

JAHRESBERICHT

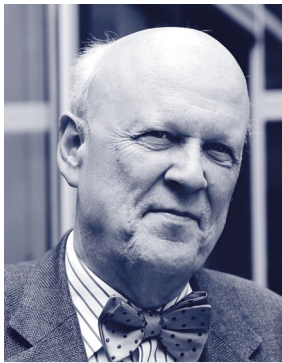
2023



OMBUDSMANN

für Versicherungen

Nachruf



auf Professor Dr. Dr. h. c. mult. Jürgen Basedow, LL.M. (Harvard Univ.), ehemaliger Vorsitzender des Beirats (*29.9.1949 – †6.4.2023)

Professor Dr. Dr. h. c. mult. Jürgen Basedow verstarb am 6. April 2023 im Alter von 73 Jahren. Er war seit der konstituierenden Sitzung des Beirats im Februar 2002 bis September 2022 dessen Vorsitzender. Professor Basedow war einer der zentralen Wegbereiter für die Gründung des Versicherungsombudsmann e.V. im Jahr 2001.

Neben seinem beeindruckenden wissenschaftlichen Werk und seinen weltweiten Vortragsreisen nahm sich Professor Basedow stets die Zeit, um die Entwicklung des Versicherungsombudsmann e.V. aktiv zu fördern und mit dem Beirat maßgeblich zu prägen. Der Beirat, zusammengesetzt aus Vertreterinnen und Vertretern von Verbraucherorganisationen, Repräsentanten der Rechtswissenschaft, der Wirtschaftswissenschaften, der Finanzaufsicht, der Bundestagsfraktionen, der Vermittlerorganisationen und Versicherungsunternehmen, ist aufgrund seiner Mitwirkungsrechte sehr einflussreich. Das Gremium ist unter anderem in die Bestellung des Ombudsmanns eingebunden, und es ist auch zuständig, wenn die Verfahrensordnungen geändert werden.

Dank der konstruktiven und kenntnisreichen Unterstützung durch Professor Basedow entwickelte sich der Verein zum zentralen Bestandteil der Versicherungswirtschaft. So ist der Versicherungsombudsmann e.V. inzwischen auch zuständig für Beschwerden gegen Versicherungsvermittler, und es wurde die Grenze, bis zu der Beschwerden gegen Versicherungsunternehmen beim Ombudsmann eingelegt werden können, mehrfach angehoben. Professor Basedow hat den Versicherungsombudsmann e.V. darüber hinaus auf dem Weg zur Anerkennung als Verbraucherschlichtungsstelle nach dem Verbraucherstreitbeilegungsgesetz begleitet und die Vereinssatzung sowie die Verfahrensordnungen entsprechend mitgestaltet.

Über 20 Jahre ist es Professor Basedow gelungen, den Beirat des Vereins ruhig und besonnen zu leiten und so auch unterschiedliche Positionen zusammenzuführen. Professor Basedow hat mit jedem der drei bisherigen Versicherungsombudsmänner, Professor Wolfgang Römer, Professor Dr. Günter Hirsch und Dr. h. c. Wilhelm Schluckebier, vertrauensvoll und eng zusammengearbeitet. Gleiches gilt für sein Zusammenwirken mit dem Vereinsvorstand. Der Versicherungsombudsmann e.V. hat sich dank der stets an den Fragen und Problemen der realen Welt orientierten Herangehensweise von Professor Basedow zu der Institution entwickeln können, die er heute im Bereich der Verbraucherstreitschlichtung ist.

Die Mitarbeiter und die Verantwortlichen des Versicherungsombudsmann e.V. haben Professor Basedow viel zu verdanken und werden ihm stets ein ehrendes Gedenken bewahren.

Professorin Dr. Petra Pohlmann
Vorsitzende des Beirats

Thomas Flemming
Vorsitzender des Vorstands

Grußwort



Konflikte mit der Versicherung oder Ärger mit den Vertragsbedingungen: Möchten sich Verbraucher:innen bei berechtigten Gründen wehren, sind sie Unternehmen häufig unterlegen. Der Gang zum Gericht, der Streitigkeiten letztendlich entscheidet, ist risikoreich und für viele Verbraucher:innen schwierig zu stemmen. Der Versicherungsombudsmann ist für viele Menschen daher eine echte Hilfe: Die alternative Streitbeilegung gibt Verbraucher:innen und Unternehmen die

Möglichkeit, Konflikte zu lösen, ohne dass ein Gerichtsverfahren erforderlich ist. Der Ombudsmann bietet Verbraucher:innen einen schnellen, einfachen und kostenfreien Rechtsschutz. Insbesondere bei niedrigen Streitwerten kann diese Form der Streitbeilegung den Zugang zum Recht verbessern, weil es kein Kostenrisiko gibt und das Verfahren niedrighschwellig ist.

Diese Form der außergerichtlichen Streitbeteiligung ist notwendig, Verbraucher:innen würden ansonsten auf vielen Ansprüchen sitzen bleiben. Eine repräsentative Umfrage im Auftrag des Verbraucherzentrale Bundesverbandes zur Kundenkommunikation von Unternehmen zeigt: Rund 14 Prozent der befragten Verbraucher:innen haben schon einmal auf einen aus ihrer Sicht berechtigten Anspruch verzichtet, weil ihnen der (finanzielle) Aufwand zu groß war, der Geldbetrag oder Nutzen zu gering oder das Aufwand-Nutzen-Verhältnis nicht stimmte.

Aus verbraucherpoltischer Sicht ist die alternative Streitbeilegung eine wichtige Ergänzung im Gesamtgefüge der Rechtsdurchsetzung. Sinn und Zweck von Schlichtungen ist die Beilegung von Streitigkeiten im Einzelfall, welche die individuelle Konstellation berücksichtigt. Insbesondere im Hinblick auf die grundsätzliche Klärung von offenen Rechtsfragen ist die Durchsetzung von Verbraucherrechten vor Gericht aber der primäre Weg. Jedoch könnte es hier eine sinnvolle Verknüpfung geben: Bei einer Musterfeststellungsklage könnten die Schlichtungsstellen die Schadenshöhe im Einzelfall klären. Dies ist aber leider nicht verpflichtend. Hier liegt der Knackpunkt.

In der rückblickenden Gesamtschau zeigt sich auch, dass Schlichtungen als Teil außergerichtlicher Streitbeilegung nur wenigen Verbraucher:innen bekannt sind. Und nicht in allen Wirtschaftszweigen funktionieren diese gleich gut, vor allem, weil kaum Teilnahmebereitschaft seitens der Unternehmen herrscht.

Im Gegensatz dazu war der Versicherungsombudsmann schon immer Vorreiter: Während andere Unternehmensbranchen überlegen, wie sie ihre Mitglieder zur aktiven Teilnahme an einer Schlichtung bringen können, unterwerfen sich die Versicherer bis zu einem Streitwert von 10.000 Euro der Entscheidung durch den Versicherungsombudsmann. Mehr noch: Hat der Versicherer innerhalb der gesetzten Frist keine – oder eine zur Klärung des Sachverhalts offensichtlich ungeeig-



nete – Stellungnahme abgegeben, ist allein auf Grundlage des Vortrags des sich Beschwerenden zu entscheiden. Dies soll verhindern, dass sich das Schlichtungsverfahren durch Nichtstun eines Versicherers unnötig in die Länge zieht. Sollte ein Versicherer wiederholt den Pflichten aus der Verfahrensordnung nicht nachkommen, könnte er sogar als Mitglied aus dem Trägerverein ausgeschlossen werden.

Die zunehmende Digitalisierung und der künftige Einsatz von künstlicher Intelligenz wird Vorteile, aber auch neue Konflikte bringen, die sich früher oder später auch in Beschwerden widerspiegeln werden. Neben einem verbindlichen Rechtsrahmen, der die Grundlage der Spruchpraxis der Schlichtungsstelle ist, ist ein entsprechendes technisches Verständnis unabdingbar. Hier werden die neuen Herausforderungen für den Versicherungsombudsmann liegen.

Das öffentliche Ansehen einer Schlichtungsstelle steht und fällt auch mit der Person, die sie repräsentiert. Dr. h. c. Wilhelm Schluckebier führte die Schlichtungsstelle mit ruhiger Hand durch die Corona-Zeiten und setzte sich bis zum Ende seiner Amtszeit mit Vehemenz für die Belange der Verbraucher:innen ein. Mich freut, dass nach dem Ausscheiden von Herrn Dr. Schluckebier Frau Dr. Sibylle Kessal-Wulf als neue Ombudsfrau an der Spitze des Versicherungsombudsmann e.V. diesen Kurs fortführen wird. Der Verbraucherzentrale Bundesverband und seine Beiratsmitglieder freuen sich auf die Zusammenarbeit und wünschen ihr viel Erfolg und gute Durchsetzungskraft in diesem besonderen Amt.

Ramona Pop
Vorständin Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv)





Inhalt

	Nachruf auf Professor Dr. Dr. h. c. mult. Jürgen Basedow	5
	Grußwort	6
1	Der Versicherungsombudsmann	10
1.1	Außergerichtliche Streitbeilegung	10
1.2	Sinn und Zweck der Schlichtungsstelle	11
1.3	Der Ombudsmann in Person: Dr. h. c. Wilhelm Schluckebier	12
1.4	Das Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsunternehmen	14
1.5	Das Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsvermittler	17
1.6	Veröffentlichung der Entscheidungen des Ombudsmanns	18
2	Bericht des Ombudsmanns	20
2.1	Allgemeine Trends	20
2.2	Schlichtung und Justiz – Perspektiven	20
2.3	Fin-Net und seine Grenzen	22
2.4	Altbekannte und neue Themen in der Lebensversicherung	22
2.5	Rechtsschutzversicherung: Kaum noch Diesel-Fälle, nun aber Datenleck-Ansprüche	24
2.6	Schwerpunkte und Tendenzen in den anderen Sparten: „Alles beim Alten“	24
2.7	Die Versicherungssparten in der Jahresbetrachtung	25
2.8	Beschwerdefälle	69
3	Einzelheiten zur Schlichtungsstelle	96
3.1	Allgemeines	96
3.2	Organisation und Personal	98
3.3	Vereinsmitglieder und Mitgliederversammlung	99
3.4	Vorstand, Geschäftsführung	100
3.5	Beirat	101
3.6	Presse- und Öffentlichkeitsarbeit	102
3.7	Fachlicher Austausch	103
3.8	Gremienarbeit	104
3.9	Finanzen	105
4	Statistik	108
4.1	Gesamtbetrachtung	108
4.2	Differenzierung nach Zuständigkeiten des Ombudsmanns	111
4.3	Beschwerden gegen Versicherungsunternehmen	111
4.4	Beschwerden gegen Versicherungsvermittler	114
4.5	Tabellen und Grafiken	116
5	Anhang	124
5.1	Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns (VomVO)	124
5.2	Verfahrensordnung für Vermittlerbeschwerden (VermVO)	130
5.3	Satzung des Vereins	133
5.4	Stellvertreter des Ombudsmanns	140
5.5	Mitglieder des Beirats	140
5.6	Mitglieder des Vorstands, Geschäftsführer	143
5.7	Mitglieder des Vereins	144
5.8	Abkürzungsverzeichnis	151

Anmerkung: Wegen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter. Die verkürzte Sprachform hat ausschließlich redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung.

1 Der Versicherungsombudsmann

1.1 Außergerichtliche Streitbeilegung

Die Europäische Kommission plant, die Richtlinie über alternative Streitbeilegung in Verbraucherangelegenheiten (ADR*-Richtlinie) aus dem Jahre 2013 zu reformieren, und hat die entsprechenden Verfahren hierfür eingeleitet. Hierdurch wird verdeutlicht, welche Bedeutung der außergerichtlichen Streitbeilegung auch auf Unionsebene nach wie vor zukommt.

Nicht alle Auseinandersetzungen zwischen Verbrauchern und Unternehmen müssen staatlichen Gerichten zugeführt werden. Für den Bereich hoheitlicher Verwaltung erfüllen staatliche Ombudsleute, Petitionsausschüsse und der bzw. die Europäische Bürgerbeauftragte die Funktion der Beilegung von derartigen Streitigkeiten.

Der Einsatz außergerichtlicher Streitbeilegung dient vielen Unternehmen als sinnvolles Instrument zur Pflege der modernen Kundenbeziehung. Durch objektive, fachkundige und für Laien verständliche Klärung auf Augenhöhe lassen sich Meinungsverschiedenheiten mit Verbrauchern schnell und dauerhaft ausräumen.

In Zweigen der Wirtschaft, in denen eine gewisse „Macht-Asymmetrie“ zwischen den Vertragsparteien besteht, ist der Bedarf an außergerichtlicher Streitbeilegung groß. Hier besteht die Gefahr, dass die überlegene Vertragspartei ihre Interessen, zum Beispiel bezüglich der Vertragsinhalte oder der Preise, aufgrund der Marktverhältnisse besser durchsetzen kann. Dieses Gefälle zwischen den Vertragspartnern kann sich auf den Umgang mit Meinungsverschiedenheiten auswirken. Unabhängig davon, ob diese Verhältnisse im Einzelfall tatsächlich bestehen oder nur von der (vermeintlich) unterlegenen Seite so wahrgenommen werden, kann dadurch die Konfliktlösung beeinträchtigt werden.

Daher kommt in diesen Wirtschaftszweigen der außergerichtlichen Streitbeilegung mit ihrem kostenlosen und unbürokratischen Verfahren eine besondere Bedeutung zu. Im Versicherungsvertragsverhältnis ist der Versicherer bei der Vertragsgestaltung und durch die tägliche Befassung mit der komplexen Materie im Vorteil. Damit die Verfahren auf Augenhöhe stattfinden und der Streit dauerhaft befriedet wird, achtet der Ombudsmann besonders auf die Wahrung der Verbraucherrechte und -interessen.

* Erläuterungen zu verwendeten Abkürzungen im gesamten Jahresbericht finden Sie im Abkürzungsverzeichnis unter Kapitel 5.



1.2 Sinn und Zweck der Schlichtungsstelle

Bei der Gründung des Vereins „Versicherungsombudsmann“ stand für die Versicherungswirtschaft neben dem Verbraucherschutz auch die Pflege der Beziehungen zu den eigenen Kunden im Vordergrund.

Beschwerdeführer erhalten die Möglichkeit, Entscheidungen ihres Vertragspartners von einer unabhängigen und neutralen Stelle rechtskundig überprüfen zu lassen. Wie bei einem staatlichen Gericht ist der Prüfungsmaßstab hierbei Recht und Gesetz. Auf diese Weise können etwaige Fehlentscheidungen, die bei der Vielzahl der Vorgänge in der Vertrags- und Leistungsbearbeitung erfahrungsgemäß kaum zu vermeiden sind, schnell, zuverlässig und im Einklang mit der Rechtsordnung korrigiert werden. Stellt sich jedoch heraus, dass die Entscheidung des Versicherers rechtmäßig war, wird das Ergebnis in verständlicher Sprache begründet und dem Beschwerdeführer erläutert. Sind die Standpunkte beider Parteien gut vertretbar, kann der Ombudsmann aufgrund seiner Neutralität einen angemessenen Kompromiss fördern. So kann das Ombudsmannverfahren durch seine befriedigenden Elemente dazu beitragen, dass der Beschwerdeführer dem Unternehmen als Kunde erhalten bleibt.

Kundenzufriedenheit setzt voraus, dass der Verbraucher den Inhalt des Vertrages und die sich daraus ergebenden Rechte und Pflichten versteht. Das ist bei Versicherungsverträgen nicht einfach, denn der Versicherungsschutz wird mittels Fachtermini definiert. Daher überblickt der Verbraucher den Vertragsinhalt häufig erst im Beschwerdeverfahren durch die Erläuterungen des Ombudsmanns.

Bei der Ausgestaltung der Verfahrensordnung wurde großer Wert darauf gelegt, die Interessen und etwaigen Ansprüche der Kunden zu berücksichtigen. Für die Beschwerdeführer ist die Durchführung kostenfrei und ohne Rechtsbeistand möglich. Der Ombudsmann ist zudem in der Lage, berechtigten Ansprüchen zur Durchsetzung zu verhelfen, denn Entscheidungen gegen Versicherer sind für diese bis zu einem Gegenstandswert von 10.000 Euro verbindlich.

Im Jahr 2007 erkannte das Bundesministerium der Justiz den Versicherungsombudsmann e. V. auch als Schlichtungsstelle für die außergerichtliche Beilegung von Streitigkeiten zwischen Versicherungsvermittlern und Versicherungsnehmern im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen an (§ 214 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 VVG). 2016 erfolgte die staatliche Anerkennung als Verbraucherschlichtungsstelle nach dem damals neu geschaffenen VSBG.

1 DER VERSICHERUNGSOMBUDSMANN

1.3 Der Ombudsmann in Person: Dr. h. c. Wilhelm Schluckebier

Dr. h. c. Wilhelm Schluckebier ist seit dem 1. April 2019 Ombudsmann für Versicherungen. Er war viele Jahre mit verschiedenen Aufgaben in der Justiz betraut, u. a. als Richter in Hessen und beim Generalbundesanwalt. Von 1999 bis 2006 war er Richter am Bundesgerichtshof. Von Oktober 2006 bis November 2017 gehörte er dem Ersten Senat des Bundesverfassungsgerichts an. Hier war er als Berichterstatter auch mit den Verfahren aus dem Rechtsgebiet des Versicherungswesens befasst.



Die Unabhängigkeit des Ombudsmanns

Persönliche und institutionelle Unabhängigkeit sowie Neutralität sind für den Ombudsmann unabdingbar, damit er seine Aufgabe erfüllen kann. Nur wenn beide Verfahrensparteien die Fachkompetenz und persönliche Integrität des Ombudsmanns anerkennen, werden sie ihm die Lösung ihrer versicherungsrechtlichen Probleme anvertrauen, seine Schlichtungsvorschläge annehmen und nicht zuletzt die Entscheidungen und Empfehlungen akzeptieren.

Eine Person muss daher besondere, in der Satzung des Vereins definierte Voraussetzungen erfüllen, damit sie in das Amt des Ombudsmanns gewählt werden kann. Vor allem 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 2007 gilt dies auch für eine vorherige Tätigkeit als Versicherungsvermittler oder -berater. Der Ombudsmann wird vom Vorstand des Vereins vorgeschlagen und durch Beschlüsse des Beirats und der Mitgliederversammlung bestellt. Eine Amtszeit des Ombudsmanns beträgt höchstens fünf Jahre. Die Wiederwahl ist einmal möglich. Ausschließlich bei offensichtlichen und groben Verfehlungen gegen seine Verpflichtungen kann der Ombudsmann mit einer Zweidrittelmehrheit im Beirat vorzeitig abberufen werden.

Die Neutralität des Ombudsmanns wird nicht zuletzt durch seine unabhängige Stellung gesichert. Er ist kein Angestellter des Vereins, sondern ausdrücklich hinsichtlich seiner Entscheidungen, seiner Verfahrens- und Amtsführung im Rahmen der Verfahrensordnungen frei und keinen Weisungen unterworfen. In seinem Amt ist der Ombudsmann damit ähnlich unabhängig wie ein Richter. Dieser Vergleich gilt auch hinsichtlich der Entscheidungsgrundlagen des Ombudsmanns: Recht und Gesetz. In fachlicher Hinsicht ist er gegenüber den Mitarbeitern der Schlichtungsstelle weisungsbefugt.



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

Dieser Grundgedanke, eine Persönlichkeit zu beauftragen und mit Kompetenzen auszustatten, damit sie in bestimmten Bereichen einer als ungerecht empfundenen Behandlung durch staatliche Stellen nachgehen kann, überzeugte und breitete sich aus. Viele Länder schufen für verschiedene Aufgabenbereiche die Position eines Bürgerbeauftragten. In der Bundesrepublik wurde beispielsweise 1956 das Amt des Wehrbeauftragten des Deutschen Bundestags geschaffen und in der Verfassung verankert (Artikel 45b GG). Seit 1995 ist der Bürgerbeauftragte (oder Ombudsmann) der EU für Beschwerden von Bürgern zuständig, die Missstände bei der Tätigkeit europäischer Organe rügen. Viele Bundesländer in Deutschland unterhalten mittlerweile auch Bürgerbeauftragte, die die Bürger unterstützen, wenn sie Schwierigkeiten in der Kommunikation oder im Umgang mit Behörden und Ämtern haben.

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

Kompetenzen und Verfahrensgrundsätze der Ombudsleute sind nicht einheitlich geregelt. Durch das VSBG hat die außergerichtliche Streitbeilegung 2016 einen gesetzlichen Rahmen erhalten. Seither besteht für alle Verbraucherstreitbeilegungsstellen ein gesetzlich vorgegebener Mindeststandard.

Der Versicherungsombudsmann übertrifft diesen Maßstab. So statten nur wenige Branchen ihren Streitmittler, wie ihn das VSBG bezeichnet, mit der Kompetenz aus, den Beschwerdegegner zur Leistung zu verpflichten. Gleiches gilt für die ausführliche, transparente Darstellung der Schlichtungstätigkeit sowie für die Organisationsstruktur der Schlichtungsstelle: Diese ist vom betreffenden Branchenverband unabhängig organisiert und ihre Arbeit wird von einem Beirat begleitet, dem auch Verbraucherorganisationen angehören.

1 DER VERSICHERUNGSOMBUDSMANN

1.4 Das Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsunternehmen

In den Zuständigkeitsbereich des Versicherungsombudsmanns fallen alle Sparten der privaten Versicherungswirtschaft, in denen Verbraucher Versicherungsverträge abschließen können, mit Ausnahme der Kranken- und Pflegeversicherung. Soweit eine Beschwerde im Zusammenhang mit der Verbrauchereigenschaft eines Versicherungskunden steht, kann er die Schlichtungsstelle in Anspruch nehmen. Der Ombudsmann ermöglicht es, die Meinungsverschiedenheit ohne eigenes Kostenrisiko auszutragen. Das eröffnet einen im Vergleich zum Gerichtsverfahren alternativen Zugang zum Recht, der effizient und weniger formalisiert ist. Auf diese Weise erhalten Verbraucher, die in der Regel nicht über besondere Rechts- oder Versicherungskenntnisse verfügen, schnell und kostengünstig Klarheit über die Rechtslage. Sofern sich Kleinunternehmer oder Freiberufler in einer „verbraucherähnlichen Lage“ befinden, können auch sie Unterstützung durch den Ombudsmann erhalten.

Die Versicherungsunternehmen, die dem Versicherungsombudsmann e.V. angehören, verpflichten sich entsprechend der Vereinssatzung, ihre Kunden zu Vertragsbeginn auf das Ombudsmannverfahren hinzuweisen (§ 5 Absatz 3 der Vereinssatzung). Dies geschieht überwiegend durch Information in den Unterlagen des Versicherungsvertrages. Zumeist befinden sich die Angaben zum Versicherungsombudsmann an der Stelle, an der auch die Information zur Versicherungsaufsichtsbehörde – in der Regel ist dies die BaFin – aufgeführt ist. Über diese Verpflichtung hinausgehend haben einzelne Mitglieder den Hinweis auf den Ombudsmann in die Standardangaben ihrer Kundenkorrespondenz aufgenommen.

Das Beschwerdeverfahren kann nur von den Versicherten eingeleitet werden, Versicherern ist das nicht möglich. Allerdings können diese ihre Kunden jederzeit auf den Ombudsmann hinweisen und seine Einschaltung anregen. Seit Inkrafttreten des VSBG ist in dessen § 37 Absatz 1 Satz 1 gesetzlich vorgeschrieben, dass der Unternehmer „den Verbraucher auf eine für ihn zuständige Verbraucherschlichtungsstelle unter Angabe von deren Anschrift und Website hinweisen [hat], wenn die Streitigkeit über einen Verbrauchervertrag durch den Unternehmer und den Verbraucher nicht beigelegt werden konnte“.

Die Vereinsmitglieder haben mit dem Ombudsmann freiwillig und auf privatrechtlicher Basis eine neutrale Instanz mit weitreichenden Kompetenzen geschaffen und ausgestattet. Durch den Beitritt zum Verein verpflichten sich die Versicherungsunternehmen am Schlichtungsverfahren teilzunehmen, erkennen die Verfahrensordnung des Ombudsmanns als verbindlich an (§ 5 Absatz 1 der Vereinssatzung) und unterwerfen sich den Entscheidungen des Ombudsmanns bis zu einem Beschwerdewert von 10.000 Euro (§ 5 Absatz 2 der Vereinssatzung in Verbindung mit der VomVO). Auf dieser Grundlage kann der Ombudsmann die Versicherer zur Leistung verpflichten.

Bei der Ausgestaltung des Verfahrens haben die Versicherungsunternehmen großen Wert darauf gelegt, dass ihren Kunden durch die Inanspruchnahme des



Ombudsmanns keine Nachteile entstehen. Verbraucher sollen die Entscheidung ihres Versicherers überprüfen lassen können, ohne befürchten zu müssen, nach dem Verfahren schlechter gestellt zu sein, falls der Ombudsmann ihrer Beschwerde nicht zum Erfolg verhelfen kann. Diesem Gedanken folgend wird die Verjährung von etwaigen Ansprüchen der Verbraucher während des Verfahrens gehemmt. Dadurch verlängert sich der Lauf der Verjährung um die Dauer des Ombudsmannverfahrens. 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, vor Gericht gehen. Die VomVO stellt jedoch sicher, dass die Verfahren vor den ordentlichen Gerichten Vorrang haben und in gleicher Sache bereits ergangene Entscheidungen oder getroffene Vergleiche respektiert werden.

Das Verfahren ist verbraucherorientiert ausgestaltet. Die Beschwerdeführer benötigen keine besonderen Kenntnisse zur Einleitung oder Durchführung des Verfahrens. Die Vertretung durch eine Vertrauensperson oder einen Rechtsanwalt ist zulässig, aber nicht notwendig. Die Mitarbeiter der Schlichtungsstelle, speziell geschulte Versicherungskaufleute und Volljuristen, unterstützen die Beschwerdeführer bei der Einlegung der Beschwerde wie auch sonst im Verfahrensverlauf, zum Beispiel bei der Formulierung des Beschwerdeziels oder der Zusammenstellung der Unterlagen. Damit wird sichergestellt, dass die Beschwerdeführer, denen als Verbraucher versicherungsrechtliche Fragen nicht unbedingt geläufig sind, zum einen die Übersicht über das Verfahren behalten und zum anderen keine rechtlichen Nachteile wegen fehlender Fachkenntnisse befürchten müssen.

An den Beschwerdeantrag des Verbrauchers werden nicht die gleichen Anforderungen gestellt, wie sie in einem Gerichtsverfahren gelten. Es wird zum Beispiel nicht erwartet, dass der Verbraucher den genauen Betrag, um den er die Auszahlung seines Lebensversicherungsvertrages für zu gering hält, nennen kann. Auch muss die rechtliche Begründung des erhobenen Anspruchs nicht angegeben werden. Diese niedrige Schwelle für die Einleitung des Verfahrens ist ein wichtiges Element der Verbraucherorientierung. Damit können Meinungsverschiedenheiten ausgeräumt werden, noch bevor ein Konflikt entsteht und sich die Standpunkte verhärten. Weil sich der Ombudsmann auch der Fälle annimmt, die nicht die Zulässigkeitshürde für Gerichtsverfahren überwinden würden, gleicht die Zusammensetzung seiner Beschwerdefälle nicht der von Gerichtsverfahren. Das ist bei der Betrachtung der Statistik zu beachten.

Eine weitere wichtige Komponente des 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. Ändert er sie ab, wird der Streit ohne Entscheidung des Ombudsmanns beigelegt. Hält der Versicherer an seiner Auffassung fest, hat er seinen Standpunkt im Hinblick auf

1 DER VERSICHERUNGSOMBUDSMANN

das Beschwerdevorbringen zu erläutern. Stellungnahmen und Unterlagen werden grundsätzlich der anderen Partei zur Kenntnis gebracht. Handelt es sich um neues, entscheidungserhebliches Vorbringen, wird Gelegenheit zur ergänzenden Stellungnahme eingeräumt. Anschließend überprüft der Ombudsmann unter rechtlichen Gesichtspunkten die Streitfrage, sucht nach Ansätzen zur Schlichtung und legt ggf. seine vorläufige Rechtsauffassung offen, wenn er dies für sachdienlich hält. In jedem Fall ist der Sachverhalt, auf dessen Grundlage der Ombudsmann seine Entscheidung trifft, den Beteiligten bekannt, sodass sie bei Bedarf entsprechend argumentieren können.

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

Auch dann, wenn das Beschwerdeziel nicht erreicht wird, kann das Verfahren für den Beschwerdeführer von großem Nutzen sein. Er erhält kostenlos eine rechtliche Prüfung seiner Ansprüche, die ihm in verständlicher Sprache erläutert wird. Damit kann er seine Prozesschancen und -risiken einschätzen und sich bei Wahrung seiner eventuellen Rechtsposition aufgrund der Verjährungshemmung in Ruhe das weitere Vorgehen überlegen. Entweder geht er gerichtlich gegen den Versicherer vor, wobei er die Argumentation des Ombudsmanns verwenden kann, oder er akzeptiert das Ergebnis des Schlichtungsverfahrens.

Das Ombudsmannverfahren ist für den Versicherungskunden unentgeltlich. Er hat weder Verfahrenskosten zu tragen noch läuft er Gefahr, im Falle einer erfolglosen Beschwerde die Kosten der Gegenseite übernehmen zu müssen, wie dies in einem Zivilprozess der Fall wäre. Lediglich eigene Auslagen, beispielsweise für Porto, die Anfertigung von Kopien oder die eventuelle Hinzuziehung eines Anwalts, fallen für ihn an. Eine anwaltliche Vertretung ist im Verfahren jedoch nicht erforderlich, da es verbraucherorientiert ausgestaltet ist. Das gilt zugleich für die Kontaktmöglichkeiten. Potenzielle Beschwerdeführer können sich auf der Website des Vereins über die Schlichtungsstelle und das Verfahren informieren, im Online-Check die Zulässigkeit prüfen und im geführten Dialog einen Beschwerdeantrag stellen und weitere Unterlagen einreichen. Außerdem stehen kostenlose Rufnummern (0800) für telefonische Nachfragen zur Verfügung.



1.5 Das Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsvermittler

Die Zuständigkeit des Versicherungsombudsmanns für Beschwerden über Versicherungsvermittler oder -berater besteht seit 2007 und beruht auf einer EU-Richtlinie sowie deren nationaler Umsetzung. Grundlage ist § 214 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 VVG. Inzwischen besteht eine Pflicht der Vermittler zur Teilnahme am Verfahren.

Das Vermittlerverfahren ist mit demjenigen gegen Versicherer nicht vergleichbar. Die Kompetenzen des Ombudsmanns für Beschwerden gegen Versicherer werden in der Vereinssatzung begründet; sie beruhen auf privatrechtlicher Grundlage als Folge des freiwilligen Beitritts zum Verein. Dagegen wird der Ombudsmann bei Beschwerden gegen Vermittler aufgrund der gesetzlichen Aufgabenzuweisung tätig. Seit der Anerkennung als Verbraucherschlichtungsstelle im Jahr 2016 bilden das VVG und das VSBG die Rahmenbedingungen des Verfahrens. Wegen der Unterschiede zum Verfahren gegen Versicherungsunternehmen gilt für Beschwerden gegen Vermittler eine eigene Verfahrensordnung (VermVO).

Entsprechend der gesetzlichen Grundlage ist der Ombudsmann zuständig für Streitigkeiten zwischen Versicherungsnehmern oder -interessenten und Versicherungsvermittlern oder -beratern „im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen“. Beschwerden zwischen Vermittlern untereinander oder Beschwerden eines Vermittlers gegen ein Unternehmen und umgekehrt fallen nicht in die Zuständigkeit des Ombudsmanns. Abgrenzungsbedarf besteht auch in Bezug auf das Beschwerdeziel. Wird die Beteiligung des Vermittlers an der Schadensregulierung 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. Rügt der Beschwerdeführer ein Verhalten des Vermittlers, das – wie bei Versicherungsvertretern üblich – rechtlich dem jeweiligen Versicherungsunternehmen zuzurechnen ist, wird vorrangig ein Verfahren nach der VomVO durchgeführt.

Verglichen mit der VomVO besteht hinsichtlich der Beschwerdebefugnis in der VermVO 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, dass Verbraucherschutzverbände ausdrücklich befugt sind, Vermittlerbeschwerden einzulegen. Ebenso wie beim Verfahren nach der VomVO muss der Verbraucher grundsätzlich keine Kosten tragen, von eventuellen Auslagen wie Briefporto abgesehen. Dem Versicherungsvermittler kann ein Entgelt auferlegt werden, wenn er Anlass zur Beschwerde gegeben hat. Bei offensichtlich missbräuchlich eingelegten Beschwerden können auch die Beschwerdeführer zur Kostentragung herangezogen werden.

1 DER VERSICHERUNGSOMBUDSMANN

Nach der VermVO können, anders als bei Unternehmensbeschwerden, keine bindenden Entscheidungen getroffen werden. Wie bereits ausgeführt, wird der Ombudsmann im Fall von Vermittlerbeschwerden auf gesetzlicher Grundlage tätig. Daher können Entscheidungen des Ombudsmanns nur kraft Gesetzes oder aufgrund freiwilliger Unterwerfung Bindungswirkung entfalten.

Nicht selten betreffen Beschwerden Bereiche, die sich für eine Schlichtung nicht eignen, zum Beispiel eine unzulängliche Dokumentation der Beratung ohne Schadensfolge. 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 „unangemessenes Verhalten“ des Vermittlers rügt, versucht der Ombudsmann im Rahmen seiner Aufgabe den Streit zu befrieden. Er beendet das Verfahren jedoch nicht mit einer an § 5 Absatz 4 VermVO ausgerichteten Entscheidung, da es hierfür an einem rechtlichen Prüfungsmaßstab fehlt.

1.6 Veröffentlichung der Entscheidungen des Ombudsmanns

Bei einigen Beschwerden stehen Fragen im Streit, deren Behandlung auch für Außenstehende von Interesse sein kann. Deshalb veröffentlicht der Ombudsmann Bescheide zu Beschwerdefällen mit rechtlichen Fragen, die über den Einzelfall hinaus bedeutsam sind. Die Bescheide werden anonymisiert und sind auf der Website des Versicherungsombudsmann e.V. leicht zugänglich und können nach Stichworten durchsucht werden.

Eine Veröffentlichung aller oder eines Großteils der Fälle wäre indessen weder sachgerecht noch wirtschaftlich sinnvoll. Anders als ordentliche Gerichte entscheidet der Ombudsmann nicht über Fragen von rechtsgrundsätzlicher Bedeutung. Das verringert das allgemeine Interesse, da keine „Leitentscheidungen“ getroffen werden. Weiter erfordert Schlichtung im Einzelfall Vertraulichkeit. Zudem werden, wie bereits erwähnt, Entscheidungen gegen den Verbraucher in für Laien verständlicher Sprache abgefasst und auf ihn in seiner persönlichen Situation ausgerichtet. Er soll erreicht werden. Zur Verallgemeinerung eignen sich solche Ausführungen in der Regel nicht. Schließlich ist zu bedenken, für wen welcher Informationsgehalt nützlich ist und welche Ressourcen zur Aufbereitung veröffentlichungsfähiger Entscheidungen aufgebracht werden müssen. Diese fehlen dann in der Bearbeitung der Verbraucheranliegen. Aus den genannten Gründen kommen daher nur ausgewählte Fälle zur Veröffentlichung auf der Website in Betracht. Weitere werden in den jährlichen Berichten, wie dem vorliegenden, geschildert. Dies dient vorrangig dazu, die Bandbreite der dem Ombudsmann vorgelegten Themen sowie dessen Arbeitsweise zu beschreiben. Häufig lassen sich so aber auch interessante rechtliche Probleme am konkreten Beispiel verdeutlichen.



Vor allem die auf der Website einzusehenden Entscheidungen des Ombudsmanns dienen dazu, seine Arbeit zu veranschaulichen.

Aus naheliegenden Gründen wird auf die Wiederholung gleichgelagerter Fälle verzichtet, sodass die veröffentlichten Entscheidungen nicht repräsentativ für die Häufigkeit der Themen sind, mit denen der Ombudsmann befasst ist. Auch kann an den Veröffentlichungen nicht die Erfolgsquote von Beschwerden abgelesen werden – das schon deshalb nicht, weil diese im Wesentlichen dadurch zustande kommt, dass die Unternehmen ihre ursprüngliche Entscheidung zugunsten des Beschwerdeführers abändern, weshalb es dann eines Spruchs des Ombudsmanns nicht mehr bedarf.

2 Bericht des Ombudsmanns

2.1 Allgemeine Trends

Im Jahr 2023 stiegen die **Beschwerdezahlen** – nach einem Rückgang in dem von der Corona-Pandemie geprägten Jahr 2022 – wieder auf die Werte der früheren Jahre an. Insgesamt waren 18.037 Eingänge zu verzeichnen. Im Jahr 2022 lag die Zahl bei 15.907. Das entspricht einer Zunahme um 13,4 Prozent. Zahlenstarke Sondereffekte, die zu Belastungsspitzen hätten führen können, waren in keiner Sparte festzustellen. Die Zunahme von Schlichtungsanträgen betraf fast alle Sparten. Besonders **starke Zuwächse** verzeichneten bei den zulässigen Beschwerden die Kfz-Versicherungen (Kfz-Haftpflicht +27 Prozent, Kfz-Kasko +30 Prozent), die Hausratversicherung (+20 Prozent), die Allgemeine Haftpflichtversicherung (+22 Prozent) und die „sonstigen Versicherungen“ (+20 Prozent, dazu gehören u. a. Elektronik-, Tierkranken- und Reiseversicherung) sowie die Unfallversicherung (+39 Prozent). Lediglich in der Gebäudeversicherung kam es zu einem **Rückgang** um ca. 14 Prozent. Die **zahlenstärksten Sparten** waren erneut die Lebensversicherung und die Rechtsschutzversicherung. Die Erfolgsquote der Schlichtungsanträge bei Unternehmensbeschwerden (zu deren Definition siehe Kapitel 4) lag über die Sparten hinweg (ohne Lebensversicherung) bei 50,8 Prozent und ist damit leicht angestiegen. In etwa 30 Prozent aller Unternehmensbeschwerdefälle kam es zu einer **Abhilfe** durch den Versicherer.

Die Kooperation mit den Mitgliedsunternehmen war auch im Jahr 2023 durchweg wieder sehr gut. Der Auftrag zur zügigen Bearbeitung der Schlichtungsanträge lässt sich bekanntlich nur erfüllen, wenn die Unternehmen auch ihrer Verfahrensförderungspflicht nachkommen und die von der Verfahrensordnung recht kurz bemessene Stellungnahmefrist von drei Wochen einhalten. Hier kam es bei einigen Versicherern vermehrt zu Verzögerungen, die jeweils auf Nachfrage erklärt werden konnten. Solche Nachfragen und Erinnerungen erhöhen allerdings den Aufwand der Bearbeitung. Es kommt häufiger zu Sachstandsanfragen der Beschwerdeführer und zur Notwendigkeit, diesen eine Zwischennachricht zukommen zu lassen. Dies verdeutlicht, dass die beim Versicherungsombudsmann in den letzten Jahren vorbildlich kurze durchschnittliche Gesamtdauer der Schlichtungsverfahren nur dann weiterhin gewährleistet werden kann, wenn alle Mitgliedsunternehmen dauerhaft auch die Verfahrensförderung als wichtigen Beitrag zur Erreichung der Schlichtungsziele begreifen.

2.2 Schlichtung und Justiz – Perspektiven

Aus dem Jahr 2023 sind zwei Ereignisse bemerkenswert, die für die Verbraucherschlichtung und ihren Stellenwert für die Befriedung von Konflikten, deren Rahmenbedingungen und ihre Zukunftsperspektive wichtig sind. Das sind zum einen die Ergebnisse des Abschlussberichts zu dem **Forschungsvorhaben zum Rückgang der Eingangszahlen bei den Zivilgerichten** und dessen Ursachen, der im Frühjahr 2023 veröffentlicht wurde. Zum anderen geht es um den Entwurf einer Reform der ADR-Richtlinie, den die EU-Kommission im Oktober 2023 vorgestellt hat und durch den der Anwendungsbereich der Verbraucherschlichtung erheblich ausgeweitet werden soll.



Der Abschlussbericht zum Forschungsvorhaben weist aus, dass die Eingangszahlen bei den Zivilgerichten im Zeitraum zwischen 2005 und 2019 generell stark abgenommen haben. Allein auf dem Felde des Versicherungsvertragsrechts war bei den Amtsgerichten als Eingangsgerichten in diesem Zeitraum ein Rückgang von ca. 51.000 Verfahren (2005) auf etwa 25.000 pro Jahr (2019) zu verzeichnen. Dem justizförmigen Verfahren wird in dem Bericht attestiert, dass es kaum ein passendes Angebot für die Durchsetzung sogenannter „nicht hochwertiger Forderungen“ bereithalte. Bei den zugrunde liegenden Befragungen durch das Forscherteam beschrieben die Rechtsuchenden und Rechtsanwälte eine ihres Erachtens häufig fehlende wirtschaftliche Expertise und eine als unzureichend empfundene fachliche Spezialisierung der Richterschaft. Als Ursachen für die abnehmende Klagebereitschaft vor den Zivilgerichten werden weiter die lange Verfahrensdauer (die im Vergleichszeitraum trotz abnehmender Verfahrenszahlen zugenommen hat), das Prozesskostenrisiko und die schwer einschätzbaren Erfolgsaussichten genannt. Resümiert wird in dem Bericht überdies, dass sich insbesondere die branchenspezifische Schlichtung als Alternativangebot anbiete, die sich nicht als Konkurrenz zur Justiz erweise, sondern als belastbares alternatives Konfliktlösungsinstrument.* Es bleibt die Erkenntnis, dass – wie die Zahlen verdeutlichen – seit vielen Jahren ein im Wesentlichen gleichbleibender Bedarf an Schlichtungsmöglichkeiten in der Versicherungsbranche besteht und das Angebot hierzu dankbar angenommen wird. Die Verbraucherschlichtung im Versicherungsrecht ist damit zugleich ein Seismograph, der in den einzelnen Versicherungssparten deutlich aufscheinen lässt, wo sich offene Rechtsfragen stellen und wo sich Kundenunzufriedenheit im Schwerpunkt verorten lässt.

Was die **Zukunftsperspektive** angeht, hat die EU-Kommission im Oktober 2023 einen **Entwurf zur Reform der Richtlinie zur alternativen Verbraucherstreitbeilegung (ADR-Richtlinie)** veröffentlicht. Vorgesehen ist eine Ausdehnung der Schlichtung auf vorvertragliche Phasen, in denen Verbraucherrechte bestehen, dies unabhängig davon, ob letztlich ein Vertrag abgeschlossen wird oder nicht. Die Kommission schlägt vor, die Begriffsbestimmungen der ADR-Richtlinie so zu ändern, dass alle Streitigkeiten im Zusammenhang mit den wichtigsten gesetzlichen Rechten von Verbrauchern abgedeckt werden. Dies soll sich künftig auf weitere EU-Rechtsakte beziehen, u. a. auf unlautere Geschäftspraktiken und Geschäftsbedingungen, Pflichten zur vorvertraglichen Information sowie auf eine etwaige Diskriminierung aufgrund von Staatsangehörigkeit oder Wohnort.

Bei einem ersten Meinungsaustausch im BMJ hatten die Verbraucherschlichtungsstellen bereits Gelegenheit, ihre überwiegend kritische Einschätzung der Konzeption des Entwurfs zu artikulieren. Im Verlauf der weiteren Diskussion wird insbesondere zu bedenken sein, dass das vereinfachte Verbraucherschlichtungsverfahren nicht überfordert werden sollte. Auch die Kommission geht weiter davon aus, das alternative Streitbeilegungsverfahren solle es Verbrauchern und Unternehmen ermöglichen, Streitigkeiten *rasch und kostengünstig* beizulegen,

* Abschlussbericht zum Forschungsvorhaben „Erforschung der Ursachen des Rückgangs der Eingangszahlen bei den Zivilgerichten“ vom 21. April 2023, abrufbar unter www.bmj.de/SharedDocs/Downloads/DE/Fachinformationen/Abschlussbericht_Eingangszahlen_Zivilgerichte.html?nn=110490.

ohne vor Gericht gehen zu müssen. Aus der Sicht des Versicherungsombudsmanns wird es auch darauf ankommen, dass etwaige erweiterte Möglichkeiten der Verbraucherschlichtung unionsrechtlich nur optional eröffnet werden, gerade aber auch die privaten Verbraucherschlichtungsstellen weiterhin autonom entscheiden können, ob und inwieweit sie von solchen Möglichkeiten Gebrauch machen. Die Verbraucherschlichtungsstellen waren sich bei der Begegnung im BMJ auch darin einig, der Richtlinienentwurf solle nicht dahingehend verstanden oder ausgestaltet werden, dass eine Popularbeschwerde* ermöglicht würde. Für die Einleitung eines Verbraucherschlichtungsverfahrens sollte stets eine Selbstbetroffenheit erforderlich sein.

2.3 Fin-Net und seine Grenzen

Im Rahmen der **grenzüberschreitenden Zusammenarbeit der Verbraucherschlichtungsstellen** über das Fin-Net (siehe dazu 3.1) wurden dem Ombudsmann vereinzelt Schlichtungsanträge von der französischen Schlichtungsstelle für Versicherungen (Médiation de l'Assurance) zugeleitet, die aber **nach französischem Recht** zu beurteilen waren und denen französischsprachige Versicherungsbedingungen und französischsprachige Korrespondenz zugrunde lag. Obgleich der Versicherer seinen Sitz in Deutschland hat, konnten diese Fälle leider nicht sachlich abschließend geprüft werden und waren für das Ombudsmannverfahren nicht geeignet. Die Anwendung fremden Rechts hätte in den in Rede stehenden Fällen die Möglichkeiten und Ressourcen des Versicherungsombudsmanns in einem Maße beansprucht, dass der erforderliche Aufwand als unangemessen zu beurteilen war. Diese grenzüberschreitenden Fälle, wenn sie nicht einfach sind und mit vertretbarem Aufwand bearbeitet werden können, sind leider nicht in der Schlichtung zu lösen. Den betroffenen deutschen Unternehmen, insbesondere wenn sie Mitglied beim Versicherungsombudsmann e.V. sind, wird aber für ihren Vertragsbestand mit Versicherungsnehmern im EU-Ausland, der fremdem, nicht deutschsprachig formuliertem Recht folgt, nahegelegt, sich insoweit der branchenspezifischen Schlichtungseinrichtung in dem betreffenden Land anzuschließen.

2.4 Altbekannte und neue Themen in der Lebensversicherung

Auch im letzten Jahr waren die Fälle des Widerspruchs oder **Widerrufs von Lebens- und Rentenversicherungsverträgen** für die Beschwerdebearbeitung prägend. Verschiedene höchstrichterliche Entscheidungen führten zu Klarstellungen offener Rechtsfragen. Der BGH führte in der Konsequenz einer Entscheidung des EuGH aus, dass die Ausübung des Widerspruchsrechts rechtsmissbräuchlich sein könne, wenn nur ein geringfügiger Fehler in der Belehrung über das Widerspruchsrecht vorliege. Darüber hinaus befasste er sich mit der Frage, wann von einem solchen nur geringfügigen Belehrungsfehler auszugehen sei. Klargestellt wurde überdies, dass bei nicht ordnungsgemäßer Belehrung der Einwand der **Verwirkung des Widerspruchsrechts** nicht von vornherein ausgeschlossen ist, eine in diese Richtung weisende, zum Verbraucher kreditrecht ergangene Entscheidung des EuGH also nicht auf das Versicherungsvertragsrecht übertragen werden kann (siehe dazu unter 2.7).

* Damit ist gemeint, dass jeder eine Überprüfung auslösen kann, auch wenn er nicht selbst und unmittelbar rechtlich betroffen ist und typischerweise nicht selbst Vertragspartner eines Versicherers als Beschwerdegegner ist.



Auch neue Fragestellungen traten auf: Bei der Kündigung von Lebensversicherungsverträgen nahmen einige wenige Unternehmen bei dem auszahlenden Betrag **Abzüge** vor, die an die **Entwicklung der Kapitalmarktsituation** gekoppelt waren (Marktwertanpassungen, Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital). Hierzu ist gegen eines der Unternehmen, das eine entsprechende Klausel in seinen Bedingungen vorsieht, beim OLG Koblenz eine Verbandsklage anhängig (dortiges Aktenzeichen 2 UKI 1/23). Auch das **gestiegene Kostenbewusstsein** der Verbraucher machte sich erneut bemerkbar. Hierbei spielen möglicherweise das Merkblatt der BaFin zu wohlverhaltensaufsichtlichen Aspekten bei kapitalbildenden Lebensversicherungsprodukten (Merkblatt 01/2023 [VA]) und die entsprechenden Veröffentlichungen eine Rolle, wonach die BaFin mittlerweile bei einigen Versicherern prüft, ob ihre Produkte für die Kunden geeignet sind (Kundennutzen) und die Preise im Blick auf die Vertriebskosten und Provisionen angemessen sind. Der Versicherungsombudsmann führt allerdings im Schlichtungsverfahren eine „Preiskontrolle“ nicht durch. Insoweit handelt es sich um geschäftspolitische Entscheidungen der Versicherer. Geprüft werden kann jedoch, ob die in den Vertragsunterlagen angegebenen Kosten den gesetzlichen und verordnungsrechtlichen Vorgaben entsprechen und ob die berechneten Kosten damit im Einklang stehen.

Im Berichtsjahr erstmals vermehrt aufgetreten sind in diesem Zusammenhang Beanstandungen der Abschlusskosten für die im Anschluss an **Riesterbanksparpläne** von Banken oder Sparkassen abgeschlossene Rentenversicherungsverträge, bei denen zum Eintritt in die Auszahlungsphase von Kunden als relativ hoch empfundene Abschlusskosten vom Kapital abgezogen werden. Die Bank oder Sparkasse ist in diesem Falle Versicherungsnehmer im Verhältnis zum Rentenversicherer, der Sparer versicherte Person. Stein des Anstoßes sind die bei Abschluss der Rentenversicherung anfallenden Kosten. Häufig wird geltend gemacht, bei Abschluss des Sparplans mit der Bank oder Sparkasse sei nicht ordnungsgemäß auf die später anfallenden Kosten hingewiesen worden. Der BGH hat die Kostenklausel einer Sparkasse mit Urteil vom 21. November 2023 (IV ZR 290/22) für unwirksam befunden. Sie sei nicht klar und nicht verständlich und benachteilige dadurch die Kunden (§ 307 Absatz 1 BGB). Während einige Ombudsleute der Volksbanken und Raiffeisenbanken nun den Geldinstituten die Erstattung der Abschlusskosten empfehlen, erachten die Ombudsleute der Sparkassen den Abzug der Abschlusskosten für beanstandungsfrei und die Unwirksamklärung der Kostenklausel zum Sparplan für folgenlos, denn der Kunde habe sich mit dem später abgeschlossenen Rentenversicherungsvertrag, der seinerseits eine ordnungsgemäße Kosteninformation enthalte, ja einverstanden erklärt und dessen Kostenvereinbarung damit auch anerkannt. Die beim Versicherungsombudsmann gegen den Rentenversicherer eingelegten Beschwerden haben nahezu ausnahmslos nicht zu Beanstandungen geführt. In diesen Fällen wurde seitens des Rentenversicherers über die anfallenden Kosten unterrichtet und die erhobenen Kosten konnten anhand der vom Rentenversicherer überlassenen Berechnungsdarstellung nachvollzogen werden. Ob und ggf. welche Konsequenzen die Unwirksamkeit der Kostenklausel im Sparplan hat, ist eine von der Rechtsprechung noch zu klärende Rechtsfrage, die im Schlichtungsverfahren des Versicherungsombudsmanns offengelassen wird.

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Konfliktstoff und Klärungsbedarf liefert vereinzelt auch die Fallgestaltung der **Anpassung des Rentenfaktors** – in den Beschwerdefällen gegenwärtig stets eine Korrektur nach unten. Hierzu gibt es erste Entscheidungen von Eingangsgerichten zu entsprechenden Versicherungsbedingungen. Dabei handelt es sich um solche Bedingungen, die über die gesetzlichen Möglichkeiten einer Herabsetzung von Versicherungsleistungen und der Neufestsetzung der Prämien nach § 163 VVG hinausgehen. Die ersten Entscheidungen von Landgerichten stellen sich allerdings als gegenläufig dar (LG Köln, 26 O 12/22 vom 8. Februar 2022, rechtskräftig nach Rechtsmittelrücknahme; LG Stuttgart, 53 O 214/22 vom 10. Juli 2023, nicht rechtskräftig). In der Beschwerdebearbeitung müssen solche Fälle überwiegend offengelassen werden, weil die zugrunde liegende Rechtsfrage der Wirksamkeit der entsprechenden Klausel zunächst von den staatlichen Gerichten weitergehend und klar entschieden werden muss.

2.5 Rechtsschutzversicherung: Kaum noch Diesel-Fälle, nun aber Datenleck-Ansprüche

In der Rechtsschutzversicherung sind die aus der Bewältigung der **Diesel-Abgasaffäre** resultierenden Beschwerden weitgehend abgearbeitet. Die sich stellenden Rechtsfragen sind durch die Rechtsprechung im Wesentlichen geklärt. In der Folge gingen im Berichtsjahr dazu nur noch ca. 30 Schlichtungsanträge ein. Eine neue Fallgestaltung gewann hingegen an Bedeutung: Nutzer von Social-Media-Plattformen verlangten Rechtsschutzdeckung für die Geltendmachung von Schadensersatz-, Unterlassungs- und Auskunftsansprüchen, nachdem es bei den Plattformbetreibern zu sogenannten **Datenlecks** gekommen war und ihre persönlichen Daten in fremde Hände geraten waren (siehe dazu unter 2.7) Hierzu ist die Rechtsprechung noch im Fluss. Deshalb wurde oft von einer Entscheidung (im Sinne einer abschließenden Bewertung) abgesehen und stattdessen ein Schlichtungsvorschlag unterbreitet.

2.6 Schwerpunkte und Tendenzen in den anderen Sparten: „Alles beim Alten“

In den **Kfz-Versicherungen** waren die Themen im Wesentlichen gleichbleibend wie in den Vorjahren. Häufige Versichererwechsel, die offenbar wegen der Schnelllebigkeit dieses Bereiches und der Beliebtheit von Vergleichsportalen zunehmen, hatten wieder viele Unklarheiten im Zusammenhang mit der Einstufung in Schadenfreiheitsklassen und die Übertragung der Einstufung beim Wechsel des Versicherers zur Folge. Auch war die weitreichende Regulierungsvollmacht des Versicherers im Schadenfall immer wieder Stein des Anstoßes. In der Kfz-Kaskoversicherung lag ein Schwerpunkt bei der Ablehnung einer Regulierung in Diebstahlfällen. In der **Gebäudeversicherung** machten wiederum Sturm-, Leitungswasser- und Rohrbruchschäden sowie Elementarschäden den größten Anteil der Beschwerden aus. In der **Hausratversicherung** lag der Schwerpunkt wie in den Vorjahren bei Einbruchdiebstahlschäden und Schäden durch bestimmungswidrig ausgetretenes Leitungswasser. Stark zugenommen haben Beschwerden in sogenannten Phishing-Fällen. Auch zur **Privat- und zur Tierhalterhaftpflichtversicherung** haben sich die Schwerpunkte der Fallbearbeitung



gegenüber den Vorjahren ebenfalls nicht wesentlich verändert. In der **Reiseversicherung** machte sich bemerkbar, dass nach dem Abklingen der Corona-Pandemie wieder mehr gereist wird. Im Zentrum standen Fragen, ob dem Reiserücktritt oder Reiseabbruch ein versichertes Ereignis zugrunde lag und ob die Stornierung der Reise unverzüglich nach Eintritt des Versicherungsfalles erfolgt war (Näheres dazu unter 2.7). Die hohe prozentuale Zunahme von Beschwerden in der privaten Unfallversicherung (+39 Prozent gegenüber 2022) geht nicht auf Sondereffekte zurück. Deshalb besteht Grund zu der Annahme, dass während der Corona-Pandemie die Menschen weniger aktiv waren und sich seltener unfallträchtigen Risikosituationen aussetzten. Das hat sich nun wieder geändert. Deshalb steigt die Beschwerdezahl wieder in Richtung auf früher bekannte Größenordnungen an.

2.7 Die Versicherungssparten in der Jahresbetrachtung

Die Entwicklung in den verschiedenen Versicherungssparten im Jahr 2023 wird im Folgenden auf der Grundlage der Beschwerdebearbeitungspraxis näher dargestellt. Dabei werden traditionell alle Sparten behandelt und vornehmlich die jeweiligen Schwerpunkte angesprochen. Es dient dem vollständigen Überblick an dieser Stelle, dass einige Themen noch einmal aufgegriffen und vertieft werden, die bereits bei der Vorstellung der Hauptentwicklungslinien unter 2.1 bis 2.6 behandelt worden sind.

■ Lebensversicherung

Im Jahr 2023 erhielt der Ombudsmann 2.915 (Vorjahr: 2.643) zulässige Beschwerden zur Lebensversicherung und damit ca. 10 Prozent mehr als im Vorjahr. Die Sparte „Lebensversicherung“ umfasst eine Vielzahl von Vertragsarten. Hierzu gehören „konventionelle“ kapitalbildende Lebens- bzw. Rentenversicherungen, Risikolebensversicherungen, fondsgebundene Versicherungen ohne und mit garantierten Mindestleistungen (sogenannte „Hybridprodukte“). Außerdem werden Riesterrenten-, Sterbegeld-, Basisrenten-, Schwere-Krankheiten-, Pflegerenten- und Restschuldversicherungen sowie Verträge zur betrieblichen Altersversorgung (bAV) hierunter gefasst.

Einen großen Anteil der rechtlichen Bearbeitung der Beschwerden machte wieder die Zurückweisung von Widersprüchen nach § 5a VVG in der Fassung vor 2008 (VVG a. F.), von Rücktritten nach § 8 Absatz 5 VVG a. F. sowie zum Widerrufsrecht nach § 8 in der ab dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung des VVG (VVG 2008) aus. Beschwerden zu den Widerspruchs- und Rücktrittsfällen nach dem VVG a. F. ließen im Berichtsjahr jedoch weiter nach. Beschwerden zum Widerrufsrecht nach dem VVG in der Fassung ab dem 1. Januar 2008 bewegten sich in etwa auf dem Vorjahresniveau.

Bei diesen Beschwerden kommt es entscheidend darauf an, ob die Widerrufs-, Widerspruchs- bzw. Rücktrittsfrist bei Vertragsschluss in Lauf gesetzt wurde. Bei fehlerhaften Belehrungen oder fehlenden Pflichtinformationen ist das nach der Rechtsprechung in der Regel nicht der Fall, sodass Vertragserklärungen auch viele Jahre später noch widerrufen bzw. der Rücktritt oder der Widerspruch erklärt werden können. Insoweit kann auf die Ausführungen der Vorjahresberichte verwiesen werden (zum Beispiel Jahresbericht 2021, Seite 29 f.).

In vielen Beschwerden zum Widerrufsrecht nach dem VVG 2008 waren die Beschwerdeführer anwaltlich vertreten. Beanstandet wurde zum Beispiel in einigen Fällen wieder, dass die Belehrung einen „Kaskadenverweis“ auf § 7 Absatz 1 und 2 VVG, zum Teil in Verbindung mit den Vorschriften der VVG-Informationspflichtenverordnung, enthalte, was nach einem Urteil des EuGH vom 26. März 2021 (C-66/19) nicht zulässig sei, womit die Darstellung des Fristbeginns fehlerhaft sei. Insoweit kann auf den Vorjahresbericht auf Seite 24 verwiesen werden.

Nicht selten wurde auch die Darstellung der Rechtsfolgen in den Belehrungen für den Fall fehlender Zustimmung zum Beginn des Versicherungsschutzes vor Ablauf der Widerrufsfrist kritisiert. Solchenfalls sind neben den empfangenen Leistungen auch gezogene Nutzungen herauszugeben. In den beanstandeten Widerrufsbelehrungen wurden die Nutzungen aber nicht erwähnt. Die Versicherer vertraten mitunter die Auffassung, dass der Beschwerdeführer im Antrag (konkulent) die Zustimmung erteilt habe, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, sodass die Rechtsfolge bei fehlender Zustimmung im konkreten Fall nicht zum Tragen komme und die Belehrung daher ordnungsgemäß sei. In seinem Urteil vom 17. Mai 2019 (12 U 141/17) vertrat das OLG Karlsruhe aber



ohne nähere Begründung die Ansicht, dass selbst bei Zustimmung zum Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist vollständig über die Widerrufsfolgen bei fehlender Zustimmung belehrt werden müsse. Auch in seiner jüngeren Entscheidung vom 17. Januar 2023 (12 U 343/21) bekräftigte das Gericht seine Auffassung mit einer umfassenderen Argumentation. Das OLG Hamm vertrat in seinem Hinweisbeschluss vom 10. Februar 2022 (20 U 5/22) dagegen die Ansicht, dass die fehlende Angabe zu den Nutzungen die Belehrung nicht fehlerhaft mache, weil in dem zu beurteilenden Fall eine Zustimmung zum sofortigen Beginn des Versicherungsschutzes vorlag.

Inzwischen hat der BGH in seinem Urteil vom 11. Oktober 2023 (IV ZR 41/22) klargestellt, dass der Versicherungsnehmer in der Widerrufsbelehrung ungeachtet dessen, ob die Rechtsfolge in seinem Fall tatsächlich eingetreten ist, auf die Herausgabepflicht der Nutzungen hinzuweisen ist. Unter Bezugnahme auf dieses Urteil konnte der Ombudsmann in den entsprechenden Beschwerdefällen bei den Versicherungsunternehmen Abhilfen erwirken.

Wie schon in den Jahren zuvor haben manche Versicherer die Frage aufgeworfen, ob die Rechtsprechung des BGH zur richtlinienkonformen Auslegung des § 5a Absatz 2 Satz 4 VVG a. F. vor dem Hintergrund des Urteils des EuGH vom 19. Dezember 2019 (C-355/18 bis C-357/18, C-479/18) bei bestimmten Belehrungsmängeln unverändert aufrechterhalten werden kann. Der EuGH hat sich in der angeführten Entscheidung mit den Auswirkungen einer fehlerhaften Rücktrittsbelehrung befasst und ausgeführt, dass es unverhältnismäßig wäre, dem Versicherungsnehmer zu ermöglichen, sich von den Verpflichtungen aus einem in gutem Glauben geschlossenen Vertrag zu lösen, wenn ihm durch die Belehrung, auch wenn diese fehlerhaft war, nicht die Möglichkeit genommen wurde, sein Rücktrittsrecht im Wesentlichen unter denselben Bedingungen wie bei zutreffender Belehrung auszuüben.

Auch insoweit hat der BGH inzwischen mehr Klarheit geschaffen. So hat er mit Urteil vom 15. Februar 2023 (IV ZR 353/21) entschieden, dass die Ausübung des Widerspruchsrechts rechtsmissbräuchlich ist, wenn lediglich ein geringfügiger Belehrungsfehler vorliegt, der dem Versicherungsnehmer nicht die Möglichkeit nimmt, das Widerspruchsrecht im Wesentlichen unter denselben Bedingungen auszuüben wie bei zutreffender Belehrung. Ihm lag eine Belehrung vor, nach der der Widerspruch „schriftlich“ zu erheben war, obwohl zu diesem Zeitpunkt der Widerspruch in „Textform“ (also u. a. ohne Unterschrift) erfolgen konnte. Dagegen hat der BGH die Annahme eines unerheblichen, nur geringfügigen Belehrungsfehlers bei Fehlen jeglichen Hinweises auf die erforderliche Form des Widerspruchs schon kurz darauf verneint (Urteil vom 15. März 2023, IV ZR 49/21).

Vereinzelt haben Versicherer die Auffassung vertreten, dass es sich auch bei der falschen Darstellung der Widerspruchsfrist (14 statt 30 Tage) um einen nur geringfügigen Belehrungsfehler handele. Dieser Ansicht konnte sich der Ombudsmann nicht anschließen. Es dürfte mehr als zweifelhaft sein, dass der BGH in einer solchen Konstellation einen nur geringfügigen Belehrungsfehler annehmen würde.

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Gerade die Dauer der Widerspruchsfrist ist für einen Versicherungsnehmer ein wichtiger Umstand, um einen wirksamen Widerspruch auszuüben. Bei einer verkürzten Widerspruchsfrist dürfte dem Versicherungsnehmer die Möglichkeit genommen worden sein, sein Lösungsrecht unter denselben Bedingungen wie bei zutreffender Belehrung auszuüben. Wie auch in den letzten Jahren wandten viele Versicherungsunternehmen ein, dass ein an sich fortbestehendes Widerspruchs-, Widerrufs- oder Rücktrittsrecht nicht ausgeübt werden könne, weil das Rückabwicklungsverlangen im konkreten Fall gegen Treu und Glauben gemäß § 242 BGB verstoße. Grundsätzlich ist es möglich, dass das Rückabwicklungsverlangen rechtsmissbräuchlich ist. Dies ist der Fall, wenn aus Sicht des Vertragspartners, hier des Versicherers, ein Vertrauenstatbestand geschaffen wurde oder besondere Umstände die Rückabwicklung des Vertrages als treuwidrig erscheinen lassen.

Für das Versicherungsvertragsrecht hat der BGH in einer Reihe von Entscheidungen an eine Verwirkung des Widerspruchsrechts besonders strenge Anforderungen gestellt. Er verlangt unabhängig vom Zeitmoment (lange Zeitdauer seit Vertragsschluss und ggf. Vertragserfüllung) besonders gravierende Umstände, die auf ein Festhaltenwollen des Versicherungsnehmers am Vertrag hindeuten und beim Versicherer Vertrauen in den Bestand des Vertrages begründet haben. Dazu hat sich eine umfangreiche Fallrechtsprechung des BGH herausgebildet, wonach dieser bestimmte Umstände als besonders gravierend akzeptiert, andere hingegen nicht genügen lässt. Insoweit kann auf die umfangreichen Ausführungen im Vorjahresbericht auf Seite 25 verwiesen werden.

Manche Versicherer stellten für die Annahme der Verwirkung lediglich auf den langen Zeitraum zwischen Vertragsbeginn und Widerspruch ab. Sie vertraten die Ansicht, dass das Zeitmoment im konkreten Fall derart überwiege, dass das Umstandsmoment dahinter zurückstehen könne. Sie verwiesen auf unterinstanzliche Urteile sowie auf eine Entscheidung des XI. Zivilsenats des BGH (Urteil vom 19. Dezember 2000 – XI ZR 150/98), wonach das Zeit- und das Umstandsmoment nicht unabhängig voneinander betrachtet werden können, sondern in einer Wechselwirkung stehen. Die Versicherer gingen davon aus, dass diese Wechselwirkung zur Folge habe, dass nach einem bestimmten Zeitablauf das Zeitmoment unter Berücksichtigung der beanstandungslosen Vertragsdurchführung eine Verwirkung begründe, auch wenn ansonsten die bloße Vertragsdurchführung und Prämienzahlung im Grundsatz für die Annahme einer Verwirkung nicht ausreichten.

In seinem Beschluss vom 28. Oktober 2020 (IV ZR 272/19) stellte der für das Versicherungsvertragsrecht zuständige IV. Zivilsenat des BGH allerdings ausdrücklich klar, dass auch bei längerem Zeitablauf Umstände geringeren Gewichts nicht ausreichen. Dies bekräftigte der BGH auch noch einmal in seinen Beschlüssen vom 13. Januar 2021 (IV ZR 67/20) und vom 23. Juni 2021 (IV ZR 157/20) sowie jüngst in seinem Beschluss vom 27. September 2023 (IV ZR 163/22).



Nach wie vor gehen die Rechtsansichten in der unterinstanzlichen Rechtsprechung zur Annahme verwirkungsbegründender Umstände auseinander. Die rechtssichere Beurteilung ist somit nur in klaren Fallkonstellationen möglich. Im Berichtsjahr hat der BGH wieder einige Entscheidungen zur Verwirkung getroffen. Unter anderem hat er in seinem Urteil vom 15. März 2023 (IV ZR 40/21) entschieden, dass der einmalige Einsatz der Lebensversicherung als Kredit-sicherungsmittel in der Regel kein gravierendes Umstandsmoment darstellt, wenn dieser nicht im engen zeitlichen Zusammenhang mit dem Abschluss des Versicherungsvertrages erfolgt ist. Andere Fallkonstellationen sind noch immer umstritten. In geeigneten Fällen hat der Ombudsmann insoweit Schlichtungsvorschläge unterbreitet.

Wiederholt haben vor allem anwaltlich vertretene Beschwerdeführer auf das Urteil des EuGH vom 9. September 2021 (C-33/20, C-155/20 und C-187/20) verwiesen, wonach das Widerrufsrecht zu einem Verbraucherkreditvertrag nicht der Verwirkung unterliegt und seine Ausübung nicht rechtsmissbräuchlich ist, wenn die Pflichtangaben nicht ordnungsgemäß erteilt wurden und damit keine ordnungsgemäße Belehrung vorliegt. Dem Urteil lag eine Auslegung der Europäischen Verbraucherkreditrichtlinie (Richtlinie 2008/48/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. April 2008 über Verbraucherkreditverträge) zugrunde. In der unterinstanzlichen Rechtsprechung war zunächst umstritten, ob diese Grundsätze auf einen versicherungsvertragsrechtlichen Sachverhalt übertragen werden können.

In seinem Urteil vom 19. Juli 2023, IV ZR 268/21, hat der BGH klargestellt, auch unter Berücksichtigung der neueren Rechtsprechung des EuGH (Urteile vom 24. Februar 2022, u. a. Unit-Linked-Versicherungsverträge, C-143/20 und C-213/20, EU:C:2022:118 = NJW 2022, Seite 1513; vom 9. September 2021, Volkswagen Bank u. a., C-33/20, C-155/20 und C-187/20, EU:C:2021:736 = NJW 2022, Seite 40; vom 19. Dezember 2019, Rust-Hackner u. a., C-355/18 bis C-357/18 und C-479/18, EU:C:2019:1123 = NJW 2020, Seite 667) sei daran festzuhalten, dass die Geltendmachung des Widerspruchsrechts gemäß § 5a Absatz 1 Satz 1 VVG a. F. auch bei einer fehlenden oder fehlerhaften Widerspruchsbelehrung ausnahmsweise Treu und Glauben (§ 242 BGB) widersprechen und damit unzulässig sein kann, wenn besonders gravierende Umstände des Einzelfalles vorliegen, die vom Tatrichter festzustellen sind (Fortführung des Senatsurteils vom 15. März 2023 – IV ZR 40/21, VersR 2023, Seite 631 Rn. 21).

Zugenommen haben wieder Beschwerden zur Höhe der Ablaufleistung und zum Rückkaufswert. Insoweit beanstandeten die Beschwerdeführer häufig, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven nicht unerheblich hinter den Beträgen zurückbleibe, die ihnen in der Vergangenheit in Aussicht gestellt worden waren. Nicht selten konnten Unternehmen den Versicherungsnehmern bei Beendigung des Vertrages auch gar keine Beteiligung mehr gewähren. Die Differenzen zu früheren Standmitteilungen waren für die betroffenen Versicherungsnehmer nicht nachvollziehbar. Zu einer Nachzahlung konnte der Ombudsmann den Beschwerdeführern jedoch in der Regel nicht verhelfen.

Bewertungsreserven entstehen, wenn einzelne Kapitalanlagen des Versicherers (zum Beispiel Wertpapiere, Immobilien, Unternehmensbeteiligungen) mit dem Buchwert, wie er auch für die Bilanz des Unternehmens ermittelt wird, geringer angesetzt werden, als es dem Marktwert (Zeitwert) zum Stichtag entspricht. Es können aber auch stille Lasten vorhanden sein, wenn umgekehrt der Buchwert höher ist als der Zeitwert, etwa wenn für Wertpapiere mehr bezahlt wurde, als ihr Verkauf an der Börse aktuell einbringen würde. All diese Werte, positive wie negative, werden addiert und so wird ein Gesamtwert ermittelt. Ist dieser Gesamtwert negativ, werden die Versicherungsnehmer an den stillen Lasten nicht beteiligt, es erfolgt also kein Abzug. Wurde hingegen insgesamt ein positiver Wert festgestellt, dann sind Bewertungsreserven vorhanden, an denen die Versicherungsnehmer nach § 153 VVG bei der Vertragsbeendigung zu beteiligen sind.

Den Beschwerdeführern wurde erläutert, dass sich die Beteiligung an den Bewertungsreserven also danach richtet, inwieweit der Versicherer bei Vertragsbeendigung über Bewertungsreserven verfügt. Dabei können sich die Bewertungsreserven sprunghaft ändern, sie sind „volatil“. Sie werden dem Vertrag nicht laufend zugeteilt, sondern zeitpunktbezogen bei Abrechnung ermittelt. Wegen der Schwankunganfälligkeit können sich innerhalb kurzer Zeit große Unterschiede ergeben. Dass die Bewertungsreservenbeteiligung bei den beschwerdegegenständlichen Verträgen zum Zeitpunkt der Beendigung geringer ausfiel, als in der vorherigen Standmitteilung unverbindlich angegeben worden war, oder dass sie ganz entfiel, konnte daher grundsätzlich nicht beanstandet werden.

Die Versicherer begründeten die Kürzungen der Bewertungsreservenbeteiligungen im Vergleich zur vorherigen Standmitteilung insbesondere mit dem starken Anstieg der Zinsen für festverzinsliche Wertpapiere aufgrund von Inflations Sorgen und Zinsunsicherheiten. Festverzinsliche Wertpapiere machen einen Großteil der Kapitalanlagen eines Lebensversicherers aus. In Zeiten stetig sinkender Zinsen waren alte, höher verzinsten Wertpapiere der Versicherer im Kurs gestiegen, sodass Buchgewinne entstanden. Der Zinsanstieg führte nunmehr zu einem Sinken des Kurses der sich im Bestand der Unternehmen befindlichen niedriger verzinsten Wertpapiere, weil bei Neuanlagen eine bessere Verzinsung erzielt werden konnte. Daraus ergab sich ein Rückgang der Bewertungsreserven.

Das vereinfachte Schlichtungsverfahren ist allerdings nicht geeignet, verlässlich zu überprüfen, ob und in welcher Höhe beim Versicherer Bewertungsreserven vorhanden sind. Für die Ermittlung der Bewertungsreserven ist die Bilanz des Unternehmens die entscheidende Grundlage. Um Bewertungsreserven zu einem bestimmten Zeitpunkt festzustellen, müssen relevante Kapitalanlagen taxiert und mit dem Anschaffungswert, wie er für die Bilanz verwendet wurde, verglichen werden.

Wiederholt betrafen viele Beschwerden die vom Versicherer in die Verträge einkalkulierten Kosten. Gerade bei zertifizierten Produkten wie der Riester- oder der Basisrente, bei denen der Versicherungsnehmer jährlich in der Wertmitteilung über die Kosten informiert wird, kommt es immer wieder zu Fragen und Irritationen.



Auch das Thema „doppelte Abschlusskosten“ bei Riesterrenten war in einigen Beschwerden wieder von Relevanz. Insoweit beriefen sich die Beschwerdeführer auf das Schreiben des BMF vom 14. März 2019 mit Hinweisen zur Auslegung von Vorschriften des AltZertG. Das BMF-Schreiben gibt vor, dass die als Prozentsatz der vereinbarten Beiträge vorgesehenen Kosten zu berechnen sind, indem die vereinbarte Beitragssumme über die gesamte Vertragslaufzeit betrachtet wird. Ändert sich die Beitragssumme während der Laufzeit, dürfen zusätzliche Kosten nur auf Erhöhungen der ursprünglichen Beitragssumme erhoben werden.

Nur in wenigen Beschwerdefällen konnten entsprechende „Doppelprovisionierungen“ festgestellt und Abhilfen erreicht werden. In anderen Fällen waren die Berechnungen des Versicherers im Sinne des BMF-Schreibens nicht zu beanstanden. Insoweit kann auf die Ausführungen in den Berichten über die letzten beiden Jahre verwiesen werden (zum Beispiel Jahresbericht 2021, Seite 31).

Die Prüfung dieser Beschwerden ist verhältnismäßig aufwendig. Unter anderem muss kontrolliert werden, ob bei der Ausgestaltung der Kostenangaben im Produktinformationsblatt und in der Wertmitteilung die jeweiligen gesetzlichen Vorgaben beachtet wurden. Diese wurden mehrfach geändert und sind für zertifizierte Produkte anhand der jeweils gültigen Fassung des AltZertG zu beurteilen. Abhängig vom Gegenstand der Beschwerde erfolgte die Prüfung sowohl in rechtlicher als auch in versicherungsmathematischer Hinsicht. Die Versicherer stellten dem Ombudsmann hierfür die notwendigen Grundlagen für die interne Prüfung zur Verfügung (§ 8 VomVO). Im Berichtsjahr wurden zudem 660 Beschwerden und damit deutlich mehr als in den Vorjahren einer genaueren mathematischen Prüfung unterzogen.

Anlass für Beschwerden war auch die Kürzung des Rentenfaktors bei fondsgebundenen Verträgen, der den Beschwerdeführern für den Rentenbeginn genannt worden war. Wegen der Abhängigkeit von der Kursentwicklung der besparten Fonds ist im Vorfeld nicht absehbar, wie hoch der Policenwert bei Rentenbeginn sein wird. Deshalb wird regelmäßig ein bestimmter Euro-Betrag je 10.000 Euro Policenwert als Rentenfaktor verwendet, um die voraussichtliche Monatsrente zu bestimmen. Einige Versicherer haben sich vorbehalten, den Rentenfaktor unter bestimmten Bedingungen anzupassen. In den Versicherungsbedingungen wird näher erläutert, welche Voraussetzungen vorliegen müssen, die den Versicherer dazu berechtigen, den Rentenfaktor mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders herabzusetzen.

Ob die Regelungen zur Festlegung des Rentenfaktors wirksam sind, konnte der Ombudsmann nicht abschließend klären. Das LG Köln entschied am 8. Februar 2023 (26 O 12/22), dass die von einem Unternehmen verwendeten Klauseln zur Anpassung des Rentenfaktors unwirksam sind und der Versicherer hieraus kein Recht zur Herabsetzung der Rente herleiten kann. In seinem Urteil vom 10. Juli 2023 (53 O 214/22) prüfte das LG Stuttgart Klauseln eines anderen Versicherungsunternehmens zur Anpassung des Rentenfaktors. Das Gericht kam zu dem Ergebnis, dass die von ihm geprüfte Regelung in den Versicherungsbe-

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

dingungen, die den Versicherer einseitig zu einer Herabsetzung des Rentenfaktors berechtigt, weder gegen zwingende gesetzliche Vorschriften verstößt, noch benachteiligt sie den Versicherungsnehmer entgegen dem Gebot von Treu und Glauben unangemessen.

Eine höchstrichterliche Klärung dieser Frage gibt es noch nicht. Über die Wirksamkeit solcher Vertragsklauseln kann nicht im vereinfachten Schlichtungsverfahren entschieden werden. Die Klärung von Fragen mit so weitreichenden Folgen für eine Vielzahl von Verträgen bleibt nach der Verfahrensordnung den staatlichen Gerichten vorbehalten.

Es konnte eine leichte Zunahme von Beschwerden zum Stornoabzug bei Kündigung des Vertrages festgestellt werden. Bei einem Versicherungsunternehmen sollte der Abzug für die vorzeitige Kündigung des Vertrages je nach Kapitalmarktsituation unterschiedlich ausfallen. Ob eine solche Klausel transparent und nachvollziehbar ist, konnte der Ombudsmann nicht abschließend bewerten. Insoweit sind noch Rechtsfragen offen.

Wie in den vergangenen Jahren wurde in vielen Beschwerden wieder aus verschiedenen Gründen die Beratung bei Vertragsabschluss beanstandet. Zudem gab es Beschwerden zur Pflegerentenversicherung und zu Todesfalleistungen. Vereinzelt Beschwerden betrafen auch die Auszahlungsvoraussetzungen vor dem Hintergrund des Geldwäschegesetzes (GwG). Das GwG verpflichtet Versicherungsunternehmen zur Identifizierung des Vertragspartners, bevor bestimmte Vertragshandlungen vorgenommen werden, auch wenn der Kunde seit Langem bekannt ist und keine Zweifel an seiner Redlichkeit bestehen. Am 1. Januar 2020 wurden die Anforderungen nach dem GwG nochmals verschärft. Deutlich mehr Unternehmen haben nun strengere geldwäscherechtliche Verpflichtungen zu erfüllen. Einige Versicherungsnehmer störten sich an den praktischen Hürden oder fühlten sich einem Generalverdacht ausgesetzt.

Schließlich gab es insbesondere in der ersten Hälfte des Berichtsjahres Versicherungsnehmer, die sich über ausbleibende Zahlungen monatlicher Renten oder von Ablaufleistungen durch ein Versicherungsunternehmen beschwerten. Das betroffene Unternehmen begründete die Verzögerungen mit IT-Problemen. Im Rahmen des Schlichtungsverfahrens hat dieser Versicherer die Zahlungen dann jedoch zeitnah veranlasst und in der Regel auch Verzugszinsen gewährt. Im zweiten Halbjahr nahmen solche Beschwerden deutlich ab.

■ Sonderteil Lebensversicherung

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



Betriebliche Altersversorgung (bAV)

Als eine der Säulen der Altersvorsorge betrifft die bAV finanzielle Zuwendungen eines Arbeitgebers an seinen Arbeitnehmer zur Alters-, Hinterbliebenen- oder Invaliditätsversorgung aus Anlass des Arbeitsverhältnisses. Die bAV wird vom Staat in vielfältiger Weise gefördert. Im Gegenzug engt der Gesetzgeber den ansonsten bestehenden, vertraglich regelbaren Spielraum für die Beteiligten an manchen Stellen ein. Die Besonderheiten regelt unter anderem das BetrAVG, das auch als „Betriebsrentengesetz“ bezeichnet wird.

In fast allen zulässigen Varianten der bAV („Durchführungswege“) ist der Abschluss eines Versicherungsvertrages möglich, an dem der Arbeitnehmer als Verbraucher beteiligt wird. Die bAV kann vom Arbeitgeber oder vom Arbeitnehmer (Entgeltumwandlung) finanziert werden. Die versicherungsgebundenen Durchführungswege der bAV machen als Teilbereich der Lebensversicherung etwa 12 Prozent der Beschwerden dieser Sparte aus. Die Beschwerden hierzu sind im Vergleich zum Vorjahr stärker gestiegen (um ca. 26 Prozent) als in der Hauptsparte Lebensversicherung (Anstieg um ca. 10 Prozent).

In Versicherungsverträgen der bAV ist der versorgungsberechtigte Arbeitnehmer, solange das Arbeitsverhältnis besteht, immer versicherte Person, nicht aber auch Versicherungsnehmer. Frühestens nach Beschäftigungsende kann der Arbeitnehmer die Versicherungsnehmerstellung übernehmen und den Versicherungsvertrag privat weiterführen. In dieser Mehrparteienkonstellation der bAV (Arbeitnehmer, Arbeitgeber, Versicherer und ggf. Unterstützungskasse) bestehen zudem arbeitsvertragliche, steuerliche und sozialversicherungsrechtliche Beziehungen. Da im Schlichtungsverfahren nur eigene versicherungsvertragliche Ansprüche eines Verbrauchers oder einer Person in verbraucherähnlicher Lage geprüft werden können, haben Fragen der Zulässigkeit von Schlichtungsanträgen in der bAV eine größere Bedeutung als bei privaten Renten- und Lebensversicherungsverträgen.

So hat etwa der versicherte Arbeitnehmer keine Vertragsgestaltungsrechte, solange der Arbeitgeber Versicherungsnehmer ist. Als bezugsberechtigter Versorgungsanwärter kann er aber bereits verschiedene Auskunft- und Feststellungsansprüche im Ombudsmannverfahren für sich prüfen lassen. Rechte an und Ansprüche aus einer Rückdeckungsversicherung, die eine Unterstützungskasse auf das Leben des versicherten Arbeitnehmers abgeschlossen hat, stehen diesem regelmäßig ebenfalls nicht zu.

Bei bAV-Verträgen muss zwischen dem Rechtsverhältnis des Arbeitgebers als Versicherungsnehmer zum Versicherer einerseits (Deckungsverhältnis) und der Beziehung zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber andererseits (Valutaverhältnis) unterschieden werden. Was der Arbeitgeber seinem Mitarbeiter betrieblich versprochen hat, muss der Versicherer nicht in jedem Falle halten. Dieser schuldet grundsätzlich nur, was im Versicherungsvertrag vereinbart wurde.

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Für die bAV gelten die Vorgaben des BetrAVG, die als Voraussetzung für die staatliche Förderung sowie den Insolvenz- und Pfändungsschutz der Versorgung erfüllt sein müssen. Darunter fallen das Verfügungsverbot bei Unverfallbarkeit nach § 2 Absatz 2 BetrAVG, die Gestaltung des Bezugsrechts, die Übertragbarkeit von Versorgungsanwartschaften bei Arbeitgeberwechsel (Portabilität, § 4 BetrAVG) sowie die Sicherung durch den Pensionssicherungsverein (§ 14 BetrAVG). Häufige Beschwerdeziele sind die vorzeitige Auszahlung der Altersversorgungsleistung (§ 6 BetrAVG) und die Abfindung wegen Geringwertigkeit (§ 3 BetrAVG). Die gerichtliche Teilung von Versorgungsanwartschaften bei Ehescheidung ist regelmäßiger Beschwerdeanlass, wenn etwa der ausgleichsberechtigte Ehegatte mit der Umsetzung des familiengerichtlichen Versorgungsausgleichsbeschlusses nicht zufrieden ist.

Auch das VVG enthält Regelungen speziell für die bAV, so die Pflicht des Versicherers, Beitragsrückstände nicht nur beim Versicherungsnehmer, sondern auch beim versicherten Arbeitnehmer anzumahnen und ihm die Möglichkeit zu geben, den Rückstand selbst auszugleichen (§ 166 Absatz 4 VVG). Anders als in der privaten Lebensversicherung muss die versicherte Person in der bAV nach § 150 Absatz 2 VVG nicht schriftlich einwilligen, damit der Versicherungsvertrag wirksam zustande kommt. Damit trägt der Gesetzgeber den Vereinfachungsbemühungen in der bAV Rechnung. Nach § 212 VVG hat der Arbeitnehmer das Recht, einen während seiner Elternzeit beitragsfrei gestellten Lebensversicherungsvertrag innerhalb von drei Monaten nach Ende der Elternzeit zu den vor der Umwandlung vereinbarten Bedingungen fortzusetzen. Damit wird von dem Grundsatz abgewichen, dass nach Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung nach § 165 VVG kein Anspruch auf beitragspflichtige Wiederinkraftsetzung besteht.

Besondere Informationspflichten hat der Versicherer gegenüber dem Arbeitnehmer aus §§ 234k ff. VAG und der VAG-InfoV. Nach § 4 VAG-InfoV in Verbindung mit § 234o VAG sind dem Versorgungsanwärter mindestens alle zwölf Monate die für ihn wesentlichen Informationen über den Stand seines Versorgungsverhältnisses zur Verfügung zu stellen. Diese Informationspflichten des Versicherers gegenüber dem Arbeitnehmer sind aber nicht im VVG und zugehörigen Verordnungen, sondern im VAG verortet. Die Umsetzung und Einhaltung dieser Vorschriften wird von der BaFin als zuständiger Aufsichtsbehörde überwacht.

In der Beschwerdepraxis wurden neben betriebsrentenspezifischen Problemen auch allgemeine versicherungsvertragliche Fragen in Bezug auf bAV-Verträge vorgebracht. Nicht jede Entwicklung in der Rechtsprechung lässt sich aber auf die bAV anwenden. Beispielsweise lehnte der BGH in einem Beschluss vom 23. Februar 2022 (IV ZR 150/20) die Übertragung eines „ewigen“ Widerspruchsrechts nach § 5a VVG a. F. auf einen ausgeschiedenen Arbeitnehmer ab. Das Widerrufsrecht nach § 8 VVG ist für Pensionskassenverträge bereits gesetzlich ausgeschlossen (§ 8 Absatz 3 Nr. 3 VVG).

Auch die meisten Vermittlungs- und Beratungsfragen beurteilen sich in der bAV anders als in der allgemeinen Lebensversicherung. Da der Versicherungsvertrag



grundsätzlich durch den Arbeitgeber ausgewählt, gestaltet und abgeschlossen wird, findet auch die Vertragskommunikation hauptsächlich zwischen dem Arbeitgeber und dem Versicherungsunternehmen oder ggf. der Unterstützungskasse statt. Aufgrund seiner arbeitsvertraglichen Schutz- und Rücksichtnahmepflicht ergeben sich für den Arbeitgeber aber bestimmte Beratungs-, Hinweis- und Informationspflichten gegenüber dem versicherten Arbeitnehmer. Diese Pflichten beruhen auf den besonderen Umständen des Einzelfalls und sind das Ergebnis einer umfassenden Interessenabwägung (BAG, Urteil vom 18. Februar 2020 – 3 AZR 206/18 m. w. N.). In diesem Dreiecksverhältnis ist es für den versicherten Arbeitnehmer oft nicht leicht, das Vertragsgeschehen genau zu erfassen und darauf Einfluss zu nehmen. Probleme können bei Arbeitsplatzwechsel, Krankheit und Insolvenz von Arbeitgeber oder Arbeitnehmer auftreten, etwa wenn Gläubiger auf die Versorgung zugreifen wollen. Hier spielen auch Pfändungs- und Abtretungsfragen eine Rolle.

Immer noch gibt es Beschwerden gegen Pensionskassen, die in Abstimmung mit der BaFin in laufende Verträge eingreifen, indem sie den Rechnungszins bzw. den Rentenfaktor senken. Die zugrunde liegende aufsichtsrechtliche Freigabe kann im Ombudsmannverfahren nicht überprüft werden, wohl aber die vertragliche Umsetzung durch den Versicherer.

Unverändert häufig beschweren sich versicherte Arbeitnehmer über die Erhebung von Krankenkassenbeiträgen auf betrieblich finanzierte Versorgungsbezüge nach dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG). Betroffene Versorgungsempfänger werden häufig von den Abzügen überrascht und wenden sich vor allem gegen die wiederholte Belastung mit Sozialbeiträgen sowohl in der Anspar- als auch in der Auszahlungsphase. Das Problem wird in der politischen Diskussion unter dem Begriff der Doppelverbeitragung von Betriebsrenten behandelt. Beschwerden gegen den Beitragsbescheid der gesetzlichen Krankenkasse selbst sind im Schlichtungsverfahren unzulässig, denn sie betreffen das sozialversicherungsrechtliche Verhältnis und sind nach öffentlichem Recht zu beurteilen. Beschwerden über die rechnerische Herleitung der Kassenmeldung des Versicherers dagegen kann der Ombudsmann prüfen und oft für Klärung sorgen.

Verträge der bAV müssen im Laufe eines Arbeitslebens mitunter wiederholt an veränderte Umstände angepasst werden. Hier sind Beitragsänderungen und -aussetzungen, Versicherungsnehmer- bzw. Anbieterwechsel bei Beschäftigungsende und damit verbunden der Fortfall gruppenvertraglicher Rabattabsprachen zu nennen. Die dabei erforderlichen nachträglichen Eingriffe in das Vertragsverhältnis machen die Verträge anfällig für tatsächliche oder vermutete Bearbeitungsfehler.

Aufgrund der Verfügungsverbote im BetrAVG sowie verschiedener steuerlicher und sozialversicherungsrechtlicher Vorgaben ist ein kulantes Entgegenkommen des Versicherers oder eine Anpassung von Vertragsinhalten im Rahmen eines Vergleiches nicht immer möglich. In manchen Fällen muss der Versuch einer Befriedung darauf beschränkt werden, die komplexen Zusammenhänge verständlich zu erklären.

Restschuldversicherung

Im Berichtsjahr beendete der Ombudsmann 86 (Vorjahr: 107) Beschwerden zu Restschuldversicherungen. Restschuldversicherungsverträge sollen bei Eintritt eines Versicherungsfalls gewährleisten, dass der Restkredit entweder auf einmal oder durch die Übernahme der fällig werdenden Kreditraten getilgt wird. Diese Versicherungen werden zum Teil auch als Ratenschutz- oder Kreditlebensversicherungen bezeichnet. Sie decken in erster Linie das Risiko des Todesfalls eines Kreditnehmers ab. Daher werden diesbezügliche Beschwerden als Untersparte zur Lebensversicherung geführt. Es handelt sich dem Grunde nach um Risikolebensversicherungen, die – ggf. zusätzlich – Versicherungsschutz für den Fall der Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit bieten können. Sie sind in der Regel hinsichtlich der versicherten Leistungen auf ein konkretes Darlehen abgestimmt oder orientieren sich beispielsweise bei Versicherungen zu Kreditkartenkonten an dem bei Eintritt des Versicherungsfalls bestehenden Rückzahlungsstand.

Davon zu unterscheiden sind Raten- und Kredit-Ausfallschutzversicherungen. Derartige Verträge stehen zwar häufig auch im Zusammenhang mit einem Kredit, sie decken jedoch nicht das Risiko des Todesfalls ab. Vielmehr besteht zumeist Versicherungsschutz für den Fall der Arbeitslosigkeit und der Arbeitsunfähigkeit. Versichert ist ein bestimmter monatlicher Betrag, der nicht zwingend einer bestimmten Kreditratenhöhe entspricht und auch nicht zweckgebunden eingesetzt werden muss. Oft ist auch ein Unfallschutz enthalten.

Wie in früheren Jahren richteten sich die meisten Beschwerden zu Restschuldversicherungen gegen abgelehnte Anträge auf die Versicherungsleistung. Streit ergab sich im Berichtsjahr etwa wieder in Bezug auf den Beginn der Leistungspflicht bei verspäteter Meldung des Versicherungsfalls. Hier kommt es maßgeblich auf die vertragliche Ausgestaltung an (vgl. Jahresbericht 2022, Seite 33).

In einigen Fällen lehnte es der Versicherer wegen bestehender Vorerkrankung ab, eine Leistung aus der Arbeitsunfähigkeitsabsicherung zu erbringen. Bei der Restschuldversicherung nehmen die Versicherer ganz überwiegend keine Risikoprüfung auf Grundlage von Gesundheitsfragen vor Vertragsschluss vor, welche die versicherte Person zuvor beantwortet hat. Nach dem Geschäftsmodell soll zeitgleich mit dem Darlehensvertrag das Zustandekommen einer Restschuldversicherung angeboten werden können. Dafür verwenden Restschuldversicherer Ausschluss- oder Wartezeitklauseln, wonach der Versicherungsschutz für Vorerkrankungen unter bestimmten Voraussetzungen eingeschränkt wird. Der BGH erklärte eine früher verwendete Klausel in seinem Urteil vom 10. Dezember 2014 zum Aktenzeichen IV ZR 289/13 wegen Intransparenz für unwirksam. Dem Urteil lässt sich hingegen nicht entnehmen, dass die Verwendung solcher Ausschlussklauseln anstatt einer vorgelagerten Gesundheitsprüfung generell unzulässig wäre. Klauseln wie sie vom BGH beanstandet wurden, verwenden die Versicherer nicht mehr. In den betroffenen Fällen prüfte der Ombudsmann, ob der vertraglich geregelte Ausschluss einschlägig ist, und erläuterte dem Beschwerdeführer die Rechtslage.



Der Ausschluss bei Vorerkrankungen kann ebenso im Zusammenhang mit der Todesfalleistung eine Rolle spielen. Aber auch bei Selbsttötung kann der Versicherungsschutz im Einklang mit § 161 Absatz 1 VVG ausgeschlossen sein. Gegebenenfalls prüft der Ombudsmann dann, ob sich aus den Beschwerdeunterlagen Hinweise darauf ergeben, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sein könnte, denn in diesem seltenen Ausnahmefall wäre die Versicherungsleistung trotz Selbsttötung zu erbringen.

Grundsätzlich darf der Versicherer auch den für die Arbeitslosigkeit von ihm gebotenen Versicherungsschutz an bestimmte Voraussetzungen knüpfen und bestimmte Konstellationen ausschließen, ansonsten könnte er das übernommene Risiko nicht kalkulieren. Im Berichtsjahr gab es einige Fälle, in denen dem Beschwerdeführer innerhalb der ersten sechs Monate seines Arbeitsverhältnisses gekündigt wurde. In der Regel geben die Versicherer in den Versicherungsbedingungen aber vor, dass das betroffene Arbeitsverhältnis mindestens sechs Monate bestanden haben muss, damit nach einer Kündigung des Arbeitgebers die Versicherungsleistung beansprucht werden kann. Insbesondere dann, wenn die Beendigung des Arbeitsverhältnisses kurz vor dem Ende der sechs Monate erfolgte, stieß es bei Beschwerdeführern auf Unverständnis, wenn der Versicherer die Versicherungsleistung verweigerte. Für eine Kulanzleistung sehen die Versicherungsunternehmen aber auch in einem solchen Fall in der Regel keinen Raum. Dem Ombudsmann bleibt dann nur, dem Beschwerdeführer die Hintergründe zu erläutern: In den ersten sechs Monaten genießen die Arbeitnehmer keinen Kündigungsschutz (vgl. § 1 Absatz 1 Kündigungsschutzgesetz [KSchG]) und befinden sich oftmals in der Probezeit. Es besteht somit ein erhöhtes Risiko, den Arbeitsplatz wieder zu verlieren. Dieses erhöhte Risiko, das vom Versicherungsschutz in der Regel nicht abgedeckt ist, hat sich aber auch bei einer Kündigung kurz vor Ablauf der sechs Monate verwirklicht.

Neben Beschwerden wegen versagter Versicherungsleistung gab es erneut Beschwerden über die Höhe des Zahlungsbetrags, wenn die Restschuldversicherung gegen Einmalbeitrag im Zusammenhang mit der vorzeitigen Darlehensstilgung gekündigt wurde. In wenigen Fällen beanstandeten Beschwerdeführer die Beratung beim Zustandekommen der Restschuldversicherung; im Berichtsjahr standen einige dieser Eingaben im Zusammenhang mit dem erwähnten Ausschluss bei Vorerkrankung.

■ **Rechtsschutzversicherung**

Im Berichtszeitraum erreichten den Ombudsmann zu dieser Sparte 2.637 zulässige Beschwerden. Damit ist im Vergleich zum Vorjahr (2.565) ein leichter Anstieg zu verzeichnen. Am Gesamtbeschwerdeaufkommen hat die Rechtsschutzversicherung damit einen Anteil von 20 Prozent und ist nach der Lebensversicherung die Sparte, zu welcher der Ombudsmann die meisten zulässigen Beschwerden erhalten hat.

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Die Rechtsschutzversicherung ist rechtlich ausgesprochen komplex und wirft deshalb immer wieder schwierige und dem Laien nur schwer vermittelbare Rechtsprobleme auf. Ein nicht unwesentlicher Teil der Beschwerden geht erkennbar darauf zurück, dass der Umfang des Versicherungsschutzes und die vereinbarten Versicherungsbedingungen nicht immer leicht zu durchschauen sind.

Ein Rechtsschutzversicherer sorgt dafür, dass der Versicherungsnehmer seine rechtlichen Interessen wahrnehmen kann und trägt die für die Interessenwahrnehmung erforderlichen Kosten. Eine Kostenübernahme setzt voraus, dass das versicherte Risiko in einem versicherten Rechtsgebiet betroffen ist, der Rechtschutzfall innerhalb der versicherten Zeit eingetreten ist und auch kein Risikoabschluss eingreift.

Der Rechtsschutz wird nicht allgemein versichert. Es gilt der Grundsatz der Spezialität des versicherten Risikos. Die Parteien eines Rechtsschutzversicherungsvertrages können daher auch den Umfang des Versicherungsschutzes frei vereinbaren. Das ermöglicht dem Versicherungsinteressenten, den für ihn passenden Versicherungsschutz auszuwählen (zum Beispiel Verkehrsrechtsschutz, Privatrechtsschutz, Rechtsschutz für Selbständige, für Eigentümer und Mieter usw.). Unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang ein Anspruch auf Versicherungsschutz besteht, bestimmen der Versicherungsvertrag und die zugrunde liegenden ARB.

In der Rechtsschutzversicherung liegt unverändert ein Schwerpunkt bei der zeitlichen Einordnung des Rechtsschutzfalls. Im Berichtsjahr gingen hierzu etwa 500 Beschwerden ein. Dies ist in vielen Fällen bedeutsam, weil Rechtsschutzfälle vor dem Beginn des Rechtsschutzes (vorvertraglich) oder nach Beendigung des Rechtsschutzvertragsverhältnisses (nachvertraglich) nicht versichert sind. Für die zeitliche Festlegung des verstoßabhängigen Rechtsschutzfalls ist auf diejenige Rechtspflichtverletzung abzustellen, die der Versicherungsnehmer seinem Gegner anlastet, wobei es auf die „Parteirolle“ (Anspruchsinhaber oder Anspruchsgegner) bei der Interessenwahrnehmung nicht ankommt. Maßgeblich ist vielmehr der Tatsachenvortrag, mit dem der Versicherte sein Rechtsschutzbegehren begründet (BGH, Urteile vom 24. April 2013, IV ZR 23/12, und vom 3. Juli 2019, IV ZR 11/18 und IV ZR 195/18). Den Versicherungsnehmern ist dabei nicht immer bewusst, dass es für die zeitliche Einordnung des Rechtsschutzfalls nicht darauf ankommt, wann sie Kenntnis von dem behaupteten Rechtsverstoß erlangt haben. Auf subjektive Gesichtspunkte, die vom Versicherer auch kaum zu überprüfen wären, kommt es für die Bestimmung des Versicherungsfalls nicht an. In Fällen, in denen vorvertragliche Rechtsverstöße erst innerhalb des versicherten Zeitraumes bekannt geworden sind, erläuterte der Ombudsmann den Beschwerdeführern die Regulierungsentscheidung des Versicherers und die Rechtslage.

Wie bereits in den Vorjahren war auch im Berichtsjahr ein häufiger Beschwerdegegenstand die Weigerung von Rechtsschutzversicherern, den geltend gemachten Gebührenanspruch des Anwalts dem Grunde oder der Höhe nach anzuerkennen. Im Vorjahr hatte der Ombudsmann hierzu noch etwa 200 Verfahren geführt; im



Berichtsjahr erreichten ihn zu dieser Thematik 230 Beschwerden. Der Ombudsmann vertritt in langjähriger und höchstrichterlich bestätigter Spruchpraxis die Auffassung, dass der Versicherer seiner Freistellungspflicht gegenüber seinem Versicherungsnehmer auch in der Weise nachkommen kann, dass er auf den geltend gemachten Gebührenanspruch nicht oder nur teilweise leistet, zugleich aber dem Versicherungsnehmer Kostenschutz für eine etwaige rechtliche Auseinandersetzung mit dem Rechtsanwalt um die Gebührendifferenz zusagt (sogenannte Abwehrdeckung). Der Versicherer muss dann sicherstellen, dass der Versicherte nicht mehr dem Risiko ausgesetzt ist, Gebührenansprüche seines Prozessbevollmächtigten selbst erfüllen zu müssen. Erklärte sich der Versicherer – ggf. auf Anregung des Ombudsmanns – zur Abwehrdeckung bereit, kam er auf diese Weise seiner vertraglichen Leistungspflicht nach und half dadurch der Beschwerde ab.

Erwähnenswert ist dabei, dass in diesem Berichtsjahr etwas mehr als die Hälfte der Beschwerden zu diesem Themenbereich ausschließlich von einer Rechtsanwaltskanzlei eingelegt worden sind. Auslöser der Beschwerden waren in den weitaus überwiegenden Fällen unterschiedliche Auffassungen über die angemessene Höhe der Rechtsanwaltsgebühren für die Vertretung in Verkehrsordnungswidrigkeitenverfahren. Die Versicherer gewährten ihren Versicherungsnehmern regelmäßig Abwehrdeckung.

Ein weiterer Schwerpunkt liegt nach wie vor bei der Frage der Verbindlichkeit von anwaltlichen Stichtentscheiden zu der Notwendigkeit bzw. den Erfolgsaussichten der beabsichtigten Wahrnehmung rechtlicher Interessen, für die der Rechtsschutzversicherer die Deckung versagt hat.

Im Berichtsjahr ging es in den zugrunde liegenden Ausgangsverfahren besonders häufig darum, dass Nutzer von Social-Media-Plattformen Schadensersatz-, Unterlassungs- und Auskunftsansprüche geltend machten, weil bei den Social-Media-Plattformen ein Datenleck aufgetreten war. Der Großteil dieser Beschwerden wurde von einer spezialisierten Rechtsanwaltskanzlei eingelegt. Einige Versicherer erhoben den Einwand, das rechtliche Vorgehen sei vor dem Hintergrund des mitgeteilten Gegenstandswerts der anwaltlichen Tätigkeit (zumeist 17.000 Euro) einerseits und der geringfügigen Auswirkungen der behaupteten Datenschutzverstöße andererseits als mutwillig einzustufen. Zudem biete das rechtliche Vorgehen keine hinreichenden Erfolgsaussichten. Insbesondere seien die Schadensersatz- bzw. Schmerzensgeldansprüche in der geltend gemachten Höhe (zumeist 5.000 Euro) überzogen. Aufgrund der sehr umfangreichen und uneinheitlichen Rechtsprechung, die fortwährend um neue Entscheidungen erweitert wurde (aktuell insbesondere EuGH, Urteil vom 4. Mai 2023, Az. C-300/21; OLG Hamm, Urteil vom 15. August 2023, Az. 7 U 19/23 und OLG Stuttgart, Urteil vom 22. November 2023, Az. 4 U 20/23), waren die Beschwerden nach § 9 Absatz 1 lit. a), c) VomVO bzw. § 14 Absatz 2 Ziff. 4 lit. a), b) VSBG für eine Entscheidung im vereinfachten Schlichtungsverfahren oft nicht geeignet. Wegen der Möglichkeit, die Versicherer zur Leistung zu verpflichten, ihnen also den Rechtsweg zu verstellen, bedürfte es im Falle einer Entscheidung einer hinreichend sicheren tatsächlichen und rechtlichen Grundlage. Da die vielschichtige und umfangreiche

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Rechtsmaterie des Datenschutzrechts außerhalb des Versicherungsrechts liegt und zudem einen europarechtlichen Bezug aufweist, wäre eine abschließende und verlässliche Klärung mit einer aufwändigen Recherche und Durchdringung der Problematik verbunden, womit der effektive Betrieb der Schlichtungsstelle gefährdet wäre. Im Interesse einer einvernehmlichen Beilegung des Streits unterbreitete der Ombudsmann jedoch zumeist einen Schlichtungsvorschlag (vgl. § 9 Absatz 2 VomVO) und schlug unter Berücksichtigung des jeweiligen Prozessrisikos vor, dass der Versicherer einen angemessenen Prozentsatz der geltend gemachten Deckungsansprüche übernimmt. Die weitere Entwicklung der Rechtsprechung bleibt abzuwarten.

Die Folgen der Diesel-Abgasaffäre scheinen derzeit weitgehend abgearbeitet zu sein, nachdem der BGH einige zuvor umstrittene Fragen geklärt hat. Dementsprechend ist im Vergleich zu den Vorjahren die Anzahl der Eingänge erneut weiter zurückgegangen. Im Jahr 2021 waren es knapp 400 und im Jahr 2022 etwa 50 Beschwerden. Im Berichtsjahr gab es noch ca. 30 Eingaben. Der BGH ist der neuen Rechtsprechung des EuGH (Urteil vom 21. März 2023, Az. C 100/21) gefolgt und hat am 26. Juni 2023 entschieden, dass und unter welchen Voraussetzungen Besitzern von Diesel-Fahrzeugen, in denen illegale Abschaltvorrichtungen verbaut sind, Schadensersatzansprüche bereits bei fahrlässigem Handeln der Hersteller zustehen (BGH, Urteile zu den Az. Via ZR 335/21, Via ZR 533/21 und Via ZR 1031/22). Nach der bis dahin maßgeblichen Rechtsprechung war eine vorsätzliche sittenwidrige Schädigung erforderlich. Nach Veröffentlichung der Entscheidungsgründe konnte ein nicht unerheblicher Teil der Beschwerden im Wege einer Abhilfe oder eines Vergleichs erledigt werden.

In der Sparte Rechtsschutzversicherung ist der Anteil von Abhilfen, also Fällen, in denen der Versicherer als direkte Reaktion auf die Beschwerde oder nach entsprechender Anregung durch den Ombudsmann nachgibt, ausgesprochen hoch. Bei insgesamt 2.667 zulässig beendeten Verfahren in der Sparte Rechtsschutzversicherung betrifft das mit ca. 30 Prozent fast jeden dritten zulässigen Beschwerdefall. Es spricht für die ausgeprägte Bereitschaft der Versicherungsunternehmen, ihren Kunden im Ombudsmannverfahren möglichst entgegenzukommen. Doch nicht in jedem Fall hat der Versicherer die Anregung des Ombudsmanns aufgegriffen und im Zweifel eine schnelle unbürokratische Erledigung im Schlichtungsverfahren einer Entscheidung oder Empfehlung zugunsten der Beschwerdeführer vorgezogen, wie folgender Fall zeigt:

Der Beschwerdeführer forderte von seinem Arbeitgeber vor dem zuständigen Arbeitsgericht die Nachzahlung von ausstehender variabler Vergütung in Höhe von ca. 1,5 Millionen Euro. Die Beschwerdegegnerin sah den Beschwerdeführer zunächst als gesetzlichen Vertreter einer juristischen Person betroffen und wandte einen entsprechenden Risikoausschluss ein. Gegen diese Ablehnung richtete sich die Beschwerde.

Die Beschwerdegegnerin konnte in der eingereichten Stellungnahme ihre Einschätzung allerdings nicht nachvollziehbar begründen. Auch im Arbeitsrechts-



streit wurde von keiner der Parteien behauptet, der Beschwerdeführer sei gesetzlicher Vertreter seines Arbeitgebers gewesen. Weder das Arbeitsgericht stellte dies fest, noch ergab sich eine solche Stellung aus dem Arbeitsvertrag oder den eingereichten Unterlagen. Der entsprechend begründeten Abhilfeanregung des Ombudsmanns beegnete die Beschwerdegegnerin wie folgt:

„Gerne haben wir den Vorgang erneut geprüft. Aus den uns vorgelegten Unterlagen ist nicht ersichtlich, wie unser Kunde den vermeintlichen Anspruch auf Zahlung von entgangenen Provisionen nachweisen will. Dem uns vorgelegten Arbeitsvertrag können wir nicht entnehmen, dass der Arbeitgeber noch weitere Zahlungen schuldete, die nicht geleistet wurden. Wir gehen davon aus, dass sich die Angelegenheit aufgrund der Beweisproblematik als ungeeignet für das Ombudsmannverfahren erweist.“

Da die von der Beschwerdegegnerin nun ins Spiel gebrachte Beweisführung für den geltend gemachten Anspruch nichts mit dem zunächst eingewandten Risikoausschluss zu tun hatte, sondern sich auf die Erfolgsaussichten der Hauptsache bezog und der Versicherer mit einer Ablehnung der Erfolgsaussichten schon präkludiert gewesen wäre, wurde der Versicherer erneut um eine Abhilfe gebeten. Daraufhin teilte dieser mit:

„(...) dass Sie aufgrund des Streitwertes in diesem Fall keine verbindliche Entscheidung treffen können. Insofern gehen wir davon aus, dass eine Abhilfe nicht notwendig ist.“

Da dieses Schreiben den tatsächlichen rechtlichen Standpunkt des Versicherers nicht erkennen ließ und auch Bedenken an seiner konstruktiven Mitarbeit im Schlichtungsverfahren bestanden, wurde ein telefonischer Klärungsversuch unternommen und darin von der Beschwerdegegnerin eine erläuternde, abschließende Stellungnahme zugesichert. In dieser berief sich die Beschwerdegegnerin weder auf den zunächst eingewandten Risikoausschluss noch auf die Beweisproblematik. Kostenschutz erteilte sie aber weiterhin nicht, da bei der Streitigkeit ein ursächlicher Zusammenhang mit der Vorbereitung einer selbstständigen Tätigkeit des Beschwerdeführers bestehe. Auch diese Ablehnung überzeugte im Ergebnis nicht, weshalb ohne weiteren Zwischenschritt verfahrensbeendend eine Empfehlung zugunsten des Beschwerdeführers erging. Im Nachgang teilte die Beschwerdegegnerin mit, sich nicht an die Empfehlung des Ombudsmanns halten zu wollen. Der Beschwerdeführer hat angekündigt, seine Ansprüche im Wege der Deckungsklage weiterzuverfolgen.

■ **Kfz-Versicherung**

Die zulässigen Eingaben beliefen sich in der Kfz-Haftpflicht- und Kaskoversicherung sowie der Schutzbrief- und Insassenunfallversicherung auf 2.407 (Vorjahr: 1.869). Dies entspricht für die Kfz-Haftpflichtversicherung einem Anteil von 5,5 Prozent und für die Kfz-Kaskoversicherung von 12,7 Prozent am Gesamtaufkommen der zulässigen Beschwerden. Zusammengenommen machen

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

diese Eingänge 18,2 Prozent des Gesamtaufkommens der zulässigen Beschwerden aus.

Auf die **Kfz-Haftpflichtversicherung** entfielen 727 (Vorjahr: 572) der zulässigen Beschwerden. Die gesetzlich vorgeschriebene Pflichtversicherung für zulassungspflichtige Fahrzeuge schützt Führer und Halter von Fahrzeugen vor der Inanspruchnahme durch Dritte. Der Kfz-Haftpflichtversicherer steht für berechtigte Schadensersatzansprüche des Dritten ein und wehrt unberechtigte Ansprüche ab. Dem geschädigten Dritten steht wiederum ein gesetzlicher Direktanspruch gegen den Kfz-Haftpflichtversicherer des Schädigerfahrzeugs zu. Aus diesem Grund muss der Geschädigte nicht zwangsläufig gegen die Fahrzeugverantwortlichen vorgehen. Er kann sich vielmehr direkt an den Kfz-Haftpflichtversicherer des Schädigers wenden.

Die vorwiegenden Themen, mit denen sich der Ombudsmann in der Kfz-Haftpflichtversicherung im Berichtsjahr beschäftigte, betrafen erneut die Einstufung des Vertrages in Schadenfreiheitsklassen, die Übertragung dieser Einstufung bei einem Wechsel des Versicherers sowie Schadenfälle, die aus Sicht des Versicherungsnehmers vom Versicherer zugunsten des Unfallgegners zu Unrecht reguliert wurden.

Die weitreichende Regulierungsvollmacht des Versicherers, die ihm in der Kfz-Haftpflichtversicherung nach den Versicherungsbedingungen regelmäßig zusteht, war oft der Auslöser von Meinungsverschiedenheiten. In der Regel waren die Entscheidungen des Versicherers bezüglich der von ihm vorgenommenen Schadenregulierung nicht zu beanstanden. Der Ombudsmann erläuterte den Beschwerdeführern in diesen Fällen die Regulierungsentscheidung des Versicherers und die Rechtslage.

Im Vergleich zu den vorangegangenen Jahren sind im Berichtsjahr in diesem Zusammenhang die Vorgänge auffällig rückläufig, bei denen die Versicherungsnehmer erst durch die Rückstufung der Schadenfreiheitsklasse ihres Vertrages im Folgejahr erfuhren, dass es zu einer Regulierung eines von ihnen nur vorsorglich gemeldeten Schadens durch den eigenen Versicherer gekommen war.

Die meisten Beschwerden betrafen im Berichtsjahr hingegen wieder die Vertragseinstufung. Unklarheiten betrafen oft Konstellationen, bei denen seitens des Versicherers eine Sondereinstufung gewährt wurde. Dieser Umstand verdeutlicht erneut, dass das derzeitige System der Schadenfreiheitsklasseneinstufung weiterhin sehr problemfällig ist. Aus Verbrauchersicht bleibt es intransparent. Die bereits in den Vorjahren hierzu erwähnten Problematiken haben sich jedenfalls nicht geändert. Darüber hinaus kam in diesem Berichtsjahr hinzu, dass auch der Austausch unter den Versicherern nach einem Versichererwechsel häufiger nicht reibungslos funktionierte. Nachversicherer erhielten oftmals keine positive Schadenfreiheitsrabattbestätigung durch den Vorversicherer, obwohl die Vorversicherer wiederum angaben, den Rabatt bestätigt zu haben. Wurde sowohl gegen den Vor- als auch gegen den Nachversicherer ein Schlichtungsverfahren



durchgeführt, konnten die Hintergründe der ausbleibenden positiven Versichererwechselbestätigung in der Regel abschließend geklärt werden. Wenn die Vorgänge seitens der Versicherer ausschließlich elektronisch geprüft und bearbeitet wurden, waren Auslöser des Problems oft nur eine andere Schreibweise des Namens oder ein Zahlendreher bei den Vertragsnummern. Wurde nur gegen einen der Versicherer ein Schlichtungsverfahren eingeleitet, konnten die Gründe der ausbleibenden Bestätigung oftmals nur vermutet werden. Es wurde dann eine Kontaktaufnahme mit dem entsprechend anderen Versicherer zur Klärung der Angelegenheit angeregt.

Die zulässigen Beschwerdeeingänge in der **Kfz-Kaskoversicherung** sind im Vergleich zum Vorjahr von 1.297 auf 1.680 gestiegen. Der Versicherungsschutz in der Kaskoversicherung erstreckt sich auf das Fahrzeug als solches und seine mitversicherten Teile. Während im Rahmen der Teilkaskoversicherung bestimmte Ereignisse wie Brand, Entwendung, Sturm, Hagel, Blitzschlag und Zusammenstöße mit (ggf. bestimmten) Tieren versichert sind, sichert die Vollkaskoversicherung neben den Schäden aus der Teilkaskoversicherung unter anderem auch Unfall- und Vandalismusschäden ab. Auch Schäden, die der Fahrer versehentlich selbst verursacht hat, sind abgedeckt.

Die zentralen Beschwerdeanliegen in diesem Berichtsjahr betrafen wieder Diebstahlsfälle und Beschwerden, bei denen die Schadenshöhe strittig war. Bei den Diebstahlsfällen war Auslöser der Beschwerden oft die Regulierungsablehnung durch den Versicherer ohne nähere Begründung mit Verweis auf den Rechtsweg. Wie auch in den vergangenen Jahren wurde von einigen Versicherern in diesem Zusammenhang im Schlichtungsverfahren der Wunsch geäußert, dass der Ombudsmann sich nicht weiter mit den Beschwerden befassen möge, sondern sie „unbeschieden“ lasse. Eine solche Vorgehensweise sieht die Verfahrensordnung nicht vor. Aus diesem Grund wurden, wie bereits in den letzten Jahresberichten erwähnt, die jeweiligen Versicherer darauf aufmerksam gemacht, dass es eines plausiblen Vortrags bedarf, wonach hinreichende Anhaltspunkte für einen beabsichtigten Versicherungsbetrug vorliegen und Beweismittel vorhanden sein müssen, die nur in einem gerichtlichen Verfahren erhoben werden können.

Die Beschwerden zur Abrechnung des Schadenfalls hatten ihre Ursache häufig in vom Versicherer gekürzten Rechnungspositionen. Aber auch die Höhe des kalkulierten Wiederbeschaffungs- oder Restwerts war Beschwerdegegenstand. Da es dem Ombudsmann jedoch nicht möglich ist, selbst einen Sachverständigen zur weiteren Klärung hinzuzuziehen, blieb es in diesen Fällen, wie auch bereits in den Vorjahren, bei der Darstellung der Rechtslage. Wenn nach den Versicherungsbedingungen bei Meinungsverschiedenheiten zur Schadenshöhe einschließlich der Feststellung des Wiederbeschaffungswertes oder über den Umfang der erforderlichen Reparaturarbeiten die Möglichkeit des Sachverständigenverfahrens vorgesehen war, wurde der Beschwerdeführer hierauf regelmäßig aufmerksam gemacht.

Die Möglichkeit, ein Sachverständigenverfahren einzuleiten, sehen einige Versicherungsbedingungen bei Meinungsverschiedenheiten über die Schadenshöhe

vor. Bei diesem Verfahren können der Versicherungsnehmer und der Versicherer jeweils einen Kraftfahrzeugsachverständigen benennen. Die Kosten für die Beauftragung der Sachverständigen werden im Verhältnis des Obsiegens zum Unterliegen verteilt. Vor der sachverständigen Prüfung einigen sich die beiden Gutachter noch auf einen Obmann, der entscheidet, wenn sich die beiden Sachverständigen nicht einig werden. Das Ergebnis des formal ordnungsgemäß durchgeführten Sachverständigenverfahrens ist für beide Seiten verbindlich.

In diesem Berichtsjahr zeigte sich noch, dass vermehrt Beschwerden eingingen, weil Versicherer auf Anfragen ihrer Kunden nicht oder nicht zeitnah reagierten. Auch Verzögerungen bei der Schadenregulierung sind in diesem Zusammenhang zu erwähnen. Als ursächliche Gründe nannten die Versicherer häufig ein erhöhtes Arbeitsaufkommen (auch wetterlagenbedingt) sowie Personalmangel. Im Rahmen des Ombudsmannverfahrens konnten dann in der Regel aber offene Fragen geklärt werden. Auch nahmen einige Versicherer das Verfahren zum Anlass, einen Vorgang abschließend zu bearbeiten und – sofern im Einzelfall möglich – eine Schadenregulierung vorzunehmen. In der Regel halfen die Versicherer den Beschwerden in diesen Konstellationen ab.

■ Gebäudeversicherung

Im Jahr 2023 gingen beim Ombudsmann 1.523 (Vorjahr: 1.769) zulässige Beschwerden zur Wohngebäudeversicherung ein. Dies stellt einen erneuten Rückgang um 13,9 Prozent im Vergleich zum Vorjahr dar (Rückgang um 16,7 Prozent). Der Anteil am Gesamtaufkommen der zulässigen Beschwerden verringerte sich von 14,9 auf 11,5 Prozent. Der Grund für den Beschwerderückgang ist vorrangig auf den im Jahresbericht 2021 im Kapitel 2.3 beschriebenen Sondereffekt zurückzuführen. Damals entfielen über 800 Beschwerdevorgänge in der Hausrat- und Gebäudeversicherung auf eine konfliktbehaftete Umdeckungsaktion eines großen Maklers. Das Beschwerdeaufkommen zu diesem Themenkomplex lag auch im Jahr 2022 noch bei 230 Fällen. Im Berichtsjahr gab es hierzu lediglich noch 40 Beschwerden. Unabhängig davon hat die Anzahl der Beschwerden zu Sturmschäden abgenommen.

Eine Wohngebäudeversicherung ist eine Versicherung, mit der die Sachsubstanz eines Gebäudes gegen Schäden durch bestimmte Gefahren versichert werden kann. Die Versicherer bieten regelmäßig eine Grunddeckung und eine separat abzuschließende Deckung für erweiterte Elementarschäden an. Über Zusatzbausteine oder erweiterte Deckungskonzepte kann der Versicherungsschutz zusätzlich erweitert werden. Der Grundschutz umfasst die Versicherung von Schäden durch Feuer, Sturm und Hagel, Leitungswasser sowie Rohrbruchschäden. Mit der Gefahr Feuer sind Schäden abgedeckt, die durch Brand, Blitzschlag oder Explosion entstehen. Die Versicherung zahlt auch, wenn ein Brand in einem Nachbargebäude schadenursächlich ist und in dem versicherten Gebäude nur Rußschäden eintreten. Die Abdeckung von Leitungswasserschäden umfasst zwei Bereiche. Neben Bruchschäden an Rohrleitungen und wasserführenden Einrichtungen sind auch Nässeschäden am Gebäude versichert, die infolge eines bestimmungswid-



rigen Leitungswasseraustritts entstehen. Sturmschäden sind ab einer Windstärke von 8 Beaufort abgedeckt. Die erweiterte Elementarversicherung deckt darüber hinaus Schäden durch Überschwemmung, witterungsbedingten Rückstau, Schneedruck, Erdbeben, Erdrutsch, Erdsenkung oder auch Erdbeben ab.

Zwar ist der Eigentümer eines Gebäudes gesetzlich nicht verpflichtet, eine Wohngebäudeversicherung abzuschließen. Gleichwohl ist dies empfehlenswert, denn die Reparaturkosten in einem Schadenfall können schnell eine nicht unerhebliche Größenordnung erreichen. Zu beachten ist darüber hinaus, dass ein Gebäude mit zunehmendem Alter schadenanfälliger wird und aufgrund des Klimawandels Elementarschäden zunehmen.

Wie viel eine Wohngebäudeversicherung kostet, richtet sich nach verschiedenen Faktoren. Der Beitrag wird anhand der Größe, der Wohnfläche, der Bauweise, des Alters, des Wertes sowie des Standortes des zu versichernden Gebäudes berechnet. Wer beispielsweise in einem Neubau in einem nicht überschwemmungsgefährdeten Gebiet wohnt, zahlt einen niedrigeren Beitrag als der Eigentümer eines Altbaus in der Nähe eines Flusses.

Der einmal ermittelte Versicherungsbeitrag bleibt aber nicht konstant. Er wird bei der in der Gebäudeversicherung allgemein üblichen gleitenden Neuwertversicherung über einen Anpassungsfaktor jährlich neu berechnet. Dieser ist in den vergangenen Jahren wiederholt angestiegen und somit auch die Versicherungsprämien. Zahlreiche Beschwerdeführer kündigten daher ihre Versicherungsverträge, um sich bei anderen Versicherern günstigeren Versicherungsschutz einzukaufen. Ein Sonderkündigungsrecht ergibt sich aus einer Beitragsanpassung über den Anpassungsfaktor jedoch nicht. Entsprechende Beschwerden konnten daher keinen Erfolg haben. Was unter dem Begriff der gleitenden Neuwertversicherung zu verstehen ist und welche Möglichkeiten ein Versicherungsnehmer hat, auf eine Beitragsanpassung zu reagieren, soll nachfolgend dargestellt werden.

Mit einer gleitenden Neuwertversicherung wird sichergestellt, dass ein Versicherungsnehmer sein Gebäude immer so ersetzt bekommt, wie es vor dem Schadenfall bestand. Angenommen, ein vor 20 Jahren gebautes und damals erstmalig versichertes Haus wird durch einen Brand vollständig zerstört und muss neu aufgebaut werden. Dann wird die Wiederherstellung nicht zu den Baukosten von vor 20 Jahren möglich sein. Diese sind aufgrund gestiegener Preise für Baumaterialien, höherer Löhne und Inflation angestiegen. Der Wiederaufbau des gleichen Hauses ist heute also weitaus teurer als zum Zeitpunkt seiner Erbauung. Bei einem gleichbleibenden Versicherungswert würde dies bedeuten, dass im Schadenfall eine Unterversicherung bestehen würde. Das heißt, der Versicherungsnehmer hätte einen Teil der Reparaturkosten selbst zu tragen. Um dieser Gefahr zu entgehen, müsste er daher jährlich seine Versicherungssumme neu überprüfen und anpassen. Dies wäre für den Versicherungsnehmer und den Versicherer mit einem nicht unerheblichen Verwaltungsaufwand verbunden. Mit der gleitenden Neuwertversicherung ist dieses Problem gelöst worden. Der einmal ermittelte Versicherungswert wird über den Anpassungsfaktor (auch gleitender

Neuwertfaktor oder Prämienfaktor genannt) an die gestiegenen Baupreise angeglichen. Dadurch ist garantiert, dass ein Versicherungsnehmer sein Gebäude immer so ersetzt bekommt, wie es vor dem Schadenfall bestand, auch wenn die Wiederherstellungskosten im Laufe der Jahre angestiegen sind.

Der Anpassungsfaktor wird aber nicht nur zur Anpassung des Versicherungswertes herangezogen, sondern auch bei der Berechnung der Beitragshöhe berücksichtigt. Der Faktor wird jährlich auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes errechnet. Dabei wird zu 80 Prozent der Baupreisindex, der die Preisentwicklung beim Neubau von Wohngebäuden von 1914 bis heute beschreibt, und zu 20 Prozent der Tariflohnindex berücksichtigt. Seit 2010 ist der Anpassungsfaktor jährlich angestiegen. Zum 1. Januar 2023 erhöhte er sich um 14,73 Prozent. Zahlreiche Versicherungsnehmer wollten aufgrund der Beitragserhöhung das Vertragsverhältnis beenden und sprachen eine fristlose Kündigung aus. Die Beitragsanpassung über den Anpassungsfaktor räumt dem Versicherungsnehmer aber kein außerordentliches Kündigungsrecht ein. Denn mit der Anpassung des Beitrags sind auch höhere Leistungen im Schadenfall verbunden. Ein Versicherungsnehmer hat lediglich die Möglichkeit, der Beitragsanpassung zu widersprechen. Dies hätte dann aber zur Folge, dass das Gebäude nicht mehr zum gleitenden Neuwert versichert und unterversichert wäre. Alternativ bleibt dem Versicherungsnehmer, seinen Versicherungsvertrag unter Einhaltung der vertraglich vereinbarten Kündigungsfrist zum Ablauf zu kündigen. Möchte ein Versicherungsnehmer das Vertragsverhältnis nicht beenden, die Beitragsbelastung dennoch reduzieren, besteht für ihn noch die Möglichkeit, einen vertraglichen Selbstbehalt zu vereinbaren.

Die Elementarschadensereignisse der vergangenen Monate und die Diskussion um eine Pflichtversicherung für derartige Schäden gibt Anlass, auch auf die Beitragskalkulation für die erweiterte Elementarschadendeckung einzugehen. Für diese ist in erster Linie der Standort des zu versichernden Gebäudes ausschlaggebend. Es ist naheliegend, dass die Gefahr eines Schneedruckschadens in Süddeutschland höher ist als etwa in Küstennähe. Diese statistisch höhere Wahrscheinlichkeit eines Versicherungsfalls wirkt sich auf die Höhe der Versicherungsprämie aus. Speziell für das Überschwemmungsschadensrisiko hat der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) ein Zonierungssystem für Überschwemmung, Rückstau und Starkregen – kurz ZÜRS – entwickelt. Dieses erlaubt, das jeweilige Risiko adressgenau einzuschätzen. Die Gefährdungsklassen sind nach der statistischen Hochwasser-Häufigkeit gegliedert. Insgesamt gibt es vier Stufen. Die ZÜRS-Zone 1 ist sehr sicher, dort gibt es statistisch seltener als alle 200 Jahre ein Hochwasser. Mehr als 90 Prozent der Hauseigentümer leben in dieser Zone. 0,5 Prozent aller Häuser liegen hingegen in der gefährdetsten Zone – der ZÜRS-Zone 4. Dort gibt es statistisch einmal in zehn Jahren ein Hochwasserereignis. Auf den Versicherungsbeitrag übertragen heißt dies vereinfacht ausgedrückt: je höher die ZÜRS-Zone, desto höher die Prämie. Allerdings bieten zahlreiche Versicherer Hauseigentümern in der Zone 4 keinen Versicherungsschutz an.



Ansonsten machten im Berichtsjahr Sturm-, Leitungswasser- und Rohrbruchschäden sowie Elementarschäden den größten Anteil der eingehenden Beschwerden aus. Thematisch ging es über alle versicherten Gefahren hinweg um die Fragen, ob überhaupt ein versicherter Schaden eingetreten war und in welchem Umfang der Versicherer eine Entschädigungsleistung schuldet. Am Beispiel der Leitungswasser- und Rohrbruchschadenversicherung, die im Berichtsjahr gemeinsam über ein Drittel des Beschwerdeaufkommens ausmachte, sollen diese Problemfelder näher dargestellt werden.

Zahlreiche Leitungswasserschäden ereignen sich bereits kurz nach Fertigstellung eines Gebäudes. Oft sind dann Baumängel die Schadensursache. So können sich beispielsweise mangelhaft verpresste Rohrverbindungen lösen und es kann Wasser austreten. Die fehlende Isolierung eines Rohres in frostgefährdeten Bereichen kann dazu führen, dass das Rohr einfriert und aufplatzt. Schließlich kann die Verwendung von verschiedenen Materialien in einem Rohrleitungssystem die Korrosionsanfälligkeit ansteigen lassen. Neben den jungen, sich in den ersten Jahren einstellenden Schäden ist ein Großteil von Leitungswasserschäden altersbedingt. Mit zunehmendem Alter des Gebäudes steigt das Risiko von Materialermüdung und altersbedingtem Verschleiß. Rohre und wasserführende Anlagen können infolge von Korrosion undicht werden. Dichtungen und Armaturen werden spröde und brechen.

Aber nicht immer ist die Ursache für einen Nässeschaden sofort erkennbar. Zwar kann das Auftreten von Feuchtigkeit in einem Gebäudebereich ein Anzeichen für einen Rohrbruch oder einen Leitungswasserschaden sein. Allerdings steht damit noch nicht fest, dass ein versicherter Schaden vorliegt. Erst wenn die Schadensursache feststeht, ist eine Entscheidung über die Leistungspflicht des Versicherers möglich. Die Hoffnung zahlreicher Beschwerdeführer ist, dass ihr Versicherer die Ermittlung der Schadensursache für sie übernimmt. Hierzu ist er aber nicht verpflichtet. Der Grund hierfür ist die zivilrechtliche Beweislastverteilung. Sie besagt, dass derjenige, der einen Anspruch geltend macht, diejenigen Tatsachen darlegen und beweisen muss, die seine Forderung begründen. Dementsprechend muss der Versicherungsnehmer als Anspruchsteller zunächst beweisen, dass ein Versicherungsfall eingetreten ist. Kann er den geforderten Beweis nicht führen, geht dies zu seinen Lasten. Dem Versicherungsombudsmann bleibt dann nur, dem Beschwerdeführer die Rechtslage zu erläutern und Möglichkeiten aufzuzeigen, die Schadensursache zu ermitteln.

Erfreulicherweise gibt es zahlreiche Firmen, die gerade bei Wasserschäden Leckortungen weitestgehend zerstörungsfrei durchführen können. Damit bleiben auch die Kosten im Rahmen. Durch Kamerabefahrungen von Ableitungsrohren, Wärmebildkameras, Druckprüfungen und Gasdetektion kann die Ursache für einen Wasseraustritt zielgerichtet geortet werden. Immer mehr Versicherer vermitteln ihren Versicherungsnehmern nach einer Schadensmeldung Leckortungsfirmen. Oft übernehmen sie deren Kosten, selbst wenn keine versicherte Schadensursache ermittelt wird.

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Besteht Einigkeit darüber, dass sich eine versicherte Gefahr verwirklicht hat, entsteht zwischen den Beschwerdeparteien jedoch immer wieder Streit über die Höhe der zu erbringenden Entschädigungsleistung. Die Erwartung eines Beschwerdeführers ist regelmäßig, dass ihm die anfallenden Reparaturkosten ohne Abzüge erstattet werden. Der Versicherer ersetzt bedingungsgemäß aber nur die notwendigen Reparaturkosten. Das sind diejenigen Aufwendungen, die objektiv erforderlich sind, um den versicherten Schaden zu beseitigen. Werden im Rahmen der Schadensbeseitigung Sanierungsmaßnahmen durchgeführt oder Wertverbesserungen vorgenommen, sind diese vom Versicherer nicht zu ersetzen. Anhand eines Beispiels soll dies verdeutlicht werden.

Im Rahmen der Rohrbruchversicherung sind regelmäßig frostbedingte und sonstige Bruchschäden an Zu- und Ableitungsrohren der Wasserversorgung versichert. Unter Rohrbruch versteht man eine nachteilige Veränderung des Rohrmaterials, die dazu führt, dass die sich im Rohr befindlichen Flüssigkeiten austreten können. Keine Rohrbrüche sind hingegen bloße Undichtigkeiten an Rohrverbindungen, Anschlussstellen und Ähnlichem, die nicht auf Beschädigung des Rohrmaterials zurückzuführen sind. Versicherte Abwasserleitungen, die im Erdreich verlaufen, können mit zunehmendem Alter und infolge von Erdbewegungen undicht werden. Kamerabefahrungen können Aufschluss über das Schadensausmaß geben. In vielen Fällen zeigt sich, dass sich einzelne Rohrteile im Bereich der Muffen verschoben haben oder abgesackt sind. Durch die Öffnungen können Wurzeln einwachsen und eine Verstopfung verursachen. Oft sind aber auch Risse und Brüche in der Rohrleitung erkennbar. Diese Schadensbilder treten in einer Rohrleitung auch nebeneinander auf. Die naheliegende Erwartung eines Versicherungsnehmers ist, dass sein Versicherer die Kosten für die vollständige Sanierung der Rohrleitung erstattet. Ist die Rohrleitung verhältnismäßig gering beschädigt, kann sie mittels eines sogenannten Inlinerverfahrens saniert werden. Dabei wird das alte und beschädigte Abflussrohr von innen mit einem zweiten, stabilisierenden Rohr aus glasfaserverstärktem Kunststoff komplett von innen abgedichtet. Diese Art der grabenlosen Rohrsanierung spart Zeit und Geld, da keine Grabungsarbeiten notwendig sind. Das Inlinerverfahren kann über die gesamte Rohrleitungsstrecke (Longliner) durchgeführt werden. Es können aber auch nur einzelne Rohrabschnitte saniert werden (Partliner). Weist eine Rohrleitung mit einer Länge von 15 Metern beispielsweise nur einen Rohrbruch, ansonsten nur Muffenversätze auf, wird der Versicherer regelmäßig nur die anteiligen Kosten für die Reparatur des Rohrbruchs übernehmen. Dies ist grundsätzlich nicht zu beanstanden, da er bedingungsgemäß nur die notwendigen Reparaturkosten schuldet. In diesen Fällen bleibt dem Versicherungsombudsman zu prüfen, ob bei der Schadensabrechnung alle Rohrbrüche und anfallenden Gemeinkosten (wie Anfahrtkosten, Gerätepauschalen etc.) berücksichtigt wurden. Fallen ihm dabei Fehler auf, weist er den Versicherer darauf hin und regt eine Nachregulierung an.

Immer wieder Gegenstand von Beschwerden sind Frostschäden an wasserführenden Leitungen in leerstehenden oder ungenutzten Gebäuden. Die Schäden entstehen in der Regel dadurch, dass es während der kalten Jahreszeit zu einem Heizungsausfall kommt oder in dem Gebäude von vorneherein keine Beheizung



vorgenommen wurde. Derartige Schäden haben oft ein erhebliches Ausmaß, da Wasser oft tagelang austritt, bis der Schaden überhaupt bemerkt wird. In diesen Fällen nehmen die Versicherer regelmäßig massive Leistungskürzungen vor. Sie berufen sich dabei auf vertraglich vereinbarte Obliegenheiten, die ein Versicherungsnehmer erfüllen muss, um seinen Versicherungsschutz nicht zu gefährden. So hat dieser nicht genutzte Gebäude oder Gebäudeteile genügend häufig zu kontrollieren und dort alle wasserführenden Anlagen und Einrichtungen abzusperrn, zu entleeren und entleert zu halten. Entsprechend den gesetzlichen Regelungen im VVG ist der Versicherer bei einer vorsätzlichen Obliegenheitsverletzung leistungsfrei. In der Regel wird dem Versicherungsnehmer aber nur eine grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung vorzuwerfen sein, die den Versicherer zu einer Leistungskürzung berechtigt. Die Höhe der Kürzungsquote ist nach der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers zu bemessen. Typisch für diese Fälle ist, dass gerade keine Entleerung der wasserführenden Anlagen vorgenommen wurde. Andernfalls wäre es wahrscheinlich (von vorneherein) zu keinem Schaden gekommen. Die Rechtsprechung nimmt in diesen Fällen teilweise sogar Leistungskürzungen um 100 Prozent vor. Regelmäßig bleibt dem Versicherungsombudsmann nur zu prüfen, ob der Beschwerdeführer Maßnahmen getroffen hat, um die Wahrscheinlichkeit eines Schadenseintritts zu verringern. Dies kann zum Beispiel eine regelmäßige Kontrolle in kurzen Abständen sein oder wenn das Gebäude beheizt wurde, es aber zu einem nicht vorhersehbaren Heizungsausfall kam. Hatte sich der Beschwerdeführer zumindest darum bemüht, die Wahrscheinlichkeit für den Eintritt eines Frostschadens zu reduzieren, konnte der Versicherungsombudsmann die Versicherer oft dazu bewegen, die Kürzungsquote zumindest zu reduzieren.

■ **Hausratversicherung**

Im Berichtszeitraum erreichten den Ombudsmann 800 (Vorjahr: 665) zulässige Beschwerden zur Hausrat-, Glas- und Inhaltsversicherung. Dies entspricht einem Anstieg um 20,3 Prozent im Vergleich zum Vorjahr. Obwohl keine besonderen Beschwerdekomplexe mit vielen Eingängen zu verzeichnen waren, erreichte die Anzahl der Eingänge damit den höchsten Stand seit 2018. Aufgrund dessen erhöhte sich auch der Anteil der Hausratbeschwerden am Gesamtaufkommen der zulässigen Eingaben von 5,6 auf 6,1 Prozent.

Über eine Hausratversicherung sind Gegenstände abgesichert, die einem Haushalt zur Einrichtung, zum Gebrauch oder zum Verbrauch dienen. Versicherungsschutz besteht gegen Gefahren wie Brand, bestimmungswidrig austretendes Leitungswasser, Sturm, Hagel, Einbruchdiebstahl und Raub. Durch besondere Tarife oder den Einschluss weiterer Risiken lässt sich der Deckungsumfang individuell den persönlichen Bedürfnissen anpassen. Möglich sind beispielsweise zusätzliche Absicherungen gegen Elementarschäden (zum Beispiel durch Überschwemmungen und Erdbeben), blitzbedingte Überspannung oder verschiedene Ausprägungen des einfachen Diebstahls. Hierzu zählen insbesondere der Diebstahl von Fahrrädern, der Trickdiebstahl oder die Entwendung von Hausratgegenständen aus Kraftfahrzeugen.

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Im Versicherungsfall hat der Versicherungsnehmer Anspruch auf die notwendigen Reparaturkosten zur Wiederherstellung einer beschädigten Sache oder auf den Wiederbeschaffungswert zerstörter oder abhandengekommener Hausratgegenstände. Eine Besonderheit im Vergleich zu anderen Sachversicherungen ist somit, dass der Neuwert und nicht nur der Zeitwert der Sachen ersetzt wird, wenn eine Reparatur nicht möglich ist oder unwirtschaftlich wäre. Außerdem sieht der Versicherungsvertrag regelmäßig vor, dass bestimmte Kosten ersetzt werden, die im Zusammenhang mit einem Versicherungsfall entstehen können. Dies sind zum Beispiel Aufräumungs-, Schlossänderungs- oder Unterbringungskosten im Fall der Unbewohnbarkeit der eigenen Wohnung.

Wie in den Vorjahren betrafen die Beschwerden zum ganz überwiegenden Teil die Schadenregulierung und nur vergleichsweise wenige Vertragsangelegenheiten. Bei Letzteren war, so wie auch in den Jahren zuvor, eine vom Versicherungsunternehmen abgelehnte Kündigung durch den Beschwerdeführer der häufigste Beschwerdegrund. 51 im Jahr 2023 beendete Beschwerdeverfahren hatten diesen Hintergrund.

Im Mittelpunkt der Prüfung der Beschwerden zu Schadenfällen stand oft die Frage, ob der Vortrag des Beschwerdeführers nach Aktenlage als hinreichend bewiesen gelten konnte. Grundsätzlich obliegt dem Versicherungsnehmer die Beweislast, weshalb er zu belegen hat, dass ein Versicherungsfall eingetreten und welcher Schaden dadurch entstanden ist. Problematisch ist dies insbesondere bei Einbruchdiebstahlschäden, der seit Jahren mit Abstand größten Gruppe von Beschwerdefällen im Hausratbereich. Im Jahr 2023 sank deren Anteil mit 23,8 Prozent allerdings etwas im Vergleich zum Vorjahr (ca. 26 Prozent). Leicht gestiegen ist dagegen die Anzahl der Beschwerden, bei denen zwar der Versicherungsfall dem Grunde nach unstrittig war, aber kein Einvernehmen über die genaue Schadenshöhe bestand. Dies betraf 22,8 Prozent der Eingänge, im Gegensatz zu 22 Prozent im Vorjahr. Bei diesen Fällen verminderte sich im Vergleich zum Vorjahr jedoch die Erfolgsquote (siehe zu deren Definition Kapitel 4.3) auf 64 Prozent. Allerdings lag diese 2022 mit über 77 Prozent auch außergewöhnlich hoch.

Die zweithäufigste Gefahr, die sich in den Beschwerdefällen verwirklicht hatte, war wie in den Jahren zuvor bestimmungswidrig ausgetretenes Leitungswasser. Der Anteil dieser Beschwerden ist im Vergleich zum Vorjahr mit gut 13 Prozent konstant geblieben. Neu auf Rang drei der Gefahren lagen im Berichtsjahr Fahrraddiebstahlschäden, deren Zahl sich um 50 Prozent und damit auf 7,2 Prozent aller zulässigen Fälle erhöhte.

Deutlich zurückgegangen sind dagegen Beschwerdefälle, in denen es um Elementarschäden ging. Statt 46 Beschwerden im Vorjahr und Platz drei bei den versicherten Gefahren erreichten den Ombudsmann nur noch 26 Fälle dieser Art (Platz neun). Dies hat insbesondere damit zu tun, dass nur noch vereinzelt Beschwerden im Zusammenhang mit der Starkregenkatastrophe vom Juli 2021 erhoben wurden.



Eine Beschwerdegruppe, deren Anteil sich im Jahr 2023 deutlich (um 30 Prozent) erhöht hat, sind Schäden im Rahmen einer Glasversicherung. Des Weiteren wird in der Inhalts- und Hausratversicherung weiterhin vergleichsweise häufig darüber gestritten, ob die beschädigte Sache versichert ist oder nicht. Die Anzahl dieser Beschwerden, deren Hintergründe im letzten Jahresbericht an gleicher Stelle geschildert wurden (Jahresbericht 2022, Seite 47), blieb mit 55 annähernd konstant. Stark zugenommen haben Beschwerden im Zusammenhang mit den versicherten Kosten (Steigerung um 55 Prozent) sowie sogenannte Phishing-Fälle (fast verdoppelt). All die Beschwerdearten, deren Anteil sich deutlich erhöht hat, werden im Folgenden näher beleuchtet.

Zuvor ist jedoch noch eine Besonderheit hervorzuheben, die sich nicht auf die Inhaltsversicherung beschränkte, aber auch hier deutlich zu spüren war. Ab dem Spätsommer 2023 erhielt der Ombudsmann vermehrt Beschwerden darüber, dass einige Versicherer nur sehr verspätet oder gar nicht auf Schadensmeldungen, Widersprüche und ähnliche Eingaben der Versicherungsnehmer reagiert hätten. Auch in den Beschwerdeverfahren wurden oft vom Ombudsmann gesetzte Antwortfristen nicht eingehalten. In ihren Stellungnahmen entschuldigten sich die Versicherer dann in der Regel bei ihren Kunden und verwiesen auf ein hohes Schadenaufkommen sowie erhebliche Arbeitsrückstände. Insofern bleibt nur zu hoffen, dass es den Versicherern im Jahr 2024 gelingt, die Arbeitsrückstände abzubauen und ihren Kunden zeitnah zu antworten.

Es gibt jedoch auch Konstellationen, in denen Versicherer berechtigterweise noch keine abschließende Entscheidung über einen gemeldeten Versicherungsfall getroffen haben. Ein häufiger Beschwerdeanlass war im Berichtsjahr, dass der Versicherer zunächst die Einsicht in die amtliche Ermittlungsakte abwarten wollte. Problematisch ist dies besonders in den Fällen, in denen sich diese Einsicht um Monate, vereinzelt sogar bis über ein Jahr hinauszögert. Dies ist für die Versicherungsnehmer, die auf eine Entscheidung bzw. eine Zahlung ihres Versicherers warten, verständlicherweise schwer zu akzeptieren. Ein Versicherer ist laut ständiger Rechtsprechung aber prinzipiell berechtigt, vor einer Regulierungsentscheidung die Einsicht in die Ermittlungsakte abzuwarten, wenn wegen einer möglichen oder angezeigten Straftat ein Ermittlungsverfahren eingeleitet wurde und daraus für die Leistungspflicht des Versicherers bedeutsame Erkenntnisse zu erwarten sind. Meist geht es dabei um Fälle von Raub, Einbruch- oder Trickdiebstahl, aber auch bei größeren Brandschäden kommt dies vor. Dem Versicherer kann eine dadurch bedingte Verzögerung nicht angelastet werden, da er auf den Abschluss der Ermittlungen und die Akteneinsichtsgewährung durch die Staatsanwaltschaft keinen Einfluss hat. Deshalb kann der Ombudsmann den Beschwerdeführern in solchen Fällen neben einem regelmäßigen Nachhaken bei den Versicherern nur damit dienen, die Situation zu erklären und um Geduld zu bitten. Falls ein Beschwerdeführer dann gleichwohl eine sofortige Regulierung bzw. Entscheidung des Versicherers fordert, bleibt dem Ombudsmann nur, die Beschwerde abschlägig zu bescheiden.

Glücklicherweise müssen in den sogenannten Phishing-Fällen nur selten Ermittlungsakten eingesehen werden. Dennoch haben die Beschwerden dazu wie in den Vorjahren erneut deutlich zugenommen. Hinsichtlich der Details des vereinbarten Versicherungsschutzes und warum dieser in der Praxis häufig ins Leere geht, wird auf den Spartenbericht aus dem Jahr 2021 (Seite 53) verwiesen. Die Problematik an sich ist gleich geblieben, die Fallzahlen erhöhen sich aber offensichtlich auch deshalb, weil die Methoden der Täter immer raffinierter werden. So erreichten den Ombudsmann Beschwerden, in denen die Täter bereits vor dem Kontakt mit den Versicherungsnehmern über korrekte Daten (zum Beispiel zu einer tatsächlich erfolgten Hotelbuchung) verfügten. In solchen Fällen ist es naturgemäß deutlich schwieriger, als Betroffener den Betrugsversuch zu erkennen. Diese oder ähnlich gelagerte Fälle können vom Versicherungsschutz umfasst sein, es bedarf für eine Beurteilung aber einer genauen und unstrittigen Sachverhaltsschilderung sowie einer intensiven Prüfung der vertraglichen Voraussetzungen (Vertragsbedingungen), die sich im Detail von Versicherer zu Versicherer meist voneinander unterscheiden und auch nicht immer leicht verständlich sind. Hinzu kommt, dass zu den unterschiedlichen Versicherungsbedingungen der Versicherer oft weder rechtswissenschaftliche Literatur noch Urteile veröffentlicht sind und die Anwendungsfälle immer diverser werden. So werden die Versicherungsnehmer nicht mehr nur wahllos via E-Mail oder SMS angeschrieben, sondern beispielsweise auch im Rahmen von fingierten Käufen oder Verkäufen auf entsprechenden Onlineplattformen oder eben nach Hotelbuchungen. Weiterhin gingen Beschwerden ein, in denen sich die Täter Zugang zu sogenannten Wallets mit dort verwalteten Kryptowährungen verschafft oder sich mit den durch Täuschung erlangten Daten selbst bei Banking-Apps registriert hatten, um auf die Konten der Versicherungsnehmer zugreifen zu können. Die sich ändernden Methoden der Täter und die fortschreitende Entwicklung lassen es vorsorgend angeraten erscheinen, gerade bezogen auf etwaige Phishing-Fälle ältere Versicherungsbedingungen daraufhin zu überprüfen, ob die Beschreibung des Leistungsumfanges und etwaige Ausschlussklauseln noch den aktuellen Verhältnissen gerecht werden, und ggf. den Versicherungsschutz anzupassen.

Für die Zunahme der Beschwerden zur Glasversicherung ist kein offensichtlicher Grund erkennbar. Wie bereits im Jahresbericht von 2018 (Seite 46) dargelegt, ist neben den Glaswaschbecken-Fällen nach wie vor ein häufiger Grund, dass nur der betroffene Glasschaden vom Versicherungsschutz umfasst ist, nicht aber die gesamten erforderlichen Reparaturkosten übernommen werden, auch wenn diese zwingend erforderlich sind (beispielsweise weil es keine Ersatzteile mehr gibt oder ein Austausch des Glasanteils gar nicht möglich ist). Insofern kann der Ombudsmann nur die vertraglichen Vereinbarungen erläutern und Verständnis für die Enttäuschung der Beschwerdeführer äußern, denen der stark beschränkte Versicherungsschutz in der Regel nicht bewusst ist. Im Übrigen fällt auf, dass die Versicherer in nahezu allen Beschwerdefällen stets einen Geldbetrag an ihre Kunden auszahlen, obwohl bedingungsgemäß in aller Regel Naturalersatz (also die Beauftragung einer Reparatur bzw. die Lieferung einer neuen Glassache) geschuldet ist. Meist entspricht dies aber ohnehin dem Wunsch der Versicherungsnehmer bzw. wird jedenfalls von ihnen nicht bemängelt. Falls doch, kann der Ombudsmann zumindest insoweit eine Abhilfe erwirken.



Die Zunahme der Beschwerden zum Fahrraddiebstahl könnte darin begründet sein, dass die Nutzung von Fahrrädern nach dem Abklingen der Corona-Pandemie 2023 und dem verstärkten Arbeiten außerhalb des Homeoffices wieder zugenommen haben dürfte. Anlass der Beschwerden ist neben dem Streit über den Wiederbeschaffungswert, zum Beispiel weil Anschaffungsbelege fehlen, oftmals die fehlende Sicherung des Rades. Dazu sind die Versicherungsnehmer bei den gängigen Zusatzklauseln zumeist vertraglich verpflichtet, teilweise ist sogar eine spezielle Art von Schlössern vorgeschrieben. Gleichwohl bedeutet dies in der Regel nicht, dass der Versicherer bei fehlendem oder nicht nachgewiesenem Verschluss gar nicht leisten müsste. Denn nach der Rechtsprechung des BGH handelt es sich bei einer derartigen Verschlussklausel lediglich um eine vertragliche Obliegenheit, so dass den Versicherern bei deren Verletzung nur ein Kürzungsrecht im Verhältnis zur Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers zusteht. Für die Bestimmung der Quote kommt es somit auf die Umstände des Einzelfalls an, also zum Beispiel, wo und wie lange das Fahrrad abgestellt war. Obwohl das entsprechende Urteil des BGH bereits aus dem Jahr 2008 stammt, werden diese Fälle von den Versicherern immer noch oft falsch beurteilt und den Kunden wird eine Zahlung gänzlich versagt. Erfreulicherweise kann in diesen Fällen regelmäßig eine einvernehmliche Einigung mit entsprechender Quote vermittelt werden.

Der Anstieg der Beschwerdezahlen hinsichtlich der versicherten Kosten hat insbesondere damit zu tun, dass die sog. Hotelkostenfälle weiterhin zunehmen (siehe dazu Seite 51 f. des Jahresberichts von 2020). In diesen Fällen ist streitig, ob der Hausratversicherer entstandene Unterbringungskosten erstatten muss, wenn die versicherte Wohnung unbewohnbar wurde. Diesen Beschwerden ist oft gemein, dass der Hausrat entweder gar nicht oder nur geringfügig beschädigt worden ist und die Unbewohnbarkeit der Wohnung aus einem Gebäudeschaden resultiert. Voraussetzung für einen Anspruch auf Erstattung von Unterbringungskosten ist bedingungsgemäß aber, dass diese Kosten infolge eines Versicherungsfalles entstanden sind. Ein Versicherungsfall im Rahmen der Hausratversicherung erfordert jedoch, dass gerade der Hausrat durch eine versicherte Gefahr beschädigt worden ist und nicht etwa „nur“ Gebäudebestandteile.

Nachdem der Ombudsmann zu diesen Fällen mehrere Grundsatzentscheidungen getroffen und die Versicherer in manchen der unterschiedlichen Konstellationen zur teilweisen Übernahme der Kosten verpflichtet hatte (siehe Seite 47 f. des Berichts vom letzten Jahr), konnten alle weiteren Fälle dieser speziellen Art einvernehmlich geklärt werden. Inzwischen wurde aber erstmals eine obergerichtliche Entscheidung zu dieser Thematik veröffentlicht, und zwar vom OLG Saarbrücken am 8. September 2023 (Az 5 U 64/22). Darin hat das Gericht mit ausführlicher Begründung einen Anspruch der Versicherungsnehmer auf Erstattung von Fremdunterbringungskosten verneint, wenn die Unbewohnbarkeit auf dem Gebäudeschaden beruht. Dies entspricht zwar auch der bisherigen Linie des Ombudsmanns. Die Sonderkonstellation hinsichtlich der von bestimmten Leitungswasserschäden betroffenen Mietern wurde in dem Urteil aber nicht thematisiert, wobei aus diesem nicht eindeutig hervorgeht, ob dort ein solcher Fall gegeben war.

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Aus aktuellem Anlass soll zum Schluss noch eine Beschwerde aus dem Jahr 2021 geschildert werden. Die Beschwerdeführerin hatte auf ihrem Kochfeld einen Braten mit Öl zubereitet und vergaß den Herd auszuschalten, als sie die Küche verließ. In der Folge kam es zwar zu keinen offenen Flammen, aber zu einer starken Rauchentwicklung in der gesamten Wohnung, welche laut Beschwerdeführerin nahezu den gesamten Hausrat verunreinigt und einen Schaden von über 70.000 Euro verursacht habe. Der Versicherer sah darin keinen versicherten Sengschaden. Der Ombudsmann wies ihn darauf hin, dass nach seiner eigenen, allerdings nur auf seiner Homepage genannten Definition ein Sengschaden zumindest am Braten gegeben sei und auch ein entsprechender Folgeschaden am übrigen Hausrat in Betracht komme. Der Versicherer erkannte daraufhin zwar den Sengschaden am Braten an, bestritt aber mit Verweis auf eine vorherige Vor-Ort-Besichtigung den Rußschaden an den weiteren Hausratgegenständen. Nachdem der Ombudsmann die Beschwerdeführerin auf die ihr obliegende Beweislast für den Folgeschaden hingewiesen hatte, erklärte deren Rechtsanwalt, dass dieser nur in einem nun anzustrebenden Gerichtsverfahren bewiesen werden könne, und nahm die Beschwerde zurück.

Im Juli 2023 wurde in der Zeitschrift Recht und Schaden (Seite 318 f.) das Urteil zu diesem Fall veröffentlicht. Darin erklärt das LG Chemnitz u. a., dass „in Übereinstimmung mit der Einschätzung des Versicherungsombudsmanns“ ein Sengschaden gegeben sei, aber lediglich hinsichtlich des Bratens im Topf. Die vermeintlichen Folgeschäden durch den Rauch seien jedoch nicht mehr unter den Begriff des Sengschadens zu fassen. Denn bei einem Sengschaden handele es sich, unter Verweis auf die auf der Homepage des Versicherers genannte Definition, nur um einen lokal begrenzten Schaden. Eine andere Auslegung würde zu einer uferlosen Einstandspflicht des Versicherers führen.

An dieser Stelle sei erwähnt, dass diese Auffassung vom Ombudsmann nicht geteilt wird, wie sich auch bereits aus seinen Schreiben im entsprechenden Beschwerdeverfahren ergab. Das Urteil wird im Übrigen a. a. O. im Rahmen einer Anmerkung von Joachim Felsch, ehemaliger Richter am BGH, mit nachvollziehbarer Begründung abgelehnt.

■ Allgemeine Haftpflichtversicherung

In dieser Sparte gingen im Berichtszeitraum 605 (Vorjahr: 497) zulässige Beschwerden ein. Das entspricht einem Anteil von 4,6 (Vorjahr 4,2) Prozent am Gesamtaufkommen aller zulässigen Beschwerden.

Unter den Begriff „Allgemeine Haftpflichtversicherung“ werden viele Arten von Haftpflichtversicherungsverträgen gefasst, die sich nach Risikobereichen aufteilen. Dazu gehört als wichtiges Beispiel die Privathaftpflichtversicherung, die regelmäßig auch bei der Beschwerdebearbeitung im Vordergrund steht. Daneben sind auch die Haus- und Grundbesitzer- sowie die Bauherren- und die Tierhalterhaftpflichtversicherung betroffen. In den Zuständigkeitsbereich des Ombudsmanns fallen zudem die eher seltenen Beschwerden zu einer Berufs-



haftpflichtversicherung für Beamte und Angestellte des öffentlichen Dienstes (auch Amts- oder Diensthaftpflichtversicherung genannt). Auch Beschwerden zu Vereins- oder Veranstaltungshaftpflichtversicherungen werden vom Ombudsmann bearbeitet, sofern die Zulässigkeitsvoraussetzungen, insbesondere eine verbraucherähnliche Lage, gegeben sind. Gleiches gilt bei sonstigen Berufs- und Betriebshaftpflichtversicherungen, soweit sie sich auf allgemeine Vertragsfragen beziehen und nicht auf unternehmensbezogene Probleme oder Schadenfälle. Die Kfz-Haftpflichtversicherung, die systematisch ebenfalls zu den Haftpflichtversicherungen gehört, wird wegen der Bedeutung dieser Sparte in einem eigenen Berichtsteil zur Kfz-Versicherung dargestellt (Seite 41 ff.).

Haftpflichtversicherungen decken kein bestimmtes Schadensrisiko ab, sondern schützen vor Vermögensnachteilen, die entstehen können, wenn der Versicherungsnehmer oder eine mitversicherte Person von Dritten auf Schadensersatz in Anspruch genommen wird. Geleistet wird dann in Form der Abwehr unberechtigter oder durch die Befriedigung berechtigter Ansprüche, wobei die Bewertung (zunächst) beim Versicherer liegt. Das Grundbedingungsmerkmal der Verträge sind in der Regel die AHB. Im Versicherungsschein und zumeist in den Besonderen Bedingungen werden die jeweiligen versicherten Risikobereiche festgelegt.

Zur Privat- und zur Tierhalterhaftpflichtversicherung haben sich die Schwerpunkte der Fallbearbeitung gegenüber den Vorjahren nicht wesentlich verändert. Sie spiegeln häufig das alltägliche Haftungsrisiko des Versicherungsnehmers als Mieter, Tierhalter oder aufsichtspflichtiger Elternteil wider. Wie im vergangenen Jahr haben die Beschwerden zugenommen, die die Frage betreffen, ob sich der Versicherer bei einem Schaden in der Mietwohnung auf den Risikoausschluss wegen Abnutzung, Verschleiß oder übermäßiger Beanspruchung berufen kann (dazu ausführlich im Jahresbericht 2015, Seite 53 f., zuletzt Jahresbericht 2021, Seite 54 und Jahresbericht 2022, Seite 50 f.). Typisch ist die Konstellation, dass anlässlich des Auszugs Schäden am Fußbodenbelag durch den Vermieter geltend gemacht werden. Die Beschwerdeführer sahen sich zum Teil recht hohen Forderungen ausgesetzt, weil der Parkettboden in der gesamten Wohnung abgeschliffen oder sonstiger Belag vollständig ersetzt werden sollte. Dass sich der Fußboden im Rahmen eines vertragsgemäßen Gebrauchs (§ 538 BGB) über die Jahre abnutzt und in der Regel ein Abzug „neu für alt“ berücksichtigt werden muss, scheinen viele Vermieter oder Hausverwaltungen zu ignorieren. Die Schadensursache ist häufig unklar, weil der Schaden zuvor nicht aufgefallen ist, oder aber es bestehen Abgrenzungsschwierigkeiten, weil der Boden durch Abnutzung und durch ein zusätzliches Ereignis beschädigt wurde. Die Beweislast im Hinblick auf den Risikoausschluss trägt der Versicherer, wobei nicht immer eine genaue Sachverhaltsaufklärung betrieben, sondern oftmals pauschal von der Größe des beschädigten Bereichs oder der Intensität der Verfärbung auf ein wiederholtes Schadensverhalten geschlossen wird. Solche Folgerungen aufgrund der Umstände reichen aber nicht in jedem Fall aus, um der Beweislast zu genügen. Deshalb lassen sich in solchen Konstellationen häufig Vergleiche erreichen. Offensichtlich ist eine übermäßige Beanspruchung, wenn mit einem Rollstuhl oder einem Rollator immer wieder gegen Türzargen und -blätter gestoßen wird.

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Da erste Anstöße aber versichert wären und sich die Beschwerdeführer regelmäßig in einer schwierigen Situation befinden, ist die Vergleichsbereitschaft der Versicherer auch in diesen Konstellationen hoch.

Kommt es zu einem Schlüsselverlust, sieht sich der Versicherungsnehmer nicht selten dem Druck seines Vermieters ausgesetzt, die Kosten für den Austausch der gesamten Schließanlage zu übernehmen. Es besteht aber nicht in jedem Fall ein solcher Ersatzanspruch. Dieser setzt vielmehr eine Missbrauchsgefahr voraus, von der nicht auszugehen ist, wenn der Schlüssel ohne weitere Markierung mehrere Kilometer vom Objekt entfernt verloren wurde. Der Haftpflichtversicherer bietet dann, wenn das Risiko des Schlüsselverlusts durch eine entsprechende Klausel gedeckt ist, Versicherungsschutz in Form der Anspruchsabwehr. Gibt der Versicherungsnehmer aus menschlich nachvollziehbaren Gründen gegenüber dem Vermieter nach und bezahlt die Rechnung, muss er einen etwaigen Erstattungsanspruch gegenüber seinem Versicherer durchsetzen. Lässt sich der Sachverhalt nach Aktenlage nicht abschließend aufklären, wirkt der Ombudsmann ebenfalls auf eine Vergleichslösung hin.

Ein besonderer Risikoausschluss, der seit Jahren im Ombudsmannverfahren immer wieder Anlass zur Prüfung gibt, im Berichtsjahr aber verhältnismäßig weniger als im Vorjahr, ist die sogenannte Benzinklausel. Diese dient der Abgrenzung der Risikobereiche zwischen der Allgemeinen und der Kfz-Haftpflichtversicherung und ist kompliziert formuliert. Der Versicherungsnehmer einer Privathaftpflichtversicherung etwa kann hierzu in den Bedingungen lesen, dass die gesetzliche Haftpflicht des Eigentümers, Besitzers, Halters oder Führers eines Kraftfahrzeugs oder Kraftfahrzeuganhängers wegen Schäden, die durch den Gebrauch des Fahrzeugs verursacht werden, nicht versichert ist. So soll eine Überschneidung der Privathaftpflicht- mit der Kfz-Haftpflichtversicherung und somit eine Doppelversicherung vermieden werden. Aus dieser Zielsetzung allein kann aber nichts weiter abgeleitet werden. Ob ein Schaden durch den Kraftfahrzeuggebrauch entstanden ist oder nicht, ist im Einzelfall mitunter schwierig zu beantworten. Obwohl der BGH vor nun schon mehr als 15 Jahren entschieden hat, dass Klauseln, so auch diese, aus sich selbst heraus auszulegen sind und zum Verständnis oder zur Abgrenzung nicht die Bedingungen anderer Verträge, wie zum Beispiel korrespondierende Klauseln in der Kfz-Haftpflichtversicherung, herangezogen werden können, bestehen nach wie vor Anwendungsprobleme (dazu ausführlich im Jahresbericht 2012, Seite 41; 2017, Seite 51 f.; 2018, Seite 51 f. sowie 2019, Seite 53 f. und 2020, Seite 59 f.; 2021, Seite 56 f.; 2022, Seite 51). Die Beschwerdebearbeitung zeigt, dass immer wieder in alte Denkmuster verfallen wird, denn nach der früheren Rechtsprechung war kein Versicherungsschutz aus der Privathaftpflichtversicherung gegeben, wenn ein Fahrzeuggebrauch im Sinne der Kfz-Haftpflichtversicherungsbedingungen vorlag. Ähnliches gilt im Zusammenhang mit dem Gebrauch von Luftfahrzeugen. Die Benzinklausel erfasst in den üblichen Formulierungen auch die Haftpflicht eines Flugzeugführers oder -halters, der beim Fahrzeuggebrauch einen Schaden verursacht. Dem Ombudsmann lagen zwei Fälle zur Bearbeitung vor, die auch verdeutlichen, welche Schwierigkeiten es bei der Abgrenzung gibt. Der einen Beschwerde lag der Sachverhalt zugrunde,



dass am Ende eines Flugtags eine Motormaschine an der vom Hersteller mitgelieferten Schleppstange per Hand in die Halle geschoben und eingeparkt wurde. Dabei stieß die Maschine gegen ein anderes Flugzeug. Der Privathaftpflichtversicherer konnte sich auf den Risikoausschluss berufen, denn es hatte sich eine mit der Bewegung der Motormaschine typischerweise verbundene Gefahr verwirklicht. Das Hangarieren per Hand ist allgemein üblich. Der Versicherte hatte die Motormaschine zielgerichtet und auf die hierfür vorgesehene Art und Weise nach dem Flugbetrieb „eingeparkt“. Wer ein Fahrzeug über eine gewisse Distanz verantwortlich lenkt und dabei bestimmungsgemäß auf seinen Rädern fortbewegt, der führt es nach allgemeinem Verständnis. In dem anderen Fall stand das Motorflugzeug, das der Beschwerdeführer gechartert hatte, auf einem Drehteller, zusammen mit anderen Maschinen. Beim Betätigen des Drehtellers stieß eine der anderen Maschinen, die wohl falsch abgestellt worden war, gegen eine Hallensäule und wurde beschädigt. Der Privathaftpflichtversicherer berief sich auf die Benzinklausel und stützte seine Haltung auf ein OLG-Urteil zur Luftfahrt-Haftpflichtversicherung. Nach der BGH-Rechtsprechung kann für die Klauselauslegung allerdings nicht auf andere Bedingungswerke zurückgegriffen werden. Der Beschwerdeführer hat nicht das gecharterte Fahrzeug gebraucht, sondern den Drehteller, auf dem mehrere Flugzeuge abgestellt waren. Zumindest aber hat sich nicht das Gebrauchsrisiko des gecharterten Flugzeugs realisiert, sondern das des Gebrauchs des Drehtellers mit einem wohl falsch abgestellten anderen Flugzeug. Wenn der Unfall nach dem Flug und vor dem Verbringen des Flugzeugs auf die Drehscheibe passiert wäre, würde die Abgrenzung noch deutlicher ausfallen. Dann wäre das gecharterte Flugzeug nicht einmal bewegt worden. Verwirklicht hätte sich aber in beiden Fällen die gleiche Gefahr. Der Versicherer half letztlich ab.

Zahlreiche Beschwerden betrafen die Konstellation, dass geliehene oder gemietete Fahrzeuge – Autos, Traktoren, Bagger, Wohnwagenanhänger, Fahrräder, etc. – beschädigt wurden. Grundsätzlich ist die Haftpflicht des Versicherungsnehmers für Schäden an geliehenen oder gemieteten beweglichen Sachen vom Versicherungsschutz ausgenommen (sogenannte Besitzklausel). Inzwischen sind allerdings Deckungserweiterungen oder Risikobeschreibungen üblich, die diesen Grundsatz (teilweise bis zu einem bestimmten Schadensbetrag) aufheben. Ausgeschlossen bleiben aber regelmäßig Schäden an Kraft- oder allgemein an Landfahrzeugen. Meistens konnte der Ombudsmann nicht mehr tun, als den entsprechenden Vertragsinhalt zu erklären. Diese Beispiele zur Besitzklausel zeigen auch, wie schwierig zum Teil der Umfang des Versicherungsschutzes, gerade in der für den Alltag wichtigen Privathaftpflichtversicherung, für einen durchschnittlichen Versicherungsnehmer zu erfassen ist. Versicherungen sind gekennzeichnet durch zahlreiche Ein- und Ausschlüsse von Risiken. Manchmal werden auch falsche Erwartungen geweckt, wenn der Umfang des Versicherungsschutzes in einer Übersicht nur grob dargestellt wird und es etwa heißt, dass Schäden an geliehenen oder gemieteten beweglichen Sachen mitversichert sind. Für eine genaue Bestimmung des Versicherungsschutzes muss in die Versicherungsbedingungen geschaut werden, was für einen Laien zumindest eine Herausforderung darstellt. Eine Leistungsübersicht kann nicht jeden Ausschluss aufführen, sie

würde sonst ihren Zweck verfehlen. Sofern einem Interessenten ein Risikobereich besonders wichtig ist, sollte er sich deshalb zum entsprechenden Leistungsversprechen des Versicherers persönlich beraten lassen.

Auch im Berichtsjahr beruhte die Unzufriedenheit der Versicherungsnehmer mit der Regulierungsentscheidung des Versicherers des Öfteren darauf, dass dieser nicht oder vermeintlich zu wenig an den Anspruchsteller gezahlt hatte. Häufig ist den Versicherungsnehmern die genaue Ausgestaltung des Versicherungsschutzes in der Haftpflichtversicherung nicht vollständig bekannt. Wie schon mehrfach erläutert (siehe etwa Jahresberichte 2018, Seite 50 f. oder 2019, Seite 52; 2021, Seite 57; zuletzt 2022, Seite 53), besteht die Leistungspflicht des Versicherers nicht immer in einer Zahlung an den Geschädigten. Der Haftpflichtversicherer kann seiner Verpflichtung aus dem Versicherungsvertrag auch in Form der Anspruchsabwehr nachkommen. Das bedeutet, dass er den gegen den Versicherungsnehmer geltend gemachten Ersatzanspruch als unbegründet zurückweist, im Zweifel auch vor Gericht. Auf die Wahl (des Weges) der Anspruchsabwehr durch den Versicherer hat der Versicherungsnehmer keinen Einfluss. Der Ombudsmann achtet bei seiner Prüfung in dem Dreiecksverhältnis Versicherer – Versicherungsnehmer – Anspruchsteller darauf, ob der Versicherer seiner vertraglichen Einstandspflicht gegenüber dem Versicherungsnehmer, der von einem Dritten in Anspruch genommen wird, nachgekommen ist. Übernimmt er die Anspruchsabwehr, sind Fragen zum Haftungsgrund oder zur Höhe der Entschädigungsleistung grundsätzlich nicht mehr zu prüfen.

Wenn ein Haftpflichtversicherer Versicherungsschutz in Form der Anspruchsabwehr leistet, fällt immer wieder auf, dass er dieses Tätigwerden gegenüber seinem Versicherungsnehmer nicht gut erklärt. Zum Teil wird in den Schreiben sogar von einer „Ablehnung des Schadens“ gesprochen. Es ist nachvollziehbar, dass der Versicherungsnehmer dies als Versagung des Versicherungsschutzes verstehen und verärgert sein kann. Im Schlichtungsantrag kommt dann häufig das Argument, dass man selbst regelmäßig Beiträge zahle, im Schadenfall aber nichts vom Versicherer erhalte. Der Ombudsmann legt in diesen Fällen einen besonderen Schwerpunkt darauf, die Funktionsweise der Haftpflichtversicherung zu erklären. Manchmal muss er aber auch dem Versicherer klar machen, was zu tun ist, etwa wenn ein einfacher Diebstahl des Wohnungsschlüssels und Zweifel an einem Verschulden der Beschwerdeführerin den Privathaftpflichtversicherer zu der Aussage veranlassen, nach den zugrunde liegenden Bedingungen bestünde kein Versicherungsschutz. Tatsächlich ist in einem solchen Fall aber Versicherungsschutz in Form der Anspruchsabwehr zu leisten (siehe auch Beispielfall Seite 77). Besonders misslich für den Versicherungsnehmer ist jedoch die Situation, wenn er auf eine Schadensmeldung über Monate hinweg überhaupt keine Reaktion seines Versicherers erhält. Waren solche Beschwerden im letzten Jahr im Hinblick auf einen einzelnen, in der Umstrukturierung befindlichen Versicherer noch die Ausnahme, ist für das Berichtsjahr eine auffällige Zunahme zu bemerken, die mehrere Unternehmen betrifft. Hintergründe sind wohl fehlendes Personal und ein zum Teil hoher Krankenstand, so dass Bearbeitungsrückstände auflaufen. Im Rahmen des Schlichtungsverfahrens fand dann überwiegend eine zügige Schadenbearbeitung statt.



Auch dieses Berichtsjahr stellt sich für die Allgemeine Haftpflichtversicherung thematisch insgesamt als typisch dar, die sowieso überdurchschnittliche Erfolgsquote ist nach einem leichten Absinken im letzten Jahr wieder auf 49 Prozent gestiegen. Gesicherte Gründe dafür lassen sich nicht feststellen. Es zeigt sich aber weiterhin, dass in den Beschwerdefällen regelmäßig intensive rechtliche Überprüfungen und oft wiederholte Nachfragen beim Versicherer notwendig sind. Sofern ein Betrugsverdacht im Raum steht, sind die Antworten des Versicherers zudem immer wieder von der Befürchtung geprägt, dass eine Anpassung des Vertrags erfolgt, wenn vorprozessuale Erkenntnisse offengelegt werden. Manchmal konnte dem Schlichtungsgedanken dennoch nachgekommen werden, manchmal geriet das Ombudsmannverfahren aber auch an seine Grenzen.

■ Unfallversicherung

Beschwerden zur privaten Unfallversicherung machten im Berichtsjahr mit 528 (Vorjahr 379) zulässigen Eingaben einen Anteil von 4,0 Prozent (3,2) des Beschwerdeaufkommens aus.

Eine Unfallversicherung beinhaltet in der Regel unterschiedliche Leistungen, sichert aber in der ganz überwiegenden Anzahl der Verträge im Schwerpunkt die wirtschaftlichen Folgen einer unfallbedingten Invalidität ab. Grundvoraussetzung für jede Leistung ist ein Unfall im Sinne einer plötzlichen äußeren Einwirkung, einer erhöhten Kraftanstrengung oder sonstiger Geschehensabläufe, die von den Versicherern in zunehmendem Maße als versichertes Unfallereignis in den Versicherungsschutz aufgenommen werden. Hierzu gehören beispielsweise besonders festgelegte Eigenbewegungen oder Unfälle infolge von Schutz- und Rettungsaktionen zur Sicherung oder Bergung von Menschen, Tieren oder Sachen.

Im Berichtsjahr standen wie in den Vorjahren Ansprüche von Betroffenen wegen unfallbedingter Invalidität im Vordergrund. Invalidität wird in der privaten Unfallversicherung regelmäßig als dauerhafte Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit definiert. Die Höhe der Invaliditätsleistung hängt vom Grad der Beeinträchtigung ab, der entweder über die vertraglich festgelegte Gliedertaxe oder im Rahmen einer medizinischen Gesamtschau bemessen wird. Beschwerden gegen die Höhe von Ablaufleistungen und Rückkaufswerten aus Unfallversicherungsverträgen mit Beitragsrückgewähr kamen in diesem Berichtsjahr erneut vergleichsweise häufig vor. Solche Unfallversicherungsverträge werden mit Elementen der kapitalbildenden Lebensversicherung kombiniert. Jeder Versicherungsbeitrag enthält einen Sparanteil, damit der Versicherer sein Leistungsversprechen, eingezahlte Beiträge (außer Ratenzahlungszuschläge und Steuern) zum Ablauftermin oder im Todesfall zurückzuzahlen, erfüllen kann. Außerdem werden bei Vertragsschluss Prognosen zu möglichen Überschüssen erstellt, die sich in den vergangenen Jahren aufgrund von Verwerfungen an den Kapitalmärkten oft nicht verwirklichen ließen. Einen weiteren Schwerpunkt bildeten im Berichtsjahr Beschwerden gegen Kündigungen durch Versicherer. Weniger häufig waren von Versicherern nicht akzeptierte Kündigungen der Versicherungsnehmer Beschwerdegegenstand.

Wie in den Vorjahren bewerteten die Vertragsparteien von den Versicherern in Auftrag gegebene medizinische Gutachten unterschiedlich. Die Versicherer legen die aus der Begutachtung resultierenden Ergebnisse für ihre Leistungsabrechnung zugrunde, während die Versicherten oft mangelnde Sorgfalt bei der Erstellung der Gutachten, oberflächliche Untersuchungen oder aus ihrer Sicht bereits voreingenommen auftretende Sachverständige kritisierten. Hinzu kommen regelmäßig unterschiedliche Wahrnehmungen der in Rede stehenden Beeinträchtigungen, die von den Versicherten als deutlich gravierender empfunden werden, als sie sich gutachterlich objektivieren ließen. In aller Regel lässt sich im Beschwerdeverfahren nicht abschließend prüfen, ob ein Gutachten fachliche Fehler enthält. Prüfen lässt sich lediglich die Schlüssigkeit der gutachterlichen Ausführungen und ob sie offenkundig sachfremde Erwägungen enthalten. Zeigen sich insoweit keine Auffälligkeiten, bleibt im Rahmen der Beschwerdebearbeitung oft nur der Hinweis, dass die Versicherungsbedingungen die Möglichkeit einer jährlichen Nachbegutachtung bis zu drei Jahren nach dem Unfall vorsehen. Befürchtungen der Betroffenen, auch für diese Nachbegutachtungen werde der Versicherer nur ihm genehme Sachverständige beauftragen, lassen sich oft dadurch abmildern, dass die Versicherer ihren Versicherten unterschiedliche Stellen nennen, wo die Begutachtung vorgenommen werden kann. Nicht selten greifen die Versicherer auch Vorschläge ihrer Versicherten auf, insbesondere wenn die Akutbehandlung der Unfallfolgen an Universitätskliniken oder anderen medizinischen Einrichtungen durchgeführt wurde, denen unterstellt werden kann, die Bemessungskriterien der privaten Unfallversicherung zu kennen.

Ein weiterer Streitpunkt ist oft die Frage, ob und in welchem Umfang unfallfremde Mitwirkungsfaktoren die Höhe der Versicherungsleistungen beeinflussen. Auch insoweit sind die Überprüfungsmöglichkeiten im Beschwerdeverfahren eingeschränkt. Neben der bereits erwähnten Schlüssigkeitsprüfung steht die Abgrenzung nicht berücksichtigungsfähiger altersbedingter Verschleißerscheinungen von krankhaften Veränderungen im Vordergrund. Bieten gutachterliche Feststellungen keine hinreichende Klarheit, ob diese Abgrenzung beachtet wurde, gibt dies Anlass zur Nachfrage beim Versicherer, ob eine Neubegutachtung, eine Nachfrage beim Sachverständigen oder eine Einigung durch einen Vergleich in Betracht kommt.

Die Anzahl der Fälle, in denen die Beschwerdeführer Beratungsfehler bei Abschluss des Unfallversicherungsvertrages geltend machten, waren im Berichtsjahr vergleichsweise gering. Eine Ausnahme bildeten einige Fälle, in denen Kunden im Rahmen einer Kreditaufnahme Unfallversicherungsverträge mit integrierter Absicherung gegen Arbeitslosigkeit vermittelt wurden. Den Angaben der Beschwerdeführer zufolge wurde vonseiten des Vermittlers der Eindruck erweckt, ohne diesen Vertrag würde der Kreditantrag abgelehnt werden. Oder dem Antragsteller war gar nicht bewusst, dass ihm ein Unfallversicherungsvertrag vermittelt wurde. Inwieweit diese Schilderungen der Beschwerdeführer zutreffen, hat sich bislang nicht aufgeklärt, da der jeweilige Versicherer nach Kenntnis des Schlichtungsantrags den Beschwerden bisher immer abgeholfen hat.



Irritationen aufseiten der Versicherungsnehmer gab es auch 2023 hinsichtlich der in älteren Verträgen immer noch vorzufindenden Altersgrenzen, ab deren Erreichen Verträge in der Regel nicht fortgeführt werden können. Hat der Versicherer aber keine Kündigung ausgesprochen, gelten die Verträge unverändert fort. Weiteren Konfliktstoff bieten Kündigungen von Versicherern gegenüber älteren Versicherten, die darin oft den Tatbestand der Altersdiskriminierung erfüllt sehen. Im Beschwerdeverfahren wird dann von den Versicherern regelmäßig auf § 20 Absatz 2 Satz 2 des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG) verwiesen. Gemäß dieser Regelung lassen versicherungsmathematische Berechnungen unter Einschluss von Risikoprüfungen anhand statistischer Erhebungen ausnahmsweise eine Ungleichbehandlung zu.

Deutlich zugenommen haben die Fälle, in denen sich Versicherer auf den Ausschlussstatbestand der Bewusstseinsstörung beriefen. Unfallversicherer sichern alltägliche Risiken ab und schließen dementsprechend besondere Risikolagen wie beispielsweise Bewusstseinsstörungen, Unfälle beim Führen von Luftfahrzeugen und Luftsportgeräten oder gefährliche Sportarten vom Versicherungsschutz aus. Bewusstseinsstörungen sind im Nachhinein hinsichtlich ihrer Intensität nur schwer zu beurteilen, weil den eigenen Schilderungen der Beschwerdeführer oft anderslautende ärztliche Berichte gegenüberstehen. Darin wird beispielsweise von Synkopen berichtet, die den Sturz verursacht haben, während dies von den Beschwerdeführern bestritten und die ärztliche Dokumentation als fehlerhaft bezeichnet wird. Nicht jedes Unwohlsein ist gleichzeitig auch eine Bewusstseinsstörung. Erst wenn die versicherte Person – und sei es nur für kurze Zeit – aufgrund der Bewusstseinsstörung nicht in der Lage ist, auf bestimmte Risikolagen angemessen zu reagieren, muss von einer die Leistungspflicht ausschließenden Bewusstseinsstörung ausgegangen werden. Im Beschwerdeverfahren werden die Beteiligten regelmäßig darauf hingewiesen, dass die Einschätzung ausschließlich nach Aktenlage getroffen wird und gegebenenfalls weitere Ermittlungen in Form von Befragungen von Zeugen oder Beteiligten erforderlich sein können, um den Sachverhalt vollständig aufzuklären.

Auch in diesem Jahr gab es nur wenige Beschwerden, die mit Corona-Infektionen im Zusammenhang standen. Sie betrafen zumeist Impfschäden und den Ausschluss von Unfällen wegen medizinischer Heilbehandlung oder durch entsprechende Eingriffe. Wurden Dauerfolgen nach überstandener COVID-19-Erkrankung angezeigt (Long COVID), bestand in den bislang geprüften Fällen aufseiten der Versicherten regelmäßig die Schwierigkeit, einen als Infektion versicherten Übertragungsweg oder einen Ursachenzusammenhang zwischen der Erkrankung und den jetzigen gesundheitlichen Folgen nachzuweisen.

■ Berufsunfähigkeitsversicherung

Im Berichtsjahr gingen 397 Beschwerden zur Berufsunfähigkeitsversicherung ein (Vorjahr: 353). Davon waren 294 Beschwerden zulässig (Vorjahr: 267). Der Anteil der Sparte Berufsunfähigkeitsversicherung am Gesamtbeschwerdeaufkommen machte somit 2,2 Prozent aus.

Die Berufsunfähigkeitsversicherung dient der Vorsorge für den Fall der Berufsunfähigkeit. Es handelt sich hierbei um eine Summenversicherung, das heißt, der Versicherer erbringt die vertraglich vereinbarte Versicherungsleistung, sofern die versicherte Person die Leistungsvoraussetzungen erfüllt, die in den Versicherungsbedingungen geregelt sind. Die Leistung besteht in der Regel aus der Zahlung einer monatlichen Berufsunfähigkeitsrente und der Befreiung des Versicherungsnehmers von der Beitragszahlungspflicht. Die Berufsunfähigkeitsversicherung stellt damit im Leistungsfall finanzielle Mittel in einer im Vertrag zuvor bestimmten Höhe bereit. Ihre Bedeutung für Personen, die ihren Lebensunterhalt überwiegend aus den Einkünften ihrer beruflichen Tätigkeit bestreiten, ist allgemein anerkannt.

Die Versicherer bieten teils unterschiedlich ausgestalteten Versicherungsschutz an. Nach dem VVG ist berufsunfähig, wer seinen zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, infolge von Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall ganz oder teilweise voraussichtlich auf Dauer nicht mehr ausüben kann. Unter die Sparte Berufsunfähigkeitsversicherung fallen beim Ombudsmann auch ähnliche Absicherungsarten wie die Erwerbsunfähigkeitsversicherung, die Arbeitsunfähigkeitsversicherung oder die Dienstunfähigkeitsversicherung.

Im Berichtsjahr erreichten den Ombudsmann wieder viele Beschwerden zu abgelehnten Leistungsansprüchen. Moniert wurde auch die Art und Weise der Leistungsprüfung, insbesondere deren Dauer oder dass der Versicherer mehrfach Nachfragen stellte oder weitere Unterlagen anforderte. Verständlicherweise hoffen die Versicherungsnehmer gerade bei geltend gemachten Berufsunfähigkeitsleistungen auf eine zügige, positive Leistungsentscheidung. Dem steht das berechnete Interesse der Versicherer gegenüber, eine Leistungspflicht, von der sie sich nur unter Einhaltung strenger Vorgaben wieder lösen können, auf fundierter Grundlage anzuerkennen.

Es traten aber auch Fälle auf, in denen es beispielsweise bei Auszahlungen oder beim Erstellen von Angeboten für eine Nachversicherung bei den Versicherern aufgrund von technischen Schwierigkeiten oder personellen Engpässen zu Verzögerungen gekommen war. Hier konnten im Ombudsmannverfahren in der Regel Abhilfen erreicht werden.

Beschwerden, mit denen Leistungen geltend gemacht wurden, betrafen häufig die Frage, ob die Höhe des tatsächlichen Grades der Berufsunfähigkeit, der in der Regel mindestens 50 Prozent betragen muss, mit den vorgelegten Unterlagen



ausreichend nachgewiesen wurde. Vielen Beschwerdeführern ist nicht bewusst, dass dafür Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen oder ärztlich gestellte Diagnosen allein nicht genügen. Die Bemessung des Berufsunfähigkeitsgrades ist nicht nur eine medizinische Frage, sondern es kommt auch auf den Inhalt, den zeitlichen Umfang und die Häufigkeit von anfallenden beruflichen Arbeitsleistungen an. Entscheidend ist, welche Auswirkungen die Krankheiten auf die beruflich zuletzt konkret ausgeübte Tätigkeit haben.

Einzelne Beschwerden zu abgelehnten Leistungsansprüchen hatten vereinbarte Wartezeiten für den Versicherungsschutz zum Gegenstand. Hier vertraten die Beschwerdeparteien meist unterschiedliche Auffassungen dazu, wann der Versicherungsfall eingetreten war. Auch die Reichweite von Risikoausschlüssen und die Folgen verspäteter Leistungsanträge spielten bei der Beschwerdebearbeitung wieder eine Rolle.

Sowohl bei Beschwerden zum Erstprüfungsverfahren des Versicherers als auch zum Nachprüfungsverfahren traten Fragen zur Verweisbarkeit auf andere berufliche Tätigkeiten auf. Das VVG lässt in der Berufsunfähigkeitsversicherung Vereinbarungen zu, die als weitere Voraussetzung einer Leistungspflicht des Versicherers vorsehen, dass die versicherte Person auch keine andere Tätigkeit ausübt (konkrete Verweisung) oder ausüben kann (abstrakte Verweisung), die zu übernehmen sie aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten in der Lage ist und die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht. Im Schlichtungsverfahren war somit beispielsweise zu beurteilen, ob mit einem Vergleichsberuf kein spürbarer wirtschaftlicher oder sozialer Abstieg des Versicherten verbunden wäre.

Ein großer Anteil der Beschwerden entfiel erneut auf Fälle, in denen der Versicherer sich vom Vertrag lösen wollte oder die Leistung ablehnte, weil der Beschwerdeführer eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt haben sollte. In der Regel betrifft dies die Beantwortung der gestellten Gesundheitsfragen. Diesen sollte bei Antragstellung ein besonderes Augenmerk gelten. Denn Streitigkeiten darüber, ob falsche oder unvollständige Angaben gemacht wurden und welcher Verschuldensgrad vorliegt, treten häufig dann auf, wenn der Versicherungsnehmer den Versicherungsschutz in Anspruch nehmen möchte und sich in einer gesundheitlich und finanziell belastenden Situation befindet.

In einigen Fällen machten die Beschwerdeführer eine Falschberatung geltend. Neben den sogenannten Umdeckungsfällen (siehe ausführlich dazu Jahresbericht 2022, Seite 59) wurde beispielsweise beanstandet, dass den Beschwerdeführern eine Berufsunfähigkeitsversicherung vermittelt wurde statt einer speziellen Dienstunfähigkeitsversicherung oder einer Berufsunfähigkeitsversicherung mit Dienstunfähigkeitsklausel. Allein daraus, dass im Antragsformular als Beruf „Beamte/-r“ angegeben wurde, folgt in der Regel noch nicht, dass der Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung ohne Dienstunfähigkeitsklausel auf einer Falschberatung beruht. Vielmehr kommt es auf die Umstände des Einzelfalls an. Zu einer speziellen Dienstunfähigkeitsklausel erging im Berichtsjahr eine Entscheidung des BGH (Urteil vom 31. Mai 2023 – IV ZR 58/22). Streitig war,

ob die vom Versicherer verwendete Dienstunfähigkeitsklausel eine unwiderlegbare Vermutung für eine vollständige Berufsunfähigkeit begründe für den Fall, dass der Beamte wegen Dienstunfähigkeit in den Ruhestand versetzt oder entlassen wurde. Der BGH kam durch Auslegung dieser Dienstunfähigkeitsklausel zu dem Ergebnis, dass die Klausel nur eine widerlegbare Vermutung vollständiger Berufsunfähigkeit aufstellt, sofern der Beamte wegen Dienstunfähigkeit in den Ruhestand versetzt oder entlassen wurde. Der Versicherer wollte nach Ansicht des BGH erkennbar nicht auf eine eigenständige Prüfung der Dienstunfähigkeit verzichten. Im entschiedenen Fall war der Kläger somit gehalten, sich einer fachärztlichen Untersuchung zur Feststellung der dauernden Dienstunfähigkeit zu unterziehen.

Nicht in allen Fällen eignet sich das Ombudsmannverfahren zur abschließenden Klärung der Beschwerden. Anders als bei den staatlichen Gerichten können beispielsweise keine medizinischen Gutachten in Auftrag gegeben werden. Das vereinfachte Schlichtungsverfahren sieht auch keine persönliche Befragung der Beschwerdeparteien oder von Zeugen vor, um etwa die genauen Vorgänge in Beratungsgesprächen oder bei der Antragstellung nachzuvollziehen. Umso erfreulicher ist es, wenn die Chancen, die das Ombudsmannverfahren für außergerichtliche Lösungen bietet, genutzt werden können.

■ Realkredit

Seit der entsprechenden Erweiterung seiner Zuständigkeit im Jahr 2013 befasst sich der Ombudsmann auch mit Beschwerden, die einen eigenen vertraglichen Anspruch aus einem Realkreditvertrag betreffen (§ 14 und § 16 Absatz 1 und 2 Pfandbriefgesetz; vgl. Jahresbericht 2013, Seite 16). Bei diesen Beschwerden verlässt der Ombudsmann seinen versicherungsrechtlichen Schwerpunkt und nimmt eine kreditvertragliche Prüfung unter maßgeblicher Einbeziehung des Bankenrechts vor.

Im Jahr 2023 gingen 11 (Vorjahr: 10) zulässige Beschwerden zu Realkrediten ein. Der Anteil am Gesamtaufkommen der zulässigen Beschwerden ist damit weiterhin sehr gering. Der höchste Stand wurde 2015 mit 196 zulässigen Beschwerden erreicht. Die Entwicklung ist im Wesentlichen darauf zurückzuführen, dass rechtliche Themenkomplexe, die in der Vergangenheit prägend waren, für die Verbraucher an Bedeutung verloren haben (vgl. Jahresbericht 2018, Seite 55).

Die im Berichtsjahr eingegangenen Beschwerden betrafen verschiedene Themen: Beschwerdeführer beanstandeten etwa, dass das Unternehmen nach vorzeitiger Beendigung eine Vorfälligkeitsentschädigung erhoben hatte. Die Geltendmachung eines vermeintlich fortbestehenden Widerrufsrechts blieb in diesem Jahr der Einzelfall. Im Übrigen ging es um gewünschte Anpassungen bestehender Darlehen oder um Beanstandungen wegen verzögerter Bearbeitung. Es konnten einige Abhilfen erzielt werden. Es kam aber auch zur einvernehmlichen Streitbeilegung. In den übrigen Fällen konnte der Ombudsmann mit der Darstellung der Sach- und Rechtslage zum besseren Verständnis beitragen.



■ Sonstige Versicherungen

Unter die „Sonstigen Versicherungen“ fallen unter anderem die Reise-, Elektronik-, Tierkranken-, Fahrrad- und Bauleistungsversicherungen. Im Jahr 2023 war gegenüber dem Vorjahr ein Anstieg der zulässigen Beschwerden um 20,3 Prozent zu verzeichnen. In dieser Sparte wurden im Berichtsjahr 1.485 zulässige Beschwerden (Vorjahr: 1.234) bearbeitet. Das sind 11,2 (Vorjahr: 10,4) Prozent des Gesamteingangs an zulässigen Beschwerden.

In dieser Sparte werden solche Beschwerden bearbeitet, die keinem der anderen Gebiete zugeordnet werden können. Der Markt bietet inzwischen eine Vielzahl an unterschiedlichen Versicherungsprodukten. Der Versicherungsombudsmann hatte sich daher mit diversen, auch neuen Fallgestaltungen und Versicherungsbedingungen – teilweise auch nur einmalig – zu befassen. Es fiel auf, dass insbesondere im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen die versicherten Personen häufig nicht wissen, wer Risikoträger der Versicherung ist. Auch im Rahmen der Beschwerdebearbeitung erwies es sich nicht immer als einfach, herauszufinden, gegen wen die Beschwerde zu richten ist. Speziell bei Versicherern mit vielen Niederlassungen in Europa oder bei Versicherungsprodukten, die mit Kreditkarten verbunden sind, wären transparentere Versicherungsunterlagen zu begrüßen.

Etwa die Hälfte der Beschwerden betraf die Reiseversicherung. Coronabedingte Beschwerden gingen weiter deutlich zurück. Es dominierten wiederum Themen, die bereits aus der Zeit vor der Pandemie bekannt waren, nämlich die Fragen, ob ein versichertes Ereignis zum Reiserücktritt oder -abbruch geführt hat und ob die Reise unverzüglich nach Eintritt des Versicherungsfalls storniert wurde. Die bereits im vergangenen Jahr im Jahresbericht (Seite 61) angesprochene Problematik ist weiterhin aktuell. Viele Versicherer erstatten der versicherten Person im Falle einer grob fahrlässigen verspäteten Stornierung nur die Stornokosten, die zum Zeitpunkt einer unverzüglichen Stornierung nach Eintritt des versicherten Ereignisses angefallen wären. Hierfür sind sie jedoch grundsätzlich ohnehin leistungspflichtig. Der Ombudsmann weist weiterhin regelmäßig darauf hin, dass der versicherten Person je nach dem Grad des Verschuldens für die verspätete Stornierung eine höhere Zahlung, nämlich auch ein Teil des überschießenden Stornobetrags, zusteht. Denn die Verletzung der Obliegenheit zur unverzüglichen Stornierung berechtigt selbst bei grober Fahrlässigkeit in der Regel nur zu einer Leistungskürzung. Erfreulicherweise werden zum Großteil Vergleiche erzielt. Zu beobachten ist, dass die Versicherer hin und wieder nun erstmals einwenden, die versicherte Person habe ihre Obliegenheit zur unverzüglichen Stornierung vorsätzlich verletzt. Dies gilt es im Einzelfall zu prüfen. Die Beweislast trägt der Versicherer. Auch hier konnten oft Vergleiche erzielt werden.

Im Berichtsjahr gingen auch wieder viele Beschwerden zur Tierkrankenversicherung ein. Die Probleme waren vielfältig. Die Beschwerdeführer wandten sich gegen Kündigungen, Beitragserhöhungen, Anfechtungen und Rücktritte vom Vertrag sowie Regulierungsablehnungen aus unterschiedlichen Gründen.

Auch die Beschwerden zur Fahrradversicherung nahmen noch einmal deutlich zu. In diesen Beschwerden ging es hauptsächlich um die Regulierung von Sach- und Diebstahlschäden. Bei Letzteren kam es häufig darauf an, ob das Fahrrad zum Zeitpunkt des Abhandenkommens an einem festen Gegenstand angeschlossen war bzw. ob eine Anschlussmöglichkeit bestand.

Gehäuft traten die Beschwerdeführer auch an den Ombudsmann heran, weil sie von den Versicherern keine Reaktion auf ihre Schadensanzeigen oder Anfragen erhalten hatten. Im Beschwerdeverfahren entschuldigten sich die Versicherer in der Regel für die fehlende Reaktion und begründeten diese zumeist damit, dass sie krankheitsbedingt bzw. durch fehlende Fachkräfte unterbesetzt gewesen seien. Auch während des Schlichtungsverfahrens mussten einige Versicherer vermehrt – zum Teil mehrfach – an ausgebliebene Stellungnahmen und Unterlagenübersendungen erinnert werden. Hier wäre es wünschenswert, wenn die Versicherer den Ombudsmann von sich aus – gern auch unter Verwendung der elektronischen Kommunikationswege – kurz darüber informieren würden, wenn gesetzte Fristen nicht eingehalten werden können.

■ Vermittlerbeschwerden

Im Berichtsjahr erreichten den Ombudsmann insgesamt 318 (Vorjahr: 444) Beschwerden, die auf der Grundlage der VermVO zu prüfen waren. Im Vergleich zum vergangenen Berichtszeitraum ist wieder ein Rückgang des Beschwerdeaufkommens zu verzeichnen. Jedoch beruhte das schon im Jahr 2021 deutlich höhere Aufkommen auf dem Sondereffekt einer konfliktbehafteten Umdeckungsaktion eines Assekuradeurs (unter 2.3 im Jahresbericht 2021 beschrieben). Allerdings fiel das Beschwerdeaufkommen im Berichtszeitraum nicht auf das niedrigere Niveau der Jahre 2020 und davor zurück.

Zulässig waren von den eingegangenen Beschwerden 152 (47,8 Prozent). Im Vorjahr lag dieser Wert bei 73,6 Prozent.

Als unzulässig mussten Beschwerden gegen Vermittler überwiegend dann zurückgewiesen werden, wenn kein Zusammenhang mit der Vermittlung eines Versicherungsvertrages bestand (70 Prozent der unzulässig beendeten Vermittlerbeschwerden). Ein weiterer größerer Anteil bei den unzulässigen Beschwerden betraf die fehlende Anspruchsanmeldung beim Vermittler (17 Prozent). Dieser sollte zunächst über den Anspruch informiert werden und die Gelegenheit haben, diesen zu prüfen. Das VSBG sowie die VermVO lassen gleichzeitig die Information des Vermittlers und die Anrufung des Ombudsmanns zu. Andere unzulässige Beschwerden betrafen die private Kranken- und Pflegeversicherung (4 Prozent), für die ein eigener Ombudsmann zuständig ist, an den die Beschwerdeführer regelmäßig verwiesen wurden. Weitere Einzelheiten können dem Berichtsteil 4.4 (zur Verteilung der Unzulässigkeitsgründe) entnommen werden.

In 10,1 Prozent der zulässigen Beschwerden haben die Vermittler der Beschwerde abgeholfen. Eine Beilegung der Streitigkeit durch einen Vergleich konnte in 4,4 Prozent der zulässigen Beschwerden erreicht werden.



Für Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsvermittler gelten andere Verfahrensregeln als für die Verfahren gegen Versicherungsunternehmen (siehe auch unter 1.5 und 4.4). Das Vermittlerverfahren beruht auf der gesetzlichen Grundlage des § 214 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 VVG; danach kommen dem Ombudsmann jedoch nicht die gleichen Kompetenzen zu, wie sie ihm die Mitgliedsunternehmen in der Vereinssatzung für die Beschwerden gegen Unternehmen eingeräumt haben. Folglich arbeitet der Ombudsmann mit zwei verschiedenen Verfahrensordnungen: der Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns für Unternehmensbeschwerden (VomVO) und der Verfahrensordnung für Beschwerden im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen (VermVO). Welches Verfahren durchgeführt wird, richtet sich nach dem Anliegen des Beschwerdeführers und seinem Vortrag. Allerdings ist bei Verbrauchern auch deren wohlverstandenes Interesse zu berücksichtigen, da sie in Rechts- und Verfahrensfragen häufig Unterstützung benötigen. Dementsprechend bedarf das genannte Beschwerdeziel gelegentlich der Auslegung. Geht es in der Beschwerde um die Vermittlung eines Vertrages durch einen gebundenen Vermittler oder einen Versicherungsvermittler mit Erlaubnis nach § 34d Absatz 1 GewO, dessen Handeln dem Versicherer zuzurechnen ist, wird in aller Regel nur ein Verfahren nach der VomVO gegen das Versicherungsunternehmen durchgeführt. Dies gilt nicht, wenn der Beschwerdeführer ausdrücklich ein Verfahren nur oder auch gegen den Vermittler persönlich wünscht. Ein solcher Wunsch wird jedoch nur selten geäußert.

Das Verfahren nach der VomVO hat Vorteile für die Beschwerdeführer, insbesondere weil der Ombudsmann bis zu einem Beschwerdewert von 10.000 Euro eine verbindliche Entscheidung gegen den Versicherer treffen kann. Außerdem kann er dem Versicherer vorgeben, ein bereits eingeleitetes Mahnverfahren für die Dauer des Schlichtungsverfahrens auszusetzen. Andererseits unterliegt der Zugang zum Verfahren nach der VermVO weniger Beschränkungen. So sind zum Beispiel nicht nur Verbraucher und Beschwerdeführer in verbraucherähnlicher Lage beschwerdebefugt, sondern alle Versicherungsnehmer und Verbraucherschutzorganisationen. Auch eine Beschwerdewertobergrenze kennt das Vermittlerverfahren nicht.

In Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsvermittler fordert der Ombudsmann von den betroffenen Vermittlern eine Stellungnahme an. Die Vermittler sind nach der VersVermV, die am 20. Dezember 2018 in Kraft getreten ist, zur Teilnahme am Schlichtungsverfahren verpflichtet (§ 17 Absatz 4 VersVermV). Mit dieser Regelung wird auf gesetzlicher Grundlage das Prinzip des VSBG durchbrochen, dass für Unternehmer die Teilnahme an einem Schlichtungsverfahren freiwillig ist (vgl. § 15 Absatz 2 VSBG). Demnach ist jeder Gewerbetreibende im Sinne der VersVermV zur Teilnahme verpflichtet, „wenn der Versicherungsnehmer zur außergerichtlichen Beilegung einer Streitigkeit zwischen ihm und dem Gewerbetreibenden die Schlichtungsstelle nach § 214 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes anruft“. Bereits vor Inkrafttreten der Regelung hatte sich allerdings in der Praxis gezeigt, dass die Vermittler überwiegend an einer Konfliktlösung durch den Ombudsmann interessiert sind. Es sind nur Einzelfälle, in denen der Ombudsmann einen Vermittler wiederholt auf seine Pflicht zur Teilnahme am Schlichtungsverfahren hinweisen muss. In der Anforderung der

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Stellungnahme zur Beschwerde werden die Vermittler regelmäßig auf die Regelung aufmerksam gemacht.

Einen inhaltlichen Schwerpunkt der Vermittlerbeschwerden bildeten, wie auch in den Jahren zuvor und wohl nicht überraschend, Beanstandungen der Beratung sowie der Vermittlung aus Sicht der Beschwerdeführer nicht benötigter Versicherungsverträge oder von nicht passendem Versicherungsschutz. Die Beanstandungen betrafen insbesondere die Lebensversicherung, Gebäudeversicherung und Kfz-Kaskoversicherung, gefolgt von der Hausrat- und der Rechtsschutzversicherung. Die Beschwerdeführer verfolgten in der Lebensversicherung überwiegend das Ziel, sich von den betreffenden Verträgen wieder zu lösen. Die Rückabwicklung kann allerdings nur gegenüber dem Vertragspartner durchgesetzt werden. Das ist der Versicherer, nicht der Vermittler. Gegen diesen kann jedoch bei einer Falschberatung ein Schadensersatzanspruch bestehen. Eine geringere Anzahl von Beschwerden war auf den Ausgleich eines geltend gemachten Schadens im Zusammenhang mit einem abgelehnten Versicherungsfall gerichtet. Weitere Beschwerden betrafen wie ebenfalls in den Vorjahren ungenügende Informationen; auch ging es den Beschwerdeführern um Fragen des Datenschutzes und um die Herausgabe von Unterlagen.

Überdies gingen Beschwerden gegen Versicherungsmakler ein, die nach der Rechtsprechung und Literatur im Lager des Versicherungsnehmers stehen, dessen Interessen wahrnehmen und deren Interessenwahrer und Sachwalter sind (BT-Drucks. 16/1935, Seite 22 f.). Lässt sich ein Versicherungsinteressent von einem Versicherungsmakler beraten, darf er davon ausgehen, dass dieser seine Empfehlung auf eine ausreichende Produktkenntnis stützt. Im Ergebnis soll die Empfehlung zu einem Vertrag führen, der den Interessen des Versicherungsnehmers am ehesten entspricht. Noch entscheidender sind aber die Beratung und Bedarfsermittlung, die nach der Rechtsprechung des BGH zur Hauptleistungspflicht des Maklers gehören. Er hat für individuell angemessenen Versicherungsschutz zu sorgen und muss dazu von sich aus das zu versichernde Risiko ermitteln. Da Versicherungsmakler vom Kunden unter anderem deswegen eingeschaltet werden, weil sie sich auf ihre eigene Risikobeurteilung nicht verlassen möchten, darf sich der Versicherungsmakler nicht allein damit begnügen, zur Deckung des ihm aus dem konkreten Anlass erkennbar werdenden Risikos ein Produkt vorzuschlagen. Er muss darüber hinaus aufgrund seiner Expertenstellung die Risikosituation gründlich untersuchen und dabei insbesondere erkennen, in welchen Punkten eine individuelle Ausrichtung des Versicherungsschutzes erforderlich ist, ggf. nach vorheriger Absprache mit dem Versicherungsinteressenten.

Für das Verständnis der Verbraucher war es auch in diesem Berichtszeitraum oft hilfreich, wenn ihnen der Unterschied in der rechtlichen Stellung von Maklern (§ 59 Absatz 3 VVG) und Versicherungsvertretern (§ 59 Absatz 2 VVG) erläutert wurde. Zwar muss allen Versicherungsinteressenten die Erstinformation des Vermittlers nach § 15 Absatz 1 VersVermV ausgehändigt werden; jedoch geht damit nicht unbedingt das Verständnis für die rechtliche Stellung des Beratenden und die sich daraus ergebenden Folgen einher.



Die Informations- und Beratungspflichten gelten auch für Betreiber von Websites. Der Anwendungsbereich wurde auf den Internetvertrieb, Internetportale und sogenannte Vergleichsportale ausgeweitet. Da die Begriffsdefinitionen für Versicherungsvertreter und Makler nicht ohne Weiteres den Betreiber einer Website betreffen, wurde in § 59 Absatz 1 VVG eine Regelung eingefügt, wonach Versicherungsvermittler auch derjenige ist, der eine Vertriebstätigkeit i. S. v. § 1a Absatz 2 VVG ausführt, ohne dass die Voraussetzungen von § 59 Absatz 2 oder 3 VVG vorliegen. Für den Betreiber einer Website gelten damit alle Regelungen des VVG, denen Versicherungsvermittler unterliegen, insbesondere auch die Beratungs- und Dokumentationspflichten nach § 61 VVG. Zunehmend erreichen den Ombudsmann auch Beschwerden, die sich auf eine Vermittlung über Internetvergleichsportale beziehen.

Seit der Einführung der gesetzlichen Dokumentationspflicht stellt der Ombudsmann immer wieder fest, dass dieser Aufgabe, jedenfalls in den Beschwerdefällen, sehr oft nicht ausreichend Rechnung getragen wird. Das änderte sich auch im Berichtsjahr nicht. Insbesondere zeigte sich wiederholt, dass die entsprechenden Formblätter (oft) schematisch ausgefüllt wurden, also ohne auf die konkrete Lage des Antragstellers einzugehen und den maßgeblichen Vermittlungsvorgang festzuhalten. Damit ist die Beratungsleistung nicht nachvollziehbar und die Dokumentation erfüllt nicht ihren Zweck.

2.8 Beschwerdefälle

Nachfolgend wird von einzelnen Beschwerdeverfahren berichtet, die der Ombudsmann im Jahr 2023 zum Abschluss gebracht hat. Anhand der dargestellten Verfahrens- und Entscheidungspraxis des Ombudsmanns soll ein Einblick in die Beschwerdebearbeitung ermöglicht werden.

Die nachstehenden 30 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 oder das Beschwerdeaufkommen ablesen. Viele Beschwerden in der Lebens- und Rechtsschutzversicherung sind aufgrund der Komplexität der Produkte und der daraus resultierenden rechtlichen – sowie in der Lebensversicherung zusätzlichen mathematischen – Probleme nicht für eine kurze, anschauliche Darstellung im Jahresbericht geeignet. Außerdem gehen einige Beschwerden auf individuelle Bearbeitungsfehler bei Eingriffen in weitgehend standardisierte Lebens- und Rentenversicherungsverträge zurück. Zusätzlich sind Beschwerdeführer manchmal nicht mit der anonymisierten Veröffentlichung ihres Anliegens einverstanden. Die Fälle sind auch nicht nach einem bestimmten Kriterium sortiert.

Rechtsschutzversicherung

Die gekaufte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung aus dem Internet

Der Beschwerdeführer erhielt von seinem Arbeitgeber eine fristlose Kündigung, weil er eine nicht ordnungsgemäß erstellte Bescheinigung zum Nachweis seiner Arbeitsunfähigkeit eingereicht haben soll. Der Beschwerdeführer hatte sich gegen Zahlung von Geld eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung über eine Internetseite besorgt. Der Arbeitgeber sah hierin einen Betrug. Nach der in erster Instanz verlorenen Kündigungsschutzklage hat der Versicherer den für das Berufungsverfahren beantragten Versicherungsschutz abgelehnt, da sich aus dem Urteil ergebe, dass der Beschwerdeführer den Versicherungsfall vorsätzlich und rechtswidrig herbeigeführt habe.

Der Ombudsmann war anderer Ansicht. Der Versicherungsfall ist die verhaltensbedingte Kündigung. Dass der Beschwerdeführer diese Kündigung im Rechtssinn wollte und damit den Versicherungsfall vorsätzlich und rechtswidrig herbeigeführt hätte, war weder dargelegt noch sonst ersichtlich. Allein der Vortrag der Beschwerdegegnerin, dass sich dem Beschwerdeführer förmlich hätte aufdrängen müssen, dass es sich um eine unseriöse Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung handeln könnte, lässt keinen Rückschluss darauf zu, dass der Beschwerdeführer die Kündigung seines Arbeitsverhältnisses (Versicherungsfall) provoziert oder im Rechtssinn gebilligt hat, wie es ein vorsätzliches Verhalten im Sinne des Risikoausschlusses erfordern würde. Eine bloße Erkennbarkeit der Pflichtverletzung würde lediglich den Fahrlässigkeitsvorwurf erfüllen, jedoch keinen Vorsatz begründen (vgl. zum Beispiel LG Düsseldorf, Urteil vom 24. März 2016, Az. 9 S. 17/15). Zudem erfordert ein vorsätzliches Verhalten das Bewusstsein der Rechtswidrigkeit (beispielsweise OLG Dresden, Beschluss vom 14. Oktober 2019, Az. 4 W 818/19, zu finden unter dejure.org). Darüber hinaus hatte die Arbeitgeberseite die Kündigung nicht nur auf eine fehlerhafte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung als solche gestützt, sondern vorgetragen, dass keine Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers bestanden habe und dieser so zu Unrecht Entgelt bezogen habe. Doch auch bei begründeten Zweifeln an einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung kann objektiv eine Arbeitsunfähigkeit vorliegen. Eine fehlerhafte Bescheinigung erschüttert deren Beweiswert, sodass der Arbeitnehmer nun darlegen und beweisen muss, dass er tatsächlich nicht arbeiten konnte (BAG, Beschluss vom 8. September 2021, 5 AZR 149/21). Der Beschwerdeführer hatte ausreichende Tatsachen vorgetragen, die seine Arbeitsunfähigkeit bestätigten. Er bot Unterlagen und Zeugenbeweis (Ehefrau und Arzt) für seine Krankheit an. Vor diesem Hintergrund sah der Ombudsmann eine vorsätzliche und rechtswidrige Herbeiführung des Versicherungsfalles nicht als von der Beschwerdegegnerin ausreichend dargelegt an. Auf entsprechende Anregung des Ombudsmanns half die Beschwerdegegnerin der Beschwerde ab.



Allgemeine Haftpflichtversicherung

BGB-Gesellschaft (GbR) als Angehörige?

Die Beschwerdeführerin reinigte einen Balkon des von ihr und ihrem Ehemann gemieteten Wohnhauses mit einem Dampfstrahler. Dabei wurde die Balkontür beschädigt. Eigentümerin und Vermieterin des Hauses ist eine Familien-GbR, die für den Austausch der Tür einen Kostenvoranschlag vorlegte. Der Ehemann der Beschwerdeführerin ist Gesellschafter der GbR mit einem Anteil von 25 Prozent. Die übrigen Anteile halten zwei andere Mitglieder seiner Familie.

Der Versicherer lehnte nach der Schadensmeldung die Deckung aus dem Versicherungsvertrag ab mit der Begründung, dass Ansprüche von in häuslicher Gemeinschaft lebenden Angehörigen ausgeschlossen seien. Der Ehemann der Beschwerdeführerin habe als Teilhaber der GbR einen Eigenschaden erlitten. Das Gesamthandseigentum der GbR könne auch nicht quotaal aufgeteilt werden.

Der Ombudsmann konnte sich der Ansicht des Versicherers nicht anschließen und es erging eine diesen zu 75 Prozent verpflichtende Entscheidung, darin heißt es u. a.: „Der Risikoausschluss unter Ziffer 4.2.2.1 HPB 01/10 bezieht sich auf Haftpflichtansprüche aus Schadenfällen von Angehörigen des Versicherungsnehmers (sogenannte Angehörigenklausel). Dahinter steht die Überlegung, dass insbesondere beim Bestehen enger familiärer Bindungen die Gefahr eines kollusiven Zusammenwirkens besteht, also Versicherungsfälle zu Lasten des Versicherers fingiert werden und der Versicherungsnehmer im Hinblick auf seine Wahrheitspflicht in Konflikt kommen kann. Ferner könnte der Umstand, dass Versicherungsschutz aus einer Haftpflichtversicherung besteht, eine Anspruchserhebung innerhalb der Familie provozieren, auf die ansonsten verzichtet worden wäre. (...) Nicht einschlägig ist der Ausschluss, wenn ein Schadensereignis neben dem Angehörigen auch Dritte betrifft. Deren Haftpflichtansprüche aus dem Schadenfall sind durch die Klausel nicht vom Versicherungsschutz ausgenommen (Späte/Schimikowski/Harsdorf-Gebhardt, AHB-Kommentar, 2. Auflage, 7 AHB, Rn. 85).

Wer als Angehöriger anzusehen ist, wird in der Klausel definiert. Der Ehemann der Beschwerdeführerin gehört angesichts der unstreitigen häuslichen Gemeinschaft zum ausgeschlossenen Personenkreis. Unmittelbar geschädigt und anspruchsberechtigt ist allerdings die GbR. Damit der Ausschluss greift, müsste der Umstand, dass der Ehemann der Beschwerdeführerin Gesellschafter ist, auf die GbR ‚durchschlagen‘ bzw. der Schadenfall auch als Schadenfall des Ehemanns anzusehen sein.

Eine GbR hat, wenn sie, wie hier, nach außen am Rechtsverkehr teilnimmt, eine Teilrechtsfähigkeit (BGH, Urteil vom 14. Dezember 2016, Az. VIII ZR 232/15). Sie kann eigene Rechte und Pflichten begründen; zwischen ihr als eigenständige Rechtsträgerin und ihren Gesellschaftern ist streng zu unterscheiden (Grüneberg/Sprau, BGB, 81. Auflage, § 705, Rn. 24). Das gilt auch im Hinblick auf ihr Vermögen (BGH, Urteil vom 25. Februar 1999, Az. III ZR 53/98). Nichts anderes kann aus der gesamthänderischen Verbindung der Gesellschafter abgeleitet werden

(vgl. Grüneberg/Sprau, a. a. O., § 719, Rn. 1). Das vermietete Gebäude steht demnach nicht im Eigentum des Ehemannes, wie die Beschwerdegegnerin ausgeführt hat, sondern im Eigentum der GbR. In einem Schadensersatzprozess wäre allein sie Partei (vgl. BGH, Urteil vom 3. November 2005, Az. II ZR 446/13). Auf der anderen Seite ist eine GbR kein völlig verselbständigtetes Rechtssubjekt. Als teilrechtsfähige Personengesellschaft ist sie gerade nicht gänzlich von ihren Mitgliedern abgekoppelt, sodass deren Interessenlage durchaus Berücksichtigung finden kann (vgl. BGH, Urteil vom 14. Dezember 2016, Az. VIII ZR 232/15).

Ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer wird sich keine genauen Vorstellungen zu den beschriebenen, komplizierten juristischen Überlegungen machen, die hinter der Teilrechtsfähigkeit der GbR stehen. Er erfährt aber eine entsprechende Lebenswirklichkeit. Grundsätzlich wird er den Begriff des in häuslicher Gemeinschaft lebenden Angehörigen mit einer natürlichen Person in Verbindung bringen und eine GbR, die am Wirtschaftsleben teilnimmt, eher mit einer juristischen Person. Ist allerdings, wie hier, eine Familien-GbR aus wenigen nahen Verwandten gegeben, wird ihm auch bewusst sein, dass Zwecke der Vermögensverwaltung und -erhaltung im Vordergrund stehen und angesichts der engen familiären Bindung der Gesellschafter deren einzelne Interessen direkt auf die GbR einwirken. Er wird deshalb nicht scharf zwischen dem unmittelbaren Schaden der GbR und dem mittelbaren Schaden seines Angehörigen als Gesellschafter unterscheiden. Dieses Verständnis zeigt sich auch in der Reaktion der Beschwerdeführerin auf die Deckungsablehnungen der Beschwerdegegnerin. In der entsprechenden E-Mail führt sie aus, dass durch ihr schuldhaftes Handeln zu 75 Prozent fremdes Eigentum beschädigt worden sei von Personen, die nicht mit ihr in häuslicher Gemeinschaft lebten. Diese Gleichsetzung geschieht, wie aus der Argumentation der Beschwerdeführerin ebenfalls ersichtlich, aber nur anteilig. Sind Dritte auf derselben Stufe wie ein Angehöriger von dem Schadenfall betroffen, greift die Klausel, wie oben ausgeführt, nicht. In jedem Fall wird ein durchschnittlicher verständiger Versicherungsnehmer nicht davon ausgehen, dass ihm in einer Situation wie der vorliegenden der Versicherungsschutz vollständig versagt werden kann.“

Kfz-Versicherung

Schadenfall nach Fahrzeugverkauf

Nachdem ein Versicherer eine schadenfallbedingte Vertragsbelastung vorgenommen hatte, erfuhr er, dass sein Versicherungsnehmer den Unfall nicht verursacht hatte. Der Versicherungsnehmer hatte das Fahrzeug zu diesem Zeitpunkt bereits verkauft. Eine Vertragsentlastung lehnte der Versicherer dennoch ab. Dabei stützte er sich auf eine verspätete Meldung des Verkaufs. Zwar hatte der Versicherer zum Zeitpunkt des Schadenfalls vom 10. April 2021 noch keine Kenntnis darüber, dass das Fahrzeug wenige Tage zuvor, am 5. April 2021, verkauft worden war. Der Ombudsmann bat den Versicherer aber mit den folgenden Erwägungen um eine ergänzende Prüfung:



„In der Regel sehen die Versicherungsbedingungen vor, dass der Versicherer über die Veräußerung unverzüglich zu informieren ist (...). Was unter ‚unverzüglich‘ zu verstehen ist, wird an dieser Stelle üblicherweise nicht definiert. Anerkannt ist aber wohl, dass eine Anzeige erst dann als nicht mehr unverzüglich angesehen wird, wenn sie zwei Wochen nach der Veräußerung gemacht wird (Stiefel/Maier, AKB-Kommentar, 19. Auflage 2017, G.7 Rn. 30).

Sie erhielten jedoch bereits zuvor, am 15. April 2021, und damit ‚nur‘ 10 Tage nach der Veräußerung Kenntnis von ihr. Vor diesem Hintergrund könnte hier noch von einer unverzüglichen Veräußerungsanzeige ausgegangen werden. In einem solchen Fall führt ein Schadenfall grundsätzlich aber nicht zu einer Belastung des Vertrages des Veräußerers (Stiefel/Maier, AKB-Kommentar, 19. Auflage 2017, I.4 Rn. 27). Vielmehr muss bei einem Schadensereignis nach dem Übergang des Versicherungsschutzes der Erwerber mit einer Belastung rechnen.“

Der Versicherer half der Beschwerde daraufhin ab.

Gebäudeversicherung

Fragwürdige Ausschlussklausel bei einem Erdbebenschaden

Die Beschwerdeführerin wollte mit ihrer Beschwerde erreichen, dass ihr Wohngebäudeversicherer einen Schaden an ihrem Haus als Erdbebenschaden anerkennt und reguliert. Die Schadenshöhe wurde mit 20.000 Euro beziffert.

Unstreitig war, dass am Wohnort der Beschwerdeführerin ein Erdbeben mit einer Magnitude von 3,5 registriert wurde. Ein Regulierungsbeauftragter des Versicherers stellte an drei Gebäudeaußenwandflächen leichte Rissbildungen fest, die dem Erdbebenereignis zugeordnet werden konnten. Der Versicherer lehnte den Versicherungsschutz gleichwohl mit der Begründung ab, dass das Gebäude durch das Erdbeben in seiner Standfestigkeit nicht beeinträchtigt oder nur geringfügig in seiner Benutzbarkeit gemindert worden sei. Die entsprechende Klausel in den Versicherungsbedingungen hatte folgenden Wortlaut:

9. Nicht versicherte Schäden

a) Nicht versichert sind ohne Rücksicht auf mitwirkende Ursachen Schäden durch

aa) Sturmflut,

bb) Eindringen von Regen, Hagel, Schnee oder Schmutz durch nicht ordnungsgemäß geschlossene Fenster, Außentüren oder andere Öffnungen, es sei denn, dass diese Öffnungen durch Sturm oder Hagel entstanden sind und einen versicherten Gebäudeschaden darstellen,

cc) Grundwasser, soweit nicht an die Erdoberfläche gedrungen (siehe Nr. 1c),

dd) Brand, Blitzschlag, Überspannung durch Blitz, Explosion, Anprall oder Absturz eines Luftfahrzeuges, seiner Teile oder seiner Ladung; dies gilt nicht, soweit diese Gefahren durch ein versichertes Erdbeben ausgelöst wurden,

ee) Trockenheit oder Austrocknung,

ff) Schäden, die infolge eines Erdbebens entstanden sind, wenn die Standfestigkeit der versicherten Sache noch gewährleistet ist oder deren Benutzbarkeit nur geringfügig gemindert ist.

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Der Rechtsanwalt der Beschwerdeführerin hatte für unstreitig erklärt, dass durch den eingetretenen Schaden die Standfestigkeit des versicherten Gebäudes nicht beeinträchtigt und auch die Benutzbarkeit nicht gemindert worden sei. Er wies darauf hin, dass der Ausschluss folgendermaßen zu lesen ist:

„Nicht versichert sind ohne Rücksicht auf mitwirkende Ursachen Schäden durch (...) Schäden, die infolge eines Erdbebens entstanden sind, wenn die Standfestigkeit der versicherten Sache noch gewährleistet ist oder deren Benutzbarkeit nur geringfügig gemindert ist.“

Aus der Formulierung „Schäden durch Schäden“ schloss er, dass ein Vorschaden vorgelegen haben müsse, der sich vertieft hätte. Einen solchen Vorschaden habe es aber zu keinem Zeitpunkt gegeben, sodass der Ausschluss im Umkehrschluss nicht greife. Dieser Auslegung des Bedingungswortlauts schloss sich der Versicherungsombudsmann nicht an. Er begründete seine Auffassung damit, dass sich ein vorhandener (Vor-)Schaden vergrößern oder ausweiten könne. Er entstehe aber nicht erst durch einen (weiteren) Erdbebenschaden. Die Formulierung „Schäden durch Schäden“ mache erkennbar keinen Sinn. Betrachte man sich die Klausel insgesamt und dabei insbesondere die Einleitung „Nicht versichert sind ohne Rücksicht auf mitwirkende Ursachen Schäden durch ...“ in Verbindung mit der nachfolgenden Aufzählung der Unterpunkte aa) bis ff), so sei erkennbar, dass mit der Klausel das Ziel verfolgt werde, Schäden, die durch bestimmte Ursachen hervorgerufen werden, vom Versicherungsschutz auszuschließen. Die Klausel sei zwar in Verbindung mit dem Einleitungssatz nicht sauber formuliert. Es bleibe aber erkennbar, dass bestimmte Schäden bei Erdbeben vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sein sollen.

Unabhängig davon prüfte der Ombudsmann, ob durch den Ausschluss der Vertragszweck gefährdet wird. Der BGH hatte in einem Urteil zu dem Ausschluss von Schimmelschäden (Urteil vom 12. Juli 2017, Az. IV ZR 151/15) entschieden, dass der durchschnittliche Versicherungsnehmer von seiner Wohngebäudeversicherung einen umfassenden und – soweit sich aus ihr keine Einschränkungen ergeben – lückenlosen Schutz erwartet. Dieses Hauptleistungsversprechen des Versicherers schränkt die hier in Rede stehende Ausschlussklausel ein, indem Schäden erst ab einem bestimmten Ausmaß versichert sein sollen. Nach der Auffassung des BGH bedeutet allerdings nicht jede Begrenzung des Leistungsversprechens für sich genommen eine Vertragszweckgefährdung. Vielmehr bleiben Leistungsbegrenzungen zunächst grundsätzlich der freien unternehmerischen Entscheidung des Versicherers überlassen. Eine Gefährdung des Vertragszwecks liegt erst dann vor, wenn die Einschränkung den Vertrag seinem Gegenstand nach aushöhlt und in Bezug auf das zu versichernde Risiko zwecklos macht.

Nach der Einschätzung des Versicherungsombudsmanns könne dies bei der hier maßgeblichen Ausschlussklausel der Fall sein, denn Erdbeben in Deutschland werden vermutlich in den wenigsten Fällen zu einer Beeinträchtigung der Standfestigkeit eines Gebäudes führen. Ob dem tatsächlich so ist, ließe sich aber nur auf der Grundlage einer hinreichend gesicherten Tatsachengrundlage, insbesondere



mit sachverständiger Hilfe, beantworten. Da es dem Versicherungsombudsmann nach seiner Verfahrensordnung nicht möglich ist, ein entsprechendes Sachverständigengutachten in Auftrag zu geben, konnte er nicht abschließend entscheiden, ob der Vertragszweck durch die Klausel gefährdet wird.

Realkredit

Der verlorene Hypothekenbrief

Eine Beschwerdeführerin wünschte vom Versicherer die Übernahme der Kosten, die für die Löschung einer für das Unternehmen im Grundbuch eingetragenen Hypothek anfielen. Weil der damals erstellte Hypothekenbrief nicht mehr aufgefunden werden konnte, war die begehrte Löschung aufwändig und mit erhöhten Kosten verbunden.

Der relevante Vorgang lag bereits 30 Jahre zurück. Nach einem Schreiben vom Februar 1993 wurde der Versicherer damals im Rahmen einer Umfinanzierung aufgefordert, das Grundpfandrecht an den neuen Darlehensgeber abzutreten. Das Unternehmen konnte anhand eines bei ihm noch vorhandenen Microfiche, also einer auf Mikrofilm festgehaltenen Mikrokopie, belegen, dass es im April 1993 eine Abtretungserklärung erstellt hatte. Es lag ihm auch eine Abbildung seines ebenfalls im April 1993 aufgesetzten Einschreibens vor, mit dem die notariell beglaubigte Abtretungserklärung und der Hypothekenbrief nebst vollstreckbarer Ausfertigung der Schuldurkunde an den neuen Darlehensgeber gesandt werden sollten.

Dass nach fast 30 Jahren auch noch Belege über den Zugang des Einschreibens aus dem Jahr 1993 vorliegen, konnte nicht erwartet werden. Es ist aber anzunehmen, dass sich die Beschwerdeführerin bzw. der neue Darlehensgeber mit dem Versicherungsunternehmen in Verbindung gesetzt hätten, wenn das erwähnte Einschreiben mit den erforderlichen Urkunden damals nicht eingetroffen wäre. Der neue Darlehensgeber hätte das Darlehen wohl nicht ohne ausreichende Sicherheit fortgeführt.

Der Versicherer hatte im Jahr 1993 alles von seiner Seite Erforderliche zur Übertragung der Hypothek in die Wege geleitet. Davon, dass der Hypothekenbrief bei ihm abhandengekommen war, konnte der Ombudsmann nach den vorliegenden Unterlagen nicht ausgehen und der Beschwerdeführerin daher auch nicht zur begehrten Kostenübernahme verhelfen.

Unfallversicherung

Impfschaden nach Covid-Impfung

Die Beschwerdeführerin ließ sich gegen das Corona-Virus impfen und erlitt nach ärztlicher Einschätzung einen Impfschaden. Die körperlichen Folgen machte sie als unfallbedingten Dauerschaden bei ihrem Unfallversicherer geltend, der seine Leistungspflicht verneinte. Der Versicherer begründete seine Entscheidung mit dem in den Versicherungsbedingungen festgelegten Ausschlussstatbestand,

wonach für Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person kein Versicherungsschutz besteht. Zu solchen Heilmaßnahmen oder Eingriffen am Körper der versicherten Person gehören auch Impfungen. Der Vertrag enthält zudem den erweiterten Unfallbegriff, wonach als Unfälle auch Gesundheitsschäden gelten, die die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen erleidet. Die Beschwerdeführerin argumentierte, dass eine Schutzimpfung gegen das Corona-Virus eine solche Verteidigungs- oder Rettungshandlung darstelle.

Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs sind Versicherungsbedingungen so auszulegen, wie sie ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer bei verständiger Würdigung, aufmerksamer Durchsicht und unter Berücksichtigung des erkennbaren Sinnzusammenhangs verstehen kann. Dabei kommt es auf die Verständnismöglichkeiten eines Versicherungsnehmers ohne versicherungsrechtliche Spezialkenntnisse und damit – auch – auf seine Interessen an (Urteil vom 6. Juli 2016 – IV ZR 44/15, BGHZ 211, 51 Rn. 17 m. w. N.; st. Rspr.).

Ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer wird die zitierte Verteidigungs- und Rettungsklausel so verstehen, dass damit die Situation der Verteidigung oder Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen bei Bestehen einer aktuellen Gefahr gemeint ist. Die Impfung hingegen dient zu allererst dem Eigenschutz und erst nachrangig dem Ziel, eine Infektion und eine Übertragung dieser Infektion auf andere zu vermeiden. Die Möglichkeit einer Übertragung auf eine andere Person stellt sicherlich ein Risiko, nicht aber eine konkrete und unmittelbare Gefahr dar. Der Einwand des Versicherers, der Ausschlussstatbestand bei Heilmaßnahmen und Eingriffen liege vor, konnte daher in diesem Schlichtungsverfahren nicht entkräftet werden.

Hausratversicherung

Videostudium mit dem Versicherer

Aus dem Wohnmobil der Beschwerdeführerin wurden während ihres Urlaubs in Italien verschiedene Hausratgegenstände in einem Wert von gut 2.000 Euro entwendet. Obwohl die Beschwerdeführerin versicherte, dass die mit drei Hebeln zu schließenden Fenster ihres Wohnmobils verschlossen gewesen seien, stellte die Beschwerdegegnerin dies angesichts fehlender Einbruchspuren infrage und verwies auf die der Beschwerdeführerin obliegende Beweislast.

Im Ombudsmannverfahren übermittelte die Beschwerdeführerin einen Link zu einem Video, auf dem zu sehen war, wie bei dem Wohnmobiltyp ein Fenster mit einem entsprechenden Werkzeug relativ leicht und offenbar spurenlos geöffnet werden kann, zumindest wenn sich nicht alle drei Hebel vollständig in der richtigen Stellung befinden. Im Rahmen eines Telefonats sahen sich der Ombudsmann und eine Mitarbeiterin der Beschwerdegegnerin zusammen das Video an und diskutierten u. a. die Frage, ob ein Wohnmobil als „verschlossen“ im Sinne der entsprechenden Vertragsklausel anzusehen wäre, wenn einer der Hebel nicht



ganz in der richtigen Position gewesen wäre. Der Ombudsmann erläuterte, dass angesichts des Videos ein versicherter Einbruchdiebstahl zwar nicht bewiesen war, aber durchaus nicht unwahrscheinlich erschien. Insofern bat der Ombudsmann die Beschwerdegegnerin, über einen Vergleichsvorschlag nachzudenken.

Die Beschwerdegegnerin erklärte sich dazu grundsätzlich bereit und bat die Beschwerdeführerin zunächst um Übermittlung von Nachweisen zur Schadenshöhe. Diese für sie überraschende Entwicklung nahm wiederum die Beschwerdeführerin zum Anlass, selbst den Ombudsmann anzurufen und nach den Hintergründen zu fragen. Nachdem der Ombudsmann die Beschwerdeführerin über die Gespräche mit dem Versicherer und seine Anregung informiert hatte, versprach diese, dem Versicherer die entsprechenden Unterlagen zur Verfügung zu stellen. Letztlich einigten sich beide auf eine Zahlung in Höhe von 1.500 Euro.

Allgemeine Haftpflichtversicherung – hier: Hundehalterhaftpflicht Mittelbarer Haftpflichtschaden als Ablehnungsgrund?

Die Beschwerdeführerin war mit ihrem Hund spazieren. Eine ältere Frau bog mit dem Fahrrad um die Ecke, der Hund erschreckte sich, wandte sich der Frau zu und bellte sie an. Diese sah sich zu einem Ausweichmanöver veranlasst, verlor die Kontrolle über das Fahrrad und prallte gegen ein am Straßenrand geparktes Fahrzeug, das beschädigt wurde. Der Hundehalterhaftpflichtversicherer lehnte eine Leistung gegenüber der Beschwerdeführerin ab mit der Begründung, es handele sich um einen mittelbaren Schaden, und verwies auf die Verjährungsfrist von drei Jahren. Im Rahmen des Ombudsmannverfahrens wiederholte er, dass der Schaden nicht unmittelbar durch den Hund der Beschwerdeführerin verursacht worden sei.

Es erging folgender Hinweis an den Versicherer, der zu einer vollständigen Abhilfe und Schadenregulierung führte:

„In der konkreten Sache haben Sie den Versicherungsschutz gegenüber der Beschwerdeführerin abgelehnt. Ihr Schreiben kann nicht anders verstanden werden. Tatsächlich wird die Beschwerdeführerin aber in ihrer Eigenschaft als Tierhalterin in Anspruch genommen. Dieses Risiko ist über die Hundehalterhaftpflichtversicherung gedeckt. Welche Versicherung sollte sonst zuständig sein? Die Ablehnung der Privathaftpflichtversicherung, die mir die Beschwerdeführerin in ihrer Erwiderung übersandt hat, füge ich bei.

Die Argumente, die Sie vorbringen, betreffen nicht die Deckungsebene, sondern die Haftungsfrage. Wenn Sie der Meinung sind, dass die Beschwerdeführerin für den Schaden nicht verantwortlich gemacht werden kann, dann müssen Sie zumindest Versicherungsschutz in Form der Anspruchsabwehr bestätigen. In einem anderen Verfahren habe ich bereits auf diese wichtige Unterscheidung hingewiesen. Ihre Vorgehensweise dagegen vermittelt den Eindruck, dass Sie nichts unternehmen und der Versicherungsnehmer alleine dasteht, was sich zu Ihren Lasten auswirken kann. Bei einer ungerechtfertigten Deckungsablehnung oder

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Untätigkeit sind Sie, wenn der Versicherungsnehmer den Schaden dann selbst bezahlt, an diese Zahlung gebunden. Das heißt, es findet dann keine Haftungsprüfung mehr statt.“

Kfz-Versicherung

Das Garantiezertifikat

Ein Versicherer hatte nach der Fahrzeugreparatur in seiner Partnerwerkstatt dem Versicherungsnehmer ein sechsjähriges „Garantiezertifikat“ ausgestellt, lehnte es dann aber ab, für einen Schaden innerhalb dieses Zeitraums eine Entschädigung zu zahlen. Diese Haltung begegnete Bedenken, weshalb der Versicherer wie folgt um eine Abhilfe gebeten wurde:

„Sie haben für die Reparatur seinerzeit ein sechsjähriges Garantieverprechen abgegeben. Das Zertifikat bezieht sich ausdrücklich auf Mängel innerhalb dieses Zeitraums. Ihrem Schreiben vom 30. August 2023 an den Beschwerdeführer ist zu entnehmen, dass eine Undichtigkeit der Scheibe zum ‚jetzigen Zeitpunkt‘ unstreitig ist. Dieser Zeitpunkt liegt aber noch innerhalb der Garantiedauer. Die Beweislast, dass es sich nicht um einen Garantiefall handelt, liegt bei Ihnen. Auch wenn die Undichtigkeit erst nach Jahren eingetreten ist, ist damit nicht bewiesen, dass sie nicht auf eine fehlerhafte Reparatur zurückzuführen ist. Vor diesem Hintergrund gehe ich nach derzeitiger Aktenlage davon aus, dass das Anliegen des Beschwerdeführers begründet ist.“

Der Versicherer half der Beschwerde daraufhin ab.

Restschuldversicherung

Unzureichende Arbeitsunfähigkeitsabsicherung?

Der Versicherungsnehmer wollte eine geplante Baufinanzierung mit einer Restschuldversicherung absichern. Den Vertrag mit einer monatlichen Versicherungsleistung von 2.000 Euro bei Arbeitsunfähigkeit schloss er ab bei Aufnahme des ersten Darlehens über 150.000 Euro und einer Darlehensrate von monatlich 375 Euro. Der Abschluss zweier weiterer Darlehen mit monatlichen Darlehensraten von 642 Euro und 852 Euro folgte wie ursprünglich geplant wenige Monate später.

Als der Beschwerdeführer später arbeitsunfähig erkrankt war, erbrachte der Versicherer jedoch nur eine monatliche Leistung von 469 Euro. Dass er nicht die im Versicherungsschein geregelten 2.000 Euro zahlte, begründete er mit einer Bestimmung in den Versicherungsbedingungen, nach der die Leistung auf 125 Prozent der abgesicherten monatlichen Darlehensrate beschränkt ist. 469 Euro sind 125 Prozent der Darlehensrate von 375 Euro. Den überzahlten Versicherungsbeitrag erstattete er dem Versicherungsnehmer.

Der Ombudsmann wandte sich an den Versicherer mit dem Argument, dass die getroffene Individualvereinbarung über die Höhe des Versicherungsschutzes



den Regelungen in den AVB vorgehen dürfte. Eine Regelung in den AVB, mit der die im Versicherungsschein ausgewiesene Versicherungsleistung weitgehend zurückgenommen werden soll, könnte zudem eine überraschende Klausel nach § 305c BGB darstellen.

Der Ombudsmann wies den Versicherer in seiner Bitte um Abhilfe zusätzlich darauf hin, dass die Summe der gesamten Finanzierung und der hierfür vereinbarten Darlehensraten nach Abschluss der zwei weiteren Darlehen so hoch war, dass sich die im Versicherungsschein ausgewiesene Versicherungsleistung im Rahmen der in der betroffenen Klausel geregelten Begrenzung hält. Der Versicherungsschutz hätte im Einklang mit den Bedingungen also auf drei Verträge verteilt – eine Versicherung zu jedem Darlehen – abgeschlossen werden können. Wäre der Versicherer mit seiner Argumentation durchgedrungen, hätte also nur aufgrund eines Fehlers bei der Vertragsgestaltung unzureichender Versicherungsschutz bestanden. Es wäre insoweit ein Beratungsverschulden in Betracht gekommen.

Der Versicherer lenkte ein und hielt an der Kürzung der Versicherungsleistung nicht fest. Er sagte zu, nicht nur in diesem konkreten Fall abzuhelpen, sondern sich auch bei etwaigen anderen Fällen nicht mehr auf die Beschränkung in den Versicherungsbedingungen zu berufen, wenn im Versicherungsschein ein höherer Betrag geregelt ist.

Lebensversicherung

Unterscheidung Bezugsrecht für den Erlebens- und Todesfall

Der Beschwerdeführer wollte mit seiner Beschwerde die Auszahlung der Versicherungsleistung aus dem Vertrag seines verstorbenen Vaters erreichen. Für den Vertrag war ein Ablauftermin zum 1. März 2023 vereinbart. Der Vater (die versicherte Person) verstarb nach dem vorgenannten Ablauftermin. Allerdings hatte der Versicherer die Ablaufunterlagen nicht bereits vor Ablauf an den Versicherungsnehmer versandt. Er kontaktierte den Versicherungsnehmer hinsichtlich der zur Auszahlung erforderlichen Unterlagen erst ca. einen Monat nach dem Ablauftermin und wenige Tage vor dessen Tod.

Der Beschwerdeführer war bei dem Vertrag als Bezugsberechtigter für den Fall des Todes der versicherten Person eingetragen. Da der Vater des Beschwerdeführers den Ablauf des Vertrages erlebt hatte, kam das Bezugsrecht für den Todesfall nicht zum Tragen. Auch wenn die versicherte Person noch vor der Auszahlung der Ablaufleistung verstorben ist, wurde aus dem Vertrag die Erlebensfallleistung fällig und es ist somit das Bezugsrecht im Erlebensfall maßgeblich. Dieses lag nach den eingereichten Unterlagen bei dem Versicherungsnehmer. Der Auszahlungsanspruch fiel nach seinem Tod daher in die Erbmasse. Da der Beschwerdeführer nicht den Nachweis erbracht hatte, Erbe seines Vaters geworden zu sein, konnte er die Auszahlung der Ablaufleistung aus dem Vertrag nicht beanspruchen.

Der Beschwerdeführer hatte jedoch geltend gemacht, dass sein Vater die Auszahlung zu Lebzeiten auf sein – des Beschwerdeführers – Konto veranlasst hätte, wenn es nicht zu Verzögerungen bei der Übersendung der entsprechenden Ablaufunterlagen durch den Versicherer gekommen wäre. Das stand nach den vorliegenden Unterlagen jedoch nicht sicher fest. Unabhängig davon können Schadensersatzansprüche aus einer Verletzung vertraglicher Pflichten nur vom Versicherungsnehmer bzw. dessen Erben geltend gemacht werden. Letzteren ist jedoch insoweit kein Schaden entstanden, da die Versicherungsleistung in den Nachlass fließt.

Nach der Aktenlage ergab sich daher keine rechtliche Grundlage, auf die gestützt der Versicherer dazu angehalten werden konnte, dem Beschwerdeführer die Versicherungsleistung auszuzahlen.

Gebäudeversicherung

Das kleine Einmaleins bei der Abrechnung eines Rohrbruchschadens

In der Abflussleitung des versicherten Gebäudes wurden auf einer Länge von 14 Metern sechs Rohrbrüche, aber auch 21 nicht versicherte Schadenursachen wie Axialverschiebungen und Wurzeleinwuchs festgestellt. Für das Entfernen der Ablagerungen mittels Fräsroboter, die Erneuerung einer defekten Revisionsöffnung sowie das Instandsetzen der Grundleitung mittels Kurzliner (Inlinerverfahren: Abdichtung des Rohres von innen mit einem zweiten Kunststoffrohr) fielen Kosten in Höhe von 9.637,75 Euro an. Zur Berechnung des ersatzfähigen Schadens dividierte der Versicherer den Rechnungsbetrag durch 27 und multiplizierte ihn mit der Anzahl der Rohrbrüche. Die Entschädigungsleistung belief sich damit auf 2.141,73 Euro.

Der Versicherungsombudsmann vertrat gegenüber dem Versicherer die Auffassung, dass damit der schadenbedingte Reparaturanteil nicht zutreffend ermittelt worden sei. Im Rahmen der abstrakten Schadenberechnung müsse festgestellt werden, welche Kosten konkret erforderlich waren, um die sechs Rohrbrüche zu reparieren. Unabhängig von den nicht versicherten Rohrbruchschäden war eine Baustelleneinrichtung notwendig, die mit 499 Euro netto berechnet wurde. Der Einzelpreis für einen Meter Inliner wurde mit 375 Euro netto kalkuliert. Bei sechs Rohrbrüchen entsprach dies bereits 2.250 Euro netto. Ebenfalls dürften der Einsatz eines Rohrortungsgeräts und eines Fräsroboters für die Reparatur der Rohrbrüche notwendig gewesen sein, denn es müsse davon ausgegangen werden, dass vor dem Einbau der Inliner das Rohr gereinigt und von Wurzelwuchs befreit werden musste.

Diese Anmerkungen nahm der Versicherer zum Anlass, die Schadenunterlagen nochmals zur Prüfung an den von ihm hinzugezogenen Sachverständigen zu schicken. Dieser ermittelte die schadenbedingten Kosten nach erneuter Prüfung mit 5.128 Euro. Der Versicherer nahm daraufhin eine entsprechende Nachzahlung vor.



Berufsunfähigkeitsversicherung

Fehler bei der Fristberechnung

Die Beschwerdeführerin machte Leistungen aus ihrer Erwerbsunfähigkeitsversicherung geltend. Zu dem Vertrag war eine fünfjährige Wartezeit ab Versicherungsbeginn (1. Dezember 2014) vereinbart. Der Versicherer verneinte seine Leistungspflicht mit der Begründung, die bedingungsgemäße Erwerbsunfähigkeit sei innerhalb der Wartezeit eingetreten. Dabei stützte er sich auf das Gutachten eines Sachverständigen. Dieser nahm eine Erwerbsunfähigkeit ab dem 1. Dezember 2019 an. Für die Zeit davor sah er unter Berücksichtigung der eigenen Angaben der Beschwerdeführerin, des Untersuchungsbefundes und der Akte keine Fakten, die eine Erwerbsunfähigkeit begründen würden. Nachdem der Ombudsmann auf die Regelungen im BGB zur Berechnung von Fristen (§§ 187 bis 193) hingewiesen hatte, wonach die Wartezeit am 30. November 2019 abgelaufen war, half der Versicherer der Beschwerde ab.

Kfz-Versicherung

Unfreiwillig/freiwillig

Ein Versicherer nahm den Sohn des Versicherungsnehmers wegen Fahrens unter Alkoholeinfluss in Regress. Die Schadenaufwendungen beglich daraufhin jedoch der Vater, um seinen Schadenfreiheitsrabatt zu erhalten. Der Versicherer lehnte eine Vertragsentlastung mit dem Hinweis ab, dass die Zahlung wegen des erklärten Regresses gegen den Sohn nicht freiwillig erfolgt sei. Die insofern maßgeblichen Versicherungsbedingungen sahen zwar, wie allgemein üblich, eine Vertragsentlastung bei einer freiwilligen Rückzahlung vor. Dies setzte nach dem Wortlaut der Regelung aber, wie ebenfalls allgemein üblich, „nur“ voraus, dass der Versicherungsnehmer („dass Sie“) die Entschädigung zurückzahlt. Hierzu war es hingegen unstrittig gekommen. Nachdem dem Versicherer die Bedenken zu seiner Haltung erläutert worden waren, nahm er eine Vertragsentlastung vor und half damit der Beschwerde ab.

Unfallversicherung

Wenn sich Produktinformationen und Versicherungsbedingungen widersprechen

Die Versicherungsnehmerin erkrankte an Brustkrebs und zeigte diese Erkrankung bei ihrem Unfallversicherer an. Sie ging davon aus, dass diese Erkrankung als Versicherungsfall gilt, nachdem es zu einer Aktualisierung der AUB 2008 auf die AUB 2011 gekommen war. Die mit der Vertragsänderung vom Versicherer vorgelegten Produktinformationen wiesen neben den bereits nach den AUB 2008 versicherten Erkrankungen Herzinfarkt, Schlaganfall, Nierenversagen und Erblindung nunmehr auch den Einschluss von Brustkrebs aus. Im Änderungsantrag wurde außerdem darauf hingewiesen, dass der Versicherungsbeitrag „trotz umfangreicher Verbesserungen“ unverändert bleibe. Der Versicherer wies zunächst seine Leistungspflicht mit der Begründung zurück, durch die Vertragsänderung sei Brustkrebs nicht von vornherein eingeschlossen, sondern müsse ausdrücklich als versichertes Risiko ausgewählt werden. In der Aufstellung zu

den Leistungserweiterungen wird das Brustkrebsrisiko hingegen als versichert aufgeführt, ohne dass es dazu einer ausdrücklichen Willenserklärung der Antragstellerin bedarf. Die dazugehörigen Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit Zuwachs von Leistungen und Beitrag gaben ebenfalls nur Auskunft über vorgesehene Einmalzahlungen bei Krebserkrankungen, ohne dass deutlich wurde, welche Krebserkrankungen gemeint und von vornherein eingeschlossen sind. In den AUB 2011 werden diese Einmalzahlungen aufgegriffen, dort aber die Brustkrebserkrankung nicht mehr erwähnt, sondern nur die Erkrankungen, die bereits in den AUB 2008 als versichert erwähnt wurden. Nach Erörterung der Rechtslage hat der Versicherer der Beschwerde im Schlichtungsverfahren abgeholfen, da die Beschwerdeführerin nicht damit zu rechnen brauchte, über den beantragten Einschluss der neuen Vertragsbedingungen hinaus aktiv werden und das Krebsrisiko mit besonderer Erklärung einschließen zu müssen. Entscheidend war, dass die Produktinformationen diesen Einschluss ohne Einschränkungen aufführten.

Kfz-Versicherung

Das ungeschickte Ausparken

Ein Beschwerdeführer verursachte beim Ausparken und beim hierfür erforderlichen Rangieren mehrere Schäden. Der Versicherer ging davon aus, dass die Schäden auf unterschiedlichen Willensentschlüssen beruhten, da das Auto zwischen den Schadensereignissen gestanden und sich unter der Kontrolle des Versicherungsnehmers befunden haben müsste. Er berücksichtigte daher auch die Selbstbeteiligung mehrmals. Dem Vortrag des Beschwerdeführers nach zu urteilen, hatte er aber das Fahrzeug zwischenzeitlich nicht verlassen, sondern lediglich – wenn auch vielleicht ungeschickt – versucht auszuparken. Dabei geriet er (vermutlich erschrocken durch den ersten Zusammenstoß) in Hektik.

Für die Beantwortung der Frage, ob es sich um ein oder mehrere Schadensereignisse handelt, ist eine natürliche Betrachtungsweise zugrunde zu legen. Ein Gesamtvorgang ist dann als ein einzelner Schaden anzusehen, wenn ein versichertes Ereignis zu einem weiteren versicherten Ereignis führt (hierzu: OLG Hamm, Urteil vom 13. Juni 2012, r+s 2012, Seite 589, mit weiteren Nachweisen). Nach der Beurteilung des Ombudsmanns steht einer solchen natürlichen Betrachtungsweise nicht entgegen, dass für die jeweiligen Fahrbewegungen (zunächst rückwärts, dann vorwärts und zuletzt wieder rückwärts) ein entsprechender Willensentschluss notwendig war. Das Amtsgericht Traunstein führte in seinem Urteil vom 27. November 2013 (311 C 1104/13) aus, dass ein einheitlicher Ausparkvorgang nicht willkürlich in zwei getrennte Fahrbewegungen unterteilt und damit im Ergebnis als zwei Schadensereignisse gewertet werden kann, auch wenn es zu mehreren Willensentschlüssen (Betätigen des Schaltgetriebes, der Kupplung, des Gas- und des Bremspedals) kam. Das beabsichtigte Ausparken stelle vielmehr einen einheitlichen Vorgang dar. Vor diesem Hintergrund und unter Berücksichtigung des engen zeitlichen und räumlichen Zusammenhangs wurde der Versicherer mehrmals um eine Abhilfe gebeten. Er kam der Bitte letztlich nach.



Sonstige – hier: Einbruchdiebstahlversicherung

Einbruch in Schließfachanlage

Der Beschwerdeführer ist Mieter eines Schließfachs in Räumlichkeiten, die als Hochsicherheitsanlage ausgewiesen sind. Er hatte dort seinen Angaben nach Gegenstände im Wert von über 420.000 Euro aufbewahrt. An einem Wochenende Ende 2022 drangen Unbefugte in die Schließfachanlage ein und brachen mehrere Schließfächer auf, darunter auch das des Beschwerdeführers. Ein Teil der in den Schließfächern gelagerten Wertgegenstände wurde entwendet. Andere Sachen konnten teils beschädigt, teils unbeschädigt sichergestellt werden. Der Versuch der Zuordnung der vorgefundenen Einzelgegenstände zu den entsprechenden Mietern gestaltete sich schwierig und dauerte zum Beschwerdezeitpunkt noch an.

Nach den Mietbedingungen ist das jeweilige Schließfach durch die Vermieterin mit einer Summe von höchstens 30.000 Euro gegen diverse Gefahren versichert. Von der Möglichkeit einer höheren Versicherungssumme hatte der Beschwerdeführer ausdrücklich keinen Gebrauch gemacht. Zwischen der Vermieterin und dem Versicherer bestand eine gebündelte Geschäftsversicherung, die u. a. eine Einbruchdiebstahl- und Raubversicherung beinhaltetete.

Über das Vermögen der Vermieterin wurde das Insolvenzverfahren eröffnet. Der Insolvenzverwalter erkannte die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Aussonderungsrechte an einem etwaigen Versicherungsanspruch an. Zudem erteilte er ihm gemäß § 44 Absatz 2 VVG seine Zustimmung, über etwaige Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu verfügen und diese Rechte gegenüber dem Versicherer selbst außergerichtlich bzw. gerichtlich geltend zu machen.

Der Beschwerdeführer erwartet vom Versicherer die Auszahlung der Versicherungssumme in Höhe von 30.000 Euro. Dieser erachtet die Beschwerde als unzulässig, jedenfalls aber unbegründet, da eine etwaige Entschädigungsleistung noch nicht fällig sei.

In der Deklaration im Versicherungsschein ist festgehalten, dass der Inhalt von Kundenschießfächern versichert ist. Für fremdes Eigentum, das dem Versicherungsnehmer (Vermieter) zur Verwahrung in Obhut gegeben wurde, besteht nach den geltenden Versicherungsbedingungen Versicherungsschutz. Die Versicherung gilt in diesem Fall für Rechnung des Eigentümers und des Versicherungsnehmers. Es handelt sich demnach um eine Versicherung für fremde Rechnung nach den §§ 43 ff. VVG. Aufgrund der Erklärungen des Insolvenzverwalters ging der Ombudsmann davon aus, dass der Beschwerdeführer selbst etwaige Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gegenüber dem Versicherer geltend machen kann und die Beschwerde damit zulässig war.

Zu einer Auszahlung der Versicherungssumme konnte der Ombudsmann den Versicherer jedoch nicht verpflichten, weil der Versicherungsanspruch in der Tat noch nicht fällig war. Zum Zeitpunkt des Beschwerdeverfahrens fand im Zusam-

menhang mit dem Schadenereignis gegen den Geschäftsführer der Versicherungsnehmerin ein Strafprozess statt. Der Versicherer teilte glaubhaft mit, dass er trotz mehrfacher Bemühungen, auch gegenüber der Versicherungsnehmerin, weder die Ermittlungsakte der Staatsanwaltschaft noch die Akte des Strafgerichts habe einsehen können.

Die Entschädigung wird nach den vereinbarten Versicherungsbedingungen fällig, wenn die Feststellungen des Versicherers zum Grund und zur Höhe des Anspruchs abgeschlossen sind. Darüber hinaus ist geregelt, dass der Versicherer die Zahlung aufschieben kann, solange ein behördliches oder strafgerichtliches Verfahren gegen den Versicherungsnehmer aus Anlass des Versicherungsfalls noch läuft.

Während eines laufenden Verfahrens muss der Versicherer daher keine Zahlungen erbringen. Gegen eine solche Vereinbarung in den Versicherungsbedingungen bestehen nach allgemeiner Auffassung keine Bedenken, denn sie entspricht der Auslegung des § 14 Absatz 1 VVG (Wendt in Staudinger/Halm/Wendt, Nomos Kommentar, Versicherungsrecht, 3. Auflage 2023, § 14 Rn. 15; Schneider in Loo-schelders/Pohlmann, VVG, 4. Auflage 2023, § 14 Rn. 17). Nach § 14 Absatz 1 VVG ist eine Geldleistung mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungs-falls und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen fällig. § 14 Absatz 1 VVG erfasst nicht nur eigene Erhebungen des Versicherers, sondern auch Ermittlungen durch Behörden (Wendt a. a. O., § 14 Rn. 12; Schnei-der a. a. O., § 14 Rn. 14). Sofern und solange Erhebungen im Rahmen eines Ermittlungsverfahrens für die Feststellung des Versicherungsfalls erheblich sind, tritt grundsätzlich keine Fälligkeit ein, bevor der Versicherer nicht die Gelegenheit zur Einsichtnahme hatte. Er darf danach gegebenenfalls auch den Ausgang eines Strafverfahrens abwarten.

Es war davon auszugehen, dass die Erkenntnisse aus den Strafverfahren gegen den Geschäftsführer der Versicherungsnehmerin Einfluss auf das Bestehen oder den Umfang der Zahlungspflicht des Versicherers gegenüber dem Eigentümer des Schließfachinhalts haben können. Aufgrund des anhängigen Strafverfahrens und dessen Relevanz für die Eintrittspflicht des Versicherers war daher kein fälliger Anspruch gegeben. Die Beschwerde konnte deshalb keinen Erfolg haben.

Allgemeine Haftpflichtversicherung

Kündigung per Schaltfläche

Der Beschwerdeführer wollte seine Privathaftpflichtversicherung außerordentlich kündigen und berief sich hierfür auf § 312k Absatz 6 BGB, nach dem der Verbraucher einen im elektronischen Geschäftsverkehr geschlossenen Vertrag jederzeit und ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen kann, wenn das Unternehmen auf der Website keine Kündigungsschaltfläche zur Verfügung stellt. Seine entsprechende Beschwerde hatte keinen Erfolg und in der Entscheidung hieß es:

„Die Voraussetzungen für eine sogenannte ordentliche Kündigung liegen nicht vor. Das ist unstrittig. Sie berufen sich vielmehr darauf, dass keine Kündigungs-



frist zu beachten sei. Hierfür stützen Sie sich auf § 312k Absatz 6 BGB. Diese Norm ist allerdings nicht anwendbar auf Verträge über Finanzdienstleistungen (§ 312k Absatz 1 Nummer 2 BGB). Für den Begriff der Finanzdienstleistung wird, soweit ersichtlich, auf die Definition in § 312 Absatz 5 Satz 1 BGB verwiesen. Darunter werden auch Vertragsverhältnisse über Dienstleistungen im Zusammenhang mit einer Versicherung gefasst. Demnach sind Versicherungsverträge vom Anwendungsbereich des § 312k BGB ausgenommen. Im Hinblick auf die Ausnahmen gibt es durchaus kritische Stimmen in der Rechtsliteratur. Ich sehe allerdings keine Möglichkeit, im Rahmen des vereinfachten Ombudsmannverfahrens Ihrer Kündigungserklärung die gewünschte Wirkung zuzusprechen.“

Berufsunfähigkeitsversicherung

Versicherungsnehmerwechsel mit Überraschungen

Die Beschwerdeführerin wandte sich zu einer Berufsunfähigkeitsversicherung, bei der sie die versicherte Person ist, an den Ombudsmann. Ursprünglich war ihre Mutter Versicherungsnehmerin gewesen. Am 13. Oktober 2022 unterzeichneten die Beschwerdeführerin und ihre Mutter ein Formular zum Versicherungsnehmerwechsel, das der Versicherungsvertreter teilweise vorausgefüllt hatte. Der Versicherungsnehmerwechsel wurde vom Versicherer auch umgesetzt. Er ging darüber hinaus aber davon aus, dass es im Zuge des Versicherungsnehmerwechsels zur Beitragsfreistellung des Vertrages gekommen sei. Die Beschwerdeführerin bestritt, dass sie die Beitragsfreistellung der Versicherung beantragt habe, und wollte die beitragspflichtige Fortführung ohne erneute Gesundheitsprüfung erreichen.

In dem Formular zum Versicherungsnehmerwechsel war zwar bei dem Punkt „Beitragszahlung“ das Kästchen „Der Vertrag soll zum Zeitpunkt des Versicherungsnehmerwechsels beitragsfrei gestellt werden“ maschinell angekreuzt, einleitend hieß es dort aber: „Der nächste Versicherungsbeitrag wird am **10.11.2022** gezahlt bzw. zu diesem Termin [...] abgebucht werden.“ Bei dem nächsten Punkt „Zahlweg“ war angekreuzt, dass die Beiträge zukünftig per Lastschrift entrichtet werden sollten. Am Ende des Formulars fand sich ein von der Beschwerdeführerin teilweise händisch ausgefülltes und unterzeichnetes SEPA-Lastschriftmandat.

Der Ombudsmann wies den Versicherer in mehreren Schreiben darauf hin, dass sich dem Formular zum Versicherungsnehmerwechsel keine eindeutige Erklärung der Beschwerdeführerin zur Beitragsfreistellung der Versicherung entnehmen lasse. Die Angaben seien widersprüchlich. Auch im Zusammenhang mit der Übersendung des Nachtrags vom 8. November 2022 sei es nicht zu einer Einigung mit der Beschwerdeführerin über eine beitragsfreie Fortführung des Vertrages gekommen. Im Anschreiben zum Nachtrag hatte der Versicherer die neue Versicherungsnehmerin nicht darauf aufmerksam gemacht, dass er den Vertrag beitragsfrei fortführt. Die Angaben im Nachtrag waren diesbezüglich widersprüchlich. Während es unter dem Punkt „Beiträge“ hieß, es seien keine Beiträge mehr zu entrichten, war folgende besondere Vereinbarung dokumentiert: „Der Versicherungsnehmer wurde ausgetauscht. Beitrag und Summe bleiben unverändert.“

Selbst wenn in dem Nachtrag ein neues Angebot hinsichtlich der beitragsfreien Fortführung des Vertrages gesehen werden könnte, hätte die Beschwerdeführerin dies durch ihr – hier nur vorläufiges – Schweigen nicht angenommen.

Letztlich half der Versicherer der Beschwerde ab und bestätigte der Versicherungsnehmerin die beitragspflichtige Fortführung ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung.

Hausratversicherung

Beratungsverschulden bei Nichtaufklärung über Elementarversicherung?

Das Haus der in Schuld im Ahrtal wohnenden Beschwerdeführerin wurde vom Hochwasser im Juli 2021 geflutet und dabei wurde ihr Hausrat stark beschädigt. Sie verfügte zwar über eine Hausratversicherung, aber diese enthielt keine Absicherung gegen Elementarschäden wie zum Beispiel Überschwemmungen. Sie beschwerte sich beim Ombudsmann wegen einer Falschberatung über ihren Versicherungsmakler. Dieser hatte sie in den Jahren 2012 und 2013 zum Vermögensaufbau und zur Vermögenssicherung beraten und dabei auch eine Hausratversicherung vermittelt. Auf die Möglichkeit einer Versicherung gegen Elementarschäden hatte er sie jedoch weder damals noch im späteren Verlauf hingewiesen, obwohl ihr Haus nur ca. 40 Meter von der Ahr entfernt und in einer engen Schleife des Flusses lag, sodass es von mehreren Seiten vom Wasser umgeben war. Ferner kam es in Schuld auch schon in der Vergangenheit zu mehreren Hochwassern. In den Beratungsunterlagen war das Thema Hausrat gleichwohl unter der Rubrik „Zielerreichung nach Plan“ mit „100 Prozent“ eingestuft worden.

Der Makler erhob zunächst die Einrede der Verjährung und bestritt, dass der Einschluss einer Elementarversicherung für das Haus der Beschwerdeführerin überhaupt möglich gewesen wäre. Im späteren Verlauf bestritt er zudem das Vorliegen eines Überschwemmungsschadens. Außerdem war er der Ansicht, die Beschwerdeführerin hätte ihn über den Wunsch einer Versicherung gegen Überschwemmung unterrichten müssen. Da die fehlende Absicherung aus den Vertragsunterlagen hervorgehe, treffe sie jedenfalls ein Mitverschulden in Höhe von mindestens 50 Prozent.

Nachdem die Beschwerdeführerin u. a. Fotos von ihrem Grundstück und den Schäden übermittelt sowie die Möglichkeit einer Absicherung gegen Überschwemmungen belegt hatte, erkannte der Versicherungsmakler zwar die Versicherbarkeit und das Vorliegen eines Überschwemmungsschadens am Hausrat grundsätzlich an, zeigte aber dennoch kein Entgegenkommen. Der Ombudsmann wies den Makler daher darauf hin, dass ein Beratungsverschulden vorlag und der entsprechende Schadensersatzanspruch der Beschwerdeführerin noch nicht verjährt war. Auch ein Mitverschulden der Beschwerdeführerin kam vorliegend angesichts der Umstände und der Rechtsprechung des BGH nicht in Betracht. Daraufhin zeigte sich der Versicherungsmakler vergleichsbereit und kontaktierte seinen Haftpflichtversicherer, welcher noch Unterlagen zur Schadenshöhe und zu von Dritten erhaltenen Leistungen einforderte.



Die Beschwerdeführerin bezifferte den Schaden auf 64.500 Euro, weigerte sich aber angesichts ihrer zeitlichen Inanspruchnahme durch einen anstehenden Umzug sowie die Aufnahme einer neuen beruflichen Tätigkeit zunächst, eine genaue Schadenaufstellung anzufertigen und weitere Nachweise zur Schadenshöhe zu übermitteln. Im Übrigen hatte sie bereits über 48.000 Euro von staatlichen Stellen erhalten, wobei der Rechtsanwalt der Beschwerdeführerin die Ansicht vertrat, dass dies dem Makler nicht zugutekommen dürfe, sondern ggf. die staatlichen Zuschüsse zurückzuzahlen seien. Nach dem Verweis des Ombudsmanns auf die der Beschwerdeführerin obliegende Beweislast für die Schadenshöhe verständigten sich die Beteiligten letztlich auf eine Vergleichsvereinbarung in Höhe von 10.000 Euro.

Kfz-Versicherung

Der Parkkrallen-Unfall

Am Fahrzeug des Beschwerdeführers wurde wohl infolge eines Streits eine Parkkralle befestigt. Ohne hierüber Kenntnis zu haben oder die montierte Parkkralle wahrzunehmen, versuchte er, mit dem Fahrzeug loszufahren, und verursachte dadurch einen Fahrzeugschaden. Der Versicherer lehnte eine Regulierung des Schadens über die Vollkaskoversicherung ab. Die Parkkralle sei fest am Fahrzeug montiert gewesen. Es fehle daher an einem von außen wirkenden Ereignis. Der Unfallbegriff setzt zwar ein von außen wirkendes Ereignis voraus. Nach Auffassung des Ombudsmanns verdeutlicht dieses Merkmal aber nur, dass innere Betriebsvorgänge nicht unter den Unfallbegriff fallen sollen. Weder das Starten noch das Losfahren als solches (und damit innere Betriebsvorgänge), sondern der hinzutretende Umstand, dass sich (unbemerkt) am Fahrzeug eine Parkkralle befand, löste den Schaden aus. Der Versicherer wurde daher um eine erneute Prüfung gebeten. Dabei wurde zudem auf das BGH-Urteil vom 6. Februar 1954 mit dem Aktenzeichen II ZR 65/53 hingewiesen, wonach es sich auch dann um eine Einwirkung von außen handelt, wenn nach einer Reparatur in der Ölwanne des Fahrzeugs (versehentlich) zurückgelassene Schrauben einen Motorschaden verursachen. Der Versicherer half der Beschwerde daraufhin ab.

Unfallversicherung

Nachfrageobliegenheit des Versicherers bei fehlerhafter Schadenmeldung

Der Versicherungsnehmer erlitt einen Unfall, den er gegenüber dem Versicherer mit schriftlicher Unfallanzeige meldete. Die darin enthaltene Frage nach Vorerkrankungen beantwortete er mit „nein“, fügte jedoch gleichzeitig ärztliche Unterlagen seiner Schadensanzeige bei, die das Gegenteil, nämlich umfangreiche Vorerkrankungen, belegten. Der Versicherer erklärte sich wegen des Einwands der Arglist für leistungsfrei. Diese Entscheidung wurde mit dem Versicherer im Schlichtungsverfahren diskutiert. Der Ombudsmann äußerte Zweifel, ob der Versicherungsnehmer in diesem konkreten Fall auf sein „nein“ festgelegt werden darf. Grundsätzlich ist die Rechtsauffassung des Versicherers zutreffend, denn die Gerichte haben wiederholt entschieden, dass ein Versicherer den Angaben seines Versicherungsnehmers vertrauen muss und nicht dazu angehalten ist, sich

die nötigen Informationen anderweitig zusammenzusuchen. Der Versicherungsnehmer muss die Antragsfragen korrekt beantworten, und dies hatte der Versicherungsnehmer nicht getan.

Hier war allerdings die Besonderheit zu beachten, dass der Versicherungsnehmer nicht nur die Unfallanzeige, sondern gleichzeitig auch einen Krankenhausbericht eingereicht hatte. Dort finden sich neben der aktuellen Diagnose auch die Diagnosen zu Vorerkrankungen. Diese Informationen lagen dem Versicherer gleichzeitig mit der Unfallanzeige vor. Es erschien daher wenig überzeugend, dem Versicherungsnehmer arglistiges Verhalten zu unterstellen, denn wenn er tatsächlich auf die Regulierungsentscheidung des Versicherers hätte Einfluss nehmen wollen, hätte er den Krankenhausbericht sicher nicht – zudem unaufgefordert – seiner Unfallanzeige beigelegt.

Wie auch im Rahmen der Anzeigepflicht gemäß § 19 Absatz 1 Satz 1 VVG besteht nach vorherrschender Meinung auch hinsichtlich der Auskunftspflicht gemäß § 31 Absatz 1 VVG eine Nachfrageobliegenheit des Versicherers, wenn Antworten des Versicherungsnehmers erkennbar lückenhaft, unklar oder, wie hier, widersprüchlich sind (so zum Beispiel Rixecker in: Langheid/Rixecker, VVG, § 31 Rn. 24). Besteht eine solche Nachfrageobliegenheit, hat dies Einfluss auf die Rechtsfolge. Auf die Rechtsfolge der Leistungsfreiheit aufgrund fehlerhafter Angaben kann sich der Versicherer nach Treu und Glauben dann nicht berufen, wenn er es versäumt hat, auf eine Ergänzung oder Vervollständigung der Angaben des Versicherungsnehmers hinzuwirken (Rixecker a. a. O.). Insbesondere wenn sich aus einer formularmäßig gestalteten Schadensanzeige Widersprüche oder offenkundige Unrichtigkeiten ergeben, obliegt es dem Versicherer, diesen durch Nachfragen nachzugehen. Dies ist aber nicht der einzige Fall, in dem eine Nachfrageobliegenheit aufseiten des Versicherers besteht. Diese soll auch dann entstehen, wenn der Versicherer zum Zeitpunkt der Auskunftserteilung bereits aus anderer Quelle sichere Kenntnis darüber hat, dass die Angaben des Versicherungsnehmers unrichtig sind. Eine Leistungsfreiheit käme dann nur in Betracht, wenn trotz Nachfrage beim Versicherungsnehmer die gebotene wahrheitsgemäße Klarstellung unterbleibt (BGH, Urteil vom 6. November 1996 – IV ZR 215/95 Rn. 10; Urteil vom 26. Januar 2005 – IV ZR 239/03 Rn. 22).

In diesem Fall hatte der Versicherer bereits zum Zeitpunkt der Auskunftserteilung aus dem Krankenhausbericht gesicherte Kenntnis über die Vorerkrankungen. Da eine Nachfrage zu den offenkundigen Widersprüchen zu den Angaben des Versicherungsnehmers unterblieb, konnte sich der Versicherer nicht auf Vorsatz berufen und half der Beschwerde ab.

Allgemeine Haftpflichtversicherung

Wenn der Garten ein Wald ist

Der Beschwerdeführer ist Eigentümer eines Einfamilienhauses mit zwei freistehenden Garagen auf einem ca. 30.000 Quadratmeter großen und aus mehreren Flurstücken und Waldflächen bestehenden Privatgelände. Der Privathaftpflicht-



versicherer war nicht bereit, im Hinblick auf die mit dem gesamten Gelände verbundenen Gefahren Versicherungsschutz zu bestätigen, sondern tat dies nur für die Flurstücke, bei denen eine unmittelbare Verbindung zum Einfamilienhaus besteht. Die dagegen eingelegte Beschwerde wurde abschlägig beschieden: „Nach den Bedingungen, die Ihrem Vertrag zugrunde liegen, sind Schäden, für die Sie als Inhaber einer bestimmten Immobilie, etwa eines Einfamilienhauses, verantwortlich sind, vom Versicherungsschutz der Privathaftpflichtversicherung erfasst. Mitversichert ist auch der Fall, dass Sie Inhaber von Garagen und Gärten sind, die zur Immobilie gehören. Ein Garten ist nach gängigem Verständnis ein begrenztes Stück Land (am oder um ein Haus) zur Anpflanzung von Gemüse, Obst, Blumen etc. (siehe Duden). Ich stimme Ihnen zu, dass sich weder aus dieser Definition noch aus den Vertragsbedingungen etwas Konkretes zur Größe, zur Bepflanzung oder zur Nutzung ergibt. Mehrere zusammengefasste Grundstücke mit einer Gesamtgröße von 30.000 Quadratmetern würde man aber wohl nicht mehr als einen Garten bezeichnen. Man unterscheidet zum Beispiel auch Gärten und Parks ab einer gewissen Größe. Ferner dürfte die wohl unstrittige Qualifizierung als ‚Waldgrundstücke‘ dem herkömmlichen Verständnis von einem Garten entgegenstehen. Wer wie Sie einen Wald in dieser Größe besitzt, hat zum Beispiel auch besondere Pflichten. Aus den Formulierungen ‚Inhaber einer Immobilie‘ und ‚Gärten, die zur Immobilie gehören‘ wird schließlich deutlich, dass es auf einen direkten Bezug zwischen der primär vom Versicherungsschutz erfassten Immobilie und dem Garten ankommt. Dabei kann es durchaus sein, dass der zu einem Haus gehörende Garten mehr als nur ein Flurstück betrifft. Eine Waldfläche, die zum Teil mehrere hundert Quadratmeter über das eigentliche Wohnhausgrundstück hinausgeht, hat aber nicht mehr diesen direkten Bezug.“

Hausratversicherung

Datenrettung kann teuer werden

Eine blitzbedingte Überspannung beschädigte mehrere elektronische Geräte des Beschwerdeführers. Er ließ die Sachen von einer Fachfirma untersuchen, welche u. a. einen Defekt des PCs feststellte und einen Kostenvoranschlag für die Neubeschaffung gleichwertiger Geräte erstellte. Die Beschwerdegegnerin erkannte den Großteil des angesetzten Betrags an und zahlte diesen an den Beschwerdeführer aus.

Daraufhin gab der Beschwerdeführer die entsprechende Neubeschaffung und Neuinstallation der Geräte in Auftrag. Im Zuge der Installation stellte die Firma erstmals einen Partitionsverlust der Datenfestplatte des PCs fest und führte Datenrettungsmaßnahmen durch. Die Office-Programme des Beschwerdeführers ließen sich nicht wiederherstellen, sodass die Firma für deren Neuerwerb 149,99 Euro berechnete. Für die Arbeiten stellte sie dem Beschwerdeführer 17,5 Arbeitsstunden in Rechnung.

Datenrettungskosten waren vom Versicherungsschutz umfasst, aber ausdrücklich nicht die Kosten eines erneuten Lizenzierwerks. Daher lehnte die Beschwerdegegnerin eine Übernahme der Kosten für die Wiederanschaffung des Office-Pakets

ab. Hinsichtlich der Arbeiten erkannte sie nur zehn Stunden als notwendig an. Im Schlichtungsverfahren trug sie dazu vor, dass ihr die Arbeitszeit als zu hoch angesetzt erscheine. Außerdem habe der Beschwerdeführer die vertragliche Obliegenheit, Kosten vor der Inanspruchnahme mit ihr abzusprechen und durch sie freigeben zu lassen. Dadurch, dass der Beschwerdeführer die Arbeiten ohne vorherige Rücksprache mit ihr habe durchführen lassen, sei es ihr nicht möglich gewesen, die entstandenen Kosten zu überprüfen.

Der Beschwerdeführer wies darauf hin, dass er von der Beschwerdegegnerin über solche Pflichten weder im Rahmen der Schadenaufnahme noch der -abwicklung hingewiesen worden war. Außerdem könne eine IT-Firma erst im Laufe der Installations- und Reparaturarbeiten feststellen, wie lange diese dauern würden. Die vom Beschwerdeführer beauftragte Firma trug auf Nachfrage vor, dass man bei so einem umfangreichen Überspannungsschaden die benötigte Arbeitszeit für alle notwendigen Tätigkeiten nicht im Vorhinein einschätzen könne. Der Partitionsverlust der Datenfestplatte sei ihr bei der Angebotserstellung zudem noch nicht aufgefallen.

Der Ombudsmann erläuterte dem Beschwerdeführer die vertraglichen Bedingungen und dass ein erneuter Lizenzerwerb bedingungsgemäß ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen war. Folglich hatte er insoweit keinen Anspruch auf eine Regulierung. Hinsichtlich der Datenrettungsmaßnahmen lag die Beweislast für die Höhe der notwendigen Kosten zwar beim Beschwerdeführer. Dieser hatte jedoch eine Rechnung sowie eine ergänzende Stellungnahme der Fachfirma beigebracht, während die Beschwerdegegnerin ihre Einwände weder näher begründet noch durch Nachweise belegt und somit nur unsubstanziiert bestritten hatte.

Der Ombudsmann wies die Beschwerdegegnerin darauf hin und erklärte weiterhin, dass der Beschwerdeführer keine vertraglichen Obliegenheiten verletzt hatte, als er sie nicht über die im Vergleich zum Kostenvoranschlag erhöhten Kosten informierte. Denn weder der allgemeine Teil der Versicherungsbedingungen noch die Klausel zu den Datenrettungskosten enthielten eine vertraglich vereinbarte Verpflichtung zu einer vorherigen Mitteilung an und eine Freigabe durch die Beschwerdegegnerin. Im Übrigen war weder ersichtlich noch belegt, dass ein anderer IT-Dienstleister die Arbeiten in kürzerer Zeit hätte durchführen können und wie dies praktisch hätte umgesetzt werden sollen. Da die Beschwerdegegnerin gleichwohl diesem Teil der Beschwerde nicht abhelfen wollte, musste der Ombudsmann die Beschwerdegegnerin dazu verpflichten.

Kfz-Versicherung

Neupreis bei fehlendem Gebrauchtmarkt

Da es für am Fahrzeug entwendete Fahrzeugteile keinen Gebrauchtmarkt gab, berücksichtigte ein Versicherer bei seiner Schadenregulierung den Abzug „neu für alt“. Eine solche Regelung befand sich in den Versicherungsbedingungen jedoch nur in dem Abschnitt zur Beschädigung, daher wurde der Versicherer um



eine Abhilfe gebeten als es zu einem Verlust infolge eines Diebstahls gekommen war. Er trug daraufhin vor, dass hier die Regelungen unter der Rubrik der Beschädigung anzuwenden seien, da das Fahrzeug mittels einer Reparatur wiederhergestellt werden könne. Dieser Auffassung schloss sich der Ombudsmann nicht an, da die Versicherungsbedingungen – wie auch allgemein üblich – vorsahen, dass bei einem Verlust eines oder mehrerer Fahrzeugteile die Regelungen anzuwenden sind, die nach den Bedingungen bei einem Verlust des Fahrzeugs vorgesehen sind. Eine Regelung zu einem Abzug „neu für alt“ existierte dort nicht. Maßstab für die Höhe der Entschädigungsleistung war demzufolge allein die Höhe des Wiederbeschaffungswerts. Der Versicherer wurde daher erneut um eine ergänzende Stellungnahme gebeten. Dabei wurde unter anderem Folgendes erläutert:

„Bei der Bestimmung des Wiederbeschaffungswertes ist wiederum darauf abzustellen, ob es für das in Frage stehende Fahrzeugteil einen Gebrauchtmart gibt. Gibt es diesen nicht – wie Sie vortrugen –, dann entspricht der Wiederbeschaffungswert dem Preis, der für ein vergleichbares Neuteil zu bezahlen ist (hierzu: Stiefel/Maier, AKB, 19. Auflage, A.2 Rn. 424).“

Der Versicherer half der Beschwerde daraufhin ab.

Rechtsschutzversicherung

Gutachterkosten – und was ist mit den Kosten für erforderliche Vorarbeiten?

Der Beschwerdeführer hat Gewährleistungsansprüche aus dem Kauf einer Bestandsimmobilie geltend gemacht. Das Gericht hat beschlossen, zu den Behauptungen des Beschwerdeführers ein Sachverständigengutachten einzuholen. Der beauftragte Sachverständige hat für die Durchführung seiner Begutachtung angeordnet, dass Öffnungen der Kelleraußenwand hergestellt werden müssen, damit eine Begutachtung möglich ist. Die Kosten der entsprechenden Arbeiten wollte der Beschwerdeführer erstattet bekommen.

Hierzu ist in den ARB regelmäßig geregelt, dass der Versicherer die Gerichtskosten einschließlich der Entschädigung für Sachverständige trägt, die vom Gericht herangezogen werden. Doch was ist mit den Kosten, die als „Vorarbeit“ zur Erstellung eines Gutachtens erforderlich sind? Das ist umstritten. Ein Teil der versicherungsrechtlichen Fachliteratur und der Rechtsprechung vertritt die Ansicht, dass Kosten für erforderliche Vorarbeiten keine Gerichtskosten im Sinne der Klausel sind und daher auch nicht unter den Versicherungsschutz fallen. Es wird jedoch auch die Ansicht vertreten, dass die Kosten für vom Versicherungsnehmer in Auftrag gegebene Hilfsarbeiten zur Erstellung eines Gutachtens vom Versicherungsschutz umfasst sind. Da die Beschwerdegegnerin nicht zur Abhilfe bereit war, konnte der Ombudsmann die Versicherung nicht zur Leistung verpflichten. Anderenfalls hätte er der Versicherung die Möglichkeit genommen, ihre Auffassung gerichtlich durchzusetzen.

Gebäudeversicherung

Ein Ableitungsrohr ist nicht gleich ein Ableitungsrohr.

Der Rechtsanwalt des Beschwerdeführers wandte sich an den Versicherungsombudsmann mit folgender Sachverhaltsschilderung: Auf dem Versicherungsgrundstück ist eine Zisterne vorhanden, in die Regenwasser eingespeist wird. Das Zuleitungsrohr zur Zisterne war in unmittelbarer Nähe zum versicherten Gebäude aufgeplatzt. Durch den Rohrbruch wurde Regenwasser aufgestaut. Dies führte zu einer Durchnässung der Außenwände des Gebäudes. Da es sich bei der Zisterne um einen versicherten Grundstücksbestandteil handeln würde, müsse auch der Schaden versichert sein. Der Versicherer bestritt nicht, dass es sich bei der Zisterne um eine versicherte Sache im Rahmen der bestehenden Wohngebäudeversicherung handeln würde. Eine Vorortbesichtigung habe zwar ergeben, dass die Regenentwässerung über Grundleitungen in die Zisterne erfolgt. Diese Zisterne würde aber nicht als Hauswasserwerk genutzt werden, vielmehr würde das Regenwasser versickern. Eine Wasserversorgung des Gebäudes über die Zisterne finde nicht statt. Damit könne das zur Zisterne führende Rohr nicht als Zuleitungsrohr der Wasserversorgung des Gebäudes im Sinne der Versicherungsbedingungen gewertet werden. Vielmehr handele es sich um ein außerhalb des Gebäudes verlaufendes Regenentwässerungsrohr. Dieses Rohr sei jedoch nicht gegen Bruchschäden versichert, sodass auch der Nässefolgeschaden nicht gedeckt sei. Der Rechtsanwalt widersprach dem Vortrag, dass das Wasser aus der Zisterne vollständig versickern würde. Die Zisterne verfüge über eine Tauchpumpe mit Wasserleitung, die in die Garage und von dort aus zu einem Außenwasserhahn führe. Das Wasser der Zisterne werde verwendet für die Reinigung der Garage, Reinigungsarbeiten mit einem Hochdruckreiniger sowie die Bewässerung der Grünanlagen. Zur weiteren Sachverhaltsaufklärung regte der Versicherungsombudsmann an, die bauliche Situation vor Ort prüfen zu lassen. Der Versicherer beauftragte daraufhin ein Schadenregulierungsbüro.

Dieses stellte fest, dass von der Zisterne eine Leitung mit Regenwasser unterhalb der Garage verläuft. Diese endet an einem Außenwasserhahn an der Garage. Das Regenwasser wird nicht für die Nutzung des versicherten Gebäudes verwendet und auch nicht durch das Abwassersystem des Gebäudes wieder abgeführt. Der Versicherer vertrat die Auffassung, dass lediglich dann Versicherungsschutz bestehen würde, wenn das Regenwasser durch eine Zuleitung in das versicherte Gebäude geleitet wird, um dort für die häusliche Nutzung verwendet zu werden. Dies sei vorliegend aber nicht der Fall.

Der Versicherungsombudsmann hielt dem entgegen, dass bedingungsgemäß außerhalb von Gebäuden Bruchschäden an Zuleitungsrohren der Wasserversorgung versichert sind. Dass die Rohre der Versorgung von Gebäuden oder Anlagen dienen müssen, ist ausdrücklich nicht verlangt. Für Leitungswasser gilt nach den Versicherungsbedingungen, dass es sich um bestimmungswidrig aus Rohren der Wasserversorgung ausgetretenes Wasser handelt. Auch hier ist nicht gefordert, dass die Rohre, aus denen das Wasser ausgetreten ist, der Versorgung von Gebäuden oder Anlagen dienen.



Somit kommt es entscheidend darauf an, ob das Rohr von der Zisterne zum Außenwasserhahn der Wasserversorgung dient. Der Begriff „Wasserversorgung“ umfasst jede wirtschaftlich sinnvolle Bewegung und Verwendung von Wasser. Zuleitungsrohre der Wasserversorgung dienen der Versorgung mit Frisch- oder Brauchwasser. Sie leiten Wasser zu den Anlagen oder an die Orte, an denen das Wasser genutzt beziehungsweise verbraucht wird. Ableitungsrohre dienen der Entsorgung des gebrauchten (Ab-)Wassers. Das in der Zisterne gesammelte Regenwasser wird nicht in die Kanalisation abgeführt, sondern kann über den Außenwasserhahn zur Bewässerung des Gartens oder für andere Zwecke genutzt werden. Der Begriff der Wasserversorgung ist damit erfüllt. Nach erneuter Prüfung regulierte der Versicherer den Schaden in Höhe von knapp 9.000 Euro.

Allgemeine Haftpflichtversicherung

Fremdschaden im eigenen Haus

Die Eltern des Beschwerdeführers, für die ein dingliches Wohnrecht an den Räumen im Erdgeschoss seines Hauses eingetragen war, hatten in ihr Wohnzimmer eine Holzdecke, eine Heizkörperabdeckung und Tapeten eingebracht. Durch die darüberliegende Terrasse, deren Undichtigkeit vom Beschwerdeführer nicht richtig behoben worden war, drang Regenwasser ein und es kam zu einem erheblichen Feuchtigkeitsschaden. Der Privathaftpflichtversicherer, dem der Schaden in den Räumen der Eltern gemeldet wurde, ging von einem nicht versicherten Eigenschaden des Beschwerdeführers aus und lehnte eine Leistung ab. Nach folgendem Hinweis kam es zu einer Vergleichslösung:

„Gemäß § 95 Absatz 1 Satz 2 BGB gehört ein Gebäude oder ein Werk, das in Ausübung eines (dinglichen) Rechts an einem fremden Grundstück von dem Berechtigten mit dem Grundstück verbunden worden ist, nicht zu den Bestandteilen des Grundstücks. Die Verbindung mit einem Gebäude gilt als Verbindung mit dem Grundstück (MüKo-BGB/Stresemann, 9. Auflage 2021, BGB § 95 Rn. 22). Die Vorschrift setzt nicht voraus, dass der Inhalt des Rechts an einem fremden Grundstück gerade auf die Verbindung eines Gebäudes oder Werks mit dem Grundstück gerichtet ist. Vielmehr genügt es, dass das Recht eine solche Verbindung zulässt (MüKo-BGB/Stresemann, a. a. O., Rn. 33).

Für die Eltern des Beschwerdeführers ist ein dingliches Wohnrecht im Sinne von § 1093 BGB eingetragen. In diesem Zusammenhang ist § 1037 Absatz 1 BGB anwendbar. Demnach darf der Berechtigte die Sache nicht umgestalten oder wesentlich verändern, das heißt keine wesentlichen Eingriffe in die Substanz vornehmen. Zulässig sind aber Maßnahmen geringeren Umfangs, die der wirtschaftlichen Bestimmung der Sache dienen (MüKo-BGB/Pohlmann, a. a. O., § 1037 Rn. 5). Hierzu werden die Anbringung eines anderen Verputzes oder einer anderen Dacheindeckung gezählt (vgl. LG Karlsruhe, Urteil vom 11. Januar 2017, Az. 6 O 304/16).

Nach diesem Maßstab handelt es sich bei der von den Eltern des Beschwerdeführers vorgenommenen Einbringung einer Holzdecke, einer Heizungsverklei-

derung, eines Wandanstrichs etc. um Maßnahmen geringen Umfangs, die sich im Rahmen der Bestimmung der Sache als Wohnung halten und keine grundlegende Um- oder Neugestaltung zur Folge hatten. Sie stehen damit im Eigentum der Eltern und es liegt ein Fremdschaden vor.

Der Beschwerdeführer hat nach Aktenlage schon vor der Schadenmeldung umfangreiche Baumaßnahmen in Auftrag gegeben. Hieran sind Sie nicht gebunden. Erstattungsfähig ist lediglich der jeweilige Zeitwert. Ich kann diesen nicht ermitteln, würde mich aber freuen, wenn Sie letztlich doch noch die Möglichkeit einer einvernehmlichen Lösung sehen und dem Beschwerdeführer eine entsprechende anteilige Kostenerstattung anbieten könnten.“

Sonstige – hier: Reiseversicherung

Wetterbedingte Verspätung auf See

Für die Beschwerdeführerin bestand über eine Kreditkarte unter anderem eine Reiserücktrittskosten- und Reiseabbruchversicherung. Sie musste ihre „multimodale“ Reise außerplanmäßig verlängern, weil ein Schiffslotse aufgrund schlechter Wetterlage nicht wie geplant an Bord des Schiffes kommen konnte, auf dem sie sich zu diesem Zeitpunkt aufhielt. Dadurch erfolgte die Ausschiffung verspätet und die Beschwerdeführerin verpasste ihren geplanten Rückflug. Mit der Beschwerde wollte sie erreichen, dass der Versicherer ihr die hierdurch entstandenen Mehrkosten erstattet, die insbesondere durch eine zusätzliche Hotelübernachtung angefallen waren. Dies hatte der Versicherer abgelehnt, weil kein versichertes Ereignis vorgelegen habe. Die Beschwerdeführerin war dagegen der Ansicht, die dem Versicherungsvertrag zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen würden für eine Kostenübernahme bei einer Reiseverlängerung nur voraussetzen, dass die An- und Abreise im versicherten Arrangement enthalten sind.

Der Ombudsmann kam zu dem Ergebnis, dass der Wortlaut der Regelung zum Versicherungsumfang der Reiserücktrittskosten- und Reiseabbruchversicherung die Annahme nahelegen könne, die durch eine Reiseverlängerung entstehenden Mehrkosten seien vom Versicherungsumfang umfasst. Bei sinnreichem Verständnis der Versicherungsbedingungen ergab sich aber, dass auch ein versicherter Grund für die Reiseverlängerung hätte vorliegen müssen. Das war hier jedoch nicht der Fall. Schlechte Wetterbedingungen, die zu einer Reiseverzögerung führten, waren in den Bedingungen der Reiserücktrittskosten- und Reiseabbruchversicherung nicht als versicherter Grund genannt. Bei verständiger Lektüre der Bedingungen war davon auszugehen, dass der Versicherer die Kosten einer Reiseverlängerung – wie die Stornierungskosten bei einem Rücktritt von der Reise – nur in bestimmten, definierten Fällen übernehmen wollte. Ein Verständnis der Versicherungsbedingungen dahingehend, dass die Mehrkosten unabhängig vom Grund, der zur Verlängerung der Reise geführt hat, zu übernehmen wären, würde zu einer unbegrenzten Eintrittspflicht des Versicherers führen. Dies käme einer Allgafahrenversicherung gleich, die der durchschnittliche Versicherungsnehmer bei Durchsicht der Versicherungsbedingungen allerdings nicht erwarten konnte.



Der Ombudsmann konnte der Beschwerde daher nicht zum gewünschten Erfolg verhelfen. Er musste sich darauf beschränken, der Beschwerdeführerin mitzuteilen, dass die vom Versicherer verwendeten Versicherungsbedingungen tatsächlich unübersichtlich gefasst sind, hieraus jedoch nicht ohne Weiteres gefolgert werden könne, dass ein versicherter Grund für die Erstattung von Mehrkosten einer Reiseverlängerung nicht erforderlich sein sollte.

Kfz-Versicherung

Die wissentlich falsche Zusage

Ein Versicherungsnehmer erhielt zwar seitens des Versicherers durch dessen Außendienstpartner eine Zusage darüber, wie und in welcher Höhe ein Kaskoschadenfall abgerechnet wird. Die entsprechende Abrechnung nahm der Versicherer dann aber letztlich doch nicht vor. Er begründete dies damit, dass die Aussage seines Außendienstpartners zur Art und Weise der Abrechnung wissentlich falsch gewesen und ihm daher nicht zurechenbar sei. Die Auffassung, dass sich ein Versicherer eine Aussage seines Außendienstmitarbeiters nicht zurechnen lassen müsse, stützte der Ombudsmann nicht. Nachdem er seine Bedenken hierzu äußerte, half der Versicherer der Beschwerde ab.

3 Einzelheiten zur Schlichtungsstelle

3.1 Allgemeines

Die Schlichtungsstelle ist seit Gründung des Trägervereins Versicherungsombudsmann e.V. 2001 organisatorisch dort angesiedelt. Als juristische Person weist der Verein eine eigene Rechtsfähigkeit auf. Damit verfügt die Schlichtungsstelle über eine eigenständige Organisation und ist institutionell unabhängig. Sitz des Vereins ist Berlin, wo sich auch die Geschäftsstelle und das Büro des Ombudsmanns befinden.

Zweck des Vereins ist die Förderung der außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten mit Verbrauchern, insbesondere aus einem Versicherungsvertrag oder im Zusammenhang mit der Vermittlung eines solchen.

Nach der Vereinssatzung (§ 3 Absatz 1) können der GDV und dessen Mitgliedsunternehmen sowie Mitglieder vom Verband der Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit e.V., für die keine Mitgliedschaft beim GDV besteht, in den Verein aufgenommen werden. Zum 31. Dezember 2023 hatte der Verein 299 (Vorjahr: 294) Mitglieder.

Die Organe des Vereins sind der Vorstand und die Mitgliederversammlung. Der Beirat ist ein weiteres Gremium, das jedoch vereinsrechtlich nicht vorgegeben ist. Gleichwohl sind die Besetzung dieses Gremiums und seine Befugnisse in der Satzung des Versicherungsombudsmann e.V. geregelt. Mitglieder des Beirats sind Vertreter folgender Gruppen: Verbraucherorganisationen, Mitgliedsunternehmen, Versicherungsaufsicht, Wissenschaft, Bundestagsfraktionen und Versicherungsvermittler.

Zu den in der Satzung verankerten Aufgaben des Beirats gehört es, an der Bestellung des Ombudsmanns sowie an Änderungen der Verfahrensordnungen mitzuwirken und generell 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 Einbeziehung der verschiedenen institutionellen Vertreter, nicht zuletzt von Verbraucherorganisationen, im Beirat bis heute nicht selbstverständlich ist. Dies wird daher als herausragendes Kennzeichen dieser Schlichtungsstelle gesehen.

Ombudsmann im Berichtsjahr war Dr. Wilhelm Schluckebier. Er hat das Amt seit dem 1. April 2019 inne und war zuvor Richter im Ersten Senat des Bundesverfassungsgerichts. Nach Professor Wolfgang Römer und Professor Dr. Günter Hirsch ist Dr. Wilhelm Schluckebier der dritte Ombudsmann für Versicherungen. Seine Amtszeit dauert satzungsgemäß bis zum 31. März 2024. Die Mitgliederversammlung des Versicherungsombudsmann e.V. hat nach vorheriger Zustimmung des Beirats und auf Vorschlag des Vorstands in ihrer Sitzung am 27. September 2023 Frau Dr. Sibylle Kessal-Wulf zur Nachfolgerin von Herrn Dr. Wilhelm Schluckebier als Ombudsfrau gewählt.



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

Weitere Aufgaben wurden der Schlichtungsstelle auf gesetzlicher Grundlage zugewiesen. Seit dem Jahr 2005 ist der Versicherungsombudsmann e. V. zuständig für die Schlichtung von Verbraucherstreitigkeiten aus Versicherungsverträgen, die unter ausschließlicher Verwendung von Fernkommunikationsmitteln zustande gekommen sind, sogenannte Fernabsatzverträge. Der Gesetzgeber hatte u. a. durch Änderungen im früheren VVG die Fernabsatzrichtlinie der EU in Deutschland umgesetzt. Im 2008 reformierten VVG wird diese Tätigkeit der Schlichtungsstelle in § 214 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 geregelt. Diese Vorschrift bringt den Bezug zu Fernabsatzverträgen jedoch nicht so klar zum Ausdruck wie zuvor § 48e VVG a. F.

Eine weitere auf gesetzlicher Grundlage beruhende Aufgabe ist die Bearbeitung von Beschwerden über Versicherungsvermittler. Nach der Vermittlerrichtlinie der EU (Richtlinie 2002/92/EG) hatten die Mitgliedsstaaten Verfahren einzurichten, die es Kunden ermöglichen, Beschwerden über Versicherungsvermittler einzulegen (Artikel 10), und die die Einrichtung angemessener und wirksamer Beschwerde- und Abhilfeverfahren zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten zwischen Versicherungsvermittlern und Kunden fördern (Artikel 11 der Richtlinie). Der deutsche Gesetzgeber kam diesem Auftrag mit dem sogenannten Vermittlergesetz nach, das in wesentlichen Teilen zum 22. Mai 2007 in Kraft trat. Im reformierten VVG ist die Aufgabe in § 214 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 genannt. Der Versicherungsombudsmann e. V. ist danach eine anerkannte Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten zwischen Versicherungsvermittlern oder Versicherungsberatern und Versicherungsnehmern im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen.

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

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

Der Versicherungsombudsmann e. V. ist Mitglied im FIN-NET der Europäischen Kommission. Nur solche Einrichtungen können Mitglied im FIN-NET werden, die wie die Schlichtungsstelle über einen unabhängigen Ombudsmann und

3 EINZELHEITEN ZUR SCHLICHTUNGSSTELLE

eine Verfahrensordnung verfügen, die bestimmten Standards gerecht wird. Die Mitglieder des FIN-NET leisten Beschwerdeführern bei grenzüberschreitenden Sachverhalten Hilfestellung, um den Zugang zu alternativen Streitbeilegungsverfahren zu erleichtern.

Der Versicherungsombudsmann e.V. ist befugt, einen gesetzlich vorgesehenen vorgerichtlichen Einigungsversuch durchzuführen. Nach § 15a des EGZPO können die Bundesländer in bestimmten Fällen die Zulässigkeit einer Klage vor Gericht davon abhängig machen, dass zuvor von einer durch die Landesjustizverwaltung eingerichteten oder anerkannten Gütestelle versucht worden ist, die Streitigkeit einvernehmlich beizulegen. In dieser Hinsicht ist der Versicherungsombudsmann e.V. 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

Der Ombudsmann ist von den Mitgliedsunternehmen mit der Durchführung der Beschwerdeverfahren betraut und dafür mit entsprechenden Kompetenzen ausgestattet. Zur Bearbeitung der jährlich bis zu 15.000 zulässigen Eingaben stellt der Verein geeignete Mitarbeiter und Sachmittel zur Verfügung, damit der Ombudsmann seine Aufgabe erfüllen kann. Zwar sind alle Mitarbeiter des Vereins dem Geschäftsführer unterstellt, soweit es jedoch die Beschwerdebearbeitung betrifft, kommt dem Ombudsmann nach § 13 Absatz 4 der Vereinssatzung das fachliche Weisungsrecht zu. Außerdem wird er an wesentlichen Personalentscheidungen beteiligt. Mit der Vergabe von Zeichnungsrechten sowie Vorlagepflichten stellt der Ombudsmann sicher, dass jede Beschwerde in der von ihm vorgegebenen Weise bearbeitet wird.

Die Mitarbeiter prüfen die Anliegen der Verbraucher gründlich und effizient. Eingesetzt wird dafür das eigens für die Schlichtungsstelle entwickelte EDV-Programm „Ombudat“, in dem alle wichtigen Informationen zu einem Beschwerdeverfahren aufgenommen und so den Mitarbeitern schnell und zuverlässig zugänglich gemacht werden. Dadurch ist gewährleistet, dass keinerlei Erkenntnisse verloren gehen und den Beteiligten des Beschwerdeverfahrens bei Bedarf die zutreffende Auskunft erteilt werden kann. Außerdem ermöglicht es den juristischen Referenten, frühere Beschwerdefälle zu finden, die bei einer aktuell anstehenden Entscheidung zu berücksichtigen sind. Seit 2020 findet die Bearbeitung von Beschwerden ausschließlich mittels elektronischer Akten statt.

Die Beschwerdebearbeitung erfolgt in zwei Bereichen des Vereins: im Servicecenter und in der juristischen Abteilung. Im Servicecenter des Versicherungsombudsmann e. V. waren im Berichtsjahr 14 Versicherungskaufleute mit der Annahme und der Aufbereitung der Beschwerden befasst. Die Mitarbeiter nehmen die



Schlichtungsanträge entgegen und erfassen die Angaben im EDV-System. Sie helfen den Verbrauchern bei der Formulierung des Beschwerdeziels und der Zusammenstellung der für das Verfahren notwendigen Unterlagen. Zudem prüfen sie die Zulässigkeit im Sinne der Verfahrensordnungen und teilen den Beschwerdeführern mit, wenn deren Anliegen nicht in den Aufgabenbereich des Ombudsmanns fällt.

In der juristischen Abteilung unterstützen Volljuristen (Referenten) den Ombudsmann bei der Beurteilung der Beschwerden. Sie prüfen die Anliegen der Beschwerdeführer auf rechtliche Anspruchsgrundlagen, führen die juristische Korrespondenz, loten Einigungsmöglichkeiten aus und entscheiden in Abstimmung mit dem Ombudsmann und in seinem Auftrag darüber, ob die einzelne Beschwerde berechtigt ist. Die Referenten arbeiten nach fachlichen Schwerpunkten entsprechend den Versicherungssparten. Zum Ende des Berichtszeitraums unterstützten 21 juristische Referenten den Ombudsmann.

Weitere Mitarbeiter beschäftigt der Verein im Sekretariat, in der Verwaltung sowie in der Betriebsorganisation und IT. Zum Ende des Berichtsjahres waren 43 Personen beim Versicherungsombudsmann e. V. angestellt.

Durch die im Bericht enthaltene Gewinn-und-Verlust-Rechnung (siehe 3.9) und die aus der Statistik ersichtlichen Fallzahlen wird die Arbeit der Schlichtungsstelle auch aus dieser Perspektive der Öffentlichkeit zugänglich gemacht.

3.3 Vereinsmitglieder und Mitgliederversammlung

Der Versicherungsombudsmann e. V. ist der Trägerverein der Schlichtungsstelle. Nach § 3 Absatz 1 der Satzung des Vereins (siehe 5.3) können der GDV und dessen Mitgliedsunternehmen sowie Mitglieder vom Verband der Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit e. V., für die keine Mitgliedschaft beim GDV besteht, in den Verein aufgenommen werden. Am 31. Dezember 2023 hatte der Verein 299 (Vorjahr: 294) Mitglieder. Veränderungen im Mitgliederbestand gehen in der Regel auf Beitritte, die Verschmelzung auf ein anderes Mitglied oder die Einstellung des Geschäftsbetriebs zurück.

Die Mitglieder kommen mindestens einmal jährlich zusammen und bestimmen in einer Versammlung die grundsätzlichen Angelegenheiten des Vereins. Sie beschließen den Haushalt, genehmigen den Jahresabschluss, wählen die Mitglieder des Vorstands und die Mitgliedervertreter im Beirat. Zusammen mit dem Beirat entscheidet die Mitgliederversammlung über die Bestellung des Ombudsmanns und Änderungen der Verfahrensordnungen. Sie ist der Souverän des Vereins und gehört zusammen mit dem Vorstand zu seinen Organen.

Die Mitglieder tragen den Verein in wirtschaftlicher Hinsicht. In einem Umlageverfahren wird von ihnen ein Jahresbeitrag erhoben. Die Höhe der Umlage bestimmt sich nach dem Finanzbedarf, wie er sich aus dem von der Mitgliederversammlung genehmigten Wirtschaftsplan ergibt. Diese Umlage wird auf alle Mitglieder

3 EINZELHEITEN ZUR SCHLICHTUNGSSTELLE

aufgeteilt, wobei die Beitragshöhe für jedes einzelne Mitglied vom Verhältnis der jährlichen Bruttobeitragseinnahmen aller Mitgliedsunternehmen zueinander abhängig ist. Darüber hinaus zahlen die Versicherungsunternehmen eine Fallpauschale für nach der VomVO zulässige Beschwerden (Einzelheiten dazu unter 3.9).

Im Berichtsjahr fand die Mitgliederversammlung am 27. September in Berlin statt. Durch die in der Versammlung vertretenen Mitglieder wurde nach vorheriger Zustimmung des Beirats und auf Vorschlag des Vorstands Frau Dr. Sibylle Kessal-Wulf zur Nachfolgerin von Herrn Dr. Wilhelm Schluckebier als Ombudsfrau gewählt. Außerdem beschloss die Mitgliederversammlung Änderungen der Satzung, um die Durchführung einer virtuellen Mitgliederversammlung und die Aufnahme neuer Mitglieder aus dem Verband der Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit e.V. zu ermöglichen. Darüber hinaus wurde die Entlastung von Vorstand und Geschäftsführung, die Genehmigung des Jahresabschlusses 2022 und des Wirtschaftsplans 2024 beschlossen. Weiter fand eine Nachwahl der Mitgliedervertreter im Beirat statt.

Die Berichte des Ombudsmanns Dr. Wilhelm Schluckebier über die Beschwerdebearbeitung, die Entwicklung der Rechtsprechung und weitere fachliche Themen sowie des Geschäftsführers Constantin Graf von Rex zur Beschwerdestatistik, zur Organisation des Vereins und zu den Finanzen wurden von der Mitgliederversammlung zustimmend zur Kenntnis genommen.

3.4 Vorstand, Geschäftsführung

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

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

Die aktuelle Amtsperiode des Vorstands begann am 28. September 2020. Den Vorsitz im Vorstand hatte Thomas Flemming, Vorsitzender der Aufsichtsräte der Mecklenburgischen Versicherungen, inne. Die Zusammensetzung des Vorstands kann der Aufstellung im Anhang unter 5.6 entnommen werden.

Vorstandssitzungen fanden am 20. April in der Geschäftsstelle des Trägervereins und am 21. Juni virtuell statt. Im April stand der Jahresabschluss des Vereins für



das Geschäftsjahr 2022 im Vordergrund; im Juni lag der inhaltliche Schwerpunkt auf der Vorbereitung der Mitgliederversammlung und dem Wirtschaftsplan für das Geschäftsjahr 2024.

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

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

Seit Februar 2022 ist Constantin Graf von Rex Geschäftsführer des Vereins.

3.5 Beirat

Gemäß § 12 der Vereinssatzung gehört zum Verein ein Beirat. Das Gremium hat u. a. maßgeblichen Einfluss darauf, wer das Amt des Ombudsmanns ausübt, denn es ist an der Bestellung und einer eventuellen Abberufung zu beteiligen. Weiter bedürfen Änderungen der Verfahrensordnungen der Zustimmung des Beirats.

Eine weitere wichtige Funktion des Beirats liegt darin, die Tätigkeit und die Entwicklung der Schlichtungsstelle aufmerksam zu begleiten. Der Bericht des Ombudsmanns wird durch das Gremium entgegengenommen und bei Bedarf wird der Ombudsmann auch durch den Beirat beraten. Damit erhalten die Beiratsmitglieder einen umfassenden Einblick in die Arbeit der Schlichtungsstelle. Sie können Einfluss nehmen und ggf. Unzulänglichkeiten reklamieren. Die Einbeziehung dieses mit anerkannten Fachleuten besetzten Gremiums wirkt vertrauensbildend auf Verbraucher und Verbraucherorganisationen, auf die Mitgliedsunternehmen und die interessierte Öffentlichkeit. Es zeigt deutlich, dass die Unabhängigkeit des Ombudsmanns in der Praxis gelebt wird und durch die Vereinskonstruktion abgesichert ist.

Der Expertise der im Beirat einbezogenen Fachleute, darunter durchaus kritische Vertreter von Verbraucherorganisationen, kommt wertvolle Aussagekraft zu. Insbesondere dann, wenn Beschwerdeführer entgegen ihrer Erwartung mit ihrer Beschwerde nicht erfolgreich sind, müssen sie überzeugt davon sein, dass sachliche Gründe den Ausschlag gegeben haben, die durch eine unparteiliche Prüfung ermittelt wurden. Können Verbraucher sogar einen unerwünschten Ausgang ihres Verfahrens akzeptieren, lässt sich auch auf diese Weise ein Streit befrieden.

3 EINZELHEITEN ZUR SCHLICHTUNGSSTELLE

Die Anzahl der Beiratsmitglieder ist in der Satzung geregelt (§ 12 Absatz 1). Seit 2014 gilt für die Vertreter des öffentlichen Lebens eine abstrakte Verteilungsformel nach Größe und Anzahl der Fraktionen des Bundestags. Dies sichert eine dem Bundestag entsprechende und zugleich parteiübergreifende Zusammensetzung dieser Beiratsgruppe.

Die aktuelle Amtsperiode des Beirats begann am 28. Februar 2022. Den Vorsitz im Beirat hatte Professorin Dr. Petra Pohlmann, Inhaberin des Lehrstuhls für Bürgerliches Recht, Wirtschaftsrecht und Zivilverfahrensrecht am Institut für Internationales Wirtschaftsrecht der Juristischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster, inne. In seiner Sitzung am 28. Juni 2023 hat sich der Beirat auf Vorschlag des Vorstands einstimmig für Frau Dr. Sibylle Kessal-Wulf als Nachfolgerin von Herrn Dr. Wilhelm Schluckebier als Ombudsfrau ausgesprochen.

Der Beirat setzt sich aktuell zusammen aus jeweils sieben Vertretern der Mitgliedsunternehmen und von Verbraucherorganisationen (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. – vzbv, Stiftung Warentest und der Bund der Versicherten e.V. – BdV), zwei Vertretern der Versicherungsaufsicht, drei Vertretern der Wissenschaft, zwei Vertretern von Versicherungsvermittlerorganisationen sowie sieben Vertretern der Bundestagsfraktionen (CDU/CSU, SPD, FDP, Bündnis 90/Die Grünen und AfD). Die Partei DIE LINKE. hat den ihr angebotenen Sitz nicht besetzt.

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

3.6 Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Der Ombudsmann repräsentiert die Schlichtungsstelle nach außen. Die aktive Öffentlichkeitsarbeit des Versicherungsombudsmanns besteht aus dem jährlich vorgelegten Jahresbericht. Sämtliche Jahresberichte stehen auf der Website des Vereins für alle Interessierten zum Download bereit. Die Vereinswebsite verfügt darüber hinaus über viele weitere Informationsangebote. Die Schlichtungsstelle informiert transparent über alles Wesentliche. So beinhaltet der Jahresbericht sehr umfangreiche Darstellungen der Beschwerdetätigkeit zu allen Versicherungssparten, detaillierte Angaben zur Beschwerdestatistik und auch die Gewinn-und-Verlust-Rechnung des Vereins.

Auskünfte gegenüber der Presse übernimmt vorrangig der Ombudsmann. Er nimmt zu aktuellen Ereignissen Stellung, erläutert die Besonderheiten der Beschwerdebearbeitung und die Entwicklung der Rechtsprechung, soweit dies für die Schlichtungsstelle von Bedeutung ist. Ergänzend und insbesondere für Informationen über Statistik und die Organisation steht der Geschäftsführer des Vereins zur Verfügung.

Traditionell wird der Jahresbericht in einer Pressekonferenz der interessierten Medienöffentlichkeit durch den Ombudsmann und den Geschäftsführer vorgestellt und erläutert.



Im Übrigen geht die Initiative zur Berichterstattung regelmäßig von den Medienvertretern aus. Im Berichtsjahr wurden in Zeitschriften und Onlineartikeln Interviews und Stellungnahmen des Ombudsmanns wiedergegeben. Außerdem war Dr. Schluckebier in Sendungen im Fernsehen und Radio zu Gast.

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

3.7 Fachlicher Austausch

Der Versicherungsombudsmann e. V. und der Ombudsmann sind ein wichtiger Teil der nationalen und internationalen Verbraucherschlichtungsstellenlandschaft. Erfahrungsaustausch mit anderen Schlichtungsstellen, auch über die Landesgrenzen hinweg, prägt den fachlichen Diskurs. Nachfolgend werden die bedeutendsten Begegnungen des Berichtsjahres beschrieben.

Dr. Schluckebier und Graf von Rex nahmen am Erfahrungsaustausch der Verbraucherschlichtungsstellen des BMJ teil. Dr. Schluckebier hielt unter anderem Vorträge auf dem Neujahrsempfang des Bundesverbandes der Assekuranzführungskräfte e. V. (Arbeitgeberverband für das private Versicherungs-Vermittler-Gewerbe), bei einem Symposium des Bundesverbandes Deutscher Versicherungsmakler (BDVM) sowie auf dem 41. Münsterischen Versicherungstag und konnte dort die Schlichtungsstelle und ihre Schwerpunkte vorstellen und den Schlichtungsgedanken und seine Vorzüge hervorheben.

In den Räumlichkeiten des Bundesverbandes deutscher Banken e. V. wurde ein branchenübergreifendes Treffen der Schlichtungsstellen durchgeführt. In diesem Rahmen wurden Themen besprochen, die von gemeinsamem Interesse waren.

Der mit der Stiftung Warentest traditionell gute Kontakt wurde im Berichtsjahr weiter gepflegt. Dr. Schluckebier und Graf vom Rex nahmen im Februar an der „Expertenrunde Recht“ (digital) teil. Des Weiteren trafen sich Dr. Schluckebier und Graf von Rex mit interessierten Mitgliedern des Deutschen Bundestags und stellten die Geschäftsstelle und die Tätigkeitsschwerpunkte der Verbraucherschlichtung durch den Versicherungsombudsmann vor.

3 EINZELHEITEN ZUR SCHLICHTUNGSSTELLE

3.8 Gremienarbeit

Dr. Schluckebier, Graf von Rex und Experten aus der juristischen Abteilung der Schlichtungsstelle bringen ihre Erkenntnisse und Erfahrungen aus der Schlichtungstätigkeit in verschiedenen Gremien ein.

Bei der BaFin ist der Versicherungsombudsmann in zwei Gremien vertreten. Eines davon ist der Verbraucherbeirat. Das Gremium berät die BaFin bei der Erfüllung ihrer Aufsichtsaufgaben aus Verbrauchersicht. Dr. Schluckebier ist im Beirat einer der Vertreter außergerichtlicher Streitschlichtungssysteme. Das andere Gremium ist der Fachbeirat der BaFin. Er besteht gemäß § 8 des FinDAG aus Vertretern der Finanzwissenschaft, der Kredit- und Versicherungswirtschaft, der Deutschen Bundesbank und der Verbraucherschutzvereinigungen. Der Fachbeirat berät die BaFin bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und unterstützt sie bei der Weiterentwicklung aufsichtsrechtlicher Grundsätze. Die Sitzungen von Fachbeirat und Verbraucherbeirat fanden im Berichtsjahr wieder in Präsenz und unter Teilnahme von Dr. Schluckebier statt. Im FIN-NET der Europäischen Kommission vertrat Graf von Rex die Schlichtungsstelle bei den digitalen Zusammenkünften im Berichtsjahr (siehe dazu auch unter 3.1).

Dr. Schluckebier war seit Übernahme des Amtes bis zum Ende der Berufenungsperiode, dem 31. Dezember 2023, Mitglied des Beirats Finanzen des vzbv. Dieser berät den vzbv in Fragen von grundsätzlicher Bedeutung, die der Verwirklichung des „Prinzips der Marktbeobachtung“ dienen. Vor allem Fehlentwicklungen sollen so frühzeitig aufgedeckt, die Politik sowie Aufsichts- und Regulierungsbehörden darauf aufmerksam gemacht und Handlungsempfehlungen erarbeitet werden, um den Schutz der Verbraucher zu verbessern. Der Beirat dient als Impulsgeber für die Arbeitsplanung und berät zu Trends in den beobachteten Märkten. Ab 2024 wird der Austausch mit dem vzbv in einem neuen Veranstaltungsformat namens „Verbraucherpolitik im Fokus“ fortgesetzt.

Darüber hinaus war Dr. Schluckebier Mitglied in dem vom BMJ berufenen Beirat, der ein Forschungsvorhaben begleitete, das sich mit den Ursachen des seit Jahren zu verzeichnenden Trends zurückgehender Eingangszahlen bei den Zivilgerichten in Deutschland befasst hat. In dem mittlerweile vorgelegten Abschlussbericht* wird festgehalten, dass sich im Versicherungsvertragsrecht die Zahl der Zivilprozesse bei den Amtsgerichten in den letzten 15 Jahren etwa halbiert hat – von ca. 51.000 Verfahren auf etwa 25.000 pro Jahr. Für das gesamte Spektrum des Zivilrechts ist ein Rückgang um etwa ein Drittel zu verzeichnen. Die Gründe sind dem Abschlussbericht zufolge vielfältig. Im Vordergrund steht bei dem Prozessvermeidungsverhalten der Rechtssuchenden der hohe Aufwand eines Zivilprozesses, die Kosten der Rechtsverfolgung, die lange Verfahrensdauer – die bei den Gerichten trotz der geringeren Verfahrenszahlen zugenommen hat – sowie die Schwierigkeit, die Erfolgsaussichten einer Klage abzuschätzen. Beklagt wird überdies von der Rechtsanwaltschaft eine nicht sonderlich ausgeprägte fachliche Spezialisierung der Richter, während in der Anwaltschaft ein hoher Spezialisie-

* https://www.bmj.de/SharedDocs/Downloads/DE/Fachinformationen/Abschlussbericht_Eingangszahlen_Zivilgerichte.html



rungsgrad erreicht sei. Zudem wurden die fehlende digitale Kompetenz und die nicht optimale digitale Aufstellung im Justizbereich als Gründe genannt. Demgegenüber werden die außergerichtlichen Verfahren, insbesondere die branchenspezifischen Verbraucherschlichtungsverfahren als Alternativangebote und als belastbares Konfliktlösungsinstrument gesehen. Bei den im Rahmen des Forschungsvorhabens betrachteten Schlichtungsstellen sind in den letzten 15 Jahren erhebliche Zuwächse zu verzeichnen. Quantitativ erklärt sich der Rückgang bei den Zivilklagen nicht allein durch die alternative und außergerichtliche Streitbeilegung. Im Bericht wird hervorgehoben, dass im Bereich der Unternehmen über die letzten Jahre hinweg eine deutliche Optimierung des Beschwerdemanagements stattgefunden hat. Es kommt hinzu, dass viele Verfahren deutlich komplexer und schwieriger geworden sind, was auch der Wahrnehmung der Schlichtungsstelle entspricht. Der Bericht stellt weiter fest, es sei davon auszugehen, dass die Schlichtungsstellen ihren Status als Anbieter eines günstigen, im Zugang niedrighschwelligigen Verfahrens weiter festigen und ausbauen werden.

Der Versicherungsombudsmann e.V. ist im Beirat der Produktinformationsstelle Altersversorgung (PIA). Er wird vertreten durch die Rechtsreferentinnen Katja Busch und Anja Ruch. Der Beirat hat eine beratende Funktion bei der Weiterentwicklung der von der PIA entwickelten Berechnungsmethoden und entscheidet über eingebrachte Vorschläge zur Änderung am Simulationsverfahren, zur Chancen-Risiko-Klassifizierung und zur Effektivkostenberechnung.

3.9 Finanzen

Die Mitgliedsunternehmen finanzieren die Schlichtungsstelle durch Mitgliedsbeiträge und Fallpauschalen für bearbeitete Beschwerden. Die Beiträge werden in Form einer jährlichen Umlage erhoben, deren Höhe die Mitgliederversammlung aufgrund des vom Vorstand aufgestellten Wirtschaftsplans festsetzt. Eventuell vorhandene Überschüsse können dabei mindernd berücksichtigt werden. Ausgehend von dem ermittelten Finanzbedarf wird für jedes Unternehmen die Höhe des Beitrags einzeln berechnet, wobei die Höhe der Bruttobeitragseinnahmen der Mitglieder zueinander ins Verhältnis gesetzt wird. Der Mindestbeitrag ist grundsätzlich auf 500,00 Euro festgesetzt.

Die Fallpauschalen werden für Beschwerden erhoben, die gegen die Unternehmen eingelegt werden. Für nach der Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns zulässige 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, Empfehlung oder Abweisung mit Schlichtungsvorschlag beendet wurden, 159,75 Euro, für auf andere Weise beendete Verfahren 106,50 Euro.

3 EINZELHEITEN ZUR SCHLICHTUNGSSTELLE

Die Satzung sieht vor, dass der Vorstand binnen vier Monaten nach Ende des Geschäftsjahres den Jahresabschluss aufstellt, der von den ehrenamtlichen 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 vorsieht.

Den Jahresabschluss des Vereins für das Jahr 2023, dessen Bestandteil die dargestellte Gewinn-und-Verlust-Rechnung ist, hat der Geschäftsführer vorbereitet und der Vorstand per Beschluss aufgestellt. Dieser Abschluss wurde der Deloitte GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft vorgelegt. Die Wirtschaftsprüfer erstellten einen Bericht und erteilten darin den uneingeschränkten Bestätigungsvermerk. Jahresabschluss und Wirtschaftsprüfungsbericht sind den von den Mitgliedsunternehmen gewählten ehrenamtlichen Rechnungsprüfern vorzulegen.

Rechnungsprüfer für das Geschäftsjahr sind Antje Mündörfer, Mitglied der Vorstände der IDEAL Versicherungsgruppe, und Dr. Frederic Roßbeck, Vorsitzender des Vorstands der Feuersozietaät Berlin Brandenburg Versicherung AG.



Gewinn-und-Verlust-Rechnung¹	2023 TEUR	2022 TEUR
Mitgliedsumlagen einschließlich verrechneter Beitragsvorauszahlungen	3.767	3.515
Umsatzerlöse	1.407	1.390
Bestandsveränderung ²	20	18
Sonstige Zinsen und ähnliche Erträge	7	15
Sonstige Erträge	44	17
Erträge	5.245	4.956
Personalaufwand	3.246	3.396
Raumkosten	671	521
Honorare, Gutachten, Beiträge, Gebühren	628	439
Kommunikationskosten	70	65
Reise-, Sitzungs- und Tagungskosten	36	37
Abschreibung auf immaterielle Vermögenswerte des Anlagevermögens und Sachanlagen	68	57
Zinsen und ähnliche Aufwendungen	0	16
Sonstige Aufwendungen	91	100
Außerordentliche Aufwendungen	0	0
Steuern von Einkommen und Ertrag	0	0
Aufwendungen	4.810	4.632
Differenz Erträge und Aufwendungen	435	324
Entnahme/Zuführung Abschreibungsrücklage	16	17
Zuführung zur zweckgebundenen Rücklage	0	0
Entnahme Mitgliederguthaben	0	0
Überschuss/Mitgliederguthaben	451	341

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.

4 Statistik

4.1 Gesamtbetrachtung

Wie in den Vorjahren werden in der folgenden statistischen Betrachtung die zulässigen Beschwerden in den Vordergrund gestellt.

Im Jahr 2023 gingen insgesamt 13.205 zulässige Beschwerden (Vorjahr: 11.898) ein. Gegenüber dem Vorjahr 2022 bedeutet dies eine Steigerung um 11,0 Prozent. Die meisten Sparten wiesen Steigerungen im Beschwerdeeingang auf. Die Beschwerden, die nicht in unseren Zuständigkeitsbereich fielen, sind auf 4.832 (4.009) gestiegen.

Die als unzulässig ausgewiesenen Vorgänge bestehen aus zwei Fallgruppen:

3.896 (3.171) Eingaben waren nach der Zulässigkeitsprüfung gemäß den Verfahrensordnungen unzulässig. Die Zulässigkeit nach der VomVO scheiterte etwa deshalb, weil die Eingabe sich gegen einen Versicherer richtete, der nicht dem Verein angehörte, oder das Anliegen einen Krankenversicherungsvertrag betraf. Es gab aber auch unzulässige Vermittlerbeschwerden, zum Beispiel weil sich ein Vermittler über einen anderen beschwerte. Dann erfolgte die Abweisung nach der VermVO.

Vorgänge, die keinem der beiden Zuständigkeitsbereiche zugeordnet werden konnten, werden in der Statistik als „Anderweitige“ ausgewiesen. Irrläufer, also Eingänge, die erkennbar an einen anderen Adressaten gerichtet waren, haben keinen Eingang in die Statistik gefunden.

Die zweite Fallgruppe bildeten 936 (838) Eingaben, die schon deshalb nicht das Stadium der zulässigen Verfahren erreichen konnten, weil der Beschwerdeführer nach Beschwerdeeinlegung notwendige weitere Handlungen unterlassen hatte. Solche Vorgänge wurden in die Kategorie „fehlende Weiterverfolgung“ eingeordnet. Ein nicht geringer Teil davon dürfte darauf zurückzuführen sein, dass sich das Problem für den Verbraucher zwischenzeitlich erledigt hatte.

Damit erhielt die Schlichtungsstelle im Berichtsjahr insgesamt 18.037 (15.907) Eingaben.

Bei der nachfolgenden Betrachtung werden die im Beschwerdejahr eingegangenen **zulässigen Beschwerden je Versicherungssparte** angegeben, sowohl in absoluten Zahlen als auch in den Prozentangaben. Die Reihenfolge ergibt sich aus der Größenordnung der Veränderung im Verhältnis zum Vorjahr. Die Summe aus zulässigen und unzulässigen Eingaben je Sparte steht in Klammern.

Auf Grund der Steigerung des Gesamteingangs wiesen alle Sparten bis auf die Gebäudeversicherung zum Teil deutliche Zuwächse auf.

Die rückläufige Tendenz zulässiger Eingaben in der Sparte **Unfall** wurde 2023 deutlich durchbrochen. Mit einer Steigerung von 39,3 Prozent ist sie die Sparte mit



dem größten Zuwachs. Ihr Anteil an der Gesamtheit der zulässigen Eingänge liegt aktuell bei 4,0 nach zuvor 3,2 Prozent. Als Ursache hierfür lässt sich vermuten, dass in Zeiten einer Endemie des Coronavirus nun Versicherungsnehmer wieder mehr unternehmen und demzufolge auch mehr verunfallen.

Die zulässigen Beschwerden zur **Kfz-Versicherung** erhöhten sich insgesamt um 28,8 Prozent. Dabei stiegen die Eingaben zur Kfz-Kaskoversicherung auf nunmehr 1.680 (2.117) nach 1.297 (1.669) im Jahr 2022. Dies entspricht einem Anstieg von 29,5 Prozent. Beschwerden in der Kfz-Haftpflichtversicherung nahmen im Vergleich zum Vorjahr auch deutlich zu, und zwar von 572 (1.061) auf 727 (1.369). Dies entspricht 27,1 Prozent. Der mit 53 Prozent auffallend niedrige Anteil an zulässigen Eingaben in der Kfz-Haftpflichtversicherung ist darauf zurückzuführen, dass sich ein Teil der Beschwerden nicht auf den vertragsrechtlichen Anspruch bezieht, sondern im Zusammenhang mit Schadenersatzansprüchen Dritter steht.

Eine Steigerung von 21,7 Prozent der Beschwerden wies die **Allgemeine Haftpflichtversicherung** auf. Diese Sparte verzeichnete 605 (1.075) Eingaben in 2023, nach 497 (958) im Jahr davor. Auffallend war der hohe Anteil unzulässiger Vorgänge, der im Berichtsjahr 56 Prozent betrug. Eine ähnliche Quote weist die Kfz-Haftpflichtversicherung auf. In beiden Sparten betreffen die Anliegen oft Schadenersatzansprüche von Dritten, für die der Ombudsmann nicht zuständig ist.

Die als „**Sonstige**“ geführten Beschwerden stiegen auch 2023 weiter an. Unter dem Sammelbegriff „Sonstige“ werden Sparten mit vergleichsweise wenig Eingaben geführt, unter anderem Reiseversicherungen und solche Beschwerden, die mehrere Sparten betreffen, weil es sich beispielsweise um kombinierte Verträge handelt. 2023 wurden zu dieser Kategorie 1.485 (mit unzulässigen 2.157) Beschwerden eingelegt, wobei die Reiserücktrittsversicherung mit 478 Eingaben wieder einen Schwerpunkt bildete. 2022 waren es 1.234 (1.846) Eingaben. Dies entspricht einem Zuwachs von 20,3 Prozent.

Die Eingänge in der **Hausratversicherung** erhöhten sich 2023 ebenfalls um 20,3 Prozent. Die Eingänge waren in den vergangenen Jahren unterschiedlich. 2019 und 2020 sanken die Eingänge und stiegen erst 2021 wieder auf 693 (766). 2022 verringerten sich die Eingänge wieder etwas auf 665 (743). 2023 erfolgte eine deutliche Steigerung auf 800 (903). Der prozentuale Anteil am Gesamteingang zulässiger Beschwerden stieg damit auf 6,1 Prozent.

Die zulässigen Eingaben in der **Berufsunfähigkeitsversicherung** bewegen sich seit längerem in einer ähnlichen Größenordnung. 2023 waren es 294 (397) was einem Zuwachs von 10,1 Prozent entspricht. 2021 waren es 349 (474) Beschwerden und 2022 waren es 267 (353).

In der **Lebensversicherung** konnte 2023 wieder ein Anstieg der zulässigen Eingaben verzeichnet werden. Hier reduzierten sich im vergangenen Jahr die Eingänge, während im Jahr 2021 mit 3.412 (3.992) eine deutliche Steigerung zu verzeichnen war. Die Zahl der Beschwerden erhöhte sich von 2.643 auf 2.915 was einem

4 STATISTIK

Anstieg von 10,3 Prozent entspricht sodass sich der Effekt vom Vorjahr ausgeglichen hat.

Beschwerden in der **Rechtsschutzversicherung** verzeichneten wieder ein leichtes Plus von 2,8 Prozent und stiegen auf 2.637 (2.565) Eingaben, nachdem sie sich in den beiden Vorjahren verringert hatten.

Zulässige Beschwerden zu **Realkreditverträgen** stiegen 2023 von 10 auf 11 Eingaben. In dieser Größenordnung sind Prozentwerte ohne Aussagekraft. Anzumerken ist, dass für diesen Aufgabenbereich die Zuständigkeit des Versicherungsombudsmanns erst im Jahr 2013 begründet wurde (keine Versicherungssparte).

2021 sorgte ein Sondereffekt in der **Gebäudeversicherung** für einen Anstieg um 15,1 Prozent. 2022 hielt dieser Sondereffekt noch an, schwächte sich aber ab. Im Jahr 2023 setzte sich diese Entwicklung fort. Der Beschwerdeeingang verringerte sich von 1.769 (1.973) auf 1.523 (1.797), was einem Rückgang von 13,9 Prozent entspricht.

Im Berichtsjahr **beendete** die Schlichtungsstelle 12.639 (Vorjahr: 12.247) zulässige Beschwerden. Zusammen mit den unzulässigen und den von den Beschwerdeführern nicht weiterverfolgten Vorgängen wurden 17.466 (16.277) Verfahren abschließend bearbeitet. Die durchschnittliche Verfahrensdauer der zulässigen Beschwerden konnte mit 2,4 Monaten annähernd gehalten werden. In Tagen betrachtet, erhöhte sich im Vergleich zum Vorjahr die Dauer von 69,0 auf 72,4 (ausschließlich Unternehmensbeschwerden 72,2) Tage. Dieser Wert ist nicht mit der 90-Tage-Frist nach dem VSBG zu verwechseln, da letztere erst mit der Vollständigkeit der Akte zu laufen beginnt (Unternehmensbeschwerden 27,8 Tage und Vermittlerbeschwerden 8,3 Tage). Die hier genannte Beschwerdedauer zählt dagegen ab Einlegung der Beschwerde, bedeutet also eine weit schnellere Abarbeitung, als das VSBG es als Obergrenze definiert.

Auch im Berichtsjahr werden bei der Gesamtbetrachtung der beendeten Beschwerden diese nach Sparte und Beschwerdewert differenziert (vgl. 4.5). Damit lässt sich beispielsweise erkennen, dass in der Kfz-Haftpflichtversicherung 97,4 Prozent der Vorgänge im Beschwerdewertbereich unter 5.000 Euro liegen, während sich in der Berufsunfähigkeitsversicherung nur 31,9 Prozent und bei Realkreditverträgen nur 31,3 Prozent der Eingaben innerhalb dieser Bandbreite befinden.

Schließlich wird die Erfolgsquote der zulässigen Unternehmensbeschwerden nach Sparten prozentual ausgewiesen. Hierbei zeigt sich, dass 2023 die Verbraucher bei der Sparte „Sonstige“ mit 62,6 Prozent, gefolgt von der Kfz-Kaskoversicherung mit 61,5 Prozent die größten Erfolgchancen hatten. Am anderen Ende der Skala befinden sich im Berichtsjahr die Sparten Unfall- (31,7 Prozent) und Gebäudeversicherung (40,9 Prozent) sowie die Berufsunfähigkeitsversicherung (41,3 Prozent) wobei im Berichtsjahr die Spanne geringer ausfiel als im Vorjahr. Die Gründe hierfür werden unter 4.3 erläutert.



4.2 Differenzierung nach Zuständigkeiten des Ombudsmanns

Die Zuständigkeit für Beschwerden gegen Vermittler macht eine Abgrenzung zum Verfahren gegen Versicherungsunternehmen notwendig. Seit Ausübung der gesetzlich definierten Aufgabe muss der Ombudsmann festlegen, welches Verfahren er durchführt. In seltenen Fällen kommt es vor, dass zwei Verfahren (eines gegen das Mitgliedsunternehmen, das andere gegen den Vermittler) eröffnet werden. Auch wenn Beschwerden vom Aufgabenbereich des Ombudsmanns nicht erfasst werden, gilt es zu differenzieren, weil entschieden werden muss, für welches Verfahren die Unzulässigkeit gilt: Handelt es sich um eine unzulässige Unternehmensbeschwerde (Beispiel: Beschwerde eines Selbstständigen, ohne dass eine verbraucherähnliche Lage vorliegt), 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 letzteren Art waren ursprünglich den unzulässigen Unternehmensbeschwerden zugeordnet. Inzwischen gehören sie der Kategorie „Anderweitige“ an. Diese Differenzierung hat nicht nur statistische Gründe. Sie ermöglicht zudem eine genauere Bewertung der Verbraucherbeschwerden im Versicherungsbereich.

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 erfüllen, da sich das Beschwerdeziel (zum Beispiel Vertragsaufhebung, Schadensregulierung) gegen den Versicherer richtet. Solche Eingaben wurden überwiegend nach der für Verbraucher vorteilhaften VomVO behandelt, es sei denn, der Beschwerdeführer 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. Dies gilt es bei der Rubrik „Vermittlerverfahren“ zu bedenken. Die beiden Verfahrensarten unterscheiden sich grundlegend, wie unter 1.5 erläutert. Deshalb werden sie 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 13.205 (Vorjahr: 11.898) im Berichtsjahr eingegangenen zulässigen Beschwerden betrafen 13.053 (11.571) die Kategorie Unternehmensbeschwerden, was einer Steigerung von 12,8 Prozent im Vergleich zum Vorjahr entspricht.

Die nachfolgenden Ausführungen betreffen ausschließlich die im Geschäftsjahr beendeten (in Abgrenzung zu den eingegangenen) Unternehmensbeschwerden. Nach Abschluss des Verfahrens stehen sämtliche Angaben und Erkenntnisse zur Verfügung. Deshalb eignen sie sich für eine vertiefte Auswertung eines Jahres entschieden besser als die Eingänge.

4 STATISTIK

12.501 (11.916) zulässige Beschwerden gegen Versicherungsunternehmen wurden im Berichtsjahr beendet. In 912 (810) Fällen haben die Beschwerdeführer ihr Anliegen nicht weiterverfolgt. Bei vielen dürfte der Grund darin liegen, dass in der Zwischenzeit das Versicherungsunternehmen der Beschwerde bereits abgeholfen hatte. Die Zulässigkeitsprüfung konnte in diesen Fällen entweder noch nicht erfolgen oder war noch nicht abgeschlossen.

647 (1.192) Verfahren konnten nicht in der Sache entschieden werden, da die endgültige Bewertung des geltend gemachten Anspruchs von Fragen abhing, deren Klärung die Möglichkeiten des vereinfachten Ombudsmannverfahrens nicht zuließen oder die rechtsgrundsätzlich waren und deren Behandlung zudem den effektiven Betrieb der Schlichtungsstelle ernsthaft beeinträchtigt hätte (§ 9 Absatz 1 VomVO).

Von den übrigen 11.854 (10.722) Verfahren beendete der Ombudsmann 6.134 (5.505) Fälle mit einer Entscheidung oder Empfehlung. In 3.814 (3.367) Verfahren half das Versicherungsunternehmen ab. Das bedeutet, der Versicherer kam dem Beschwerdeführer ganz oder teilweise entgegen. Ein beiderseitiges Nachgeben, also ein Vergleich, kam in 745 (656) Fällen zustande. In 1.161 (1.194) Verfahren zog der Beschwerdeführer seine Beschwerde zurück.

In 3.351 (2.795) Fällen musste der Ombudsmann die Befassung mit der Beschwerde ablehnen. Die Zulässigkeitsfrage ist nach der hierfür geltenden Verfahrensordnung (VomVO) zu entscheiden. Beschwerden, mit denen sich der Ombudsmann nicht zu befassen hat, 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).

Ein nur vorübergehender Hinderungsgrund für die Durchführung eines Beschwerdeverfahrens liegt zum Beispiel vor, wenn sich ein Beschwerdeführer an den Ombudsmann wendet, ohne dass er die Entscheidung bei dem betroffenen Versicherungsunternehmen zuvor beanstandet hatte. Dann bittet der Ombudsmann den Beschwerdeführer, dem Unternehmen die Möglichkeit zur Klärung zu geben. Dieses Vorgehen beruht auf dem Gedanken, dass die Bereinigung von Meinungsverschiedenheiten möglichst auf der niedrigsten Konfliktstufe beginnen sollte. Mit der Geltendmachung beim Versicherer kann das Verfahren durchgeführt werden, es sei denn, der Versicherer beantragt die Aussetzung des Verfahrens. Diese in § 2 Absatz 3 VomVO enthaltene Regelung weicht zugunsten der Verbraucher vom VSBG ab und dient der Verfahrensbeschleunigung.

Im Berichtsjahr hatten 50,8 (48,5) 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 Vertragslaufzeit entsprechend dem Wunsch des Versicherungsnehmers angepasst wird, diese also je nach Beschwerdeziel früher oder später als vom Versicherer entschieden endet. Wirtschaftliche Vorteile



können in einer höheren Schadenzahlung in der Gebäudeversicherung oder in der Übernahme der Kosten für die rechtliche Interessenvertretung in der Rechtsschutzversicherung bestehen.

Ein Erfolg kann sich in diesen Fällen aber auch auf der Seite des Versicherers einstellen. Zum einen vermeidet das Ausräumen einer Meinungsverschiedenheit Bearbeitungsaufwand, der anfallen würde, müsste man sich damit weiter befassen. Zum anderen verbessert sich meist auch in diesen Fällen das Verhältnis zum Versicherungsnehmer, denn die für Beschwerdeführer erfolgreichen Verfahrensausgänge beruhen überwiegend auf Abhilfen der Versicherer. Dieses freiwillige Entgegenkommen signalisiert Kundenorientierung und Interesse an der Fortsetzung des Vertragsverhältnisses. Eine vom Streit befreite Kundenbeziehung hat Aussicht auf Erhalt und Entwicklung.

Beschwerden aus der Lebensversicherung haben zwangsläufig vergleichsweise geringere Erfolgsaussichten. Sie richten sich oft gegen Standmitteilungen, die Höhe der Überschüsse oder die Ablaufleistungen. Der Ombudsmann kann die diesbezüglichen Anliegen der Beschwerdeführer durchaus verstehen, denn die Angaben sind für Verbraucher rechnerisch nicht nachvollziehbar. Ihnen fehlen dazu die Werte, Formeln und in der Regel die Fachkenntnisse. Zudem erscheinen die Darstellungen der Versicherer oft unklar oder missverständlich. Auch können die mitgeteilten Größenordnungen enttäuschen, wenn sie unter den Erwartungen liegen. Die Prüfung des Ombudsmanns bringt jedoch zumeist weder hinsichtlich der Berechnungen noch unter rechtlichen Gesichtspunkten Gründe zur Beanstandung hervor.

Die Erfolgsquote in der Lebensversicherung bewegte sich bis einschließlich 2011 unter 20 Prozent. 2012 lag sie mit 23,3 Prozent erstmals darüber und erreichte 2013 den Höchststand von 34,0 Prozent. Dieser Anstieg beruhte maßgeblich auf der Entwicklung der Rechtsprechung sowie deren Umsetzung durch die Unternehmen und wurde im Bericht 2013 an gleicher Stelle kommentiert. Im Berichtsjahr waren 35,0 (34,1) Prozent der Beschwerden in der Lebensversicherung im zuvor beschriebenen Sinn erfolgreich.

Der Jahresbericht weist unter 4.5 unter anderem die Erfolgsquoten nach Sparten aus. Da in der Tabelle zugleich die Werte für die davorliegenden vier Jahre enthalten sind, lässt sich die Entwicklung verfolgen und bewerten.

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 Vereinsatzung in § 13 Absatz 3 vorsieht. Danach soll der Ombudsmann in bestimmten Fällen die Beilegung des Streits durch Bescheidung mit verständlicher Erläuterung der Rechtslage fördern. Eine befriedende Wirkung tritt in aller Regel ein, wenn die zuvor unzufriedene Partei nach der Prüfung durch

den Ombudsmann die Zusammenhänge versteht und erkennt, dass sich der Verfahrensgegner vertragsgemäß und gesetzeskonform verhalten hat.

4.4 Beschwerden gegen Versicherungsvermittler

Das Vermittlerverfahren unterscheidet sich erheblich von dem Beschwerdeverfahren gegen Unternehmen. Insoweit wird auf die Erläuterungen unter 1.5 und 4.2 verwiesen. Einige der Besonderheiten haben Auswirkung auf die statistische Betrachtung. So gibt es Beschwerden, die durchaus in den Aufgabenbereich fallen, sich jedoch nicht mit rechtlichen Maßstäben bewerten lassen. Dies soll an folgendem Beispiel verdeutlicht werden: Beschwerdet sich ein Versicherungsnehmer, weil der Vermittler ihn anlässlich eines Beratungstermins für einen Hausrat-Versicherungsvertrag beleidigt haben soll und sich nicht entschuldigen will, 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 eine Streitigkeit (1.) eines Versicherungsnehmers (2.) mit einem Versicherungsvermittler (3.), die im Zusammenhang mit der Vermittlung eines Versicherungsvertrages (4.) steht. Dennoch kann der Ombudsmann die Beschwerde nicht nach Recht und Gesetz entscheiden, wie es § 5 Absatz 4 VermVO vorsieht. Entsprechendes gilt für den in § 19 Absatz 1 Satz 2 VSBG niedergelegten Maßstab. Danach soll der Schlichtungsvorschlag am geltenden Recht ausgerichtet sein. Dies ist für derartige Fälle zum einen ein untauglicher Gradmesser, zum anderen würde eine darauf gerichtete Bewertung nicht die Beilegung des Streits fördern.

Da jedoch eine solche Beschwerde, wie zuvor erläutert, eindeutig in den vom Gesetzgeber übertragenen Aufgabenbereich fällt, nimmt sich der Ombudsmann ihrer an und beantwortet sie. Weil ein rechtlicher Maßstab nicht herangezogen werden kann, wird bei den Vermittlerbeschwerden zwischen justiziablen und nicht justiziablen Beschwerdegegenständen unterschieden. Diese Differenzierung ist dagegen dem Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsunternehmen fremd. Solche Unterschiede zwischen Vermittler- und Unternehmensbeschwerden gilt es bei Betrachtung der statistischen Darstellung zu bedenken. Zudem ist zu berücksichtigen, dass die Anzahl der Beschwerden gegen Versicherungsvermittler für eine detaillierte statistische Auswertung zu gering ist. Es fehlt insbesondere bei Teilmengen an einer hinreichenden Datengrundlage, um zuverlässige Aussagen treffen zu können. Daher wird empfohlen, Schlussfolgerungen nur mit der gebotenen Vorsicht zu ziehen.

Im Berichtsjahr hat der Ombudsmann 318 (Vorjahr: 444) Eingaben in diesem Zuständigkeitsbereich erhalten. Das entspricht einer Verringerung von 28,4 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Der im Vorjahr für die Steigerung verantwortliche Beschwerdekompex beschäftigte den Ombudsmann auch in diesem Jahr, die Anzahl der Beschwerden verringerte sich aber deutlich. Die nachfolgenden Ausführungen betreffen ausschließlich die im Geschäftsjahr beendeten (in Abgrenzung zu den eingegangenen) Vermittlerbeschwerden. Bei der Betrachtung ist daher zu berücksichtigen, dass sich die Angaben nur bedingt auf die



im Berichtsjahr eingegangenen Beschwerden übertragen lassen. Dennoch wird dieser Darstellung der Vorzug eingeräumt, weil dadurch die Datengrundlage wesentlich aussagekräftiger ist. Grund dafür ist, dass erst abgeschlossene Verfahren eine vollständige Auswertung ermöglichen, denn vor oder während der Bearbeitung liegen dem Ombudsmann noch nicht alle Erkenntnisse zur Einordnung des jeweiligen Vorgangs vor.

306 (443) Vermittlerbeschwerden beendete der Ombudsmann im Berichtsjahr. In 13 (8) Fällen hatte der Beschwerdeführer sein Anliegen nicht weiterverfolgt. 155 (104) Beschwerden ließen sich nicht dem vom Ombudsmann schon weit ausgelegten Aufgabenbereich zurechnen und waren somit unzulässig. Häufigster Grund, weshalb ein Verfahren nicht durchgeführt werden konnte, war mit 70,0 (64,0) Prozent ein fehlender Zusammenhang mit einer Vertragsvermittlung. Die zweithäufigste Fallgruppe betraf mit 17,0 (29,0) Prozent die fehlende vorherige Anspruchsanmeldung beim Versicherungsvermittler.

Von den beendeten Beschwerden fielen 138 (331) 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 4,4 (0,9) 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 9,4 (1,2) Prozent ausmachten, und Rücknahmen mit einem Anteil von 5,8 (1,8) Prozent. In 43,5 (16,0) Prozent dieser Fälle bewertete der Ombudsmann gegenüber den Parteien die Beschwerde abschließend. In 29,7 (79,2) Prozent der Beschwerden konnten die Verfahren nicht in der Sache entschieden werden, da die endgültige Bewertung von Fragen abhing, deren Behandlung den effektiven Betrieb der Schlichtungsstelle ernsthaft beeinträchtigen würde (§ 2 Absatz 1 Nr. 7 VermVO). Der erhebliche Rückgang derartiger Verfahren ist auf die erwähnte Verringerung von Beschwerden aus einer konfliktbehafteten Umdeckungsaktion aus dem Jahr 2021 zurückzuführen.

Beschwerden, die zwar den Aufgabenbereich betrafen, jedoch nicht justiziabel waren, machten einen Anteil von 7,2 (0,9) Prozent der zulässig beendeten Eingaben aus. Hier teilte der Ombudsmann seine Auffassung zum Beschwerdegegenstand mit und versuchte, auf die Beteiligten befriedend einzuwirken. Alle Beschwerden, auch die nicht justiziablen, wurden selbstverständlich „beantwortet“. 21,4 (5,9) Prozent der zulässig beendeten Vermittlerbeschwerden waren ganz oder zum Teil erfolgreich. In diese Kategorie fällt auch die Bewertung allein auf der Grundlage des vom Beschwerdeführer vorgetragenen Standpunktes. In den wenigen Fällen, in denen der Beschwerdegegner keine Stellung zum Vorwurf genommen hatte, konnte die Beschwerde nur auf dieser Basis geprüft werden. Ob der Streit tatsächlich in der vom Ombudsmann bewerteten Weise beendet wurde oder die Parteien ihn weiter vor Gericht austrugen, wird in der Regel nicht mitgeteilt.

4 STATISTIK

4.5 Tabellen und Grafiken

1. Gesamtbetrachtung der Eingänge im Berichtsjahr

Diese Auswertungen geben die im Jahr **2023 erhaltenen Eingaben** wieder, unabhängig vom Zeitpunkt ihrer Bearbeitung. Enthalten sind Unternehmens- und Vermittlerbeschwerden sowie Eingaben, die keinem dieser Bereiche zugeordnet werden können.

Eingaben an den Ombudsmann

	2023	2022	2021	2020	2019
Zulässige Beschwerden	13.205	11.898	14.106	13.235	13.006
Veränderung zum Vorjahr	+ 11,0 %	- 15,7 %	+ 6,6 %	+ 1,8 %	- 8,1 %
Unzulässige Beschwerden	3.896	3.171	3.321	4.045	3.675
Veränderung zum Vorjahr	+ 22,9 %	- 4,5 %	- 17,9 %	+ 10,1 %	- 6,7 %
Keine Weiterverfolgung durch Beschwerdeführer	936	838	917	853	847
Veränderung zum Vorjahr	+ 11,7 %	- 8,6 %	+ 7,5 %	- 0,7 %	- 2,4 %
Beschwerden gesamt	18.037	15.907	18.344	18.133	17.528
Veränderung zum Vorjahr	+ 13,4 %	- 13,3 %	+ 1,2 %	+ 3,5 %	- 7,5 %

Eingang zulässiger Beschwerden im Vergleich zum Vorjahr

	2023	2022	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Leben	2.915	2.643	272	10,3
Rechtsschutz	2.637	2.565	72	2,8
Kfz-Haft	727	572	155	27,1
Kfz-Kasko	1.680	1.297	383	29,5
Gebäude	1.523	1.769	- 246	- 13,9
Unfall	528	379	149	39,3
Hausrat	800	665	135	20,3
Allgemeine Haftpflicht	605	497	108	21,7
Berufsunfähigkeit	294	267	27	10,1
Realkredit	11	10	1	10,0
Sonstige*	1.485	1.234	251	20,3
Gesamt	13.205	11.898	1.307	11,0

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



Entwicklung der Eingänge nach Zuständigkeitsbereichen

	2023	2022	2021	2020	2019
Unternehmensbeschwerden	17.324	15.149	17.300	17.413	16.928
Veränderung zum Vorjahr	+ 14,4 %	- 12,4 %	- 0,6 %	+ 2,9 %	- 7,1 %
Vermittlerbeschwerden	318	444	677	298	261
Veränderung zum Vorjahr	- 28,4 %	- 34,4 %	+ 127,2 %	+ 14,2 %	- 7,8 %
Anderweitige	395	314	367	422	339
Veränderung zum Vorjahr	+ 25,8 %	- 14,4 %	- 13,0 %	+ 24,5 %	- 25,5 %
Gesamt	18.037	15.907	18.344	18.133	17.528
Veränderung zum Vorjahr	+ 13,4 %	- 13,3 %	+ 1,2 %	+ 3,5 %	- 7,5 %

Zulässige Unternehmensbeschwerden nach Sparten in Prozent

	2023	2022	2021	2020	2019
Leben	22,0	22,5	24,8	20,8	23,5
Rechtsschutz	20,1	22,1	23,4	26,3	24,8
Kfz-Haft	5,5	4,9	6,9	7,3	6,8
Kfz-Kasko	12,8	11,2	9,2	10,0	8,7
Gebäude	11,4	13,3	12,8	9,1	9,3
Unfall	4,0	3,3	3,6	4,3	4,8
Hausrat	6,1	5,5	4,7	4,4	5,1
Allgemeine Haftpflicht	4,6	4,3	4,1	4,1	4,6
Berufsunfähigkeit	2,2	2,3	2,5	2,9	2,8
Realkredit	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2
Sonstige*	11,2	10,5	7,9	10,6	9,4

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

Zulässige Vermittlerbeschwerden nach Sparten in Prozent

	2023	2022	2021	2020	2019
Leben	27,6	10,4	8,9	42,5	55,2
Rechtsschutz	5,9	2,2	1,6	9,4	4,3
Kfz-Haft	0,7	0,3	0,9	6,6	4,3
Kfz-Kasko	10,6	1,2	2,7	8,5	8,6
Gebäude	27,6	68,2	71,9	4,7	2,6
Unfall	1,3	0,6	0,2	1,9	1,7
Hausrat	6,6	8,9	8,9	8,5	1,7
Allgemeine Haftpflicht	2,6	0,9	1,1	5,7	3,5
Berufsunfähigkeit	2,6	0,9	0,9	2,8	11,2
Sonstige*	14,5	6,4	2,9	9,4	6,9

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

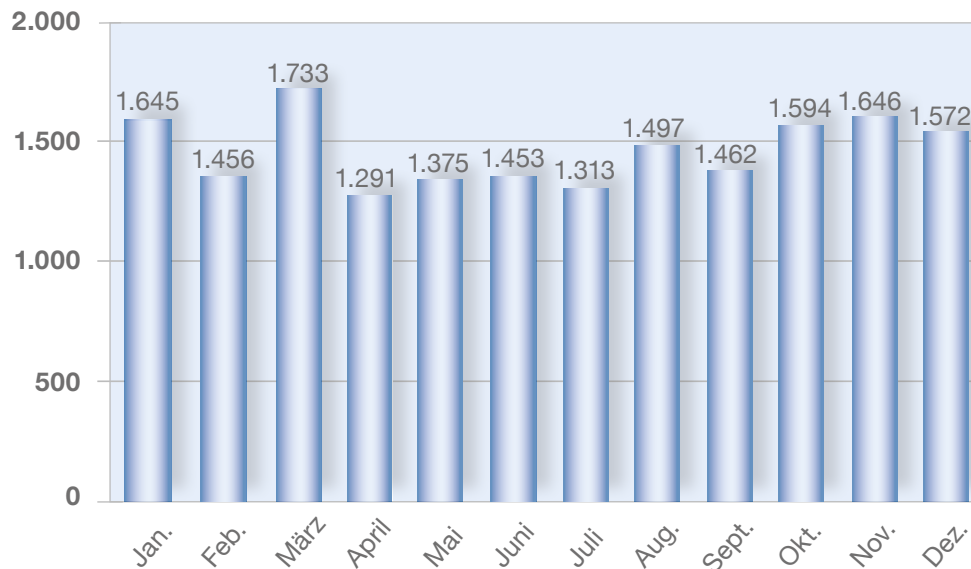
4 STATISTIK

Verteilung nach Aufgabenbereichen und Zulässigkeit*

2023	gesamt	zulässig	unzulässig	keine Weiterverfolgung
Unternehmensbeschwerden	17.324	13.203	3.348	923
Anteil in Prozent	100,0	75,4	19,3	5,3
Vermittlerbeschwerden	318	152	153	13
Anteil in Prozent	100,0	47,8	48,1	4,1
Anderweitige	395	0	395	0
Anteil in Prozent	100,0	0,0	100,0	0,0
Gesamt	18.037	13.205	3.896	936
Anteil in Prozent	100,0	73,2	21,6	5,2

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

Beschwerdeeingänge 2023 dargestellt nach Monaten



Kommunikationseingänge zu den Verfahren

	2023	2022	2021	2020	2019
Telefon	5.967	5.990	6.641	6.124	7.930
Anteil in Prozent	8,5	9,4	9,5	8,5	10,9
Brief	9.558	9.567	12.950	16.814	21.502
Anteil in Prozent	13,5	14,9	18,5	23,2	29,6
Fax	2.080	2.564	4.236	6.054	8.138
Anteil in Prozent	2,9	4,0	6,1	8,4	11,2
E-Mail	39.407	34.865	35.441	32.175	25.082
Anteil in Prozent	55,9	54,4	50,7	44,5	34,5
Web*	13.535	11.085	10.654	11.171	10.023
Anteil in Prozent	19,2	17,3	15,2	15,4	13,8
Gesamt	70.547	64.071	69.922	72.338	72.675



2. Gesamtbetrachtung der 2023 beendeten Beschwerden

Diese Auswertungen geben die im Jahr **2023 beendeten Beschwerden** wieder, unabhängig davon, in welchem Jahr sie eingegangen sind. Enthalten sind Unternehmens- und Vermittlerbeschwerden sowie Eingaben, die keinem dieser Bereiche zugeordnet werden können.

Beendete Beschwerden

	2023	2022	2021	2020	2019
Zulässige Beschwerden	12.639	12.247	13.732	13.341	13.309
Unzulässige Beschwerden	3.902	3.212	3.272	4.031	3.690
Keine Weiterverfolgung durch Beschwerdeführer	925	818	900	811	837
Gesamt	17.466	16.277	17.904	18.183	17.836

Verteilung nach der Höhe des Beschwerdewerts in Prozent

	2023	2022	2021	2020	2019
Bis 5.000 €	83,5	83,0	84,7	83,4	81,2
Bis 10.000 €	8,5	8,6	7,9	8,8	9,9
Bis 20.000 €	3,4	3,5	2,8	3,2	3,5
Bis 100.000 €	4,6	4,9	4,6	4,6	5,4

Verteilung des Beschwerdewerts nach Sparten in Prozent

2023	bis 5 TEUR	5–10 TEUR	10–20 TEUR	20–100 TEUR
Leben	71,9	14,2	5,7	8,2
Rechtsschutz	90,1	7,5	1,8	0,6
Kfz-Haft	97,4	1,6	0,7	0,3
Kfz-Kasko	90,9	4,9	1,9	2,3
Gebäude	73,8	12,9	6,5	6,8
Unfall	85,4	8,8	1,8	4,0
Hausrat	75,9	11,9	6,7	5,5
Allgemeine Haftpflicht	87,6	7,6	2,6	2,2
Berufsunfähigkeit	31,9	9,6	8,9	49,6
Realkredit	31,3	6,3	18,7	43,7
Sonstige	94,1	3,2	1,1	1,6
Gesamt	83,5	8,5	3,4	4,6

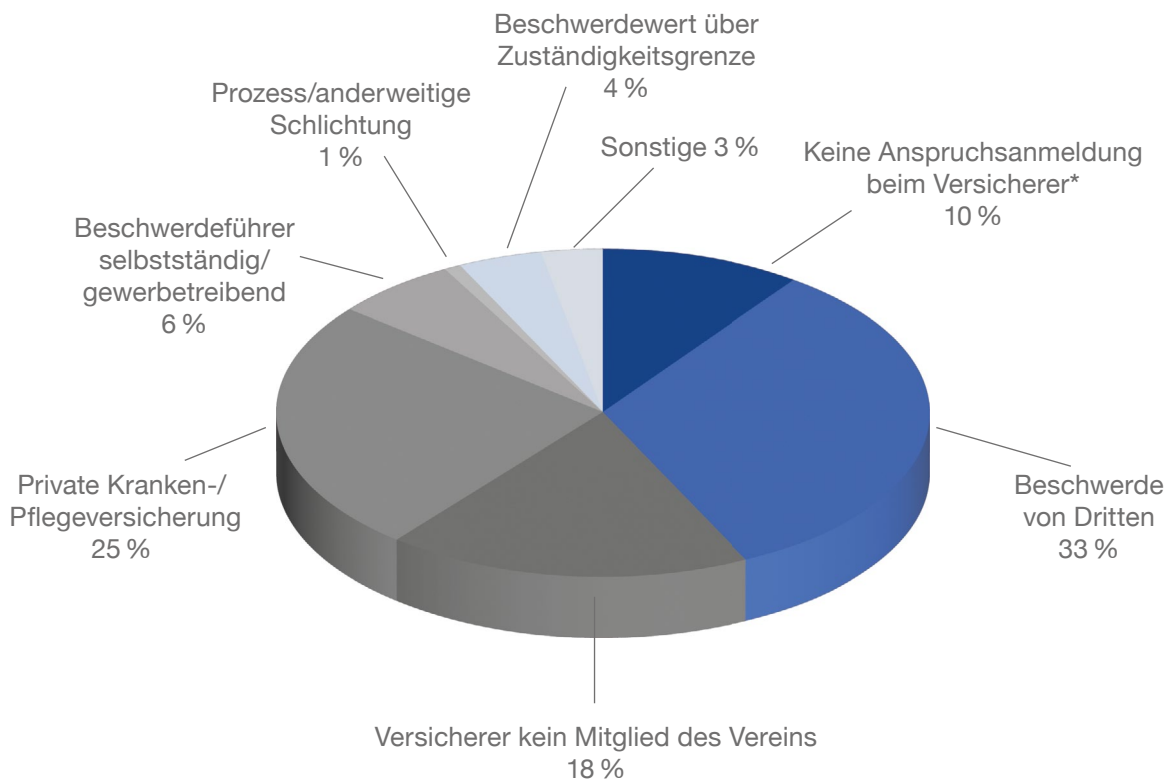
3. Unternehmensbeschwerden

Diese Auswertungen geben die im Jahr **2023 beendeten Beschwerden** wieder, die nach der Verfahrensordnung für Beschwerden gegen Versicherungsunternehmen (VomVO) bearbeitet wurden. Erläuterungen dazu enthält 4.3.

Zusammensetzung der beendeten Unternehmensbeschwerden

	2023	2022	2021	2020	2019
Zulässige Beschwerden	12.501	11.916	13.172	13.248	13.194
Anteil in Prozent	74,6	76,8	78,2	75,8	76,5
Unzulässige Beschwerden	3.351	2.795	2.786	3.430	3.219
Anteil in Prozent	20,0	18,0	16,5	19,6	18,7
Keine Weiterverfolgung durch Beschwerdeführer	912	810	886	800	825
Anteil in Prozent	5,4	5,2	5,3	4,6	4,8
Beschwerde gesamt	16.764	15.521	16.844	17.478	17.238
Anteil in Prozent	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Verteilung der Unzulässigkeitsgründe von Unternehmensbeschwerden



* Mit Stichtag 31.12.2023. Diese Verfahren können nach Wegfall des Verfahrenshindernisses von den Beschwerdeführern wieder in Gang gesetzt werden.



Verteilung der Beendigungsarten zulässiger Beschwerden in Prozent

	Entscheidung	Empfehlung	Abhilfe	Vergleich	Ungeeignet*	Rücknahme
Leben	44,9	6,9	23,7	2,2	3,8	8,5
Rechtsschutz	53,7	1,7	29,5	3,5	6,1	5,5
Kfz-Haft	43,7	0,1	43,7	2,7	0,0	9,8
Kfz-Kasko	32,5	2,6	46,6	3,7	0,3	14,3
Gebäude	45,8	8,8	23,3	10,4	2,7	9,0
Unfall	61,4	3,5	19,4	6,5	0,0	9,2
Hausrat	42,4	6,0	21,0	19,5	2,6	8,5
Allg. Haftpflicht	48,6	2,6	28,5	10,6	0,4	9,3
Berufsunfähigkeit	16,7	33,0	21,3	6,9	7,6	14,5
Realkredit	7,2	35,7	50,0	0,0	7,1	0,0
Sonstige	34,3	2,1	41,4	9,2	0,5	12,5
Gesamt	44,2	4,8	30,5	6,0	9,3	5,2

* Zur Abweisung als ungeeignet siehe 4.3

Als ungeeignet abgewiesene Beschwerden*

	2023	2022	2021
Ohne Schlichtungsvorschlag § 9 Abs. 1 VomVO	480	950	834
a) Aufklärung erfordert unangemessenen Aufwand	21	14	21
b) komplexe Tatsachenfeststellung erforderlich	108	360	513
c) grundsätzliche Rechtsfrage ungeklärt	351	576	300
Mit Schlichtungsvorschlag § 9 Abs. 2 VomVO	128	134	296
a) Aufklärung erfordert unangemessenen Aufwand	97	40	163
b) komplexe Tatsachenfeststellung erforderlich	8	20	96
c) grundsätzliche Rechtsfrage ungeklärt	23	74	37
Musterfall § 9 Abs. 3 VomVO	0	0	0
Vorrangige vertragliche Klärung § 9 Abs. 4 VomVO	39	108	101
Abweisungen insgesamt	647	1.192	1.231

* Zur Abweisung als ungeeignet siehe 4.3

Durchschnittliche Dauer der Beschwerdeverfahren in Tagen

	2023	2022	2021	2020	2019
Zulässige Beschwerden	72,2	70,1	70,6	70,0	77,2
Unzulässige Beschwerden	3,6	4,0	4,3	4,3	5,0
Beschwerden gesamt*	57,6	57,4	58,9	56,4	62,9

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

4 STATISTIK

Erfolgsquote* zulässiger Beschwerden nach Sparten in Prozent

	2023	2022	2021	2020	2019
Leben	35,0	34,1	29,7	26,6	26,0
Rechtsschutz	49,0	48,9	41,6	45,6	44,3
Kfz-Haft	54,1	59,1	61,0	56,9	53,8
Kfz-Kasko	61,5	61,0	59,2	57,8	54,9
Gebäude	40,9	33,6	29,4	33,9	35,2
Unfall	31,7	33,9	31,2	29,3	29,4
Hausrat	48,4	51,0	47,6	47,1	44,8
Allg. Haftpflicht	49,0	42,8	49,6	45,0	45,4
Berufsunfähigkeit	41,3	24,2	28,4	29,2	30,1
Realkredit	57,1	34,6	22,7	31,3	26,1
Sonstige	62,6	61,3	58,0	53,5	62,3
Alle Sparten ohne Leben	50,8	48,5	45,1	46,5	45,9

* Aus Sicht der Beschwerdeführer zur Bewertung der Erfolgsquote siehe 4.3

4. Vermittlerbeschwerden

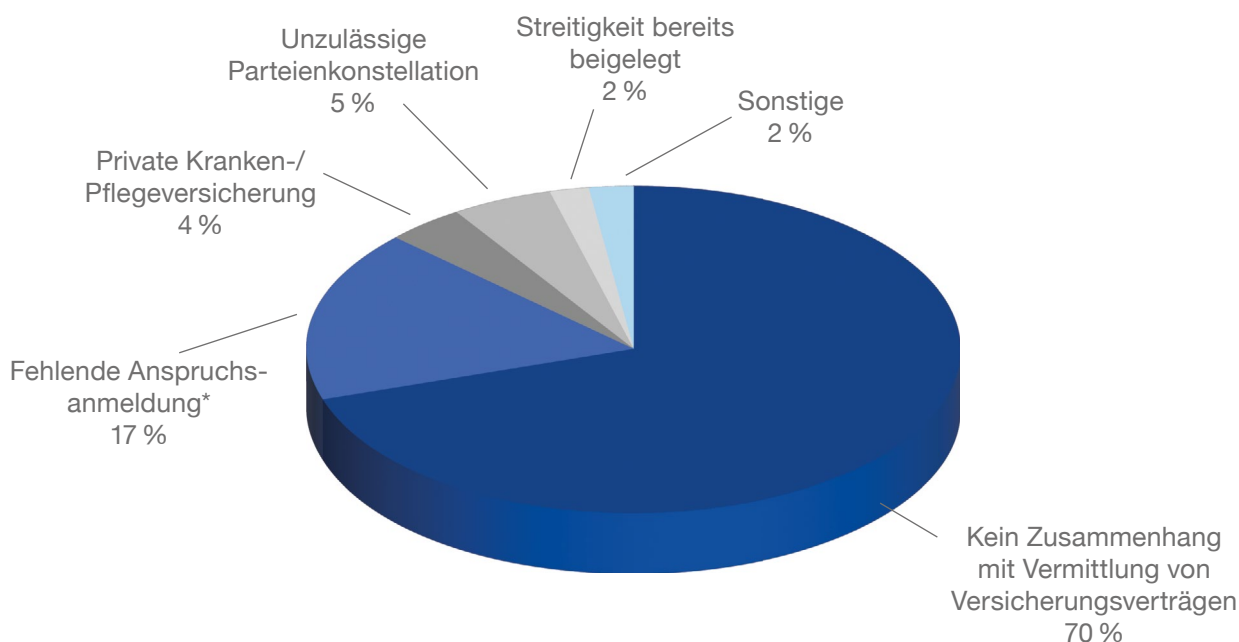
Diese Auswertungen geben die im Jahr **2023 beendeten Beschwerden** wieder, die in Ausübung der Aufgabe nach § 214 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 VVG bearbeitet wurden. Erläuterungen dazu enthalten 4.2 und 4.4.

Zusammensetzung der beendeten Vermittlerbeschwerden

	2023	2022	2021	2020	2019
Zulässige Beschwerden	138	331	560	93	115
Anteil in Prozent	45,1	74,7	80,8	32,8	44,6
Unzulässige Beschwerden	155	104	119	179	131
Anteil in Prozent	50,7	23,5	17,2	63,3	50,8
Keine Weiterverfolgung durch Beschwerdeführer	13	8	14	11	12
Anteil in Prozent	4,2	1,8	2,0	3,9	4,6
Beschwerde gesamt	306	443	693	283	258
Anteil in Prozent	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0



Verteilung der Unzulässigkeitsgründe von Vermittlerbeschwerden



* Mit Stichtag 31.12.2023. Diese Verfahren können nach Wegfall des Verfahrenshindernisses von den Beschwerdeführern wieder in Gang gesetzt werden.

Zulässige Beschwerden nach Beendigungsarten in Prozent*

	Bewertung	Abhilfe	Vergleich	Abweisung	Rücknahme
Justiziabel	43,5	9,4	4,4	29,7	5,8
Veränderung zum Vorjahr	+27,5	+8,2	+3,5	-49,5	+4,0
Nicht justiziabel	1,4	0,7	0,0	0,0	5,1
Veränderung zum Vorjahr	+1,4	+0,7	0,0	0,0	+4,2
Gesamt	44,9	10,1	4,4	29,7	10,9
Veränderung zum Vorjahr	+28,9	+8,9	+3,5	-49,5	+8,2

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

Erfolgsquote der zulässigen Vermittlerbeschwerden in Prozent*

	2023	2022	2021	2020	2019
Aus Sicht der Beschwerdeführer	21,4	5,9	16,8	28,5	24,8

* Zur Bewertung der Erfolgsquote siehe 4.4

5 Anhang

Die folgenden Angaben beziehen sich auf den Stand zum Ende des Berichtsjahres 2022. Die aktuellen Daten sind im Internet unter www.versicherungsombudsmann.de einzusehen oder können bei der Geschäftsstelle erfragt werden.

5.1 Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns (VomVO)

Stand: 23. November 2016

Präambel

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

§ 1 Anwendungsbereich

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

§ 2 Zulässigkeit der Beschwerde

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

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

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

betrifft oder das Bestehen eines solchen Vertrages zum Gegenstand hat.

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

(4) Ein Verfahren vor dem Ombudsmann findet nicht statt

- a) bei Beschwerden, deren Wert 100.000 Euro überschreitet; für die Wertermittlung sind die Grundsätze der Zivilprozessordnung (ZPO) zum Streitwert heranzuziehen, bei einer offengelegten Teilbeschwerde ist der erkennbare Gesamtwert zu berücksichtigen,
- b) bei Beschwerden, die Ansprüche aus einem Kranken- oder Pflegeversicherungsvertrag zum Gegenstand haben,

* 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.



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

§ 3 Einlegung der Beschwerde

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

§ 4 Vertretung

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

§ 5 Prüfung der Zulässigkeit

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

§ 6 Grundsätze des Verfahrens

- (1) Die Verfahrensbeteiligten erhalten rechtliches Gehör und können Tatsachen sowie Bewertungen vorbringen.

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

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

(4) Entscheidungsgrundlage sind Recht und Gesetz. Sofern es daneben allgemeine Grundsätze ordnungsgemäßer Versicherungs-, Kapitalanlage- und Vertriebspraxis (Wettbewerbsrichtlinien) gibt, die das Versicherungsgeschäft und seine Abwicklung beeinflussen, soll der Ombudsmann diese mitberücksichtigen.

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

§ 7 Ablauf des Verfahrens

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

(2) Der Ombudsmann leitet die Beschwerde derjenigen Stelle des Beschwerdegegners zu, die dieser als Kontaktstelle für den Ombudsmann benannt hat.

(3) Von der Anforderung einer Stellungnahme kann der Ombudsmann absehen, wenn der geltend gemachte Anspruch anhand der vom Beschwerdeführer eingereichten Unterlagen beurteilt werden kann und offensichtlich unbegründet ist.

(4) Hat der Beschwerdegegner innerhalb der gesetzten Frist keine oder eine offensichtlich zur Klärung des Sachverhalts ungeeignete Stellungnahme abgegeben, ist allein der Vortrag des Beschwerdeführers die Entscheidungsgrundlage. Ist die Beschwerde auf der Grundlage des Vorbringens des Beschwerdeführers nicht entscheidungsreif, kann der Ombudsmann nach vorheriger Ankündigung mit Fristsetzung von mindestens zwei Wochen den Beschwerdegegner zur Zahlung eines Ordnungsgeldes von bis zu 500 Euro, im Wiederholungsfall bis zu 1.000 Euro, verpflichten. Der Ombudsmann kann das Ordnungsgeld im jeweiligen Verfahren zur Beilegung des Streits einsetzen.

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

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

§ 8 Beschwerden im Zusammenhang mit mathematischen Berechnungen

Bei Beschwerden, die im Zusammenhang mit versicherungstechnischen Berechnungen in der Lebensversicherung – einschließlich Pensions- und Sterbekassen – sowie in der Unfallversicherung mit Beitragsrückgewähr (UBR) stehen,



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

§ 9 Ungeeignete Beschwerden

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

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

kann der Ombudsmann die Durchführung oder Fortführung des Verfahrens ablehnen.

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

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

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

§ 10 Verfahrensbeendigung

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 11 Bindungswirkung des Bescheids

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

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

§ 12 Hemmung der Verjährung

(1) Während der Dauer des gesamten Verfahrens gilt gegenüber dem Beschwerdegegner die Verjährung für streitbefangene Ansprüche des Beschwerdeführers als gehemmt. Eröffnet der Ombudsmann das Verfahren, nachdem der Beschwerdeführer das Erfordernis nach § 2 Absatz 3 Satz 1 unverzüglich nachgeholt hat, gilt die Verjährung ab dem Zeitpunkt der ersten 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. Diese können nicht zum Gegenstand des Verfahrens gemacht werden.

§ 15 Besondere Verfahren

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

§ 16 Verschwiegenheit

- (1) Der Ombudsmann und die Mitarbeiter der Schlichtungsstelle sind zur Verschwiegenheit über alle die Verfahrensbeteiligten betreffenden Umstände verpflichtet, von denen sie im Rahmen eines Beschwerdeverfahrens Kenntnis erlangen.
- (2) Geschäftsgeheimnisse des Beschwerdegegners werden den Verfahrensbeteiligten gegenüber nicht offenbart. Der Ombudsmann berücksichtigt die insoweit fehlende Verteidigungsmöglichkeit des Beschwerdegegners im Rahmen seiner Beweiswürdigung.

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

Stand: 23. November 2016

§ 1 Anwendungsbereich

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

(2) Beschwerdebefugt sind auch Verbraucherschutzverbände.

§ 2 Ablehnungsgründe

(1) Der Ombudsmann lehnt die Durchführung eines Verfahrens ab, wenn

1. die Streitigkeit nicht in die Zuständigkeit nach dieser Verfahrensordnung fällt,
2. die Streitigkeit Ansprüche aus einem Kranken- oder Pflegeversicherungsvertrag zum Gegenstand hat,
3. der Beschwerdeführer den Anspruch noch nicht beim Beschwerdegegner geltend gemacht hat,
4. die Beschwerde offensichtlich ohne Aussicht auf Erfolg ist oder mutwillig erscheint, insbesondere weil

(a) der Anspruch bei Beschwerdeeinlegung bereits verjährt war und der Beschwerdegegner sich auf die Verjährung beruft,

(b) die Streitigkeit bereits beigelegt ist oder

(c) zu der Streitigkeit ein Antrag auf Prozesskostenhilfe bereits mit der Begründung zurückgewiesen worden ist, dass die beabsichtigte Rechtsverfolgung keine hinreichende Aussicht auf Erfolg bietet oder mutwillig erscheint,

5. eine Verbraucherschlichtungsstelle bereits ein Verfahren zur Beilegung der Streitigkeit durchgeführt hat oder die Streitigkeit bei einer anderen Verbraucherschlichtungsstelle anhängig ist,

6. ein Gericht zu der Streitigkeit bereits eine Sachentscheidung getroffen hat oder die Streitigkeit bei einem Gericht anhängig ist, es sei denn, das Gericht ordnet nach § 278a Absatz 2 der Zivilprozessordnung im Hinblick auf das Verfahren vor der Verbraucherschlichtungsstelle das Ruhen des Verfahrens an,

7. die Behandlung der Streitigkeit den effektiven Betrieb der Schlichtungsstelle ernsthaft beeinträchtigt, insbesondere weil

(a) der Sachverhalt oder rechtliche Fragen sich nur mit einem unangemessenen Aufwand klären lassen oder

(b) komplexe Tatsachenfeststellungen mit Beweisaufnahme erforderlich sind oder

(c) eine grundsätzliche Rechtsfrage, die für die Bewertung der Streitigkeit erheblich ist, nicht geklärt ist.

(2) Der Ombudsmann teilt dem Beschwerdeführer und, sofern die Beschwerde bereits an den Beschwerdegegner übermittelt worden ist, auch diesem die Ablehnung in Textform und unter Angabe der Gründe mit. Der Ombudsmann übermit-

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



telt die Ablehnungsentscheidung innerhalb von drei Wochen nach Eingang der vollständigen Beschwerde.

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

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

§ 3 Einlegung der Beschwerde

(1) Verfahrenssprache ist Deutsch.

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

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

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

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

§ 4 Vertretung

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

§ 5 Grundsätze des Verfahrens

(1) Der Ombudsmann antwortet auf jede Beschwerde.

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

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

(4) Entscheidungsgrundlage sind Recht und Gesetz. Sofern es daneben allgemeine Grundsätze ordnungsgemäßer Versicherungs-, Kapitalanlage- und Vertriebspraxis (Wettbewerbsrichtlinien) gibt, die das Versicherungsgeschäft und seine Abwicklung beeinflussen, soll der Ombudsmann diese mitberücksichtigen.

§ 6 Ablauf des Verfahrens

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

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

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

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

§ 7 Verfahrensbeendigung

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

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

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

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

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

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

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



§ 8 Kosten des Verfahrens

- (1) Das Verfahren ist für den Beschwerdeführer grundsätzlich kostenfrei, es sei denn, die Beschwerde ist offensichtlich missbräuchlich. In diesem Fall beträgt das Entgelt höchstens 30 Euro.
- (2) Der Ombudsmann kann von dem Versicherungsvermittler oder -berater, der zur Teilnahme an dem Verfahren bereit oder verpflichtet ist, ein angemessenes Entgelt verlangen.
- (3) Die Beteiligten des Verfahrens haben ihre eigenen Kosten selbst zu tragen. Diese können nicht zum Gegenstand des Verfahrens gemacht werden.

§ 9 Verschwiegenheit

- (1) Der Ombudsmann und die Mitarbeiter der Schlichtungsstelle sind zur Verschwiegenheit über alle die Verfahrensbeteiligten betreffenden Umstände verpflichtet, von denen sie im Rahmen eines Verfahrens Kenntnis erlangen.
- (2) Das gilt auch für die Zeit nach Beendigung der Tätigkeit bei der Schlichtungsstelle.

5.3 Satzung des Vereins Versicherungsombudsmann e.V.

Beschlossen auf der Mitgliederversammlung vom 27. September 2023

Der Verein ist anerkannte Verbraucherschlichtungsstelle nach dem
Verbraucherstreitbeilegungsgesetz

§ 1 Name und Sitz des Vereins

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

§ 2 Zweck

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

§ 3 Mitglieder

- (1) Mitglied des Vereins können der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. und dessen Mitgliedsunternehmen (Versicherungsunternehmen, Pensionskassen und -fonds im Sinne des Versicherungsaufsichtsgesetzes) werden. Für Mitglieder des Verband der Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit e.V. gilt: Sofern sie noch nicht Mitglied im Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. sind, ist die Mitgliedschaft im Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. keine Voraussetzung, um dem Versicherungsombudsmann e.V. beizutreten.
- (2) Die Mitgliedschaft wird durch schriftliche Beitrittserklärung gegenüber dem Vorstand erworben. Bei unselbständigen Niederlassungen erklärt das Hauptunternehmen den Beitritt mit Wirkung für die Niederlassung.

*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.

(3) Die Mitgliedschaft endet durch Verlust der Mitgliedschaft beim Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V., durch Austritt oder durch Ausschluss. Die Austrittserklärung ist schriftlich gegenüber dem Vorstand abzugeben. Sie wirkt zum Ende des Geschäftsjahres. Es ist eine Frist von sechs Monaten einzuhalten.

(4) Durch Beschluss der Mitgliederversammlung kann ein Mitglied ausgeschlossen werden, wenn es wiederholt oder schwer gegen die Satzung des Vereins verstößt, z. B. den Pflichten aus der Verfahrensordnung trotz Aufforderung wiederholt nicht nachkommt, dem Zweck des Vereins zuwiderhandelt oder seine finanziellen Verpflichtungen gegenüber dem Verein trotz Mahnung nicht erfüllt. Der Vorstand kann bis zum Beschluss der Mitgliederversammlung das Ruhen der Mitgliedschaft nach vorheriger Androhung anordnen.

§ 4 Beschwerdeverfahren

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

§ 5 Pflichten der Mitglieder

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

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

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

§ 6 Organe des Vereins

Organe des Vereins sind der Vorstand und die Mitgliederversammlung.

§ 7 Vorstand, Geschäftsführung

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

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

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

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

- a) Vertretung des Vereins nach außen,
- b) Vorschlag zur Wahl des Ombudsmanns und seines Vertreters,
- c) Regelung der Aufgabenbereiche des Ombudsmanns und seines Vertreters (§ 13), soweit diese nicht durch übereinstimmende Beschlüsse der Mitgliederversammlung und des Beirats festgelegt wurden,



- d) Abberufung des Ombudsmanns und seines Vertreters durch Beschluss nach vorherigem Beschluss des Beirats (§§ 12 Absatz 5 lit. a, 14 Absatz 3),
- e) Vorbereitung und Einberufung der Mitgliederversammlung,
- f) Ausführung der Beschlüsse der Mitgliederversammlung,
- g) Aufstellung des Wirtschaftsplans,
- h) Bestellung und Abberufung eines oder mehrerer Geschäftsführer, die Beaufsichtigung der Geschäftsführung,
- i) Beschlussfassung über die Reisekostenordnung.

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

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

§ 8 Mitgliederversammlung

(1) Die ordentliche Mitgliederversammlung findet jedes Kalenderjahr statt. Sie wird vom Vorstand oder der Geschäftsführung unter Einhaltung einer Frist von einem Monat schriftlich unter Angabe der Tagesordnung einberufen. Die Frist beginnt mit dem der Absendung der Einladung folgenden Tag. Die Tagesordnung setzt der Vorstand fest. Der Vorstand oder die Geschäftsführung kann in der Einladung zur Versammlung vorsehen, dass die Mitglieder auch ohne oder in teilweiser Anwesenheit am Versammlungsort an der Mitgliederversammlung teilnehmen und die Mitgliederrechte im Wege der elektronischen Kommunikation ausüben können. Soll hiervon Gebrauch gemacht werden, ist in der Einladung darauf hinzuweisen, wie die Mitglieder ihre Rechte im Wege der elektronischen Kommunikation ausüben können.

(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 Ver-

hinderung durch seinen Stellvertreter oder durch das dienstälteste anwesende Vorstandsmitglied geleitet.

(2) Jedes Mitglied hat eine Stimme, bis auf die Mitglieder des Verband der Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit e.V. ohne Mitgliedschaft beim Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V., diese haben alle gemeinsam eine Stimme – wahrgenommen durch die/den Vorstandsvorsitzende/n des Verband der Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit e.V.

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

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

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

§ 11 Aufgaben der Mitgliederversammlung

Die Mitgliederversammlung hat insbesondere folgende Aufgaben:

- a) Wahl des Vorstands,
- b) Bestellung des Ombudsmanns und seines Vertreters durch Beschluss nach vorherigem Beschluss des Beirats (§ 12 Absatz 5 lit. a),
- c) Entgegennahme und Beratung des Berichts des Vorstands über das abgelaufene Geschäftsjahr,
- d) Entgegennahme und Beratung des Berichts des Ombudsmanns,
- e) Genehmigung des Jahresabschlusses und Erteilung der Entlastung von Vorstand und Geschäftsführung,
- f) Wahl von Rechnungsprüfern,
- g) Beschlussfassung über den Wirtschaftsplan,
- h) Beschlussfassung über die endgültige Festsetzung der Jahresumlage,
- i) Änderung der Satzung,
- j) Änderung der Verfahrensordnungen, vorbehaltlich der Zustimmung des Beirats (§ 12 Absatz 5 lit. b),
- k) endgültige Entscheidung über den Ausschluss von Mitgliedsunternehmen,
- l) Beschlussfassung über die Kostenordnung (§ 16 Absatz 4).

§ 12 Beirat

(1) Es wird ein Beirat gebildet. Dem Beirat gehören an: sieben Mitgliedervertreter (Vorsitzender des Vorstands und sechs von der Mitgliederversammlung gewählte Vertreter der Vereinsmitglieder), sieben Verbrauchervertreter (vier Vertreter des Vereins Verbraucherzentrale Bundesverband und seiner Mitgliedsverbände, zwei Vertreter der Stiftung Warentest, ein Vertreter des Bundes der Versicherten), zwei Vertreter der Versicherungsaufsicht, drei Vertreter der Wissenschaft, zwei Vertreter der Versicherungsvermittler (Vertreter von Vermittlerverbänden) sowie bis zu acht Mitglieder der Bundestagsfraktionen als Vertreter des öffentlichen



Lebens. Alle Fraktionen erhalten jeweils ein Beiratsmandat. Bis zur Obergrenze von acht Sitzen erhalten Fraktionen mit mehr als 20 Prozent der Abgeordneten im Bundestag in absteigender Fraktionsgröße jeweils ein zweites Mandat.

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

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

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

(5) Der Beirat hat die folgenden Aufgaben:

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

(6) Sitzungen des Beirats finden nach Bedarf mindestens einmal jährlich statt. Die Sitzungen des Beirats werden von dem Vorsitzenden geleitet. Der Beirat beschließt mit einfacher Mehrheit der anwesenden Beiratsmitglieder, wenn nichts anderes in der Satzung bestimmt ist. Die Sitzungen sind mit einer Frist von mindestens zwei Wochen unter Angabe der Tagesordnung schriftlich einzuberufen. Die Tagesordnung setzt der Vorsitzende fest. Der Vorstand und jedes Beiratsmitglied kann bis eine Woche vor der Sitzung schriftlich eine Ergänzung der Tagesordnung verlangen. Der Vorsitzende hat zu Beginn der Sitzung die Ergänzung bekannt zu geben. Über Anträge auf Ergänzung, die in der Sitzung gestellt werden, beschließt der Beirat selbst.

§ 13 Aufgaben des Ombudsmanns und Ausstattung des Amtes

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

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

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

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

(5) Für einen in Ausübung der Tätigkeit nach Absatz 1 Satz 1 eingetretenen Schaden Dritter stellt der Verein den Ombudsmann von der Haftung frei. Mitgliedsunternehmen tragen ihre Schäden selbst. Die vorgenannten Regelungen gelten nicht für vom Ombudsmann vorsätzlich verursachte Schäden.

(6) Der Ombudsmann erhält für die Ausübung der Tätigkeit nach Absatz 1 Satz 1 ein angemessenes Honorar. Über die Höhe entscheidet der Vorstand. Für den Vertreter nach Absatz 1 Satz 2 kann im Falle der Vertretung gleichfalls ein Honorar festgesetzt werden.

§ 14 Wahl des Ombudsmanns

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

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

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

§ 15 Persönliche Voraussetzungen des Ombudsmanns

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

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

§ 16 Finanzierung

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

(2) Die Mitgliedsbeiträge werden in Form einer jährlichen Umlage erhoben, deren Höhe die Mitgliederversammlung aufgrund des vom Vorstand aufgestellten Wirt-



schaftsplans zunächst vorläufig festsetzt. Der Verein erhebt die vorläufige Umlage zu Beginn des Geschäftsjahres. Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.

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

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

§ 17 Rechnungsprüfer, Jahresabschluss und Rechnungsprüfung

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

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

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

§ 18 Ehrenamtlichkeit

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

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

§ 19 Auflösung des Vereins

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

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

5 ANHANG

5.4 Stellvertreter des Ombudsmanns

Heinz Lanfermann
Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung

5.5 Mitglieder des Beirats

(Stand zum 31.12. 2023)

Vertreter der Verbraucherorganisationen

Beate-Kathrin Bextermöller
Stiftung Warentest

Lars Gatschke
Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv)

Sandra Klug
Verbraucherzentrale Hamburg e.V.

Susanne Meunier
Stiftung Warentest

Stephan Rehmke
Sprecher des Vorstands
Bund der Versicherten e.V. (BdV)

Rita Reichard
Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen e.V.

Jochen Weisser
VerbraucherService Bayern im KDFB e.V.

Vertreter der Wissenschaft

Professor Dr. Christian Armbrüster
Freie Universität Berlin

Professorin Dr. Petra Pohlmann
Vorsitzende des Beirats
Westfälische Wilhelms-Universität
Institut für internationales Wirtschaftsrecht

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

In der Amtsperiode ausgeschieden:

Andrea Heyer (Januar 2023)
ehemals Verbraucherzentrale Sachsen e.V.



**Vertreter der
Vereinsmitglieder**

Claudia Andersch
Mitglied des Vorstands
R+V Versicherung AG

Jörg Asmussen
Hauptgeschäftsführer
Gesamtverband der Deutschen
Versicherungswirtschaft e. V.

Thomas Flemming
Vorsitzender der Aufsichtsräte
Mecklenburgische Versicherungen

Klaus-Jürgen Heitmann
Vorstandssprecher
HUK-COBURG Versicherungsgruppe

Monika Köstlin
Vorstandsvorsitzende
KIELER RÜCK Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit;
Geschäftsführendes Vorstandsmitglied
Verband der Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit

Gerhard Müller
Vorsitzender der Vorstände
Sparkassen-Versicherung Sachsen

Frank Sommerfeld
Vorstandsvorsitzender
Allianz Versicherungs-AG

**Vertreter der
Versicherungsaufsicht**

Frank Russo
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)

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

**In der Amtsperiode
ausgeschieden:**

Stefan Lehmann (September 2023)
Vorsitzender des Vorstands
Generali Deutschland Lebensversicherung AG und
Generali Deutschland Versicherung AG

Dr. Norbert Rollinger (September 2023)
Präsident
Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V.;
Vorsitzender des Vorstands R+V Versicherung AG

**Vertreter des
öffentlichen Lebens**

Kay Gottschalk
Mitglied des Bundestags, AfD

Frauke Heiligenstadt
Mitglied des Bundestags, SPD

Nadine Heselhaus
Mitglied des Bundestags, SPD

Stefan Schmidt
Mitglied des Bundestags, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Judith Skudelny
Mitglied des Bundestags, FDP

Tino Sorge
Mitglied des Bundestags, CDU/CSU

Max Straubinger
Mitglied des Bundestags, CDU/CSU

**Vertreter der
Versicherungsvermittler-
verbände**

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

Dr. Bernhard Gause
Geschäftsführender Vorstand
Bundesverband Deutscher
Versicherungsmakler e. V. (BDVM)

**In der Amtsperiode
ausgeschieden:**

Michael Hennrich (Juni 2023)
ehemals Mitglied des Bundestags, CDU/CSU

Dr. Hans-Georg Jenssen (Januar 2023)
ehemals Geschäftsführender Vorstand
Bundesverband Deutscher
Versicherungsmakler e. V. (BDVM)



5.6 Mitglieder des Vorstands, Geschäftsführer

(Stand zum 31.12.2023)

Vorstand

Thomas Flemming (Vorsitzender des Vereinsvorstands)
Vorsitzender der Aufsichtsräte
Mecklenburgische Versicherungen

Jörg Asmussen
Hauptgeschäftsführer
Gesamtverband der Deutschen
Versicherungswirtschaft e. V.

Dr. Wolfgang Breuer
Vorsitzender des Vorstands
Provinzial Holding AG

Klaus-Jürgen Heitmann
Vorstandssprecher
HUK-COBURG Versicherungsgruppe

Gerhard Müller
Vorsitzender der Vorstände
Sparkassen-Versicherung Sachsen

Dr. Norbert Rollinger
Präsident
Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V.;
Vorsitzender des Vorstands
R+V Versicherung AG

Frank Sommerfeld
Vorstandsvorsitzender
Allianz Versicherungs-AG

Geschäftsführer

Constantin Graf von Rex

5 ANHANG

5.7 Mitglieder des Vereins

(Stand zum 31.12. 2023)

- A** Achmea Schadeverzekeringen N. V.
ADLER Versicherung AG
ADVOCARD Rechtsschutzversicherung AG
AGILA Haustierversicherung AG
AIG Europe S.A., Direktion für Deutschland
Aioi Nissay Dowa Insurance Company of Europe SE, Niederlassung Deutschland
Aioi Nissay Dowa Life Insurance of Europe AG
ALLCURA Versicherungs-Aktiengesellschaft
Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse AG
Allianz Direct Versicherungs-AG
Allianz Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft
Allianz Pensionsfonds AG
Allianz Pensionskasse AG
Allianz Versicherungs-AG
ALTE LEIPZIGER Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit
ALTE LEIPZIGER Pensionsfonds AG
ALTE LEIPZIGER Pensionskasse Aktiengesellschaft
ALTE LEIPZIGER Versicherung AG
Ammerländer Versicherung VVaG
Andsafe Aktiengesellschaft
ARAG Allgemeine Versicherungs-Aktiengesellschaft
ARAG SE
Assurant Europe Insurance N. V.
Astra Versicherung AG
Athora Lebensversicherung AG
AUXILIA Rechtsschutz-Versicherungs-AG
Aviva Life & Pensions Ireland Designated Activity Company
AWP P&C S. A., Niederlassung für Deutschland
AXA easy Versicherung AG
AXA France IARD S.A.
AXA France IARD S.A. Zweigniederlassung Deutschland
AXA France Vie S.A.
AXA France Vie S.A. Zweigniederlassung Deutschland
AXA Lebensversicherung AG
AXA Life Europe dac
AXA Versicherung AG
- B** BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG
Badische Rechtsschutzversicherung AG
Baloise Lebensversicherung Aktiengesellschaft Deutschland
Baloise Sachversicherung Aktiengesellschaft Deutschland
Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG
Barmenia Lebensversicherung a. G.
BavariaDirekt Versicherung AG



- B** Bayerische Beamten Lebensversicherung a. G.
Bayerische Hausbesitzer-Versicherungs-Gesellschaft a. G.
Bayerische Landesbrandversicherung Aktiengesellschaft
Bayerischer Versicherungsverband Versicherungsaktiengesellschaft
Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG
BD24 Berlin Direkt Versicherung AG
BGV-Versicherung AG
BL die Bayerische Lebensversicherung AG
- C** Canada Life Assurance Europe plc, Niederlassung für Deutschland
Cardif Allgemeine Versicherung, Zweigniederlassung für Deutschland
der Cardif-Assurance Risques Divers
Cardif Lebensversicherung, Zweigniederlassung für Deutschland
der Cardif-Assurance Vie
Chubb European Group SE, Direktion für Deutschland
CNA Insurance Company (Europe) S.A., Direktion für Deutschland
Concordia oeco Lebensversicherungs-AG
Concordia Versicherungs-Gesellschaft auf Gegenseitigkeit
Condor Allgemeine Versicherungs-Aktiengesellschaft
Condor Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft
Continental Lebensversicherung AG
Continental Sachversicherung AG
Cosmos Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft
Cosmos Versicherung Aktiengesellschaft
Cowen Insurance Company Limited
Credit Life AG
- D** DA Deutsche Allgemeine Versicherung Aktiengesellschaft
DARAG Deutschland AG
Debeka Allgemeine Versicherung Aktiengesellschaft, Sitz Koblenz am Rhein
Debeka Lebensversicherungsverein a. G., Sitz Koblenz am Rhein
Debeka Pensionskasse AG
DELA Lebensversicherungen Zweigniederlassung der DELA Naturaen
levensverzekeringen N.V. Eindhoven
Delta Direkt Lebensversicherung AG München
Delvag Versicherungs-AG
DEURAG Deutsche Rechtsschutz-Versicherung AG
Deutsche Ärzteversicherung Aktiengesellschaft
Deutsche Assistance Versicherung Aktiengesellschaft
Deutsche Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft
Deutsche Niederlassung der FRIDAY Insurance S.A.
Deutsche Steuerberater-Versicherung Pensionskasse des steuerberatenden Berufs VVaG
DEVK Allgemeine Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft
DEVK Allgemeine Versicherungs-AG
DEVK Deutsche Eisenbahn Versicherung Lebensversicherungsverein a. G.
DEVK Deutsche Eisenbahn Versicherung Sach- und HUK-Versicherungsverein a. G.
DEVK Rechtsschutz-Versicherungs-AG

5 ANHANG

- D** DFV Deutsche Familienversicherung AG
Dialog Lebensversicherungs-AG
Dialog Versicherung AG
Die Haftpflichtkasse VVaG
DIREKTE LEBEN Versicherung AG
DMB Rechtsschutz-Versicherung AG
DOCURA VVaG
Dolleruper Freie Brandgilde VVaG
Domestic & General Insurance Europe AG
Dortmunder Lebensversicherung AG
- E** Element Insurance AG
Entis Lebensversicherung AG
ERGO Direkt Versicherung AG
ERGO Lebensversicherung AG
ERGO Pensionskasse AG
ERGO Versicherung AG
ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG
Europ Assistance S.A., Irish Branch
Europ Assistance S.A., Niederlassung für Deutschland
EUROPA Lebensversicherung AG
EUROPA Versicherung AG
- F** Fahrlehrerversicherung Verein auf Gegenseitigkeit
Feuer- und Einbruchschadenkasse der BBBank VVaG
Feuersozietät Berlin Brandenburg Versicherung Aktiengesellschaft
Frankfurt Münchener Lebensversicherung AG
Frankfurter Lebensversicherung AG
Freeyou Insurance AG
FWU Life Insurance Lux S.A. Niederlassung Deutschland
- G** GARANTA Versicherungs-AG
Gartenbau-Versicherung VVaG
Gemeinnützige Haftpflicht-Versicherungsanstalt
Gemeinnützige Haftpflichtversicherungsanstalt Kassel
Generali Deutschland Lebensversicherung AG
Generali Deutschland Pensionskasse AG
Generali Deutschland Versicherung AG
Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.
Getsafe Insurance AG
Gothaer Allgemeine Versicherung AG
Gothaer Lebensversicherung AG
Gothaer Pensionskasse AG
Gothaer Versicherungsbank VVaG
GRUNDEIGENTÜMER-VERSICHERUNG VVaG
GVO Gegenseitigkeit Versicherung Oldenburg VVaG
GVV-Direktversicherung AG



- H** Häger Versicherungsverein a. G.
Hamburger Feuerkasse Versicherungs-AG
Hannoversche Lebensversicherung AG
HanseMerkur Allgemeine Versicherung AG
HanseMerkur Lebensversicherung AG
HanseMerkur Reiseversicherung AG
HDI Lebensversicherung AG
HDI Pensionskasse AG
HDI Versicherung AG
Heidelberger Lebensversicherung AG
Helvetia Global Solutions Ltd
HELVETIA Schweizerische Lebensversicherungs-AG
Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft, Direktion für Deutschland
HISCOX S.A. Niederlassung für Deutschland
Hübener Versicherungs-AG
HUK24 AG
HUK-COBURG Haftpflicht-Unterstützungs-Kasse kraftfahrender Beamter Deutschlands a. G. in Coburg
HUK-COBURG-Allgemeine Versicherung AG
HUK-COBURG-Lebensversicherung AG
HUK-COBURG-Rechtsschutzversicherung AG
- I** Ideal Lebensversicherung a. G.
Ideal Versicherung AG
INTER Allgemeine Versicherung AG
INTER Lebensversicherung AG
INTER Partner Assistance S.A., Direktion für Deutschland
Interlloyd Versicherungs-AG
InterRisk Lebensversicherungs-AG, Vienna Insurance Group
InterRisk Versicherungs-AG, Vienna Insurance Group
IptiQ EMEA P&C S.A., Niederlassung Deutschland
IptiQ Life S.A., Niederlassung Deutschland
Isselhorster Versicherung V. a. G.
Itzehoer Lebensversicherungs-AG
Itzehoer Versicherung/Brandgilde von 1691 VVaG
- J** Janitos Versicherung AG
- K** KRAVAG-ALLGEMEINE Versicherungs-Aktiengesellschaft
KRAVAG-LOGISTIC Versicherungs-Aktiengesellschaft
- L** Landesschadenhilfe Versicherung VaG
LBN Versicherungsverein a. G.
Lebensversicherung von 1871 a. G. München
Lemonade Insurance N. V.
Lifestyle Protection AG
Lifestyle Protection Lebensversicherung AG

5 ANHANG

- L** Lippische Landes-Brandversicherungsanstalt
Lloyd's Insurance Company S.A., Niederlassung für Deutschland
LPV Lebensversicherung AG
LPV Versicherung AG
Luko Insurance AG
LVM Landwirtschaftlicher Versicherungsverein Münster a. G.
LVM Lebensversicherungs-AG
- M** Mannheimer Versicherung AG
Markel Insurance SE
Mecklenburgische Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft
Mecklenburgische Versicherungs-Gesellschaft a. G.
Medien-Versicherung a. G. Karlsruhe, vorm. Buchgewerbe-Feuerversicherung, gegr. 1899
MÜNCHENER VEREIN Allgemeine Versicherungs-AG
MÜNCHENER VEREIN Lebensversicherung a. G.
myLife Lebensversicherung AG
- N** Neodigital Autoversicherung AG
Neodigital Versicherung AG
neue leben Lebensversicherung AG
neue leben Pensionskasse AG
neue leben Unfallversicherung AG
Neue Rechtsschutz-Versicherungsgesellschaft AG
Neuendorfer Brand-Bau-Gilde Versicherungsverein a. G. seit 1813
Newline Europe Versicherung AG
nexible Versicherung AG
Niedersächsische Versicherung VVaG
NORDHEMMER Versicherungsverein a. G.
NÜRNBERGER Allgemeine Versicherungs-AG
NÜRNBERGER Beamten Allgemeine Versicherung AG
NÜRNBERGER Beamten Lebensversicherung AG
NÜRNBERGER Lebensversicherung AG
NÜRNBERGER Pensionskasse AG
NV Versicherung VVaG
- O** Öffentliche Feuerversicherung Sachsen-Anhalt
Öffentliche Lebensversicherung Braunschweig
Öffentliche Lebensversicherung Sachsen-Anhalt
Öffentliche Lebensversicherungsanstalt Oldenburg
Öffentliche Sachversicherung Braunschweig
Oldenburgische Landesbrandkasse
ÖRAG Rechtsschutzversicherungs-AG
Ostangler Brandgilde Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit (VVaG)
Ostfriesische Landschaftliche Brandkasse



- P** Pensionskasse der Genossenschaftsorganisation Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit
Pro bAV Pensionskasse AG
ProTect Versicherung AG
Protektor Lebensversicherungs-AG
Provinzial Nord Brandkasse Aktiengesellschaft
Provinzial NordWest Lebensversicherung Aktiengesellschaft
Provinzial Rheinland Lebensversicherung AG
Provinzial Versicherung AG Die Versicherung der Sparkassen
Proxalto Lebensversicherung Aktiengesellschaft
PRUDENTIA Pensionskasse AG
PVAG Polizeiversicherungs-Aktiengesellschaft
- Q** QBE Europe SA/NV 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 Versicherungs AG
Rhion Versicherung Aktiengesellschaft
ROLAND Rechtsschutz-Versicherungs-AG
ROLAND Schutzbrief-Versicherung AG
- S** SAARLAND Feuerversicherung AG
Schleswiger Versicherungsverein a. G.
SHB Allgemeine Versicherung VVaG
SIGNAL IDUNA Allgemeine Versicherung AG
SIGNAL IDUNA Lebensversicherung a. G.
SIGNAL IDUNA Lebensversicherung AG
SIGNAL IDUNA Pensionskasse AG
Skandia Lebensversicherung AG
SOGECAP S.A. Deutsche Niederlassung
SOGESSUR S.A. Deutsche Niederlassung
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 International DAC
Stuttgarter Lebensversicherung a. G.
Stuttgarter Versicherung AG
Süddeutsche Allgemeine Versicherung a. G.
Süddeutsche Lebensversicherung a. G.
SV SparkassenVersicherung Gebäudeversicherung AG
SV SparkassenVersicherung Lebensversicherung AG
Swiss Life AG, Niederlassung für Deutschland
Swiss Life Pensionskasse Aktiengesellschaft

5 ANHANG

- T** TARGO Lebensversicherung AG
TARGO Versicherung AG
Tokio Marine Europe S.A. Zweigniederlassung für Deutschland
TRIAS Versicherung AG
Tryg Deutschland Niederlassung der Tryg Forsikring A/S
- U** Uelzener Allgemeine Versicherungsgesellschaft a. G.
uniVersa Allgemeine Versicherung AG
uniVersa Lebensversicherung a. G.
VEREINIGTE POSTVERSICHERUNG VVaG
- V** Vereinigte Tierversicherung Gesellschaft a. G.
Versicherer im Raum der Kirchen Lebensversicherung AG
Versicherer im Raum der Kirchen Sachversicherung AG
Versicherungsverein Südliches Emsland (SEL) aG
Versorgungsausgleichskasse Pensionskasse VVaG
Verti Versicherung AG
VGH Landschaftliche Brandkasse Hannover
VGH Provinzial Lebensversicherung Hannover
VHV Allgemeine Versicherung AG
VICTORIA Lebensversicherung AG
Volkswagen Autoversicherung AG
Volkswagen Versicherung AG
VOLKSWOHL BUND LEBENSVERSICHERUNG a. G.
VOLKSWOHL BUND SACHVERSICHERUNG AG
VPV Allgemeine Versicherungs-AG
VPV Lebensversicherungs-AG
VRK Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit im Raum der Kirchen
- W** Wakam
Waldenburger Versicherung AG
Wefox Insurance AG
WERTGARANTIE SE
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.



5.8 Abkürzungsverzeichnis

a. a. o.	am angegebenen Ort
a. F.	alte Fassung
a. G.	auf Gegenseitigkeit
ADR	Richtlinie über alternative Streitbeilegung in Verbraucherangelegenheiten
AG	Aktiengesellschaft
AG	Amtsgericht
AHB	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung
AKB	Allgemeine Bedingungen für die Kraftfahrtversicherung
AltZertG	Altersvorsorgeverträge-Zertifizierungsgesetz
ARB	Allgemeine Rechtsschutzversicherungsbedingungen
AVB	Allgemeine Versicherungsbedingungen
AUB	Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen
Az.	Aktenzeichen
BaFin	Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
BAG	Bundesarbeitsgericht
bAV	betriebliche Altersversorgung
BdV	Bund der Versicherten
BetrAVG	Gesetz zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGH	Bundesgerichtshof
BGHZ	Bundesgerichtshof in Zivilsachen
BMF	Bundesministerium der Finanzen
BMJ	Bundesministerium der Justiz
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
EDV	elektronische Datenverarbeitung
EGZPO	Einführungsgesetz zur Zivilprozessordnung
EU	Europäische Union
EuGH	Europäischer Gerichtshof
e. V.	eingetragener Verein
FinDAG	Finanzdienstleistungsaufsichtsgesetz
FIN-NET	Netzwerk der Schlichtungsstellen für Finanzdienstleistungen
GbR	Gesellschaft bürgerlichen Rechts
GewO	Gewerbeordnung
GG	Grundgesetz
GDV	Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft
ggf.	gegebenenfalls
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GMG	GKV-Modernisierungsgesetz
GWG	Geldwäschegesetz
i. S. v.	im Sinne von
IT	Informationstechnik
Kfz	Kraftfahrzeug

LG	Landgericht
MdB	Mitglied des Bundestags
m. w. N.	mit weiteren Nachweisen
MüKo-BGB	Münchener Kommentar zum BGB
NJW	Neue Juristische Wochenschrift
OLG	Oberlandesgericht
PIA	Produktinformationsstelle Altersversorgung gGmbH
PKV	Ombudsmann private Kranken- und Pflegeversicherung
Rdn./Rn.	Randnummer
r+s	recht und schaden; Unabhängige Zeitschrift für Versicherungsrecht, Haftung und Schadensersatz
st. Rspr.	ständige Rechtsprechung
u. a.	unter anderem
VAG	Versicherungsaufsichtsgesetz
VAG-InfoV	VAG-Informationspflichtenverordnung
VermVO	Verfahrensordnung für Beschwerden im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen
VersR	Zeitschrift für Versicherungsrecht, Haftungs- und Schadensrecht
VersVermV	Versicherungsvermittlungsverordnung
vgl.	vergleiche
VomVO	Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns
VSBG	Verbraucherstreitbeilegungsgesetz
VVaG	Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit
VVG	Versicherungsvertragsgesetz
vzbv	Bundesverband der Verbraucherzentralen und Verbraucherverbände – Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.



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

Burga Fillery, bf-design

Fotos

Seite 3: © Johanna Detering/Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Privatrecht.

Seite 4: © Dominik Butzmann/vzbv

Seite 10: © CHL PhotoDesign/Christian

Lietzmann

Druck

Druckerei Bloch & Co. GmbH, Berlin