den Versicherern und führte dazu aus:

„Kurz gesagt, aus beiden Verträgen besteht eine Leistungspflicht für den Frau G. gehörenden Schmuck. Dass es sich um einen versicherten Einbruchdiebstahl handelt und sich der Schmuck von Frau G. nur vorübergehend in der Wohnung von Frau W. befand, ist meines Erachtens unstrittig, so dass es lediglich auf die Höhe des Anspruchs ankommt.

Auch wenn der Schaden nach Aktenlage nicht vollumfänglich nachgewiesen sein sollte, was Sie in der Stellungnahme andeuten, bitte ich Sie und gleichzeitig auch die X-Versicherung sich nun zu einigen, wer die Versicherungsleistung erbringt. Wie dann der interne Ausgleich zwischen Ihren beiden Unternehmen erfolgt, ist nicht von mir zu beurteilen und für die Beschwerdeprüfung unerheblich. Bitte nehmen Sie daher umgehend Kontakt mit der X-Versicherung AG auf, die mit gleicher Post ein ähnlich lautendes Schreiben von mir erhält. Natürlich kann Frau G. nicht doppelte Entschädigungszahlung verlangen, sondern nur soweit ihr Anspruch insgesamt besteht. Angesichts der bereits verstrichenen Zeit seit dem Einbruchdiebstahl vom Oktober 2010 bitte ich um eine sehr kurzfristige Rückmeldung und um Beachtung des Umstands, dass im Falle einer (teilweise) zusprechenden Empfehlung auch die gesetzlichen Zinsen (§ 288 BGB) ab dem Zeitpunkt einbezogen werden können, zu dem sich die Beschwerdeführerin bei dem Ombudsmann beschwert hat (§ 13 VomVO).

Sicherlich muss Frau G. zumindest den Anspruch der Höhe nach beweisen, was erfahrungsgemäß recht schwierig ist, und es sind wohl auch nicht für alle Positionen in der Aufstellung von Frau G. Anschaffungsbelege vorhanden. Ich erlaube mir daher aus den vorgenannten Gründen und insbesondere aus Gründen der im Ombudsmannverfahren sehr wichtigen Streitschlichtung als Vergleichsvorschlag

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

bei Ihnen anzufragen, ob Sie an Frau G. wegen des in Rede stehenden Schadens einen Betrag von 3.500 Euro zuzüglich der gesetzlichen Zinsen zu erstatten bereit sind, um damit die Angelegenheit gütlich und endgültig beizulegen.“

Der Versicherer erklärte sein Einverständnis. Die Beschwerdeführerin dagegen meldete sich ein Dreivierteljahr nicht, legte dann aber Fotos und die Aufstellung eines Juweliers vor. Daraufhin zahlte der Versicherer 6.590 Euro aus, die vertragliche Höchstleistung in der Außenversicherung.

Privathaftpflichtversicherung

Kindlicher Übermut oder Vorsatz?

Der 12-jährige Sohn des Beschwerdeführers spielte mit der Nachbarstochter Fangen. Diese rannte ins Haus und schloss hinter sich die Tür zu. Der Junge schlug „im Affekt aus Wut“ mit der flachen Hand gegen die Glasscheibe auf seiner Höhe und brachte sie damit zu Bruch. Wegen vorsätzlichen Handelns lehnte der Versicherer den Versicherungsschutz ab. Der Junge habe den Schaden bewusst verursacht oder zumindest in Kauf genommen. Der Ombudsmann hatte gegen diese Bewertung Bedenken und erreichte mit folgendem Hinweis eine Abhilfe:

„Es ist anerkannt, dass Kinder, insbesondere aus dem Spiel heraus, einer momentanen Lust, eine bestimmte Handlung vorzunehmen, leichter nachgeben und dabei ein Verbot oder Gedanken an die negativen Folgen noch verdrängen können. Auch wenn der 12-jährige Sohn des Beschwerdeführers aus Wut gegen die Glasscheibe der Haustür schlug, so ist es doch naheliegend, dass dies aus einem spielbedingten Affekt oder Impuls heraus geschehen ist, weil er nun die Spielpartnerin, die die Tür zugeschlagen hatte, nicht mehr erreichen konnte. Die Kinder hatten Fangen gespielt. Der Sohn des Beschwerdeführers wird sich in diesem Moment keinerlei Gedanken über mögliche Risiken gemacht haben. Dagegen spricht auch, dass eine Beschädigung des Glases für ihn mit einer nicht unerheblichen Verletzungsgefahr verbunden gewesen wäre. Warum sollte der Sohn der Beschwerdeführerin bewusst dieses Risiko eingegangen sein?“

Rechtsschutzversicherung

Mehrfaches Head-Shaking

Die rechtsschutzversicherte Beschwerdeführerin erwarb für 2.200 Euro ein Reitpferd. Nach Übergabe stellte sie fest, dass das Pferd unter dem Head-Shaking-Syndrom litt. Erkrankte Tiere schlagen bei ausgeprägter Symptomatik stark mit dem Kopf oder versuchen, die Nase bzw. den Kopf am Boden, der Wand oder den Vorderbeinen zu reiben. Es handelt sich um eine nicht seltene Pferdekrankheit, die verschiedene Ursachen haben kann und oft schleichend beginnt.

Als die Beschwerdeführerin den Mangel erkannte, wollte sie den Kauf rückabwickeln und beantragte die vollständige Kostenübernahme ihrer Rechtsverfolgungskosten in der Auseinandersetzung mit der Verkäuferin. Zur Vermeidung eines Rechtsstreites schlossen die Parteien einen außergerichtlichen Vergleich. Danach hatte die Verkäuferin der Beschwerdeführerin 2.100 Euro Zug um Zug



gegen Rückgabe des Pferdes zu zahlen. Die Kosten des Rechtsstreites wurden gegeneinander aufgehoben, d. h., jeder hatte seine Kosten selbst zu tragen.

Der Versicherer übernahm nur 30 Prozent der Rechtsverfolgungskosten und begründete die Ablehnung im Übrigen damit, dass die im Vergleich vereinbarte Kostenregelung nicht dem Verhältnis des Obsiegens zum Unterliegen entsprach und damit einer entsprechenden Klausel des Rechtsschutzvertrages bzw. der Schadenminderungspflicht zuwiderlief.

Mit seinem Einwand zielte der Versicherer auf eine Regelung ab, wonach verhindert werden soll, dass der Rechtsschutzversicherte bei einem Vergleich eine ungünstigere Kostenregelung zu Lasten des Rechtsschutzversicherers trifft (hier: Kostenaufhebung), um in der Hauptsache (Rückzahlung des Kaufpreises) Vorteile eingeräumt zu bekommen. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass ein höherer Kostenerstattungsanspruch besteht, auf den (teilweise) verzichtet wird.

Nach Prüfung war in dieser Frage aber „der Kopf zu schütteln“. Nach Aktenlage stand nicht fest, dass sich die Verkäuferin bereits in Verzug mit der Hauptleistung befunden hatte, als die Beschwerdeführerin ihren Rechtsanwalt beauftragte. Ohne Verzug fehlte die Grundlage für einen Schadenersatzanspruch gegen die Verkäuferin, der die entstandenen Rechtsanwaltsgebühren umfasst. Insofern war kein materiell-rechtlicher Kostenerstattungsanspruch feststellbar, welcher der Beschwerdeführerin zustand und auf dessen Geltendmachung diese verzichtet haben könnte. Nach entsprechendem Hinweis übernahm der Versicherer die Rechtsverfolgungskosten vollständig.

Kfz-Kaskoversicherung

Wegen Einsatz des Navigationsgeräts das Ziel nicht erreicht

Der Beschwerdeführer lenkte sein Fahrzeug, während er das Navigationsgerät bediente, gegen die Leitplanke. Der Versicherer wandte grob fahrlässige Herbeiführung des Versicherungsfalls ein und kürzte seine Leistung um 25 Prozent. Dies erschien dem Ombudsmann nach Aktenlage zu hoch.

„Bei dieser Gelegenheit weise ich darauf hin, dass das Verhalten des Beschwerdeführers nur dann als grob fahrlässig bewertet werden kann, wenn er eine längere Zeit abgelenkt war. Ein kurzer Blick auf einen Stadtplan oder das Bedienen eines CD-Wechslers begründen ohne besondere Gefahrensituation für sich genommen noch nicht den Vorwurf der groben Fahrlässigkeit (vgl. LG Aschaffenburg, zfs 2005, 140; OLG Köln, NVersZ 2001, 26). Der von Ihnen genannten Entscheidung des LG Potsdam lag ebenso der Fall zugrunde, dass wegen eines vorangegangenen Überholmanövers eine besondere Aufmerksamkeit des Fahrers verlangt wurde. Konkrete Anhaltspunkte für eine die Aufmerksamkeit in besonderer Weise erfordernde Verkehrssituation sind den Unterlagen vorliegend nicht zu entnehmen. Mir ist bewusst, dass die Formulierung des Beschwerdeführers bei der von Ihnen zitierten Schadenmeldung auf eine längere Zeit der Ablenkung hindeuten kann. Soweit der Beschwerdeführer im Beschwerdeverfahren vorträgt, er habe die zuvor

eingeebene Strecke überprüft, ergibt sich daraus aber keine bestimmte zeitliche Eingrenzung. Die Beweislast für grobe Fahrlässigkeit tragen Sie. Im Ergebnis sehe ich deshalb durchaus ein gewisses Risiko bei Ihnen, weshalb ich auch um Prüfung bitte, ob der Beschwerde nicht doch abgeholfen oder zumindest eine verbesserte Quote angeboten werden kann.“

Dem folgte der Versicherer und senkte den Abzug auf 10 Prozent.

Unfallversicherung

Sekundenschlaf als Bewusstseinsstörung

In folgendem Fall ging es darum, ob ein Unfall in einem Zustand der „Bewusstseinsstörung“ verursacht wurde mit der Folge, dass kein Versicherungsschutz bestand. Er zeigt zugleich die Problematik unbestimmter Rechtsbegriffe, die der Auslegung bedürfen und insbesondere dann, wenn sie – wie hier – fachspezifischer Natur sind, Entscheidungsspielräume eröffnen:

„Sie möchten sich mit Ihrer Beschwerde gegen die Entscheidung des Versicherers wehren, Ihnen wegen des Verkehrsunfalls vom (...) keine Versicherungsleistung aus der für Sie damals bestehenden Unfallversicherung zur Verfügung zu stellen. Sie fuhren mit Ihrem Fahrzeug gegen eine Mauer, nachdem Sie kurzzeitig eingeschlafen waren, es Ihnen also ein sogenannter Sekundenschlaf kurzzeitig nicht ermöglichte, sich risikogerecht im Straßenverkehr zu verhalten. Der Versicherer lehnte daraufhin eine Zahlung ab und berief sich auf den Ausschlusstatbestand der Ziffer 5.1.1 der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2000). Demnach besteht kein Versicherungsschutz für Unfälle der versicherten Person, die durch eine Bewusstseinsstörung bedingt sind.

Um das Ergebnis meiner Überprüfung vorausszuschicken, muss ich Ihnen mitteilen, dass ich den Versicherer nicht dazu verpflichten kann, Ihnen wegen dieses Unfalls Leistungen zur Verfügung zu stellen.

Dieses für Sie sicher unbefriedigende und enttäuschende Ergebnis hängt damit zusammen, dass sich der Versicherer auf den zuvor genannten Ausschlusstatbestand beziehen kann, auch wenn ich mit Ihnen davon ausgehe, dass keine krankhaft bedingte Bewusstseinsstörung während der ärztlichen Behandlungsphase festgestellt wurde. Richtig ist sicher auch, dass allgemeine Müdigkeit keine Bewusstseinsstörung darstellt, da hier das Krankheitsbild fehlt; es ist völlig normal, in bestimmten Situationen einmal müde zu sein, beispielsweise durch besondere Beanspruchung vorangegangener Tage. Eine Schlafapnoe – sprich ein sogenannter Sekundenschlaf – bewegt sich hingegen nicht mehr im Bereich des Normalen, auch wenn ich Ihnen natürlich wünsche, dass es sich in Ihrem Fall um eine einmalige, durch keine Krankheit bedingte Ausfallerscheinung handelte. Das Landgericht Hannover hat in einem Fall mit ähnlicher Thematik entsprechend entschieden, dass hier eine Bewusstseinsstörung im versicherungsrechtlichen Sinne angenommen werden muss (vgl. LG Hannover, Fachzeitschrift „Recht und Schaden“ 1997, Seite 481). Diese Rechtsauffassung teile ich, denn wenn es einem Menschen nicht



gelingt, trotz Müdigkeit wach zu bleiben, obwohl es die sehr gefährliche Situation des Straßenverkehrs generell erfordert, hellwach und reaktionsbereit zu sein, kann ich nicht von normgerechten körperinternen Vorgängen ausgehen, sondern von einer Bewusstseinsstörung, die es Ihnen in dem damaligen Moment nicht gestattet hat, sich angemessen der Situation zu verhalten.“

Gebäudeversicherung

Keine Beratung ohne Dokumentation

Der Beschwerdeführer hatte seine Wohngebäudeversicherung beim gleichen Versicherer auf eine neue Tarifgeneration umgestellt. Danach war der bisher ausdrücklich einbezogene Carport nicht mehr mitversichert. Dies stellte der Beschwerdeführer erst fest, nachdem es zu einem Hagelschaden an Wohnhaus und Carport gekommen war, der Versicherer die Regulierung des Schadens am Carport aber verweigerte. Der Beschwerdeführer rügte, dass der Carport bei der Umstellung aus dem Vertrag herausgenommen wurde, ohne dass er davon Kenntnis hatte. Im Ombudsmannverfahren legte der Versicherer eine Stellungnahme des Versicherungsvertreters vor, der die Umstellung vorgenommen hatte. Dieser erklärte, er könne sich nicht mehr erinnern, was er dem Beschwerdeführer auf die Frage nach der Mitversicherung des Carports erwidert habe. Im Beratungsprotokoll war unter der Rubrik „Beratung/Information“ („Auf der Grundlage der aus dem beiliegenden Antrag ersichtlichen Angaben zur Art des Wohngebäudes erfolgte eine Beratung zu folgenden Wünschen und Bedürfnissen“) das Kästchen „Mitversicherung von Garagen/Carports, Anbauten, Nebengebäude“ nicht angekreuzt. Die Beschwerdegegnerin trug vor, da hinsichtlich einer etwaigen Mitversicherung des Carports keine Wünsche oder Bedürfnisse des Beschwerdeführers angekreuzt worden seien, sei ein Beratungsfehler nicht zu erkennen.

Der Ombudsmann wies die Beschwerdegegnerin darauf hin, dass sich aus dem Beratungsprotokoll, in dem der Vermittler den wesentlichen Inhalt insbesondere zu Beweis Zwecken dokumentieren soll, ergebe, dass die Mitversicherung des Carports gar nicht Gegenstand der Beratung gewesen sei. Die Herausnahme aus dem Vertrag hätte aber nur nach entsprechender Beratung erfolgen können. Daraufhin half die Beschwerdegegnerin der Beschwerde ab.

Kfz-Haftpflichtversicherung

Sonderkündigung nach Anpassung der Schadenfreiheitsklasse

Der Beschwerdeführer wechselte den Kfz-Haftpflicht-Versicherer. Der Vertrag wäre bei dem Vorversicherer von der Schadenfreiheitsstufe 6 nach einem regulierten Schadenfall im neuen Versicherungsjahr in die Schadenfreiheitsklasse 2 eingestuft worden. Entsprechend beantragte der Beschwerdeführer auch bei der Beschwerdegegnerin für das kommende Versicherungsjahr diese Schadenfreiheitsklasse. Der neue Versicherer legte zunächst die Schadenfreiheitsklasse 2 zugrunde, korrigierte aber die Einstufung aufgrund der Meldung des Vorversicherers über den Vertragsverlauf in die für den Beschwerdeführer ungünstigere Schadenfreiheitsklasse ½. Dies war aufgrund der – von denen des Vorversicherers abweichenden – Versicherungsbedingungen zutreffend.

Durch die Rückstufung erhöhte sich der Beitrag deutlich. Entgegenkommenderweise räumte die Beschwerdegegnerin ihrem neuen Kunden deshalb (ohne rechtliche Verpflichtung) ein Sonderkündigungsrecht ein. In dem standardisierten Text des Versicherers hieß es hierzu: „Wegen der Abweichung räumen wir Ihnen ein außerordentliches Kündigungsrecht von 14 Tagen nach Erhalt dieses Schreibens ein.“ (...) „Bitte bedenken Sie, dass wir Ihrem neuen Versicherer lediglich die schadenfreien Zeiten weitergeben können, die uns von Ihrem Vorversicherer bestätigt wurden.“

Der Beschwerdeführer kündigte den Vertrag. Dem Nachversicherer meldete die Beschwerdegegnerin aber nicht die Schadenfreiheitsklasse 6 mit einem belastenden Schaden, sondern die Schadenfreiheitsklasse ½ weiter. Hiergegen richtete sich die Beschwerde. Diese wies die Beschwerdegegnerin zunächst mit dem Hinweis auf ihre Versicherungsbedingungen zum Punkt „Auskünfte über den Schadenverlauf“ zurück.

Der Ombudsmann hielt der Beschwerdegegnerin vor, dass das Sonderkündigungsrecht bei dieser Praxis keinen Sinn mache. Dem Beschwerdeführer sei es erkennbar darum gegangen, einen Versicherer zu finden, der ihm aufgrund des Vertragsverlaufes (Schadenfreiheitsklasse 6 + 1 belastender Schaden) für das neue Versicherungsjahr die vertragliche Schadenfreiheitsklasse 2 zugesteht (wie es auch sein ursprünglicher Versicherer getan hätte). Dies war bei der weitergegebenen Verlaufsbescheinigung aber gerade nicht möglich. Zudem passe diese nicht zu der Zusicherung im Zusammenhang mit dem Sonderkündigungsangebot, wonach nur das weitergegeben werde könne, was der Vorversicherer bestätigt habe.

Der Versicherer half daraufhin der Beschwerde ab und kündigte an, den standardisierten Text im Zusammenhang mit Sonderkündigungsangeboten zu überarbeiten.

Lebensversicherung

Echter oder unechter Betrag?

Der verstorbene Ehemann der Beschwerdeführerin hatte drei Lebensversicherungsverträge auf sich abgeschlossen. Der Versicherer zahlte der Witwe die Todesfalleistungen aus, brachte aber zu zwei Verträgen zukünftige Beiträge in Höhe von 1.861,31 und 756,29 Euro in Abzug. Die Beschwerdeführerin wunderte sich über die unterschiedlichen Abrechnungsmethoden, empfand dies als ungerecht und beschwerte sich.

Der Ombudsmann forderte mit der Stellungnahme die Vertragsunterlagen vom Versicherer an und prüfte die Rechtslage. Unabhängig vom Eintritt des Versicherungsfalls ist in der Regel die vereinbarte Prämie bis zum Ende der Versicherungsperiode zu zahlen. Das Versicherungsvertragsgesetz (VVG) gibt als Standard ein Jahr vor, es sind aber auch kürzere Zeitabschnitte möglich. Fraglich war, welche Versicherungsperiode jeweils im Vertrag festgelegt war.



Zu allen Verträgen des verstorbenen Ehemanns war eine monatliche Bezahlung der Prämien vereinbart. Allein aus diesem Umstand ergab sich jedoch noch nicht die Versicherungsperiode. Denn der Zahlungsrhythmus, in dem der Beitrag oder Teile davon zu entrichten sind, kann mit der Versicherungsperiode einhergehen, muss es aber nicht.

Vorliegend gab es Unterschiede in den Vertragsunterlagen, obwohl die Verträge den gleichen Beginn hatten. Bei dem Vertrag ohne Abzug waren der Beitrag für die Versicherungsperiode und der monatliche Beitrag mit 78 DM gleich hoch. Somit dauerte die Versicherungsperiode einen Monat. Es handelte sich dementsprechend um einen „echten Monatsbeitrag“.

Dagegen waren bei beiden anderen Verträgen Jahresbeiträge vereinbart. Beispielsweise betrug der Vertragsbeitrag bei einem davon 888 DM, der in monatlichen Raten von 77,70 DM ausgewiesen war, also jährlich einschließlich Ratenzahlungszuschläge 932,40 DM betrug. Es handelte sich also um einen „unechten Monatsbeitrag“. Gemäß § 4 Absatz 3 der zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen wird der Jahresbeitrag zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres fällig. Dort heißt es weiter, dass bei Fälligkeit der versicherten Leistung noch nicht gezahlte Raten des laufenden Versicherungsjahres von der Leistung in Abzug gebracht werden.

Diese Regelung widerspricht nicht § 39 Absatz 1 VVG, wonach bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses vor Ablauf der Versicherungsperiode dem Versicherer für diese Versicherungsperiode nur derjenige Teil der Prämie zusteht, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat. Nach der Gesetzesbegründung bezieht sich dies ausdrücklich auf „außerplanmäßige“ Vertragsbeendigungen, als Beispiele werden Rücktritt und Kündigung angeführt. Dies hat inzwischen auch der Bundesgerichtshof klargestellt (Hinweisbeschluss vom 23.07.2014 – IV ZR 204/13 –).

Somit war der Anspruch des Versicherers auf den Jahresbeitrag durch den Tod des Ehemannes der Beschwerdeführerin für diese Verträge nicht erloschen, so dass dem Versicherer noch die Raten bis zum Ende der Versicherungsperiode zustanden. Die Abzüge erfolgten somit zu Recht. Dies erläuterte der Ombudsman der Beschwerdeführerin, wobei er für ihren zunächst eingenommenen Standpunkt großes Verständnis zeigte. Schließlich kann bei derartigen vertraglichen „Feinheiten“, mag auch eine rechtliche Prüfung ein eindeutiges Ergebnis bringen, nicht erwartet werden, dass dem Versicherungsnehmer diese Differenzierung allein anhand der unterschiedlich ausgewiesenen Beträge offenkundig wird.

Kfz-Haftpflichtversicherung

Feinregionalisierte Region

Der Versicherer erhöhte den Versicherungsbeitrag für das Fahrzeug des Beschwerdeführers aufgrund eines Umzugs. Er berief sich dabei auf die Änderung eines beitragsrelevanten Tarifierungsmerkmals. Diese Merkmale führte der Versi-

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

cherer abschließend im Nachtrag zum Versicherungsschein auf. Dort hieß es unter anderem: „Die Anschrift des Fahrzeughalters wurde berücksichtigt.“

Dass sich der Wohnort des Fahrzeughalters auf den Beitrag auswirkt, ist völlig marktüblich. Gesteuert wird dies über die Regionalklasse. Sie ist neben der Typklasse, in der nach Fahrzeugtypen unterschieden wird, ein wichtiges Risikomerkmale in der Kfz-Haftpflichtversicherung.

Im vorliegenden Fall änderte sich die Regionalklasse des versicherten Fahrzeugs aber durch den Umzug gerade nicht. Der Mehrbeitrag beruhte vielmehr auf einer „Feinregionalisierung“, wie der Versicherer ausführte. Zusätzlich zur Regionalklasse ziehe er interne und externe Bestandsdaten zur Beitragsermittlung heran, die er als Ab- oder Zuschlag auf die aus einer Regionalklasse ermittelten Beiträge berücksichtigt. Allerdings enthielten weder die Versicherungsbedingungen (AKB) noch andere Vertragsunterlagen Hinweise auf eine doppelte Berücksichtigung des Wohnortes. Zudem war nicht offengelegt, nach welcher Methode diese Ab- oder Zuschläge ermittelt und durch wessen Entscheidung sie festgelegt wurden. Seine Zweifel an der Rechtmäßigkeit des Vorgehens äußerte der Ombudsmann wie folgt:

„Ohne eine solche Klarstellung habe ich Bedenken hinsichtlich der Transparenz dieser Regelung. Sie berufen sich in der Korrespondenz auf K.3 AKB, wonach eine Beitragsänderung nach einem Wohnsitzwechsel erfolgen kann, wenn das Fahrzeug durch den Fahrzeugwechsel einer anderen Regionalklasse zugeordnet werden kann. Der Umzug der Beschwerdeführerin zog aber nach Aktenlage gerade keinen Wechsel der Regionalklasse nach sich. Der durchschnittliche um Verständnis bemühte Versicherungsnehmer wird das Tarifierungsmerkmal ‚Die Anschrift des Fahrzeughalters wurde berücksichtigt‘ ohne weitere Klarstellung auch allein im Zusammenhang mit der Zuordnung der Regionalklasse verstehen.“

Der Versicherer half danach der Beschwerde ab und sagte gleichzeitig zu, an geeigneter Stelle eine Klarstellung seiner AKB vorzunehmen.



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). Wegen der vom Gesetzgeber übertragenen Aufgabe für Vermittlerbeschwerden haben die Mitglieder im Jahr 2007 den Vereinszweck auf die Förderung der außergerichtlichen Streitbeilegung zwischen Versicherungsvermittlern oder Versicherungsberatern und Versicherungsnehmern im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen erweitert.

Nach der Vereinssatzung (siehe 5.3) können der GDV und dessen Mitgliedsunternehmen in den Verein aufgenommen werden. Zum 31. Dezember 2014 hatte der Verein 284 (Vorjahr: 286) 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 nicht vereinsrechtlicher Natur ist. Gleichwohl sind die Besetzung des Gremiums und seine Befugnisse in der Satzung des Vereins geregelt. Der Beirat setzte sich im Berichtsjahr aus Vertretern der Mitgliedsunternehmen, von Verbraucherorganisationen, der Versicherungsaufsicht, der Wissenschaft sowie der Bundestagsfraktionen zusammen (siehe 3.5). Seit 2009 sind auch zwei Vertreter der Versicherungsvermittler Mitglieder im Beirat.

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, als herausragende Kennzeichen dieser Schlichtungsstelle der Versicherungswirtschaft gesehen werden.



Professor 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 Ombudsmann folgte er auf Professor Wolfgang Römer, den ersten Ombudsmann 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 Vereinsatzung 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 Ombudsmann nicht verjähren und der Spruch des Ombudsmanns unter bestimmten Voraussetzungen für die Versicherer verbindlich ist. Die Verbraucher können das Verfahren in Anspruch nehmen, ohne selbst durch die Einlegung der Beschwerde eine Verpflichtung oder ein Kostenrisiko einzugehen.

Weitere Aufgaben wurden dem Ombudsmann auf gesetzlicher Grundlage zugewiesen. Seit dem Jahr 2005 ist der Versicherungsombudsmann zuständig für die Schlichtung von Verbraucherstreitigkeiten aus Versicherungsverträgen, die unter ausschließlicher Verwendung von Fernkommunikationsmitteln, sogenannten Fernabsatzverträgen, zustande gekommen sind. Der Gesetzgeber hatte unter anderem 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 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 das Verfahren für 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 Gesetz zur Neuregelung des Vermittlerrechts (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 jetzt in § 214 Absatz 1 Nr. 2 genannt. Danach können privatrechtlich organisierte Einrichtungen als Schlichtungsstellen zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten zwischen Versicherungsvermittlern oder Versicherungsberatern und Versicherungsnehmern im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen anerkannt werden. Wie bereits in der Begründung des Regierungsentwurfs zum Vermittlergesetz erwähnt,

3 EINZELHEITEN ZUR SCHLICHTUNGSSTELLE

wurde der Versicherungsombudsmann e. V. mit dieser Aufgabe betraut. Die Mitgliederversammlung hat nach vorherigem Beschluss des Beirats eine eigene Verfahrensordnung für Beschwerden gegen 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.

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 seine 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 bis zu 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. Über die Mitarbeiter übt er ein fachliches Weisungsrecht aus; dies ist in § 15 der Satzung verankert. Zudem wird er bei der Einstellung und Entlassung von Personal 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 15 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

3 EINZELHEITEN ZUR SCHLICHTUNGSSTELLE

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 haben 21 juristische Referenten den Ombudsmann unterstützt.

Weiter beschäftigt der Verein Mitarbeiter im Sekretariat und in der Verwaltung. Einschließlich der Teilzeit- und Aushilfskräfte waren zum Ende des Berichtsjahres 46 Personen beim Versicherungsombudsmann e. V. angestellt (Mitarbeiter in Elternzeit sind unberücksichtigt). Seit einer im Jahr 2006 vollzogenen Neuorganisation der Schlichtungsstelle sind sämtliche Tätigkeiten im Verein konzentriert.

Die effiziente Bearbeitung von jährlich bis zu 20.000 Beschwerden erfordert eine gute Organisation. Dazu gehört ein EDV-Programm, das alle wichtigen Informationen zu einem Beschwerdeverfahren aufnimmt und den Mitarbeitern schnell und zuverlässig zugänglich macht. Dadurch wird gewährleistet, dass keine relevanten Erkenntnisse verlorengehen und den Beteiligten des Beschwerdeverfahrens bei Bedarf zügig die zutreffende Auskunft erteilt werden kann. Diese Anforderungen erfüllt das eigens für die Schlichtungsstelle entwickelte EDV-Programm „Ombudat“. Es unterstützt die Mitarbeiter bei allen Schritten der Beschwerdebearbeitung und informiert über sämtliche ein- und ausgehenden Mitteilungen. Außerdem ermöglicht das Programm den Referenten, frühere Beschwerdefälle zu finden, die bei einer aktuell anstehenden Entscheidung berücksichtigt werden sollten. All das trägt zur hohen Bearbeitungsqualität der Beschwerden bei und sorgt auch für die notwendige Effizienz.

3.3 Vereinsmitglieder und Mitgliederversammlung

Der Versicherungsombudsmann e. V. ist der Trägerverein der Schlichtungsstelle. Nach der Vereinssatzung (siehe 5.3) können der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. und dessen Mitgliedsunternehmen in den Verein aufgenommen werden. Am 31. Dezember 2014 hatte der Verein 284 (Vorjahr: 286) Mitglieder. Vereinsbeiträge 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 stattfindet. Zu den Aufgaben der Mitgliederversammlung zählen unter anderem 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 durch einen Wirtschaftsplan festgestellten Finanzbedarf.



Diese Umlage wird auf alle Mitglieder aufgeteilt, wobei die Beitragshöhe für jedes einzelne Mitglied von dem 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. November 2014 fand die ordentliche Mitgliederversammlung unter Leitung des Vorstandsvorsitzenden, Dr. Wolfgang Weiler, in Berlin statt. Professor Günter Hirsch berichtete über die Beschwerdebearbeitung der zurückliegenden 12 Monate, informierte über Änderungen der Rechtsprechung und über nationale wie internationale Entwicklungen in der Gesetzgebung. Danach nahm die Mitgliederversammlung den Bericht des Geschäftsführers, Dr. Horst Hiort, entgegen. Die Entwicklung der Beschwerdebearbeitung aus statistischer Sicht und verschiedene organisatorische Fragen der Schlichtungsstelle bildeten den Schwerpunkt seiner Ausführungen.

Schließlich wurde eine vom Vorstand vorbereitete Satzungsänderung über die Zusammensetzung des Beirats beraten und beschlossen. Dadurch änderte sich die in § 12 der Satzung geregelte Besetzung durch Vertreter der Fraktionen im deutschen Bundestag (Vertreter des öffentlichen Lebens). In Abkehr von der namentlichen Bezeichnung der Fraktionen wird nun allein auf deren Größe abgestellt. Die vorherige Formulierung zog bei größeren Veränderungen der Bundestagszusammensetzung die Korrektur der Satzung nach sich. Dies war bereits bei dem Einzug der Partei DIE LINKE. in den Bundestag der Fall und hat sich beim Ausscheiden der FDP bei der Bundestagswahl 2013 wiederholt. Um dies künftig zu vermeiden, formulierte der Vorstand eine „selbststeuernde“ Regelung. Durch Bezugnahme auf die jeweils im Bundestag vertretenen Fraktionen sowie eine Sitzvergabe nach Größe ergibt sich die Verteilung direkt aus der Formulierung. Einer Anpassung auf die Verhältnisse nach Bundestagswahlen bedarf es dann nicht mehr. Die neue Fassung ist unter 5.3 abgedruckt. Der Änderungsvorschlag wurde zuvor dem Beirat zur Beratung vorgelegt und von diesem zur Kenntnis genommen, obwohl die Satzung eine Beteiligung des Gremiums nicht vorsieht.

Auch die übrigen Tagesordnungspunkte wurden antragsgemäß beschlossen. Die Mitglieder genehmigten den Jahresabschluss 2013 und entlasteten den Vorstand sowie den Geschäftsführer. Weiter beschlossen sie den vom Vorstand aufgestellten Wirtschaftsplan, die Mitgliederumlage für das Geschäftsjahr 2015 und wählten die ehrenamtlichen Rechnungsprüfer für die Geschäftsjahre 2015 und 2016.

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 müssen zum Zeitpunkt ihrer Wahl dem Organ eines Vereinsmitglieds angehören und werden für die Dauer von vier Jahren gewählt. Sie üben ihr Amt ehrenamtlich aus. Den Vorsitzenden wählt der Vorstand aus dem Kreis seiner Mitglieder.

Die Amtsperiode des Vorstands begann am 14. November 2012. Die Zusammensetzung des Gremiums änderte sich im Berichtsjahr nicht und kann der Aufstellung im Anhang unter 5.5 entnommen werden. Den Vorsitz im Vorstand führt Dr. Wolfgang Weiler, Vorstandssprecher der HUK-COBURG Versicherungsgruppe.

Vorstandssitzungen fanden am 10. April und am 10. Juli 2014 statt. Der Vorstand befasste sich in beiden Sitzungen mit dem Bedarf und den Möglichkeiten einer Anpassung der Satzungsregelung zur Besetzung des Beirats. Anlass war eine Auswirkung der Bundestagswahl 2013. Damals war der Beiratssitz der FDP-Fraktion entfallen, weil deren Wählerstimmen nicht die Fünfprozenthürde erreichten und die Partei deshalb nicht in den Bundestag einzog. Da jedoch die im Berichtsjahr noch gültige Fassung in § 12 die Fraktionen namentlich benannte, zeigte sich wieder die Schwäche der konkreten Bezeichnung: Sie macht bei Veränderungen der Parteienlandschaft im Bundestag die Anpassung der Satzung erforderlich. Dies war bereits bei dem Einzug der Partei DIE LINKE. in den Bundestag der Fall.

Der Vorstand kam nach eingehenden Beratungen zu dem Schluss, dass eine „selbststeuernde“ Formulierung sachgerechter wäre. Durch Bezugnahme auf die jeweils im Bundestag vertretenen Fraktionen sowie eine Sitzvergabe nach Größe soll sich die Verteilung jeweils direkt aus der Formulierung ergeben. Einer Anpassung auf die Verhältnisse nach Bundestagswahlen bedarf es dann nicht mehr. Den unter dieser Maßgabe entwickelten Änderungsvorschlag brachte der Vorstand in den Beirat zur Beratung und in die Mitgliederversammlung zur Beratung und Abstimmung ein. Darüber hinaus stellte der Vorstand den Jahresabschluss des Vereins für das Geschäftsjahr 2013 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 2015.



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

Der Geschäftsführer ist Personalvorgesetzter aller Mitarbeiter und verantwortlich für die Organisation. Auch die Überwachung der Beschwerdebearbeitung im Verständnis 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 in der Ausübung seiner Tätigkeit. Die Ungebundenheit des Ombudsmanns bei der Entscheidung von Beschwerden sowie seine von den Beschwerdeparteien wahrgenommene Neutralität sind unverzichtbar zur Erfüllung der Schlichtungsaufgabe. 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.

Die Versicherungswirtschaft hat bereits bei Gründung der Schlichtungsstelle durch Einrichtung des Beirats 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, begleiten die Arbeit des Ombudsmanns und haben dadurch Einblick in seine Amtsausübung. Es gehört zu den satzungsgemäßen Aufgaben des Beirats, den Bericht des Ombudsmanns 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 Ombudsmannbescheide den im Verfahren „Unterlegenen“ zu überzeugen vermögen.

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 2012.

Der Beirat besteht 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 im Berichtsjahr.



Den Vorsitz im Beirat führt Prof. Dr. Dr. h. c. mult. Jürgen Basedow, LL.M. (Harvard Univ.), Direktor des Max-Planck-Instituts für ausländisches und internationales Privatrecht, Hamburg. Er ist ein auch international anerkannter Rechtswissenschaftler, zu dessen Forschungsgebieten das Versicherungsrecht gehört. Professor Basedow wurden mehrfach Ehrendoktorwürden verliehen, u. a. von der Universität Stockholm. Weiter hält er eine Ehrenprofessur der Jiaotong-Universität Xi'an (China). Er war Mitglied der von der Bundesjustizministerin berufenen Kommission zur Reform des deutschen Versicherungsvertragsgesetzes und der von der Europäischen Kommission eingesetzten Expertengruppe zum Versicherungsvertragsrecht.

Der Beirat tagte am 30. Oktober 2014 in Berlin. Er nahm zunächst den Bericht von Professor Hirsch entgegen und diskutierte Fragen und Probleme, die sich im Zusammenhang mit der Beschwerdebearbeitung gezeigt hatten. Anschließend berichtete Dr. Hiort über die Organisation, die Beschwerdestatistik und weitere Themen rund um die Schlichtungsstelle. Schließlich wurde die vom Vorstand vorbereitete Satzungsänderung über die Zusammensetzung des Beirats vorgestellt, die der folgenden Mitgliederversammlung zur Beschlussfassung vorgelegt werden sollte. Der Beirat nahm den Vorschlag zur Kenntnis und regte noch eine Formulierungsänderung zur Konkretisierung der Regelung an.

In Folge der Wahl zum 18. Deutschen Bundestag kam es im Berichtsjahr zu einigen personellen Veränderungen bei den Vertretern des öffentlichen Lebens. Die Beiratsmitglieder Bernhard Brinkmann, SPD, Ingrid Hönlinger, Bündnis 90/Die Grünen, Harald Koch, DIE LINKE., und Ute Kumpf, SPD, schieden im Laufe des Berichtsjahres aus.

In den Beirat traten erstmalig ein: Susanna Karawanskij, DIE LINKE., Nicole Maisch, Bündnis 90/Die Grünen, Mechthild Rawert, SPD, und Dennis Rohde, SPD.

Die Zusammensetzung des Beirats zum Ende des Berichtsjahres kann der Aufstellung im Anhang unter 5.4 entnommen werden.

3 EINZELHEITEN ZUR SCHLICHTUNGSSTELLE

3.6 Besuch von Bundesminister Heiko Maas



Bundesminister Heiko Maas informierte sich im Berichtsjahr ausführlich über die Arbeit des Versicherungsombudsmanns. Auf Initiative des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) fand im Oktober ein Gespräch in den Räumen der Schlichtungsstelle statt. Das Treffen stand im

Zusammenhang mit der EU-Richtlinie zur flächendeckenden Einführung alternativer Streitbeilegung, deren Umsetzung in deutsches Recht dem BMJV federführend obliegt (vgl. unter 2.5). Begleitet wurde der Minister von Staatssekretär Gerd Billen und drei weiteren Beamten des Ministeriums.

Der Minister ließ sich von Ombudsmann Professor Hirsch und Geschäftsführer Dr. Hiort den Aufbau und die Finanzierung der Schlichtungsstelle erläutern. Zusammen mit zwei Mitarbeiterinnen und einem Mitarbeiter berichteten sie über die Beschwerdethemen sowie die Arbeitsweise der Institution. Von besonderem Interesse waren die Erfahrungen im direkten Kontakt mit den Verbrauchern, beginnend mit der Beschwerdeeinlegung über die häufig telefonische Klärung des Beschwerdeanliegens und der Nachfragen der Beschwerdeführer bis hin zu deren Reaktionen auf die Entscheidungen des Ombudsmanns. Sie bestätigen,



dass viele Verbraucher den Ombudsmann anrufen, wenn sie eine Entscheidung des Versicherers für falsch halten oder nicht verstehen, aber nicht vor Gericht ziehen würden, wenn es die Schlichtungsstelle nicht gäbe. Im Hinblick auf die Kritik an der angeblichen „Schattenjustiz“ der Schlichtungsstellen war auch die



Erläuterung bedeutsam, dass keineswegs alle Beschwerden als gerichtliche Klagen zulässig wären. Denn häufig geht es nicht um die Entscheidung von Rechtsfragen, sondern um die laienverständliche Erläuterung der Rechtslage.



Es wurde deutlich, dass die Ausgestaltung und die Praxis der Schlichtungsstelle der Versicherungswirtschaft die politische Bewertung des außergerichtlichen Zugangs zum Recht als effektive Ergänzung des materiellen Verbraucherschutzes stützt. Insgesamt wurde fast zwei Stunden referiert und rege diskutiert. Dabei zeigten sich der Minister und sein Staatssekretär sehr interessiert und bestens informiert. Auch die Einschätzungen von Professor Hirsch zu Einzelheiten der Richtlinie und deren Umsetzung fand große Beachtung des Ministers.

Über das Treffen berichtete das Ministerium tags darauf auf der Startseite seiner Homepage.¹ In dem Text findet sich folgendes Zitat des Ministers:

„In vielen Konfliktsituationen ist eine professionelle Streitschlichtung ein sehr sinnvolles Instrument. Schlichtung trägt dazu bei, dass Beschwerden und Probleme schnell und zufriedenstellend gelöst werden können. Deshalb wollen wir Streitschlichtung in Zukunft ausbauen. Der Versicherungsombudsmann ist dabei ein Vorbild für effektiven Verbraucherschutz.“



¹ http://www.bmfv.de/SharedDocs/Kurzmeldungen/DE/2014/20141014_Schlichtungsstelle.html?nn=1468620

3 EINZELHEITEN ZUR SCHLICHTUNGSSTELLE

3.7 Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Der Ombudsmann repräsentiert die Schlichtungsstelle in der Öffentlichkeit. Durch ihn erhält sie ihr unverwechselbares Gesicht. Nach außen wird daher in erster Linie der Ombudsmann selbst und weniger der Verein oder die gesamte Organisation wahrgenommen. Diese Konzentration auf eine Person trägt sicher nicht unwesentlich dazu bei, dass Verbraucher ihr Anliegen dem Ombudsmann mit großem Vertrauen in seine Schlichtungstätigkeit vortragen.

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

Der jährliche Tätigkeitsbericht 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 durch eine Pressekonferenz den anwesenden Pressevertretern 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 Versicherungsthemen behandelt werden. Journalisten befragen Professor Hirsch häufig zu den von ihnen recherchierten Themen. 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 und den Versicherungsmarkt kennt. Im Berichtsjahr waren diverse Radiosendungen sowie Zeitschriften- und Onlineartikel auf Interviews und Stellungnahmen des Ombudsmanns zurückzuführen.



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.

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 Aspekt angesehen, auf den Verbraucher bei der Entscheidung für ein bestimmtes Versicherungsunternehmen achten 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.

3.8 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.

Eine besondere Ehre wurde der Schlichtungsstelle durch den Besuch von Bundesminister Heiko Maas im Oktober zuteil. Darüber wird unter 3.6 gesondert berichtet.

Auf Fachtagungen und Symposien wurden die Berichte und Erfahrungen des Versicherungsombudsmanns gern einbezogen. Professor Hirsch und Dr. Hiort hielten auf verschiedenen Veranstaltungen Vorträge oder nahmen bei Podiumsdiskussionen zu aktuellen Versicherungsthemen und Fragen der außergerichtlichen Streitschlichtung Stellung. Herauszuheben ist die vom Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz im Juni durchgeführte „Informations- und Diskussionsveranstaltung zur Umsetzung der Richtlinie ADR und der Verordnung ODR“, bei der Professor Hirsch zur EU-Richtlinie vortrug und Dr. Hiort auf dem Podium diskutierte. Auf dem Deutschen Anwaltstag in Stuttgart referierte Dr. Hiort über die Beschwerdemöglichkeiten in Rechtsschutzfällen zu Kapitalanlagegeschäften.

Den Versicherungsombudsmann erreichen immer wieder Anfragen ausländischer Delegationen, die sich über die privat organisierte Schlichtungsstelle, den genauen Verfahrensablauf sowie die Erfahrungen informieren wollen. Zumeist handelt es sich um Vertreter staatlicher Stellen oder Verbände der örtlichen Versicherer, die an der Tätigkeit insgesamt oder bezogen auf einzelne Sparten interessiert sind. Nicht selten besteht der Anlass darin, dass im jeweiligen Heimatland Überlegungen zur Einrichtung oder zum Ausbau der außergerichtlichen Streitschlichtung angestellt werden. In diesem Jahr nahm Professor Hirsch an einer mehrtägigen Konferenz in Armenien teil, die von der dortigen Schlichtungseinrichtung im Finanzdienstleistungsbereich durchgeführt wurde. Auf großes Interesse stieß seine Präsentation über die Arbeit der Beschwerdestelle. Vor Delegationen aus Tunesien und Russland referierte Dr. Hiort über die Organisation und berichtete über die Beschwerdetätigkeit. Schließlich kam im Dezember Rechtsanwalt Lorenzon, der Schweizer Versicherungsombudsmann, zu einem intensiven Austausch nach Berlin. Hintergrund war, dass in der Schweiz neue gesetzliche Regelungen im Bereich des Verbraucherrechts diskutiert werden und hierbei die deutschen Erfahrungen von Wert sein können. Der Austausch mit dem Vertreter der am längsten bestehenden Schlichtungsstelle am europäischen Versicherungsmarkt war sehr fruchtbar und soll fortgesetzt werden.



Aber auch noch in der Planung oder bereits im Aufbau befindliche Schlichtungsstellen aus Deutschland fragen gelegentlich beim Versicherungsombudsmann an. Zum Teil befinden sich die Gesprächspartner noch in Vorüberlegungen für eine Streitschlichtungseinrichtung ihrer Branche oder sie wollen einfach nur den Kontakt zum Versicherungsombudsmann aufnehmen. Besonders interessieren die Struktur, die Organisation sowie Aspekte des personellen und finanziellen Aufwands. Es wird aber auch zu technischen oder formellen Punkten angefragt. Gerne wird von Seiten des Versicherungsombudsmanns der Dialog geführt; im Rahmen der zeitlichen Kapazitäten werden solche Initiativen unterstützt, zumal in den Anfragen eine Bestätigung der erfolgreichen Tätigkeit der Schlichtungsstelle der deutschen Versicherungswirtschaft gesehen werden kann.

Es bestehen seit vielen Jahren gute Kontakte zu Ombudsleuten und Verantwortlichen anderer Schlichtungsstellen (mit Schwerpunkt im Finanzdienstleistungsbereich). Dieser Austausch intensivierte sich wegen der Richtlinienumsetzung. Deren mögliche Auswirkungen auf die Organisation sowie das Beschwerdeverfahren konnten ab November auf Basis des ersten Gesetzesentwurfs (E-VSBG) diskutiert werden.

Weiterer fachlicher Austausch erfolgte in der Gremienarbeit. Professor Hirsch ist Mitglied des Fachbeirats der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungen (BaFin), der gemäß § 8 des Finanzdienstleistungsaufsichtsgesetzes (FinDAG) aus Vertretern der Finanzwissenschaft, der Kredit- und Versicherungswirtschaft, der Deutschen Bundesbank und der Verbraucherschutzvereinigungen besteht. Das 24-köpfige Gremium berät die BaFin bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und unterstützt sie bei der Weiterentwicklung aufsichtsrechtlicher Grundsätze.

Der Verbraucherbeirat ist ein weiteres Gremium, das die BaFin bei der Ausführung ihrer Aufgaben begleiten soll. Das Gremium wurde 2013 neu geschaffen und berät die Bundesanstalt bei der Erfüllung ihrer Aufsichtsaufgaben aus Verbrauchersicht. Es besteht gemäß § 8a FinDAG aus zwölf Mitgliedern (Wissenschaft, Verbraucher- und Anlegerschutzorganisationen, Mitarbeiter außergerichtlicher Streitschlichtungssysteme, ein Vertreter des für Verbraucherschutz zuständigen Bundesministeriums sowie ein Vertreter der Gewerkschaften). Der Versicherungsombudsmann wurde vom Bundesminister der Finanzen zum Mitglied bestellt.

Im FIN-NET (Netzwerk der Schlichtungsstellen für Finanzdienstleistungen) der Europäischen Kommission vertrat, wie schon in den Vorjahren, Dr. Hiort die Schlichtungsstelle. Er ist zudem Mitglied im Beirat des „Ehrbare Versicherungskaufleute e. V.“ (VEVK), der u. a. den Zweck verfolgt, die Tugenden des „Ehrbaren Kaufmanns“ bei Versicherungsvermittlern wieder aufleben zu lassen.

3 EINZELHEITEN ZUR SCHLICHTUNGSSTELLE

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, indem das Verhältnis der Bruttobeitragseinnahmen der Mitglieder zugrunde gelegt 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 Versicherungsbüroauswärtigen Ausschusses 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, 111,75 Euro, für auf andere Weise beendete Verfahren 74,50 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 2014, 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 & Touche 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	2014 TEUR	2013 TEUR
Mitgliedsumlagen einschließlich verrechneter Beitragsvorauszahlungen	2.645	2.588
Umsatzerlöse	1.005	965
Bestandsveränderung ²	5	14
Sonstige Zinsen und ähnliche Erträge	6	8
Sonstige Erträge	8	23
Erträge	3.669	3.598
Personalaufwand	2.449	2.267
Raumkosten	362	366
Honorare, Gutachten, Beiträge, Gebühren	369	400
Kommunikationskosten	66	61
Reise-, Sitzungs- und Tagungskosten	36	38
Abschreibung auf immaterielle Vermögenswerte des Anlagevermögens und Sachanlagen	31	53
Zinsen und ähnliche Aufwendungen	10	9
Sonstige Aufwendungen	92	87
Steuern von Einkommen und Ertrag	1	3
Aufwendungen	3.415	3.284
Differenz Erträge und Aufwendungen	254	314
Entnahme/Zuführung Abschreibungsrücklage	90	47
Zuführung zur zweckgebundenen Rücklage	0	0
Entnahme Mitgliederguthaben	0	0
Überschuss/Mitgliederguthaben	344	361

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. Hans Bücken, Vorsitzender des Vorstands der VPV Versicherungsgruppe, und Dr. Frederic Roßbeck, Vorsitzender des Vorstands der Feuersozietät Berlin Brandenburg Versicherung AG.

4 Statistik

4.1 Gesamtbetrachtung

Im Jahr 2014 sind insgesamt 19.897 Beschwerden (Vorjahr: 18.740) bei der Schlichtungsstelle eingegangen. Gegenüber dem Jahr 2013 bedeutet dies eine beachtliche Steigerung um 6,2 Prozent auf die bisher höchste Zahl seit Aufnahme der Schlichtungstätigkeit im Jahr 2001. Bei eingehender Betrachtung auf Ebene der beiden Zuständigkeitsbereiche relativiert sich das Bild ein wenig, denn die Zahl der Unternehmensbeschwerden stieg lediglich um 0,2 Prozent auf 17.965 (17.935). Die Beschwerden gegen Versicherungsvermittler verringerten sich auf niedrigem Niveau weiter um 2,5 Prozent auf 354 (363). Damit ist insoweit kaum eine Veränderung eingetreten.

Den wesentlichen Unterschied zum Vorjahr machen 1.578 (442) Eingaben, die keinem der beiden Bereiche zugeordnet werden konnten und die in der Statistik als „Sonstige“ ausgewiesen werden. Dies ist die dritte Kategorie, neben den Beschwerden gegen Versicherungsunternehmen und denen gegen Versicherungsvermittler. Bei diesen Sonstigen ergab sich eine Steigerung um 257,0 (!) Prozent gegenüber dem Vorjahr. Die Entwicklung steht im Zusammenhang mit der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH) zum Bankenrecht. Es handelt sich daher um einen Sondereffekt, der zudem erst am Jahresende eingetreten ist. Bis Ende November 2014 lagen die Beschwerdeeingänge noch etwa auf dem gleichen (recht hohen) Niveau des Vorjahres. Im Dezember erreichten den Ombudsmann dann 2.976 Beschwerden und damit etwa doppelt so viele wie üblich. Dies war die größte Zahl an Eingaben in einem Monat seit Bestehen der Schlichtungsstelle. Die maßgeblichen Entscheidungen des BGH ergingen zwar schon früher, wegen der befürchteten Verjährung am Jahresende lösten sie jedoch die Aktivitäten der Verbraucher mit Verzögerung aus, so dass die überwiegende Zahl der diesbezüglichen Eingaben den Ombudsmann im Dezember und hier in der zweiten Monatshälfte erreichten.

In der Mehrzahl waren diese Beschwerden schon deshalb unzulässig, weil sie sich gegen Banken oder Bausparkassen richteten, nicht gegen Mitglieder des Vereins Versicherungsombudsmann. Ein geringer Teil der Beschwerden betraf jedoch Bearbeitungsgebühren für Realkredite, die von Versicherungsunternehmen vergeben werden. Für diese ist der Versicherungsombudsmann nach § 2 Absatz 1 Satz 1 b) Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns (VomVO) seit dem 21. November 2013 zuständig.

Bei der Betrachtung auf Spartenebene fallen die im Vergleich zum Vorjahr deutlich gestiegenen Beschwerden in der Gebäudeversicherung, den Sparten Sonstige und Realkredit sowie moderate Steigerungen in den Sparten Hausrat und Allgemeine Haftpflicht auf. In den restlichen Versicherungssparten gingen die Beschwerden gegenüber 2013 zum Teil deutlich zurück. Diese Entwicklungen werden nachfolgend im Einzelnen dargestellt; zunächst wird der Eingang der zulässigen Beschwerden je Sparte angegeben, darauf beziehen sich auch die Prozentangaben. Der Gesamteingang, also einschließlich der unzulässigen Eingaben



der Sparte, steht in Klammern. Die Reihenfolge ergibt sich aus den prozentualen Veränderungen.

In der Gebäudeversicherung war mit 1.197 (insgesamt 1.485) Eingängen die stärkste Zunahme der Beschwerden zu verzeichnen, die Veränderung liegt bei 32,3 Prozent. Hier war im Vorjahr noch ein Rückgang um 4,7 Prozent festzustellen. Es folgt die Kfz-Kaskoversicherung, die Eingänge dieser Sparte stiegen um 14,9 Prozent auf 671 (877). Hierbei ist zu berücksichtigen, dass im Vorjahr bereits ein ähnlicher Zuwachs (14,3 Prozent) erfolgt war. Die Allgemeine Haftpflichtversicherung, zu der vor allem die Privat- und die Tierhalterhaftpflichtversicherung zählen, verzeichnete 624 (1.186) Eingaben, was einer Zunahme von 7,2 Prozent entspricht. Damit ist die Größenordnung des Jahres 2011 mit 654 zulässigen Eingängen fast wieder erreicht.

Von den Sparten, die einen Zuwachs aufweisen, entfällt der geringste Anstieg mit 5,4 Prozent auf die Hausratversicherung. Hier gingen 825 (962) Beschwerden ein. Im Vorjahr waren es noch 783 (954) zulässige Beschwerden, was einer Steigerung von 11,9 Prozent entsprach.

Nahezu gleich geblieben sind die Eingänge in der Rechtsschutzversicherung. Sie sanken von 2.138 (2.505) auf 2.110 (2.509), was einen Rückgang um 1,3 Prozent bedeutet. War in der Unfallversicherung 2013 noch ein Anstieg von 17,5 Prozent auf 994 (1.117) Beschwerden zu verzeichnen, so sind 2014 die Beschwerden wieder um 7,9 Prozent auf 915 (1.167) gesunken. In der Kraftfahrzeugversicherung war die Entwicklung unterschiedlich. Während, wie erwähnt, die Beschwerden in der Kfz-Kaskoversicherung unvermindert anstiegen, sanken Eingaben zur Kfz-Haftpflichtversicherung fast im gleichen Umfang um 12,4 Prozent auf 750 (1.457) Eingänge. In der Lebensversicherung, der mit Abstand größten Sparte beim Ombudsmann, setzte sich der rückläufige Trend der Jahre 2007 bis 2012 wieder fort. Es erreichten die Schlichtungsstelle 3.738 (5.157) Eingaben, was einem Rückgang von 13,5 Prozent entspricht. Den stärksten Rückgang zeigt die Statistik mit minus 14,0 Prozent in der Berufsunfähigkeitsversicherung. Dies entspricht 411 (582) Eingängen.

Die Sparte Sonstige beinhaltet kleinere Sparten und solche Beschwerden, die mehrere Sparten betreffen, z. B. weil es sich um kombinierte Verträge handelt. Während 2013 diesbezüglich 971 (2.485) Beschwerden eingingen, erhielt der Ombudsmann hierzu im Berichtsjahr 1.405 (4.151). Für diese Steigerung gibt es keinen offenkundigen Anlass. Der vergleichsweise hohe Anteil an unzulässigen Beschwerden erklärt sich daraus, dass sich unter dieser Kategorie auch Eingaben befinden, die bei Beschwerdeeinlegung noch unspezifisch sind, sich also nicht eindeutig einer Sparte zuordnen lassen. Diese Beschwerden zeigen sich bei näherer Prüfung überdurchschnittlich mit Unzulässigkeitsgründen behaftet. Hinzu kommt, dass noch im Stadium der Zulässigkeitsprüfung die Beschwerdeführer ihre Eingabe nicht mehr weiter verfolgen, indem Sie auf erforderliche Fragen für

4 STATISTIK

die Zulässigkeitsprüfung nicht reagieren. Bleibt auch mehrfaches Nachfragen erfolglos, sind diese Vorgänge als unzulässig zu beenden.

Die im Jahr 2013 neu hinzugekommene Sparte Realkredit lässt sich mangels Vergleichsangaben nicht in der vorgenannten Reihe unterbringen. Die Zuständigkeit erhielt der Versicherungsombudsmann durch Änderung der Verfahrensordnung (VomVO) mit Wirkung zum 21. November 2013. Damit können die Eingaben des Vorjahres nicht zum Vergleich herangezogen werden. Insgesamt erreichten den Ombudsmann im Berichtsjahr 364 Eingänge zu dieser Sparte, davon waren 169 zulässig.

Im Berichtsjahr wurden 19.507 (Vorjahr 18.803) Beschwerden abschließend bearbeitet. Dies ist die bislang höchste Zahl seit Bestehen der Schlichtungsstelle. Allerdings ist der Anteil der unzulässigen Beschwerden im Vergleich zum Vorjahr auf Grund der Eingaben zu den Bankgebühren deutlich gestiegen (13,8 Prozent), während mit 12.515 (12.630) annähernd gleich viele Beschwerden, die in den Zuständigkeitsbereich des Ombudsmanns fallen, wie im Vorjahr beendet wurden. Die durchschnittliche Verfahrensdauer der zulässigen Beschwerden konnte mit 2,9 (2,7) Monaten erneut unter 3 Monaten gehalten werden. Dies ist schon im langjährigen Vergleich ein guter Wert, der angesichts der hohen Eingänge des Berichtsjahres sowie des Vorjahres noch höher einzuschätzen ist. Von den beendeten Beschwerden waren 6.326 (5.558) unzulässig, dies entspricht 32,4 (29,6) Prozent.

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 ursprünglich den unzulässigen Unternehmensbeschwerden zugeordnet und gehören seit 2008 der Kategorie „Sonstige“ 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 den



Beschwerdeführer 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. Deshalb 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 19.897 (Vorjahr: 18.740) im Berichtsjahr eingegangenen Beschwerden betrafen 17.965 (17.935) die Kategorie Unternehmensbeschwerden. Dies erscheint mit plus 0,2 Prozent zunächst als nur geringe Steigerung. 2013 war jedoch bereits ein Zuwachs von 8,9 Prozent zu verzeichnen, so dass sich im langjährigen Vergleich das hohe Niveau noch leicht erhöhte.

Die nachfolgenden Ausführungen betreffen ausschließlich die im Geschäftsjahr beendeten (nicht gleichbedeutend mit 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.

17.588 (18.000) Beschwerden gegen Versicherungsunternehmen wurden im Berichtsjahr beendet. In 654 (611) 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.

12.429 Verfahren (12.550) wurden als zulässig beendet. Davon konnten 278 (260) nicht in der Sache entschieden werden, da deren endgültige Bewertungen von Fragen abhingen, für deren Klärung sich das vereinfachte Ombudsmannverfahren nicht eignet (§ 8 VomVO). Grund hierfür kann sowohl die Sach- als auch die Rechtslage sein. Der insoweit häufigste Fall lag vor, wenn die Entscheidung der Beschwerde von einer streitigen, höchststrichterlich noch nicht entschiedenen Frage abhing, deren rechtliche Lösung der Autorität der Gerichte überlassen werden soll. Aber auch wenn die Sachlage allein im Urkundenbeweis nicht vollständig geklärt werden konnte, hinderte dies den Ombudsmann an einer abschließenden Bewertung. Der Anteil dieser Fälle kann für jede Sparte einzeln unter 4.5 Nr. 3 nachvollzogen werden.

Von den übrigen 12.151 (12.290) Verfahren beendete der Ombudsmann 7.940 (8.221) Fälle mit einer Entscheidung oder Empfehlung. In 2.704 (2.686) Verfahren half das Versicherungsunternehmen ab. Das bedeutet, der Versicherer rückte von der vom Beschwerdeführer beanstandeten Entscheidung ganz oder teilweise ab. Bezogen auf den Anteil der Abhilfen an allen zulässigen beendeten Beschwerden stellt das eine Steigerung von 0,4 Prozent dar. Ein Entgegenkommen beider Seiten, also ein Vergleich, kam in 702 (660) Fällen zustande. In 805 (723) Verfahren zog der Beschwerdeführer seine Beschwerde zurück.

Bei 4.505 (4.839) Eingaben musste der Ombudsmann die Befassung ablehnen. Die Zulässigkeit richtet sich nach der hierfür vorgesehenen Verfahrensordnung (VomVO), nach der die Zulässigkeitsfrage zu entscheiden ist. 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 sogleich an den Ombudsmann wenden und nicht zuvor die Entscheidung bei dem betroffenen Versicherungsunternehmen beanstandet haben. Dann bittet der Ombudsmann den Beschwerdeführer, zunächst dem Unternehmen die Möglichkeit zur Klärung zu geben. Damit sollen Meinungsverschiedenheiten auf der niedrigsten Konfliktstufe beendet werden. Gelingt dies, entsteht ein Streit erst gar nicht. Hilft der Versicherer der Beschwerde nicht ab oder erhält der Beschwerdeführer innerhalb von sechs Wochen keine Antwort, fällt dieses Verfahrenshindernis weg und der Ombudsmann kann tätig werden. Ein weiterer vorübergehender Unzulässigkeitsgrund liegt vor, wenn zeitgleich Beschwerde bei einer Versicherungsaufsichtsbehörde eingelegt wird.

Im Berichtsjahr hatten 42,1 (43,7) 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 eine höhere Schadenzahlung in der Gebäudeversicherung oder die Übernahme der Kosten für die rechtliche Interessenvertretung in der Rechtsschutzversicherung 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 das Anliegen der Beschwerdeführer durchaus nachvollziehen, denn die Darstellungen sind für Verbraucher oft unklar oder missverständlich. Auch können die mitgeteilten Werte enttäuschen, wenn sie unter den Erwartungen liegen. Sie sind jedoch in der Regel weder hinsichtlich der Berechnung noch unter rechtlichen Gesichtspunkten zu beanstanden. Die Erfolgsquote in der Lebensversicherung steigt seit einigen Jahren. Bis einschließlich 2011 lag sie unter 20 Prozent, 2012 überschritt sie erstmals diese Grenze und erreichte 23,3 Prozent. Im Vorjahr wurde der bisherige Höchststand von 34,0 Prozent erreicht. Dieser Anstieg beruht maßgeblich auf der Entwicklung der Rechtsprechung sowie deren Umsetzung durch die Unternehmen und wurde im Vorjahresbericht an gleicher Stelle kommentiert. Im Berichtsjahr sank sie nun wieder auf 28,3 Prozent. Offensichtlich verliert das Thema zwischen den Vertragspartnern an Bedeutung.

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 § 15 Absatz 2 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 des Ombudsmanns 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 vorsieht. Dies ist zum einen für derartige Fälle ein 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. Allerdings führt er kein Verfahren gemäß der VermVO durch, denn dafür wäre ein konkreter Antrag erforderlich (§ 2 Absatz 1 VermVO), der sich nach dem vorgegebenen Maßstab von Recht und Gesetz prüfen lässt. Dies hat zur Folge, dass bei den Vermittlerbeschwerden zwischen justiziablen und nicht justiziablen Beschwerdegegenständen zu unterscheiden ist. Eine solche Differenzierung, dass zwar der Aufgabenbereich betroffen ist, dennoch nicht immer ein rechtsförmliches Verfahren nach der VermVO durchgeführt werden kann, ist dem Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsunternehmen fremd. Diese 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 statistische Auswertung zu gering ist. Dementsprechend fehlt es 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 354 (Vorjahr: 363) Eingaben in diesem Zuständigkeitsbereich erhalten. Das entspricht einem erneuten Rückgang von 2,5 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Dies ist der niedrigste Eingang seit der Aufnahme der Tätigkeit in diesem Bereich.

Die nachfolgenden Ausführungen betreffen ausschließlich die im Geschäftsjahr beendeten (nicht gleichbedeutend mit eingegangenen) Vermittlerbeschwerden. Bei der Betrachtung ist daher zu berücksichtigen, dass die Angaben sich 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.

348 (361) Vermittlerbeschwerden beendete der Ombudsmann im Berichtsjahr. In 12 (4) Fällen haben die Beschwerdeführer ihr Anliegen nicht weiterverfolgt. 250 (277) 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 38 (30) Prozent ein fehlender Zusammenhang mit einer Vertragsvermittlung. Zweithäufigste Kategorie waren mit 23 (23) Prozent sonstige Unzulässigkeitsgründe, gefolgt von Verfahren, deren maßgeblicher Sachverhalt sich vor dem 22. Mai 2007 ereignete, also vor Übertragung der Aufgabe durch den Gesetzgeber. Hiervon waren 18 (32) Prozent der unzulässigen Vermittlerbeschwerden betroffen. Der Anteil dieser Kategorie verringerte sich jedoch im langjährigen Vergleich.



Von den beendeten Beschwerden fielen 86 (80) in den Aufgabenbereich der Vermittlerbeschwerden. Sie wurden danach unterschieden, ob der Beschwerdegegenstand einer rechtlichen Prüfung zugänglich, also justiziabel war. In diesem Fall suchte der Ombudsmann nach Ansätzen für eine Schlichtung. Bei 7,0 (1,3) 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 16,3 (13,8) Prozent ausmachten, und Rücknahmen mit einem Anteil von 7,0 (8,7) Prozent. In 68,5 (71,2) Prozent dieser Fälle bewertete der Ombudsmann gegenüber den Parteien die Beschwerde abschließend.

Beschwerden, die zwar den Aufgabenbereich betrafen, jedoch nicht justiziabel waren, machten einen Anteil von 1,2 (5,0) 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 justiziablen, wurden „beantwortet“, wie dies in § 214 VVG vorgesehen ist. 36,0 (24,4) 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, worauf die Erfolgsquote im Wesentlichen zurückzuführen sein dürfte. 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, wird in diesen Fällen nicht immer bekannt.

4.5 Tabellen und Grafiken

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

1. Gesamtbetrachtung der Eingänge im Berichtsjahr

Diese Auswertungen geben die **in 2014 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

	2014	2013	2012	2011	2010
Beschwerden gesamt	19.897	18.740	17.263	17.733	18.357
Veränderung zum Vorjahr	+ 6,2 %	+ 8,6 %	- 2,7 %	- 3,4 %	+ 1,2 %
Zulässige Beschwerden	12.815	12.614	11.616	12.259	12.720
Veränderung zum Vorjahr	+ 1,6 %	+ 8,6 %	- 5,2 %	- 3,6 %	+ 2,8 %
Unzulässige Beschwerden	6.398	5.523	5.128	4.852	5.034
Veränderung zum Vorjahr	+ 15,8 %	+ 7,7 %	+ 5,7 %	- 3,6 %	- 0,2 %
Keine Weiterverfolgung durch Beschwerdeführer	684	603	519	622	603
Veränderung zum Vorjahr	+ 13,4 %	+ 16,2 %	- 16,6 %	+ 3,2 %	- 17,3 %

Eingang zulässiger Beschwerden im Vergleich zum Vorjahr

	2014	2013	Veränderung	
			Absolut	in Prozent
Leben	3.738	4.323	- 585	- 13,5
Rechtsschutz	2.110	2.138	- 28	- 1,3
Kfz-Haft	750	856	- 106	- 12,4
Kfz-Kasko	671	584	+ 87	+ 14,9
Gebäude	1.197	905	+ 292	+ 32,3
Unfall	915	994	- 79	- 7,9
Hausrat	825	783	+ 42	+ 5,4
Allgemeine Haftpflicht	624	582	+ 42	+ 7,2
Berufsunfähigkeit	411	478	- 67	- 14,0
Realkredit	169	0	+ 169	> 100
Sonstige*	1.405	971	+ 434	+ 44,7
Gesamt	12.815	12.614	+ 201	+ 1,6

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



Entwicklung der Eingänge nach Zuständigkeitsbereichen

	2014	2013	2012	2011	2010
Unternehmensbeschwerden	17.965	17.935	16.468	16.884	17.555
Veränderung zum Vorjahr	+ 0,2 %	+ 8,9 %	- 2,5 %	- 3,8 %	+ 1,3 %
Vermittlerbeschwerden	354	363	396	449	455
Veränderung zum Vorjahr	- 2,5 %	- 8,3 %	- 11,8 %	- 1,3 %	- 5,0 %
Sonstige	1.578	442	399	400	347
Veränderung zum Vorjahr	+ 257,0 %	+ 10,8 %	- 0,2 %	+ 15,3 %	+ 2,1 %
Gesamt	19.897	18.740	17.263	17.733	18.357
Veränderung zum Vorjahr	+ 6,2 %	+ 8,6 %	- 2,7 %	- 3,4 %	+ 1,2 %

Verteilung der zulässigen Unternehmensbeschwerden nach Sparten

	2014 in Prozent	2013 in Prozent	2012 in Prozent	2011 in Prozent	2010 in Prozent
Leben	29,1	34,2	32,8	32,4	38,4
Rechtsschutz	16,6	17,0	17,5	16,6	15,3
Kfz-Haft	5,8	6,8	7,5	6,9	7,1
Kfz-Kasko	5,2	4,7	4,4	4,4	4,1
Gebäude	9,4	7,9	8,2	9,0	7,0
Unfall	7,2	7,2	7,3	7,7	7,5
Hausrat	6,4	6,2	6,0	6,1	5,0
Allgemeine Haftpflicht	4,9	4,6	4,9	5,4	4,9
Berufsunfähigkeit	3,2	3,8	3,7	4,0	3,2
Realkredit	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Sonstige*	10,9	7,6	7,7	7,5	7,5

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

Verteilung der zulässigen Vermittlerbeschwerden nach Sparten

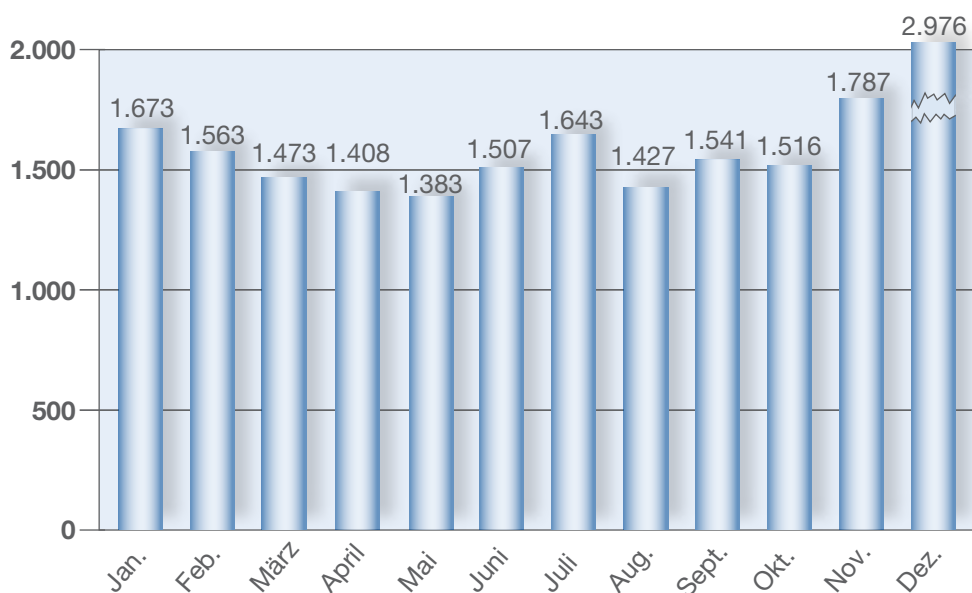
	2014 in Prozent	2013 in Prozent	2012 in Prozent	2011 in Prozent	2010 in Prozent
Leben	45,9	51,9	46,9	53,9	46,5
Rechtsschutz	1,2	6,3	7,5	4,9	6,5
Kfz-Haft	7,1	12,7	12,8	14,7	7,1
Kfz-Kasko	4,7	1,3	1,0	1,4	3,2
Gebäude	4,7	3,8	1,0	2,1	1,9
Unfall	1,2	1,3	3,2	0,7	1,9
Hausrat	5,9	2,5	3,2	0,7	1,3
Allgemeine Haftpflicht	3,5	3,8	1,0	4,2	1,9
Berufsunfähigkeit	5,9	3,8	6,4	5,5	3,9
Sonstige*	19,9	12,6	17,0	11,9	25,8

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

Verteilung nach Aufgabenbereichen und Zulässigkeit*

2014	gesamt	zulässig	unzulässig	keine Weiterverfolgung
Unternehmensbeschwerden	17.965	12.730	4.567	668
Anteil in Prozent	100,0	70,9	25,4	3,7
Vermittlerbeschwerden	354	85	253	16
Anteil in Prozent	100,0	24,0	71,5	4,5
Sonstige	1.578	0	1.578	0
Anteil in Prozent	100,0	0,0	100,0	0,0
Gesamt	19.897	12.815	6.398	684
Anteil in Prozent	100,0	64,4	32,2	3,4

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

Beschwerdeeingänge 2014 dargestellt nach Monaten**Kommunikationseingänge zu den Beschwerden**

	2014	2013	2012	2011	2010
Telefon	9.944	9.032	9.330	10.332	10.950
Anteil in Prozent	12,1	11,3	12,8	13,7	14,6
Brief	47.449	50.804	45.617	47.378	47.096
Anteil in Prozent	58,0	63,6	62,4	62,7	62,6
Fax	9.861	7.861	7.755	8.041	8.152
Anteil in Prozent	12,1	9,8	10,6	10,6	10,8
E-Mail	14.568	12.220	10.337	9.866	8.991
Anteil in Prozent	17,8	15,3	14,2	13,0	12,0
Gesamt	81.822	79.917	73.039	75.617	75.189



2. Gesamtbetrachtung der 2014 beendeten Beschwerden

Diese Auswertungen geben die in **2014 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

	2014	2013	2012	2011	2010
Zulässige Beschwerden	12.515	12.630	12.188	12.715	12.982
Unzulässige Beschwerden	6.326	5.558	5.026	4.739	5.016
Keine Weiterverfolgung durch Beschwerdeführer	666	615	521	602	611
Gesamt	19.507	18.803	17.735	18.056	18.609

Verteilung der Beschwerden nach der Höhe des Beschwerdewerts

	2014 in Prozent	2013 in Prozent	2012 in Prozent	2011 in Prozent	2010 in Prozent
Bis 5.000 €	85,1	84,4	82,9	81,6	86,1
Bis 10.000 €	6,9	7,6	7,6	8,5	5,2
Bis 20.000 €	3,3	3,2	3,9	4,4	3,5
Bis Zuständigkeitsgrenze*	4,7	4,8	5,6	5,5	5,2

* Bis 17.11.2010: 80.000 €, danach 100.000 €.

Durchschnittliche Dauer der Beschwerdeverfahren

	2014 in Monaten	2013 in Monaten	2012 in Monaten	2011 in Monaten	2010 in Monaten
Zulässige Beschwerden	2,9	2,7	3,5	3,4	4,4
Unzulässige Beschwerden	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Beschwerden gesamt*	2,0	1,9	2,5	2,5	3,2

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

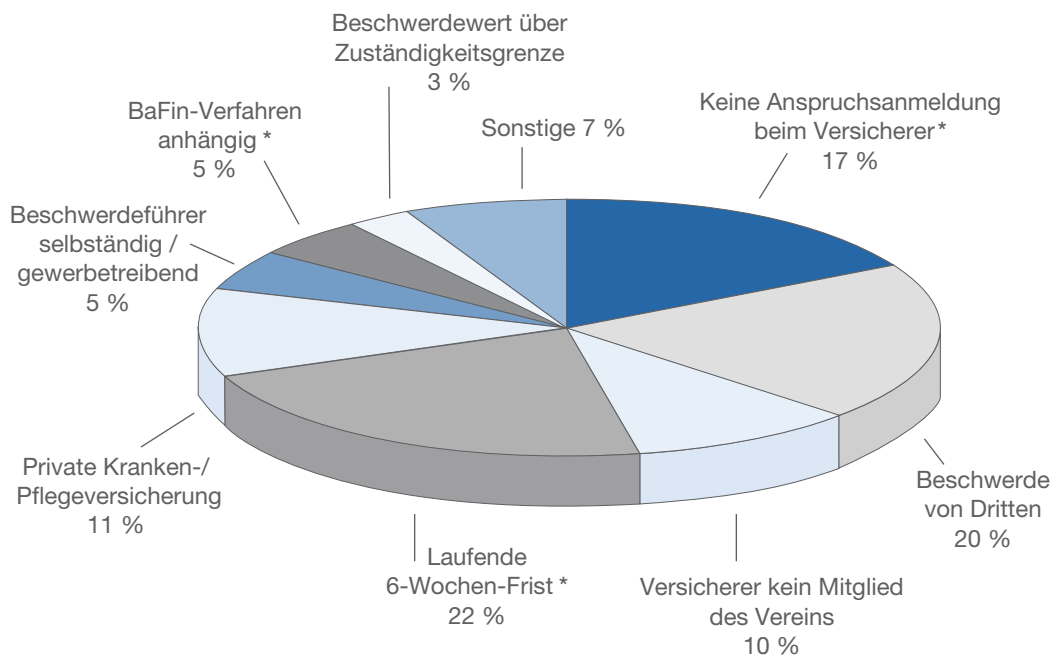
3. Unternehmensbeschwerden

Diese Auswertungen geben die in **2014 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	12.429	70,7
Unzulässige Beschwerden	4.505	25,6
Keine Weiterverfolgung durch Beschwerdeführer	654	3,7
Gesamt	17.588	100,0

Verteilung der Unzulässigkeitsgründe von Unternehmensbeschwerden



* Mit Stichtag 31.12.2014. 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	68,0	11,7	12,6	2,3	1,6	3,8
Veränderung zum Vorjahr	- 2,4	+ 3,8	- 3,2	+ 0,4	+ 0,4	+ 1,0
Rechtsschutz	59,4	0,7	24,2	3,5	4,7	7,5
Veränderung zum Vorjahr	+ 7,5	- 1,9	- 4,2	- 1,6	+ 0,4	- 0,2
Kfz-Haft	53,2	0,1	31,2	3,6	0,4	11,5
Veränderung zum Vorjahr	+ 1,7	- 0,2	- 1,0	- 0,1	+ 0,2	- 0,6
Kfz-Kasko	52,0	2,7	27,5	6,8	3,0	8,0
Veränderung zum Vorjahr	- 1,7	- 0,1	- 0,1	- 0,7	+ 0,6	+ 2,0
Gebäude	56,9	6,3	19,7	10,4	1,1	5,6
Veränderung zum Vorjahr	+ 1,3	+ 1,1	- 1,3	+ 0,7	+ 0,2	- 0,2
Unfall	68,5	0,6	16,4	6,5	0,3	7,7
Veränderung zum Vorjahr	+ 1,3	- 2,2	+ 1,7	- 1,2	0,0	+ 0,4
Hausrat	54,4	7,1	18,7	11,6	2,9	5,3
Veränderung zum Vorjahr	+ 1,1	+ 0,4	- 2,6	+ 0,5	- 0,1	+ 0,7
Allg. Haftpflicht	52,6	0,8	26,6	11,9	1,6	6,5
Veränderung zum Vorjahr	+ 1,7	- 1,2	- 1,1	- 2,1	+ 1,2	+ 1,5
Berufsunfähigkeit	19,3	44,2	14,9	5,9	9,5	6,2
Veränderung zum Vorjahr	- 4,8	+ 4,4	+ 2,5	+ 0,8	- 3,8	+ 0,9
Realkredit	17,5	15,0	47,5	5,0	2,5	12,5
Veränderung zum Vorjahr	> 100	> 100	> 100	> 100	> 100	> 100
Sonstige	40,2	2,5	40,5	7,2	0,6	9,0
Veränderung zum Vorjahr	- 13,3	+ 0,2	+ 12,4	+ 0,7	- 0,3	+ 0,3
Gesamt	57,4	6,5	21,8	5,6	2,2	6,5
Veränderung zum Vorjahr	- 1,9	+ 0,3	+ 0,4	+ 0,3	+ 0,1	+ 0,8

* Zur Abweisung als ungeeignet siehe 4.3.

Erfolgsquote der zulässigen Unternehmensbeschwerden*

Verfahrensausgang zugunsten der Beschwerdeführer					
	2014	2013	2012	2011	2010
	in Prozent	in Prozent	in Prozent	in Prozent	in Prozent
Leben	28,3	34,0	23,3	19,8	19,3
Übrige Sparten	42,1	43,7	36,4	40,0	38,2

* Zur Bewertung der Erfolgsquote siehe 4.3.

4 STATISTIK

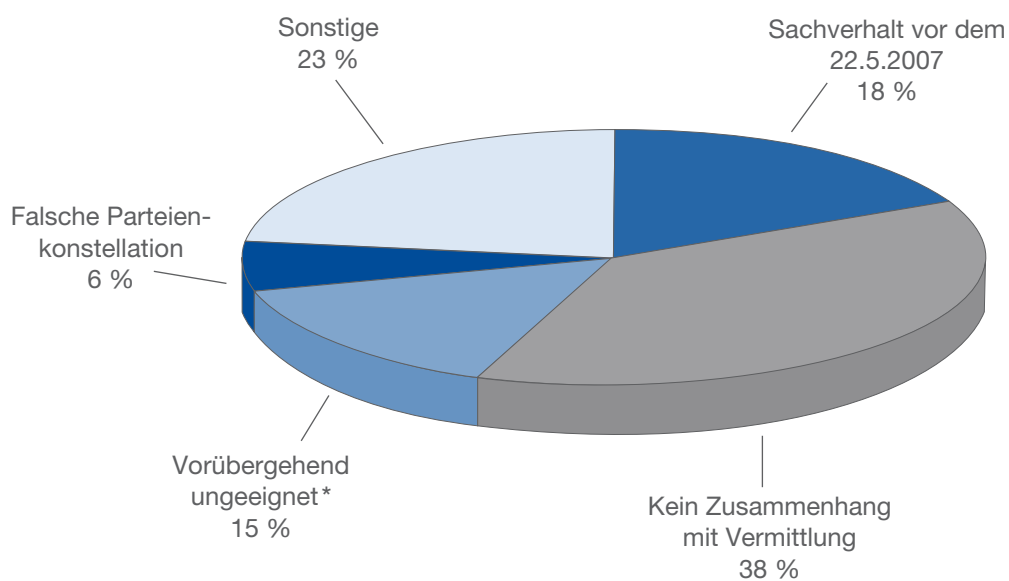
4. Vermittlerbeschwerden

Diese Auswertungen geben die in **2014 beendeten Beschwerden** wieder, die in Ausübung der Aufgabe nach § 214 Absatz 1 Nr. 2 VVG bearbeitet wurden. Erläuterungen dazu enthalten 4.2 und 4.4.

Beendete Beschwerden

	Absolut	In Prozent
Zulässige Beschwerden	86	24,7
Unzulässige Beschwerden	250	71,8
Keine Weiterverfolgung durch Beschwerdeführer	12	3,5
Gesamt	348	100,0

Verteilung der Unzulässigkeitsgründe von Vermittlerbeschwerden



* Mit Stichtag 31.12.2014.



Verteilung der Beendigungsarten von zulässigen Beschwerden in Prozent*

	Bewertung	Abhilfe	Vergleich	Rücknahme	Gesamt
Justiziabel	68,5	16,3	7,0	7,0	98,8
Veränderung zum Vorjahr	- 2,7	+ 2,5	+ 5,7	- 1,7	+ 3,8
Nicht justiziabel	0,0	1,2	0,0	0,0	1,2
Veränderung zum Vorjahr	- 1,3	- 0,1	0,0	- 2,4	- 3,8
Gesamt	68,5	17,5	7,0	7,0	100,0
Veränderung zum Vorjahr	- 4,0	+ 2,4	+ 5,7	- 4,1	0,0

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

Erfolgsquote der zulässigen Vermittlerbeschwerden*

	2014 in Prozent	2013 in Prozent	2012 in Prozent	2011 in Prozent	2010 in Prozent
Verfahrensausgang zugunsten der Beschwerdeführer	36,0	24,4	22,2	33,7	22,2

* Zur Bewertung der Erfolgsquote siehe 4.4.

5 Anhang

Die folgenden Angaben beziehen sich auf den Stand zum Ende des Berichtsjahrs 2013. 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: 21. November 2013

Präambel

Der Versicherungsombudsmann e. V. ist eine unabhängige Einrichtung der deutschen Versicherungswirtschaft zur Schlichtung von Streitigkeiten im Zusammenhang mit Versicherungsverträgen.

§ 1 Anwendungsbereich

Die folgenden Vorschriften finden Anwendung bei einer Beschwerde gegen ein Versicherungsunternehmen (Aufgabenbereich nach § 2 Abs. 1 der Satzung des Versicherungsombudsmann e. V.).

§ 2 Zulässigkeit der Beschwerde

(1) Der Ombudsmann* kann von Verbrauchern angerufen werden. Eine Beschwerde ist zulässig, wenn der Beschwerdegegner Mitglied des Versicherungsombudsmann e. V. ist und sie einen

- a) eigenen vertraglichen Anspruch aus einem Versicherungsvertrag oder einem Vertrag, der in einem engen wirtschaftlichen Zusammenhang mit einem Versicherungsvertrag steht,
- b) eigenen vertraglichen Anspruch aus einem Realkreditvertrag (§ 14 und § 16 Abs. 1 und 2 Pfandbriefgesetz) oder
- c) Anspruch aus der Vermittlung oder der Anbahnung eines solchen Vertrags gegen einen Versicherer betrifft.

Ein Verbraucher ist nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch (§ 13 BGB) eine natürliche Person, die ein Rechtsgeschäft zu einem Zweck abschließt, der weder ihrer gewerblichen noch ihrer selbständigen beruflichen Tätigkeit zugerechnet werden kann. 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) Der Ombudsmann behandelt die Beschwerde erst dann, wenn der Beschwerdeführer seinen Anspruch zuvor gegenüber dem Versicherer geltend gemacht und dem Versicherer sechs Wochen Zeit gegeben hat, den Anspruch abschließend zu bescheiden. Fehlt es an einer dieser Voraussetzungen, unterrichtet der Ombudsmann den Beschwerdeführer, aus welchem Grund das Verfahren nicht eröffnet werden kann.

(3) Ein Verfahren vor dem Ombudsmann findet nicht statt,

- a) bei Beschwerden, deren Wert 100.000 Euro überschreitet; für die Wertermittlung sind die Grundsätze der 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-, Pflege- oder Kreditversicherungsvertrag zum Gegenstand haben,
- c) bei Beschwerden, deren Gegenstand die bei der versicherungsmathematischen Berechnung angewandten Methoden oder Formeln sind,
- d) bei Ansprüchen eines Dritten auf die Versicherungsleistung,
- e) solange der Beschwerdegegenstand vor einem Gericht, Schiedsgericht, einer Streitschlichtungseinrichtung oder der Versicherungsaufsicht anhängig ist oder von dem Beschwerdeführer während des Ombudsmannverfahrens anhängig gemacht wird (als anhängig gilt nicht die Einleitung eines Mahnverfahrens wegen des Prämienanspruchs und das Ruhen eines gerichtlichen Verfahrens gem. § 278a ZPO),
- f) wenn der Beschwerdegegenstand von einem Gericht, Schiedsgericht oder einer Streitschlichtungseinrichtung abschließend behandelt wurde; das Gleiche gilt, wenn die Streitigkeit durch einen außergerichtlichen Vergleich beigelegt oder hinsichtlich des Beschwerdegegenstands ein Antrag auf Prozesskostenhilfe wegen fehlender Erfolgsaussicht der beabsichtigten Rechtsverfolgung abgewiesen wurde,
- g) wenn von dem Beschwerdeführer wegen des Beschwerdegegenstands Strafanzeige erstattet worden ist oder während des Verfahrens erstattet wird (unschädlich sind Strafanzeigen, die der Versicherungsnehmer erstatten muss, um den Versicherungsschutz nicht zu gefährden),
- h) wenn die Beschwerde offensichtlich ohne Aussicht auf Erfolg erhoben worden ist,
- i) wenn der Anspruch bereits verjährt ist und sich der Beschwerdegegner auf die Verjährung beruft.

§ 3 Einlegung der Beschwerde

- (1) Das Verfahren beginnt mit Anrufung des Ombudsmanns. Die Anrufung kann mündlich, schriftlich oder in jeder anderen geeigneten Form geschehen.
- (2) Der Ombudsmann bestätigt den Eingang der Beschwerde und unterrichtet den Beschwerdeführer in allgemeiner Form über den weiteren Verfahrensgang.
- (3) 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.
- (4) Wurden die Voraussetzungen gemäß Abs. 3 trotz der Ermittlungen nicht erfüllt, kann das Verfahren nicht durchgeführt werden. Dies wird dem Beschwerdeführer mitgeteilt. Das Verfahren endet damit.

§ 4 Vertretung

Der Beschwerdeführer kann sich in jeder Lage des Verfahrens auf eigene Kosten 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 Parteien Gelegenheit zur Stellungnahme, bevor er über die Zulässigkeit entscheidet. Er begründet seine Entscheidung.

§ 6 Beteiligung des Beschwerdegegners

(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 einem Monat. 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) Die Stellungnahme des Beschwerdegegners wird in der Regel dem Beschwerdeführer zugeleitet.

(4) 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.

§ 7 Verfahren

(1) Hat der Beschwerdegegner nicht innerhalb der Monatsfrist Stellung genommen (§ 6 Abs. 1 S. 1) und auch keinen Antrag auf Fristverlängerung gestellt (§ 6 Abs. 1 S. 2), ist allein der Vortrag des Beschwerdeführers die Entscheidungsgrundlage. Gibt der Beschwerdegegner vor Abschluss des Verfahrens eine verspätete Einlassung ab, berücksichtigt der Ombudsmann sie, sofern die Verspätung entschuldigt ist. Wann eine Verspätung entschuldigt ist, entscheidet der Ombudsmann.

(2) Der Ombudsmann ermittelt von Amts wegen. Er klärt den Sachverhalt in jeder Lage des Verfahrens weiter auf, soweit dies zur Entscheidungsfindung erforderlich ist.

(3) Der Ombudsmann gewährleistet eine zügige Bearbeitung der Beschwerden. Er bestimmt in der Geschäftsordnung interne Bearbeitungsfristen und überprüft deren Einhaltung.

(4) 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 sollten gegebenenfalls die dem Versicherungsschein beigegebene Garantiewerttabelle sowie die letzte Unterrichtung des Versicherungsnehmers über die Höhe des



Überschussguthabens beigefügt 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, nur für den Ombudsmann bestimmten Anlage darzustellen.

(5) Der Ombudsmann kann eine ergänzende Stellungnahme der Parteien zur Klärung des Sach- und Streitstandes anfordern, wenn ihm dies erforderlich erscheint. Er gibt der anderen Partei Gelegenheit, sich in angemessener Frist zu neuem Vortrag zu äußern. Unentschuldigt verspätete Einlassungen bleiben unberücksichtigt. Wann eine verspätete Einlassung entschuldigt ist, entscheidet der Ombudsmann.

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

§ 8 Ungeeignete Beschwerden

(1) Der Ombudsmann kann die Befassung mit der Beschwerde in jeder Lage des Verfahrens ablehnen, wenn diese ihm für eine Entscheidung in einem Ombudsmannverfahren ungeeignet erscheint, sofern der Umfang der Urkundenbeweisaufnahme so außergewöhnlich hoch wäre, dass die Kapazitäten des Ombudsmanns und seiner Mitarbeiter in unzumutbarer Weise beansprucht wären.

(2) Der Ombudsmann soll die Befassung mit der Beschwerde in jeder Lage des Verfahrens ablehnen, wenn diese eine entscheidungserhebliche, streitige, höchstrichterlich noch nicht entschiedene Frage betrifft, um deren rechtliche Lösung der Autorität der Gerichte zu überlassen. Das Antragsrecht des Beschwerdegegners nach Abs. 4 bleibt unberührt.

(3) Der Ombudsmann kann die Befassung mit der Beschwerde in jeder Lage des Verfahrens ablehnen, wenn entscheidungserhebliche Fragen besondere Rechtsgebiete (z. B. Steuerrecht) oder ausländisches Recht betreffen.

(4) 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.

(5) Der Ombudsmann kann die Befassung mit der Beschwerde ablehnen, wenn der Vertrag für die Klärung von Meinungsverschiedenheiten über den Beschwerdegegenstand ein geeignetes Verfahren vorsieht und dieses noch nicht in Anspruch genommen wurde.

§ 9 Beurteilungsmaßstab

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.

§ 10 Verfahrensbeendigung

(1) Ist die Beschwerde unzulässig, weist der Ombudsmann sie als unzulässig ab.

(2) Der Ombudsmann weist die Beschwerde als ungeeignet ab, wenn sie nach Maßgabe von § 8 Abs. 1 bis 3 nicht geeignet ist, um durch den Ombudsmann entschieden zu werden, oder wenn es sich um einen Musterfall nach Maßgabe von § 8 Abs. 4 handelt.

(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 Abweisung, die Entscheidung und die Empfehlung des Ombudsmanns ergehen schriftlich und sind mit Gründen zu versehen. Sie werden beiden Parteien unverzüglich übermittelt. In geeigneten Fällen kann im Einverständnis mit den Parteien von der Schriftform abgesehen werden.

(5) Verfahrensbeendende Maßnahmen sind Rücknahme, Abhilfe, Vergleich sowie Abweisung oder Bescheidung der Beschwerde. Die Beendigungswirkung tritt ein mit Kenntnisnahme von der abschließenden Mitteilung, spätestens drei Tage nach deren Versand.

§ 11 Bindungswirkung des Bescheids

(1) Die Entscheidung ist für den Beschwerdegegner bindend. Die Empfehlung ist für beide Parteien 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 Abs. 1 S. 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 Abs. 2 Satz 1 unverzüglich nachgeholt hat, gilt die Verjährung ab dem Zeitpunkt der ersten Beschwerdeeinlegung 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.

§ 15 Besondere Verfahren

Bedient sich das Versicherungsunternehmen zur Erfüllung seiner vertraglichen Leistungen aus dem Versicherungsvertrag eines Dritten, beispielsweise eines Schadenabwicklungsunternehmens im Sinne von § 8 a VAG, gelten folgende Regelungen:

- (1) Das Versicherungsunternehmen hat 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.
- (2) Der Ombudsmann wirkt im Beschwerdeverfahren daran mit, dass Trennungsgrundsätze, wie sie sich aus § 8 a Abs. 4 S. 2 VAG ergeben, beachtet werden.

§ 16 Verschwiegenheit

- (1) Der Ombudsmann und die Mitarbeiter der Schlichtungsstelle sind zur Verschwiegenheit über alle die Parteien 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: 27. November 2008

Präambel

Der Versicherungsombudsmann e. V. ist eine unabhängige Einrichtung der deutschen Versicherungswirtschaft zur Schlichtung von Streitigkeiten im Zusammenhang mit Versicherungsverträgen. Der Verein ist vom Bundesministerium der Justiz anerkannt als Schlichtungsstelle nach § 214 Abs. 1 Nr. 2 VVG.

§ 1 Anwendungsbereich

(1) Die folgenden Vorschriften finden Anwendung bei Streitigkeiten zwischen Versicherungsnehmern* und Versicherungsvermittlern oder -beratern im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen (Aufgabenbereich nach § 2 Abs. 2 der Satzung des Versicherungsombudsmann e. V.). Kommt ein Versicherungsvertrag nicht zustande, wird der Versicherungsinteressent dem Versicherungsnehmer im Sinne dieses Verfahrens gleichgestellt.

(2) Beschwerdebefugt sind auch Verbraucherschutzverbände.

§ 2 Einlegung der Beschwerde

(1) 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.

(2) Die Beschwerde muss sich auf einen konkreten Einzelfall beziehen.

§ 3 Vertretung

Die Verfahrensbeteiligten können sich in jeder Lage des Verfahrens auf eigene Kosten vertreten lassen.

§ 4 Verfahren vor dem Ombudsmann

(1) Das Beschwerdeverfahren ist ein schriftliches Verfahren.

(2) Ist die Beschwerde nicht offensichtlich unbegründet, gibt der Ombudsmann dem Beschwerdegegner Gelegenheit zur Stellungnahme. Der Ombudsmann kann von der Aufforderung zur Stellungnahme absehen, wenn anderenfalls das Ziel der Streitbeilegung gefährdet wird.

(3) Der Ombudsmann ist in der Beweiswürdigung frei.

(4) In geeigneten Fällen unterbreitet der Ombudsmann einen Schlichtungsvorschlag.

(5) Der Ombudsmann antwortet auf jede Beschwerde. Liegt vom Beschwerdegegner keine Stellungnahme vor, antwortet der Ombudsmann auf der Grundlage des Beschwerdevorbringens (§ 2 Abs. 1).

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



(6) Der Ombudsmann berücksichtigt in jeder Lage des Verfahrens, ob es dazu geeignet ist, den Streit beizulegen. Er kann in Zweifelsfällen den Parteien Gelegenheit zur Stellungnahme geben, bevor er das Verfahren als ungeeignet beendet. Er begründet seine Entscheidung.

§ 5 Beurteilungsmaßstab

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 Verjährung

Die Verjährung wird durch die Einlegung der Beschwerde nicht gehemmt.

§ 7 Kosten des Verfahrens

- (1) Die Beteiligten des Verfahrens haben ihre eigenen Kosten selbst zu tragen.
- (2) Für den Versicherungsnehmer ist das Beschwerdeverfahren grundsätzlich kostenfrei. Dies gilt nicht bei offensichtlich missbräuchlichen Beschwerden.
- (3) Anderen Verfahrensbeteiligten kann ein Entgelt auferlegt werden, wenn sie Anlass zur Beschwerde gegeben haben.
- (4) Näheres regelt die Kostenordnung für diese Verfahrensordnung.

§ 8 Verschwiegenheit

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

5.3 Satzung des Vereins Versicherungsombudsmann e. V.

Stand: 26. November 2014

§ 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 Streitbeilegung zwischen Versicherungsunternehmen und Verbrauchern* (Versicherungsnehmern).
- (2) Ebenfalls ist Zweck des Vereins die Förderung der außergerichtlichen Streitbeilegung zwischen Versicherungsvermittlern oder Versicherungsberatern und Versicherungsnehmern im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen im Sinne von § 214 Abs. 1 Nr. 2 VVG.
- (3) Der Satzungszweck wird vor allem durch Einrichtung und Unterhaltung einer Institution zur außergerichtlichen Streitbeilegung im Sinne von Abs. 1 und 2 verfolgt.

§ 3 Mitglieder

- (1) Mitglied des Vereins können der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. und dessen Mitgliedsunternehmen werden.
- (2) Die Mitgliedschaft wird durch schriftliche Beitrittserklärung gegenüber dem Vorstand erworben.
- (3) Die Mitgliedschaft endet durch Verlust der Mitgliedschaft beim Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. oder durch Austritt. 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, dem Zweck des Vereins zuwiderhandelt oder seinen finanziellen Verpflichtungen gegenüber dem Verein trotz Mahnung nicht nachkommt. Der Vorstand kann bis zum Beschluss der Mitgliederversammlung das Ruhen der Mitgliedschaft nach vorheriger Androhung anordnen.

§ 4 Beschwerdeverfahren

- (1) Ziel des Beschwerdeverfahrens ist es, Streitigkeiten außergerichtlich beizulegen. Die Aufgaben nach § 2 Abs. 1 und 2 können auf eine oder mehrere Personen übertragen werden.
- (2) Näheres regelt die jeweilige Verfahrensordnung.

* 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.



§ 5 Pflichten der Mitglieder

- (1) Die Mitglieder erkennen die für die Aufgabe nach § 2 Abs. 1 durch die Mitgliederversammlung beschlossene Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns als für sie verbindlich an. Sie lassen auch eine für die Dauer des Verfahrens angeordnete Verjährungshemmung gegen sich gelten.
- (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 auf die Mitgliedschaft im Verein und die Möglichkeit des Streitschlichtungsverfahrens vor dem Versicherungsombudsmann hinzuweisen.

§ 6 Organe des Vereins

Organe des Vereins sind der Vorstand und die Mitgliederversammlung.

§ 7 Vorstand, Geschäftsführung

- (1) Der Vorstand im Sinne des § 26 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,
 - c) Regelung der Aufgabenbereiche des Ombudsmanns (§ 4 Abs. 1), soweit diese nicht durch übereinstimmende Beschlüsse der Mitgliederversammlung und des Beirats festgelegt wurden,
 - d) Abberufung des Ombudsmanns durch Beschluss nach vorherigem Beschluss des Beirats (§§ 12 Abs. 5 lit. a, 13 Abs. 3 S. 2),
 - 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 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 durch Beschluss nach vorherigem Beschluss des Beirats (§ 12 Abs. 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 Abs. 5 lit. b),
- k) endgültige Entscheidung über den Ausschluss von Mitgliedsunternehmen,
- l) Beschlussfassung über die Kostenordnung (§ 16 Abs. 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 Verbraucherzentralen Bundesverbandes 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 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 Wahl des Ombudsmanns

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

(2) Die Amtszeit des Ombudsmanns beträgt höchstens fünf Jahre. Eine einmalige erneute Bestellung ist zulässig.

(3) Die Abberufung ist nur bei offensichtlichen und groben Verfehlungen des Ombudsmanns gegen seine Verpflichtungen aus § 15 oder seinen Dienstvertrag möglich. Sie erfolgt durch Beschluss des Vorstands und Beschluss einer Mehrheit von zwei Dritteln der Mitglieder des Beirats.

§ 14 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.

§ 15 Aufgaben des Ombudsmanns

(1) 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.

(2) Der Ombudsmann soll die Beilegung des Streits in geeigneten Fällen durch



einen Schlichtungsvorschlag, im Übrigen durch Bescheidung mit verständlicher Erläuterung der Rechtslage fördern.

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

§ 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 in ihm entstandenen Kosten feststehen. Am Jahreschluss 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.

5.4 Mitglieder des Beirats

(Stand zum 31.12.2014)

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 Versicherungen



**Vertreter des
öffentlichen Lebens**

Michael Henrich

Mitglied des Bundestags, CDU/CSU

Susanna Karawanskij

Mitglied des Bundestags, DIE LINKE.

Nicole Maisch

Mitglied des Bundestags, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Mechthild Rawert

Mitglied des Bundestags, SPD

Dennis Rohde

Mitglied des Bundestags, SPD

Max Straubinger

Mitglied des Bundestags, CDU/CSU

**Vertreter der
Vereinsmitglieder**

Dr. Alexander Erdland

Vorsitzender des Vorstands
Wüstenrot & Württembergische AG

Dr. Jörg Frhr. Frank von Fürstenwerth

Vorsitzender der Hauptgeschäftsführung
Gesamtverband der Deutschen
Versicherungswirtschaft e. V.

Dr. K.-Walter Gutberlet

Mitglied des Vorstands
Allianz Versicherungs-AG

Michael Petmecky

Mitglied der Vorstände
SIGNAL IDUNA Gruppe

Dr. Norbert Rollinger

Vorsitzender des Vorstands
R+V Allgemeine Versicherung AG

Dr. Wolfgang Weiler

Sprecher der Vorstände
HUK-COBURG Versicherungsgruppe

Michael Westkamp

Vorsitzender der Vorstände
AachenMünchener Versicherungen

**Vertreter der
Versicherungsaufsicht**

Rainer Schacht

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)

Dr. Heinz Siegel

Vorsitzender des Arbeitskreises der
Versicherungsaufsichtsbehörden der Länder
Finanzministerium des Landes
Nordrhein-Westfalen

**Vertreter der
Versicherungsvermittler**

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:**

Bernhard Brinkmann (12.03.)

Mitglied des Bundestags, SPD

Ingrid Hönlinger (26.06.)

Mitglied des Bundestags, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Harald Koch (19.02.)

Mitglied des Bundestags, DIE LINKE.

Ute Kumpf (12.03.)

Mitglied des Bundestags, SPD



5.5 Mitglieder des Vorstands, Geschäftsführer

(Stand zum 31.12.2014)

Vorstand

Dr. Wolfgang Weiler (Vorsitzender des Vereinsvorstands)

Sprecher der Vorstände
HUK-COBURG Versicherungsgruppe

Dr. K.-Walter Gutberlet (stellv. Vorsitzender des Vereinsvorstands)

Mitglied des Vorstands
Allianz Versicherungs-AG

Dr. Alexander Erdland

Vorsitzender des Vorstands
Wüstenrot & Württembergische AG

Dr. Jörg Frhr. Frank von Fürstenwerth

Vorsitzender der Hauptgeschäftsführung
Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V.

Uwe Laue

Vorsitzender der Vorstände
Debeka-Versicherungsgruppe

Dr. Norbert Rollinger

Vorsitzender des Vorstands
R+V Allgemeine Versicherung AG

Ulrich-Bernd Wolff von der Sahl

Vorsitzender des Vorstands
SV Sparkassenversicherung Holding AG

Prof. Dr. Wolfram Wrabetz

Hauptbevollmächtigter und Vorsitzender der Vorstände
Helvetia Versicherungen in Deutschland

Geschäftsführer

Dr. Horst Hiort

5.6 Mitglieder des Vereins

(Stand zum 31.12.2014)

- A** AachenMünchener Lebensversicherung AG
AachenMünchener Versicherung AG
ACE European Group Ltd., Direktion für Deutschland
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 Versicherung AG
Ammerländer Versicherung VVaG
ARAG Allgemeine Versicherungs-Aktiengesellschaft
ARAG Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft
ARAG SE
ASSTEL Sachversicherung AG
ATLANTICLUX Lebensversicherung S. A., Niederlassung Deutschland
AUXILIA Rechtsschutz-Versicherungs-AG
AXA Art Versicherung AG
AXA easy Versicherung AG
AXA Lebensversicherung AG
AXA Life Europe Ltd., Niederlassung Deutschland der AXA Life Europe Limited
AXA Versicherung AG
- B** Baden-Badener Versicherung AG
Badische Allgemeine Versicherung AG
Badische Rechtsschutzversicherung AG
Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG
Barmenia Lebensversicherung a. G.
Basler Leben AG, Direktion für Deutschland
Basler Lebensversicherungs-AG
Basler Sachversicherungs-AG
Bayerische Beamten Lebensversicherung a. G.
Bayerische Beamten Versicherung AG
Bayerische Hausbesitzer-Versicherungs-Gesellschaft a. G.
Bayerische Landesbrandversicherung Aktiengesellschaft



- B** Bayerischer Versicherungsverband Versicherungsaktiengesellschaft
Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG
BD24 Berlin Direktversicherung
BGV-Versicherung AG
Bruderhilfe Sachversicherung AG im Raum der Kirchen
BVAG Berliner Versicherung Aktiengesellschaft
- C** Canada Life Assurance Europe Limited, Niederlassung für Deutschland
Cardif Allgemeine Versicherung, Zweigniederlassung für Deutschland
Cardif Lebensversicherung, Zweigniederlassung für Deutschland
Chubb Insurance Company of Europe SE, Niederlassung für Deutschland
CNA Insurance Company Limited, Direktion für Deutschland
Concordia oeco Lebensversicherungs-AG
Concordia Rechtsschutz-Versicherungs-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
D.A.S. Deutscher Automobil Schutz Allgemeine Rechtsschutz-Versicherungs-AG
DBV Deutsche Beamtenversicherung Aktiengesellschaft
Debeka Allgemeine Versicherung Aktiengesellschaft Sitz Koblenz am Rhein
Debeka Lebensversicherungsverein a. G. Sitz Koblenz am Rhein
Debeka Pensionskasse AG
Delta Lloyd Lebensversicherung AG
DEURAG Deutsche Rechtsschutz-Versicherung AG
Deutsche Ärzteversicherung Aktiengesellschaft
Deutsche Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft
Deutsche Steuerberater-Versicherung Pensionskasse des steuerberatenden Berufs VVaG
DEVK Allgemeine Lebensversicherungs-AG
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
Direct Line Versicherung AG
DIREKTE LEBEN Versicherung AG
DMB Rechtsschutz-Versicherung AG
DOCURA VVaG
Domestic & General Insurance PLC Versicherungsgesellschaft, Direktion für Deutschland

5 ANHANG

- E** ERGO Direkt Lebensversicherung AG
ERGO Direkt Versicherung AG
ERGO Lebensversicherung AG
ERGO Pensionskasse AG
ERGO Versicherung AG
Europ Assistance Versicherungs-AG
EUROPA Lebensversicherung AG
EUROPA Versicherung AG
European Warranty Partners SE
- 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, Niederlassung Deutschland
Financial Insurance Company Limited, Niederlassung Deutschland
Friends Life Limited
- G** GARANTA Versicherungs-AG
Gartenbau-Versicherung VVaG
Gemeinnützige Haftpflicht-Versicherungsanstalt Darmstadt
Generali Deutschland Pensionskasse AG
Generali Lebensversicherung AG
Generali 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** Haftpflichtkasse Darmstadt VVaG
Haftpflichtversicherungsanstalt Braunschweig
Häger Versicherungsverein a. G.
Hamburger Feuerkasse Versicherungs-AG
Hannoversche Direktversicherung AG
Hannoversche Lebensversicherung AG
HanseMercur Allgemeine Versicherung AG
HanseMercur Lebensversicherung AG
HanseMercur Reiseversicherung AG
HanseMercur24 Lebensversicherung AG
HDI Lebensversicherung AG
HDI Pensionskasse AG
HDI Versicherung AG
Heidelberger Lebensversicherung AG
HELVETIA Schweizerische Lebensversicherungs-AG



- H** Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft, Direktion für Deutschland
Hiscox Insurance Company Ltd., Niederlassung für Deutschland
Hübener Versicherungs-AG
HUK-COBURG-Allgemeine Versicherung AG
HUK-COBURG Haftpflicht-Unterstützungs-Kasse kraftfahrender Beamter Deutschlands a. G. in Coburg
HUK-COBURG-Lebensversicherung AG
HUK-COBURG-Rechtsschutzversicherung AG
HUK24 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
Isselhorster Versicherung V. a. G.
Itzehoer Lebensversicherungs-AG
Itzehoer Versicherung/Brandgilde von 1691 VVaG
- J** Janitos Versicherung AG
Jurpartner Rechtsschutz-Versicherung AG
- K** Karlsruher Lebensversicherung AG
KRAVAG-ALLGEMEINE Versicherungs-Aktiengesellschaft
KRAVAG-LOGISTIC Versicherungs-Aktiengesellschaft
- L** Landesschadenhilfe Versicherung VaG
Lippische Landes-Brandversicherungsanstalt
Lloyd's Versicherer London, Niederlassung für Deutschland
LVM Landwirtschaftlicher Versicherungsverein Münster a. G.
LVM Lebensversicherungs-AG
- M** Mannheimer AG Holding
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 VEREIN Allgemeine Versicherungs-AG
MÜNCHENER VEREIN Lebensversicherung a. G.
MyLife Lebensversicherung AG
- N** Neckermann Versicherung AG
Neue Bayerische Beamten Lebensversicherung AG
neue leben Lebensversicherung AG
neue leben Pensionskasse AG
neue leben Unfallversicherung AG
Neue Rechtsschutz-Versicherungsgesellschaft AG
Niedersächsische Versicherung VVaG

5 ANHANG

- N** 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 Lebensversicherungsanstalt Oldenburg
Öffentliche Lebensversicherung Sachsen-Anhalt
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
PLUS Lebensversicherungs AG
Pro bAV Pensionskasse AG
ProTect Versicherung AG
Protektor Lebensversicherungs-AG
Provinzial Nord Brandkasse AG
Provinzial NordWest Lebensversicherung Aktiengesellschaft
Provinzial Rheinland Lebensversicherung AG
Provinzial Rheinland Versicherung AG
PRUDENTIA Lebensversicherungs-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+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.



- S** SCHWARZMEER UND OSTSEE Versicherungs-Aktiengesellschaft SOVAG
Schweizer-National Versicherungs-AG in Deutschland
SHB Allgemeine Versicherung VVaG
SIGNAL IDUNA Allgemeine Versicherung AG
SIGNAL IDUNA Pensionskasse Aktiengesellschaft
Skandia Lebensversicherung AG
Société Générale Insurance SOGECAP 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
- T** TARGO Lebensversicherung AG
TARGO Versicherung AG
Tokio Marine Europe Insurance Ltd., Niederlassung Deutschland
TRIAS Versicherung AG
- U** Uelzener Allgemeine Versicherungsgesellschaft a. G.
Uelzener Lebensversicherungs-AG
uniVersa Allgemeine Versicherung AG
uniVersa Lebensversicherung a. G.
- V** VEREINIGTE POSTVERSICHERUNG VVaG
Vereinigte Tierversicherung Gesellschaft a. G.
Versorgungsausgleichskasse Pensionskasse VVaG
VGH Landschaftliche Brandkasse Hannover
VGH Provinzial Lebensversicherung Hannover
VHV Allgemeine Versicherung AG
VHV Lebensversicherung AG
VICTORIA Lebensversicherung AG
Volkswagen Autoversicherung AG
Volkswagen Versicherung AG
VOLKSWOHL BUND LEBENSVERSICHERUNG a. G.
VOLKSWOHL BUND SACHVERSICHERUNG AG
Vorsorge Lebensversicherung AG
VPV Allgemeine Versicherungs-AG
VPV Lebensversicherungs-AG
VRK Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit im Raum der Kirchen

5 ANHANG

- W** W&W Europe Life Limited, Niederlassung Deutschland
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

Martina Büttel, Berlin

Foto

Stiftung Warentest, Berlin / Seite 2

Druck

Druckerei Bloch & Co. GmbH, Berlin

