

JAHRESBERICHT
2018



OMBUDSMANN
für Versicherungen

Grußwort



Verbraucherschützer verfolgten die Initiative, die Funktion eines Versicherungsombudsmanns zu schaffen, zu Beginn mit gesunder Skepsis. Der Diskurs darüber, ob sich der Verbraucherzentrale Bundesverband und seine Mitglieder in dessen Beirat engagieren sollten, war dementsprechend

lebhaft. Die Befürchtungen von Verbraucherschützern bestätigten sich jedoch nicht, im Gegenteil: Die Arbeit des Versicherungsombudsmanns wurde zur Erfolgsgeschichte. Seit seiner Gründung konnte sich der Versicherungsombudsmann frei vom Regulierungsdruck kontinuierlich weiterentwickeln. Dabei konnte er den Zuständigkeitsbereich erweitern und so auch Lücken schließen, etwa bei der Immobilienfinanzierung durch Versicherer.

Entscheidend für Verbraucher ist ein schnelles Ergebnis in der Schlichtung. Dass der Versicherungsombudsmann die gesetzlich vorgesehene 90-Tage-Frist im Schnitt sogar dann einhält, wenn man die Frist ab Beschwerdeeinlegung rechnet, beweist Professionalität. Hier wurde mit Weitblick geplant: In der Verfahrensordnung wurden Regeln festgelegt, die eine Verfahrenverschleppung durch einen Versicherer sanktionieren.

Ein weiterer Punkt, der auch Verbraucherschützern besonders wichtig war, ist die erweiterte Zuständigkeit. Der Versicherungsombudsmann ist nicht nur für Beschwerden gegen Versicherungsunternehmen zuständig, sondern auch gegen Vermittler von Versicherungen. Hier gibt es jedoch noch unterschiedliche Regelungsgrundlagen. Zwar hat der Gesetzgeber inzwischen eine verpflichtende Teilnahme von Vermittlern am Schlichtungsverfahren gesetzlich festgelegt. Aber nur ein Teil der Vermittler erkennt die Entscheidungen des Versicherungsombudsmanns an. Erstrebenswertes Ziel muss es sein, dass Verbraucher auch gegenüber Vermittlern eine hochwertige Streitschlichtung wie bei den Versicherungsunternehmen nutzen können. Jetzt müssen Vermittler und deren Interessenvertreter nachziehen.

Jenseits von Versicherungen ist Schlichtung bislang in den meisten Fällen eine rein freiwillige Angelegenheit für Unternehmen. Diese müssen weder am Schlichtungsverfahren teilnehmen noch Schlichtungsvorschläge gegen sich gelten lassen. Entsprechend gering ist die Teilnahmebereitschaft von Unternehmen. Das spiegelt sich auch in der Bilanz der Schlichtung seit Inkrafttreten des Verbraucherstreitbeilegungsgesetzes im Jahr 2016 wider: Die jüngsten Zahlen der Allgemeinen Verbraucherschlichtungsstelle des Zentrums für Schlichtung zeigen, dass von den abschließend bearbeiteten Verfahren gut zwei Drittel ergebnislos blieben. Dies lag zum weitaus größten Teil an der fehlenden Beteiligung von Unternehmen. Die Einigungsquote lag zudem bei nur knapp 14 Prozent.



Die im November des vergangenen Jahres eingeführte Musterfeststellungsklage bietet einen idealen Anknüpfungspunkt für mehr Verbindlichkeit in der Schlichtung. Wenn ein unterlegenes Unternehmen nach einem Musterfeststellungsurteil nicht freiwillig zahlt, müssen Verbraucher ihre Ansprüche möglichst niedrigschwellig weiterverfolgen können. In dieser Situation bietet sich ein Schlichtungsverfahren an. Schlichtungsstellen sollen laut Verbraucherstreitbeilegungsgesetz nach Klärung von Grundsatzfragen in Einzelfällen befrieden. Das kann aber nur funktionieren, wenn Unternehmen nach einem rechtskräftigen Musterfeststellungsurteil verpflichtet sind, an Schlichtungsverfahren teilzunehmen und sich anschließend dem Schlichtungsvorschlag auch unterwerfen müssen. Die hierfür erforderlichen Änderungen sollten in der noch in diesem Jahr bevorstehenden Reform des Verbraucherstreitbeilegungsgesetzes berücksichtigt werden. Das wäre auch für die Versicherungsbranche eine entscheidende Neuerung, schließlich sind auch hier Musterfeststellungsklagen möglich.

Insgesamt gilt der Versicherungsombudsmann jedoch zu Recht als Best Practice-Beispiel für Streitschlichter. Während andere Branchen überlegen, wie sie ihre Mitglieder dazu bringen, aktiv an einer Schlichtung teilzunehmen, unterwerfen sich die Mitglieder des Versicherungsombudsmann e. V. der Entscheidung durch den Schlichter bis zu einem Streitwert von 10.000 Euro. Hier zeigt sich, wie groß das Vertrauen der Branche in die Schlichtungseinrichtung ist.

Jede Institution ist jedoch meist nur so gut wie ihr Kopf. So steht und fällt auch das öffentliche Ansehen einer Schlichtungsstelle mit der Person, die sie repräsentiert. Mit Prof. Wolfgang Römer wählte man einen Ombudsmann, der in seiner aktiven Zeit als Richter des für das Versicherungsrecht zuständigen Senats am Bundesgerichtshof deutliche und kritische Worte gegenüber der Versicherungswirtschaft fand. Prof. Dr. Günter Hirsch bekleidete diese Aufgabe mit überragender juristischer Fachkompetenz und hoher Empathie gegenüber den Beschwerdeführern. Im Zusammenhang mit dem Gesetz zur Änderung von Vorschriften über die außergerichtliche Streitbeilegung in Verbrauchersachen griff auch der Verbraucherzentrale Bundesverband eine seiner Ideen auf und unterstützt sie bis heute.

Mit der Ernennung von Dr. h. c. Wilhelm Schluckebier zum neuen Versicherungsombudsmann wird an der Tradition der Fachkompetenz festgehalten. Der Verbraucherzentrale Bundesverband freut sich auf den Austausch.

Klaus Müller
Vorstand
Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv)





Inhalt

1	Der Versicherungsombudsmann	6
1.1	Allgemeines	6
1.2	Sinn und Zweck der Schlichtungsstelle	7
1.3	Der Ombudsmann in Person: Professor Dr. Günter Hirsch	8
1.4	Das Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsunternehmen	10
1.5	Das Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsvermittler	13
1.6	Veröffentlichung der Entscheidungen des Ombudsmanns	15
2	Bericht des Ombudsmanns	16
2.1	Musterfeststellungsklage und außergerichtliche Streitbeilegung	16
2.2	Beschwerdebefugnis bei Beschwerden zur Restschuldversicherung	17
2.3	Neue Schlichtungsstelle für Vermittler	17
2.4	Neue Allgemeine Verbraucherschlichtungsstelle	19
2.5	Verwirkung des Beschwerderechts, Justiziabilität von Verfahrens- entscheidungen des Ombudsmanns?	20
2.6	Änderungen des Vermittlerrechts	21
2.7	Systematisch bedingte Probleme der sogenannten Riesterverträge	22
2.8	Die Versicherungssparten in der Jahresbetrachtung	23
2.9	Beschwerdefälle	60
3	Einzelheiten zur Schlichtungsstelle	76
3.1	Allgemeines	76
3.2	Organisation und Personal	78
3.3	Vereinsmitglieder und Mitgliederversammlung	80
3.4	Dr. h. c. Wilhelm Schluckebier	81
3.5	Vorstand, Geschäftsführung	82
3.6	Beirat	83
3.7	Presse- und Öffentlichkeitsarbeit	85
3.8	Fachlicher Austausch	87
3.9	Gremienarbeit	88
3.10	Finanzen	90
4	Statistik	92
4.1	Gesamtbetrachtung	92
4.2	Differenzierung nach Zuständigkeiten des Ombudsmanns	94
4.3	Beschwerden gegen Versicherungsunternehmen	95
4.4	Beschwerden gegen Versicherungsvermittler	97
4.5	Tabellen und Grafiken	100
5	Anhang	108
5.1	Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns (VomVO)	108
5.2	Verfahrensordnung für Vermittlerbeschwerden (VermVO)	114
5.3	Satzung des Vereins	118
5.4	Stellvertreter des Ombudsmanns	124
5.5	Mitglieder des Beirats	124
5.6	Mitglieder des Vorstands, Geschäftsführer	127
5.7	Mitglieder des Vereins	128
5.8	Abkürzungsverzeichnis	136

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

1 Der Versicherungsombudsmann

1.1 Allgemeines

Seit einigen Jahren nimmt die Bedeutung der außergerichtlichen Streitbeilegung erheblich zu. Viele Impulse für diese Entwicklung gingen von der Europäischen Union aus. Zuletzt erließ sie im Jahr 2013 eine EU-Richtlinie, deren Ziel ein lückenloses Netz von Schlichtungsstellen ist. Kunden sollen bei Streitigkeiten aus Verbraucherverträgen einen „kostengünstigen, einfachen und schnellen Rechtsschutz“ ohne Inanspruchnahme der Gerichte erhalten. Die gesetzgeberische Umsetzung in Deutschland erfolgte 2016. Kernstück des „Gesetzes zur Umsetzung der Richtlinie über alternative Streitbeilegung in Verbraucherangelegenheiten (...)“ war das Verbraucherstreitbeilegungsgesetz (VSBG), das zum 1. April 2016 in Kraft trat. Für den Bereich der Privatversicherungen ergaben sich nur wenige Veränderungen, denn die Schlichtungsstelle entsprach bereits in allen wesentlichen Punkten den Vorgaben der Richtlinie. Bundesjustizminister Maas nannte die Schlichtungsstelle „ein Vorbild für effektiven Verbraucherschutz“, Verbraucherorganisationen und der Deutsche Richterbund bezeichneten sie ausdrücklich als vorbildhaft. Für nicht durch Brancheninitiativen abgedeckte Bereiche wurde eine „Allgemeine Verbraucherschlichtungsstelle“ geschaffen. Neue branchenweite Schlichtungsstellen sind in anderen Wirtschaftsbereichen bislang ausgeblieben.

Die Idee der außergerichtlichen Streitbeilegung überzeugt aus vielen Gründen. Es entspricht einem modernen Verständnis von Staat und Gesellschaft – und dem Interesse der Vertragsparteien –, Konfliktlösung und Rechtsdurchsetzung nicht ausschließlich auf die staatlichen Gerichte zu beschränken. Für den Bereich hoheitlicher Verwaltung erfüllen staatliche Ombudsleute, Petitionsausschüsse und der Europäische Bürgerbeauftragte diese Funktion. Es setzt sich jedoch immer stärker die Erkenntnis durch, dass auch in vielen privatrechtlichen Bereichen die Rechte der Verbraucher durch außergerichtliche Streitbeilegungsmöglichkeiten sinnvoll ergänzt werden sollten. Der Bedarf dafür erscheint dort besonders groß, wo eine „strukturelle Asymmetrie“ zwischen den Parteien herrscht. Diese Wirtschaftsbereiche sind dadurch gekennzeichnet, dass eine „marktmächtige“ Seite vorhanden ist, weshalb beispielsweise keine Gleichstellung hinsichtlich Angebot und Nachfrage oder etwa in den Vertragsverhandlungen besteht. Diese Übermacht eines Vertragspartners kann sich auch auf den Umgang mit Meinungsverschiedenheiten auswirken. Unabhängig davon, ob diese Verhältnisse im Einzelfall tatsächlich so bestehen oder nur von der (vermeintlich) „unterlegenen“ Seite so wahrgenommen werden, ist die Ausgangslage jedenfalls bei der Konfliktlösung zu berücksichtigen. Hier bietet die außergerichtliche Streitbeilegung mit ihrem kostenlosen und unbürokratischen Verfahren als Ergänzung zum Gerichtsweg eine Ausgleichsmöglichkeit. Der Ombudsmann achtet darauf, dass trotz der Vorteile der Versicherer bei der Gestaltung der Verträge und durch die tägliche Befassung mit der Materie die Verbraucherrechte und -interessen gewahrt bleiben. Eine objektive und fachkundige Klärung auf Augenhöhe, die allgemeinverständlich vollzogen und begründet wird, kann häufig Meinungsverschiedenheiten zwischen den Vertragspartnern aus der Welt schaffen.



1.2 Sinn und Zweck der Schlichtungsstelle

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

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

Dauerhafte Kundenzufriedenheit setzt voraus, dass der Verbraucher das Vertragsverhältnis und die sich daraus ergebenden Leistungsbeziehungen versteht. Das ist bei Versicherungsverträgen nicht ganz einfach, denn der Versicherungsschutz sowie die Rechte und Pflichten werden darin nicht selten in schwer verständlichen Worten festgelegt. Daher überblickt der Versicherungsnehmer den Inhalt seines Vertrages häufig erst durch die Erläuterungen des Ombudsmanns im Beschwerdeverfahren.

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

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

1 DER VERSICHERUNGSOMBUDSMANN

1.3 Der Ombudsmann in Person: Professor Dr. Günter Hirsch

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



Die Amtszeit von Professor Hirsch endet nach 11 Jahren am 31. März 2019, nachdem sich die zweite Amtsperiode gemäß § 14 Absatz 2 Satz 3 der Satzung um ein Jahr verlängerte.

Die Unabhängigkeit des Ombudsmanns

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

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

Die Neutralität des Ombudsmanns wird nicht zuletzt durch seine unabhängige Stellung gesichert. Er ist kein Angestellter des Vereins, sondern ausdrücklich hin-



sichtlich seiner Entscheidungen, seiner Verfahrens- und Amtsführung im Rahmen der Verfahrensordnungen frei und keinen Weisungen unterworfen. In seinem Amt ist der Ombudsmann damit ähnlich unabhängig wie ein Richter. Dieser Vergleich gilt auch hinsichtlich der Entscheidungsgrundlagen des Ombudsmanns: Recht und Gesetz. In fachlicher Hinsicht ist er gegenüber den Mitarbeitern der Schlichtungsstelle weisungsbefugt.

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

Dieser Grundgedanke, eine Persönlichkeit zu beauftragen und mit Kompetenzen auszustatten, damit sie in bestimmten Bereichen einer als ungerecht empfundenen Behandlung nachgehen kann, überzeugte und breitete sich aus. Viele Länder schufen für verschiedene Aufgabengebiete 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 Grundgesetz). Seit 1995 ist der Bürgerbeauftragte (oder Ombudsmann) der Europäischen Union für Beschwerden von Bürgern zuständig, die Missstände bei der Tätigkeit europäischer Organe rügen.

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

Kompetenzen und Verfahrensgrundsätze der Ombudsleute sind nicht einheitlich geregelt. Im Vergleich mit anderen Einrichtungen zeigt es sich durchaus nicht als selbstverständlich, dass der Ombudsmann den Beschwerdegegner zur Leistung verpflichten kann. Das gilt auch für die transparente Darstellung der Tätigkeit sowie die Organisationsstruktur der Schlichtungsstelle: Diese ist vom betreffenden Branchenverband unabhängig organisiert und ihre Arbeit wird von einem Beirat begleitet, dem Verbraucherorganisationen angehören.

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

1.4 Das Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsunternehmen

Alle Sparten der privaten Versicherungswirtschaft, in denen Verbraucher Versicherungsverträge abschließen können, fallen in die Zuständigkeit des Versicherungsombudsmanns, mit Ausnahme der Kranken- und Pflegeversicherung. Jeder Kunde eines Mitgliedsunternehmens kann die Schlichtungsstelle in Anspruch nehmen, soweit die Beschwerde im Zusammenhang mit seiner Eigenschaft als Verbraucher steht. Durch den Ombudsmann erhält er die Möglichkeit, die Meinungsverschiedenheit ohne eigenes Kostenrisiko auszutragen. Das eröffnet einen im Verhältnis zum Gerichtsverfahren alternativen Zugang zum Recht, der effizient und weniger formal ist. Auf diese Weise erhalten Verbraucher, die in der Regel nicht über besondere Rechts- oder Versicherungskenntnisse verfügen, schnell und kostengünstig Klarheit über die Rechtslage. Auch Kleinunternehmer oder Freiberufler können Unterstützung durch den Ombudsmann erhalten, wenn sie sich in „verbraucherähnlicher Lage“ befinden.

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

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

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



Verbindung mit der Verfahrensordnung). Auf dieser Grundlage ist der Ombudsmann in der Lage, die Versicherer zur Leistung zu verpflichten.

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

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

An den Antrag des Verbrauchers werden nicht die gleichen Anforderungen gestellt, wie sie in einem Gerichtsverfahren gelten. Es wird zum Beispiel nicht erwartet, dass der genaue Betrag, um den der Verbraucher die Auszahlung seines Lebensversicherungsvertrages für zu gering hält, genannt wird. Auch muss die rechtliche Begründung nicht angegeben werden. Diese niedrige Schwelle für die Einleitung des Verfahrens ist ein Element der Verbraucherorientierung. Damit können Meinungsverschiedenheiten beseitigt werden, noch bevor eine hohe Eskalationsstufe erreicht ist.

Eine weitere wichtige Komponente des modernen Schlichtungsverfahrens ist Transparenz. Diese Voraussetzung wurde bei der Ausgestaltung des Ombudsmannverfahrens in besonderem Maße berücksichtigt. Nachdem der Beschwerdeführer sich an den Ombudsmann gewandt hat, erhält zunächst der Versicherer von

1 DER VERSICHERUNGSOMBUDSMANN

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

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

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

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



1.5 Das Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsvermittler

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

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

Auf eine Änderung der Rahmenbedingungen sei an dieser Stelle hingewiesen. Die bisher völlig freigestellte Teilnahme der Vermittler am Verfahren wurde im Zuge der Umsetzung der zweiten Vermittlerrichtlinie (Richtlinie EU 2016/97 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 20. Januar 2016 über Versicherungsvertrieb – Insurance Distribution Directive [IDD]) abgeschafft. Nach § 17 Absatz 4 der VersVermV sind Vermittler nun zur Teilnahme am Schlichtungsverfahren verpflichtet. Für die Einzelheiten wird auf 2.6 verwiesen.

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

1 DER VERSICHERUNGSOMBUDSMANN

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

Das Verfahren selbst ist für den Versicherungsnehmer grundsätzlich kostenfrei, er muss nur seine Auslagen, etwa für Briefporto, selbst tragen. Dem Versicherungsvermittler kann ein Entgelt auferlegt werden, wenn er Anlass zur Beschwerde gegeben hat. Im Fall von offensichtlich missbräuchlich eingelegten Beschwerden können auch die Beschwerdeführer zur Kostentragung herangezogen werden. Ebenso wie das Verfahren nach der VomVO wird das Vermittlerverfahren schriftlich geführt.

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

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

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



1.6 Veröffentlichung der Entscheidungen des Ombudsmanns

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

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

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

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

2 Bericht des Ombudsmanns

2.1 Musterfeststellungsklage und außergerichtliche Streitbeilegung

Am 1. November 2018 ist das Musterfeststellungsklagengesetz in Kraft getreten. Damit werden nach der amtlichen Begründung die bereits etablierten Verfahren der außergerichtlichen Streitbeilegung um einen verfahrensrechtlichen, kollektiven Rechtsschutz ergänzt. Das Schlichtungsverfahren wird somit als ein Verfahren angesehen, das auch zur Rechtsverfolgung in Verbraucherstreitverfahren mit Breitenwirkung (Massenbeschwerden) geeignet ist. Dieser Gedanke wird in dem Gesetz allerdings nicht konsequent genug umgesetzt.

Nach der Konzeption des Gesetzes sollen Ansprüche der Verbraucher aus standardisierten Massengeschäften in einem zweistufigen Verfahren schneller und einfacher durchgesetzt werden können. In einem von einem qualifizierten Verbraucherverband beantragten Musterfeststellungsverfahren wird auf der ersten Stufe das Vorliegen oder Fehlen der zentralen anspruchsbegründenden Voraussetzungen gerichtlich festgestellt. Sind die wesentlichen Tatsachen- und Rechtsfragen verbindlich gerichtlich geklärt, steht also der Anspruch dem Grunde nach rechtskräftig fest, ist es auf der zweiten Stufe Sache des einzelnen Verbrauchers, seine Forderungen gegen das Unternehmen der Höhe nach zu konkretisieren, geltend zu machen und durchzusetzen. Hierfür steht ihm nach der Gesetzesbegründung neben dem gerichtlichen Verfahren das außergerichtliche Schlichtungsverfahren zur Verfügung, für das allerdings das Prinzip der Freiwilligkeit gilt.

Der Gesetzgeber geht zutreffend davon aus, dass eine erfolgreiche Musterfeststellungsklage eine gute Grundlage für eine nachfolgende Einigung der Parteien im Rahmen der außergerichtlichen Streitbeilegung darstellt. Hieraus sollte jedoch die Konsequenz gezogen werden, die anerkannten Verbraucherschlichtungsstellen formell und substantiell in das System der Musterfeststellungsklage einzubinden. Es sollte gesetzlich (etwa durch entsprechende Ergänzung von § 15 Absatz 2 des Verbraucherstreitbeilegungsgesetzes – VSBG) festgelegt werden, dass das Unternehmen zur Teilnahme an einem Streitbeilegungsverfahren verpflichtet ist, wenn ein Verbraucher nach einer erfolgreichen Musterfeststellungsklage zur Durchsetzung seines konkreten Anspruchs eine anerkannte Verbraucherschlichtungsstelle anruft.¹ Dies wäre eine systemgerechte Ergänzung des Musterfeststellungsverfahrens sowie eine sachgerechte Komplettierung des schnellen Zugangs zum Recht für Verbraucher bei Massenschäden.

Auf die hiesige Schlichtungsstelle hätte dieser Vorschlag praktisch keine Auswirkungen, da sich so gut wie alle Versicherer, die Verbraucherversicherungen anbieten, als Mitglieder des Trägervereins bereits zur Teilnahme am Schlichtungsverfahren verpflichtet haben.

Ob darüber hinausgehend für ein nach einer Musterfeststellung wegen der Anspruchshöhe eingeleitetes außergerichtliches Schlichtungsverfahren kraft Gesetzes eine Kompetenz des Schlichters festgelegt werden könnte, bis zu einem bestimmten Beschwerdewert verbindlich gegen das Unternehmen zu entscheiden, erscheint fraglich. Nach § 19 Absatz 4 VSBG können sich die Unternehmen

¹ Eine gesetzliche Verpflichtung zur Teilnahme an einem vom Verbraucher eingeleiteten Schlichtungsverfahren besteht bereits für Energieversorgungsunternehmen, Luftfahrtunternehmen und (nach einer strittigen Auffassung) für Betreiber von öffentlichen Telekommunikationsnetzen sowie für Versicherungsvermittler.



allerdings vorab (etwa, wie beim Versicherungsombudsmann, als Mitglieder des Trägervereins der Schlichtungsstelle) generell verpflichtet, sich Entscheidungen des Streitmittlers (etwa bis zu einem bestimmten Beschwerdewert) zu unterwerfen.

2.2 Beschwerdebefugnis bei Beschwerden zur Restschuldversicherung

Über die Problematik, dass nach der seinerzeitigen Rechtslage zur Restschuldversicherung im Regelfall die gesetzlichen Beratungs- und Informationspflichten des Versicherers nur gegenüber dem Versicherungsnehmer, also der kreditgebenden Bank, bestanden, der Verbraucher als versicherte Person daher keinen Anspruch auf Beratung und Information hatte, wurde im Jahresbericht 2017 ausführlich berichtet (2.1). Dem Vorschlag des Ombudsmanns, gesetzlich festzulegen, dass die nach dem VVG dem Versicherer gegenüber dem Versicherungsnehmer bestehenden Informations- und Beratungspflichten auch im Verhältnis der Bank zum Kunden (versicherte Person) gelten, wurde mit dem neuen § 7d VVG, der zum 23. Februar 2018 in Kraft getreten ist, Rechnung getragen.

Allerdings könnten nach wie vor Zweifel bestehen, ob Ombudsmann-Beschwerden des Kunden als versicherte Person gegen die Bank über Beratungs- und Informationsmängel bei Abschluss des Restschuldversicherungsvertrages zulässig sind. Denn § 2 Absatz 2 VomVO setzt voraus, dass ein Verbraucher einen eigenen vertraglichen Anspruch gegen einen Versicherer geltend macht. Die versicherte Person hat zwar nach § 7d Satz 2 VVG jetzt die Rechte eines Versicherungsnehmers, nach wie vor hat jedoch die Bank die rechtliche Stellung der Versicherungsnehmerin (auch wenn ihr die Pflichten eines Versicherers auferlegt sind). Diese Frage der Beschwerdebefugnis wird der Ombudsmann bei der ersten diesbezüglichen Beschwerde zu entscheiden haben und sich bei der Auslegung seiner Verfahrensordnung von den Motiven des Gesetzgebers, die Rechtsstellung des Verbrauchers zu verbessern, leiten lassen.

2.3 Neue Schlichtungsstelle für Vermittler

Das Bundesamt für Justiz (BfJ) hat am 26. April 2018 die vom VOTUM-Verband getragene „Schlichtungsstelle für gewerbliche Versicherungs-, Anlage- und Kreditvermittlung“ anerkannt. Die Zuständigkeit dieser Schlichtungsstelle für Finanzvermittler ist wie folgt festgelegt:

„§ 6 (Zuständigkeit)

Die Schlichtungsstelle kann bei Streitigkeiten angerufen werden, wenn

- a) der Antragsteller Verbraucher im Sinne des § 13 BGB ist und
- b) der Antragsgegner sich als Unternehmen oder Einzelperson zur Schlichtung vor der Schlichtungsstelle verpflichtet oder bereit erklärt hat und
- c) der geltend gemachte Anspruch in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Streitigkeit aus der Vermittlung oder Beratung eines Finanzdienstleistungsgeschäftes (bspw. Kapitalanlage, Kredit, Versicherung) steht.“

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Nach dem VSBG hat jede private Schlichtungsstelle, welche die Anforderungen des Gesetzes erfüllt, einen Anspruch auf Anerkennung. Das Gesetz lässt somit zu, dass anerkannte Schlichtungsstellen mit sich überschneidenden Zuständigkeiten bestehen.

Der Versicherungsombudsmann ist zuständig für Streitigkeiten zwischen Versicherungsnehmern und Versicherungsvermittlern oder -beratern im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen. Versicherungsvermittler sind nach § 59 Absatz 1 VVG Versicherungsvertreter und Versicherungsmakler. Die neue Schlichtungsstelle definiert ihre Zuständigkeit dagegen nicht unter Bezugnahme auf bestimmte Berufsbilder („Versicherungsvermittler“ als Beschwerdegegner), sondern auf den Zusammenhang der Streitigkeit mit einer beruflichen Tätigkeit (der Vermittlung oder Beratung eines Versicherungsgeschäfts). Sie sieht sich insoweit partiell als Alternative zum Versicherungsombudsmann, als sie sich „insbesondere für alle Makler und Mehrfachagenten eignet, die nicht im Auftrag eines einzelnen Versicherungsunternehmens tätig sind“.

Zuständigkeitsüberschneidungen sind insbesondere im Hinblick auf Beschwerden gegen unabhängige Versicherungsvermittler, also hauptsächlich Makler, möglich. Kompetenzkonflikte werden im konkreten Beschwerdefall allerdings weitgehend durch die Kollisionsvorschrift des § 2 Absatz 4 c) und d) VomVO verhindert, nach der ein Verfahren vor dem Versicherungsombudsmann nicht stattfindet, solange der Beschwerdegegenstand bei einer anderen Streitschlichtungsstelle anhängig ist oder von einer Streitschlichtungsstelle bereits abschließend behandelt wurde. Eine entsprechende Vorschrift enthält auch § 8 Absatz 5 a) der Verfahrensordnung der neuen Vermittlerschlichtungsstelle.

Noch der Klärung bedarf jedoch die Konstellation, dass sich Beschwerden gegen Versicherungsvertreter richten, die Erfüllungsgehilfen des Unternehmens sind, deren Handeln somit dem Unternehmen rechtlich zuzurechnen ist. In diesen Fällen wird ein Schlichtungsverfahren in aller Regel nicht gegen den Vermittler geführt, sondern gegen das Unternehmen (es sei denn, der Beschwerdeführer will ausdrücklich einen Anspruch gegen den Vermittler persönlich durchsetzen). Sollte sich die neue Schlichtungsstelle auch für derartige Beschwerden als zuständig ansehen, läge zwar formell keine Zuständigkeitskollision vor, da Beschwerdegegner im Ombudsmannverfahren nicht der Vermittler, sondern das Unternehmen ist. Wie die neue Schlichtungsstelle solche Beschwerden behandeln wird, ist jedoch nicht bekannt. Sie könnte in einem solchen Fall einen Schlichtungsvorschlag weder an den Vermittler richten, da dieser als Versicherungsvertreter in aller Regel in keiner vertraglichen Beziehung zum Versicherungsnehmer steht, noch an das Unternehmen, da dieses in diesem Schlichtungsverfahren nicht Beschwerdegegner ist.

Diese Problematik wurde mit Vertretern der Finanzvermittlerschlichtungsstelle besprochen. Es bestand Einigkeit darüber, dass Beschwerden gegen ein Versicherungsunternehmen, dem ein Handeln eines Versicherungsvertreters zugrunde liegt, das dem Unternehmen zuzurechnen ist, nur vom



Versicherungsombudsmann (als Unternehmensbeschwerde) behandelt werden sollen. Um dies sicherzustellen, werden sich die beiden Schlichtungsstellen nach Eingang entsprechender Beschwerden abstimmen.

2.4 Neue Allgemeine Verbraucherschlichtungsstelle

Das BfJ hat die „Außergerichtliche Streitbeilegungsstelle für Verbraucher und Unternehmer e. V.“ (im Folgenden: SVU) nach § 25 VSBG als „Allgemeine Verbraucherschlichtungsstelle“ anerkannt und in ihre Liste aufgenommen.

Voraussetzung für eine „Allgemeine Verbraucherschlichtungsstelle“ nach § 4 Absatz 2 VSBG ist insbesondere, dass diese „keine einschränkende Zuständigkeitsregelung“ getroffen hat. Die SVU führt ausweislich der Liste des BfJ neun „Wirtschaftsbereiche auf, die von der Tätigkeit der Verbraucherschlichtungsstelle erfasst werden“. Unter dem Wirtschaftsbereich „Finanzdienstleistungen“ werden „Gebäude- und Hausratversicherungen, Fahrzeugversicherungen, Reiseversicherungen, Krankheits- und Unfallversicherungen, Lebensversicherungen“ genannt. Die Liste der einzelnen Finanzdienstleistungsbereiche wird beendet mit dem Hinweis auf „andere“.

Dies könnte der durchschnittliche Versicherungsnehmer so verstehen, dass der Katalog der Versicherungen, die genannt sind, abschließend ist, die SVU also für nicht genannte Versicherungssparten (etwa Haftpflicht-, Rechtsschutz- oder Restschuldversicherungen sowie den gesamten Bereich der Beschwerden gegen Versicherungsvermittler) nicht zuständig ist. Hieran dürfte auch der pauschale Hinweis am Ende der Liste auf „andere“ Finanzdienstleistungen nichts ändern. Denn der pauschale Hinweis auf die Zuständigkeit für „andere“ Finanzdienstleistungen macht dem Verbraucher nicht deutlich, wofür denn die SVU im Versicherungswesen konkret zuständig ist (etwa auch für Vermittlerbeschwerden?).

Eine selektive Zuständigkeit für einzelne Versicherungssparten ist mit der gesetzlich vorgeschriebenen Allzuständigkeit einer „Allgemeinen Verbraucherschlichtungsstelle“ unvereinbar und stünde damit einer Anerkennung entgegen.

Außerdem ist eine „Allgemeine Verbraucherschlichtungsstelle“ nach § 4 Absatz 2 Satz 2 Ziffer 2 VSBG kraft Gesetzes nicht zuständig „für Streitigkeiten, für deren Beilegung Verbraucherschlichtungsstellen nach anderen Rechtsvorschriften anerkannt, beauftragt oder eingerichtet“ sind. Damit haben, wie in der Begründung zum Regierungsentwurf des VSBG (BT-Drs. 18/5295, S. 66) auch eindeutig festgestellt wird, branchenspezifische bzw. spezialisierte Schlichtungsstellen Vorrang vor allgemeinen Verbraucherschlichtungsstellen; diese haben nur eine nachrangige Auffang-Zuständigkeit. Diese allgemeine Zuständigkeitsbeschränkung ist der Verfahrensordnung der SVU jedoch nicht zu entnehmen. Sie ist lediglich auf der Website der SVU unter „Wichtige Informationen“ (Ziffer 5 a. E.) angemerkt.

Der Versicherungsombudsmann ist nach § 214 VVG i. d. F. von Art. 15 VSBG für die Schlichtung von versicherungsvertraglichen Streitigkeiten sowie für

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Streitigkeiten zwischen Versicherungsvermittlern und Versicherungsnehmern anerkannt. Insoweit ist folglich keine Zuständigkeit der genannten „Allgemeinen Verbraucherschlichtungsstelle“ gegeben. Mit der einschränkungslosen Aufzählung einzelner Versicherungssparten, für die die SVU zuständig ist, wird jedoch der unzutreffende Eindruck erweckt, bei Streitigkeiten zu den genannten Versicherungssparten stünde den Versicherungsnehmern der Weg zur SVU alternativ zur Verfügung.

2.5 Verwirkung des Beschwerderechts, Justiziabilität von Verfahrensentscheidungen des Ombudsmanns?

Ein Beschwerdeführer hatte beim Versicherungsombudsmann (wie bereits vor etwa 10 Jahren) in kurzer Zeit dutzende von Beschwerden eingelegt, die in der Form unzulänglich waren (zum Beispiel wurde lediglich die Kopie eines Bescheids des Versicherers übersandt, versehen mit dem handschriftlichen Hinweis „Beschwerde zum Versicherungsombudsmann“), massive Beleidigungen und Drohungen gegenüber dem Ombudsmann und seinen Mitarbeitern sowie unwahre Angaben enthielten und dem Ombudsmann die Unabhängigkeit und Unparteilichkeit absprachen. Die Behandlung dieser Beschwerden wurde mit der Begründung abgelehnt, dass damit das Recht auf die Durchführung eines außergerichtlichen Streitbeilegungsverfahrens missbraucht werde. Es sei ein allgemein anerkannter Rechtsgrundsatz, dass das zur Anrufung eines Gerichts notwendige Rechtsschutzbedürfnis fehle bzw. entfalle, wenn sich die Partei rechtsmissbräuchlich verhalte. Für das Ombudsmannverfahren, das weniger strengen Zugangs- und Verfahrensregeln unterliege als das zivilgerichtliche Verfahren und stärker als dieses auf Akzeptanz, konsensuale Konfliktbereinigung und Verfahrensmitwirkung der Beteiligten angewiesen und ausgerichtet sei, gelte dieser Verwirkungsgrundsatz zumindest in gleichem Maße.

Gegen diese Ablehnung der Durchführung der Beschwerdeverfahren rief der Beschwerdeführer das Landgericht Berlin an und beantragte Prozesskostenhilfe für ein Verfahren, mit dem der Ombudsmann zur Behandlung der Beschwerden verurteilt werden sollte. Das Landgericht Berlin wies am 13. September 2018 (Az. 24 O 165/18) den Antrag zurück. In Bezug auf die Argumentation des Versicherungsombudsmanns, dass er als privatrechtlich organisierte Institution der außergerichtlichen Streitbeilegung hinsichtlich seiner Entscheidungen sowie seiner Verfahrens- und Amtsführung grundsätzlich nicht der Kontrolle durch die staatliche Gerichtsbarkeit unterliege, stellte das Gericht fest: „Hinsichtlich der begehrten Verpflichtung zur Entscheidung der Beschwerden ist es schon zweifelhaft, ob es grundsätzlich einen zivilrechtlich durchsetzbaren Anspruch auf eine Sachentscheidung des Ombudsmanns gibt.“ Letztlich ließ das Landgericht diese Frage jedoch offen, da die Begründung des Ombudsmanns für die Ablehnung der Durchführung der Beschwerden (Rechtsmissbrauch) diese Ablehnung der Durchführung eines Verfahrens rechtfertige.

Die sofortige Beschwerde des Antragstellers gegen diesen Beschluss des Landgerichts wies das Kammergericht Berlin am 09. Oktober 2018 zurück und schloss sich ausdrücklich den Gründen des Landgerichts in vollem Umfang an (Az. 14 W 36/18).



Damit ist obergerichtlich anerkannt, dass die Durchführung rechtsmissbräuchlicher Beschwerden von einer anerkannten Verbraucherschlichtungsstelle abgelehnt werden kann, auch wenn § 14 VSBG dies nicht ausdrücklich zulässt. Ob diese Verfahrensentscheidungen einer anerkannten Verbraucherschlichtungsstelle der gerichtlichen Kontrolle unterliegen, erschien den Gerichten zwar zweifelhaft, blieb jedoch im Ergebnis offen.

2.6 Änderungen des Vermittlerrechts

Im Berichtsjahr gab es bedeutsame Änderungen im Vermittlerrecht. Mit dem Gesetz zur Umsetzung der Richtlinie (EU) 2016/97 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 20. Januar 2016 über Versicherungsvertrieb und zur Änderung weiterer Gesetze (BGBl. 2017 Teil I Nr. 52, 2789 ff.) wurde der Rechtsrahmen für Versicherungsvermittlung europarechtlich weiterentwickelt. Die neue Versicherungsvermittlungsverordnung (VersVermV) trat am 20. Dezember 2018 in Kraft. Eine wesentliche Neuerung aus Sicht des Versicherungsombudsmanns ist die Verpflichtung der Vermittler zur Teilnahme am Schlichtungsverfahren nach § 17 Absatz 4 der 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). Zwar haben einige Vermittlerverbände für ihre Mitglieder bereits seit längerem eine satzungserrechtliche Teilnahmepflicht verankert; nun ist jeder Gewerbetreibende im Sinne der VersVermV 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“. Dies berührt auch das Verhältnis des Vermittlers zu seinem Haftpflichtversicherer.

Darüber hinaus verpflichtet § 17 VersVermV Gewerbetreibende mit einer Erlaubnis nach § 34d Absatz 1 oder 2 GewO, über Leitlinien zur Beschwerdebearbeitung zu verfügen. In Absatz 2 sind konkrete Vorgaben festgelegt. Neu geregelt ist auch die Beratungspflicht für Vermittler. Für sie wird in § 59 Absatz 1 VVG und für Berater in § 59 Absatz 4 VVG auf die Vorschrift des § 1a VVG verwiesen. Demnach muss ein Versicherer (und damit auch ein Vermittler und Berater) bei seiner Vertriebstätigkeit gegenüber Versicherungsnehmern stets ehrlich, redlich und professionell in deren bestmöglichem Interesse handeln. Letzteres wurde bislang nur von Maklern gefordert. Das bestmögliche Interesse eines Kunden ist vor allem im Kontext der Beratungspflicht zu sehen. Insoweit ist der Beratungsmaßstab der §§ 6, 61 VVG entscheidend. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Produktauswahl der Versicherungsvertreter nach § 59 Absatz 2 VVG auf die Produkte der mittelbar oder unmittelbar Auftrag gebenden Versicherer beschränkt ist. Alle Informationen im Zusammenhang mit der Vertriebstätigkeit, einschließlich Werbemitteilungen, die an den Versicherungsnehmer oder einen Interessenten gerichtet sind, müssen redlich und eindeutig und dürfen nicht irreführend sein. Werbemitteilungen müssen eindeutig als solche erkannt werden können. Die Informations- und Beratungspflichten gelten auch für Betreiber von Websites. Der Anwendungsbereich wurde auf den Internetvertrieb, Internetportale und sogenannte Vergleicher

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 ist, wer eine Vertriebstätigkeit i. S. v. § 1a Absatz 2 VVG ausführt, ohne dass die Voraussetzungen von § 59 Absatz 2 oder 3 vorliegen. Für den Betreiber einer Website gelten also alle Regelungen des VVG, die für Versicherungsvermittler gelten, insbesondere auch die Beratungs- und Dokumentationspflichten nach § 61 VVG. Für Versicherungsanlageprodukte gelten weitere Regelungen, auf die an dieser Stelle jedoch nicht weiter eingegangen werden soll. Die Richtlinie (EU) 2016/97 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 20. Januar 2016 über Versicherungsvertrieb und deren Umsetzung u. a. in der VersVermV enthalten eine Vielzahl weiterer Änderungen. Nur am Rande erwähnt sei, dass die Umsetzung der Richtlinie in deutsches Recht Fragen aufwirft. Inwieweit sich hieraus in der praktischen Beschwerdebearbeitung Probleme ergeben können, muss die Zukunft erweisen. Praktische Erfahrungen liegen noch nicht vor.

2.7 Systematisch bedingte Probleme der sogenannten Riesterverträge

Eine Problemstellung, die im Sinne von § 4 Absatz 1 Ziffer 2 VSBInfoV systematisch bedingt ist und die häufig Anlass zu Beschwerden bei sogenannten Riesterverträgen (Altersvorsorgeverträgen) gibt, sind die Mitwirkungspflichten der Versicherten. Für diese zertifizierten Versicherungen gelten in mancher Beziehung strengere Regeln als bei herkömmlichen privaten Versicherungen. Zudem muss an den Abläufen und an deren EDV-technischer Umsetzung eine Staatsbehörde, die Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA), beteiligt werden. Die ZfA übernimmt die Berechnung, Kontrolle, Auszahlung und ggf. die Rückforderung von Zulagen und wendet sich dabei direkt an Finanzämter, Versicherer, Besoldungsstellen und Familienkassen.

Bei zertifizierten Rentenversicherungen gibt es stets eine bedeutende Mitwirkungspflicht für den Versicherungsnehmer. Er muss grundsätzlich selbst dafür Sorge tragen, dass die Angaben in den Zulagenanträgen und die während der Vertragslaufzeit bei der ZfA geführten konkreten Daten stimmen. Der Versicherer hat die entsprechenden Zulagenanträge des Versicherungsnehmers in der Regel lediglich an die ZfA weiterzuleiten. Dies ist vielen Versicherungsnehmern nicht hinreichend klar. Sie gehen davon aus, dass der Versicherer die Angaben in den Zulagenanträgen im Einzelnen prüft, bevor er sie an die ZfA weiterleitet.

Diese Problematik sollte verstärkt Vermittlern von Riesterverträgen nahegebracht und Gegenstand der Beratung bei der Vermittlung solcher Verträge werden.



2.8 Die Versicherungssparten in der Jahresbetrachtung

Nachfolgend wird die Entwicklung in den Versicherungssparten im Jahr 2018 aus Sicht der Beschwerdebearbeitung aufgezeigt. Wie in den Vorjahren werden alle Versicherungssparten dargestellt. Angesichts der Vielzahl von Themen und Ereignissen kann eine Darstellung an dieser Stelle trotz des umfangreichen Berichts nicht vollständig sein.

Das rechtliche Umfeld veränderte sich im Berichtsjahr nicht wesentlich, es bleibt jedoch weiterhin sehr anspruchsvoll. 2018 trat die Neuregelung des Vermittlerrechts aufgrund der EU-Vermittlerrichtlinie (IDD – Insurance Distribution Directive) in Kraft. Damit wurden einige Korrekturen am 2006 durch die erste EU-Richtlinie (IMD – Insurance Mediation Directive) wesentlich neu gestalteten Rechtsrahmen für die Versicherungsvermittlung vorgenommen (siehe hierzu unter 2.6). Das materielle Recht erfuhr keine wesentlichen Änderungen. Weder der Gesetzgeber noch die Rechtsprechung setzten neue Maßstäbe von grundsätzlicher Bedeutung. Noch immer sind nicht alle Fragen geklärt, die sich insbesondere infolge höchstrichterlicher Entscheidungen der Vorjahre in der Lebens- und der Rechtsschutzversicherung ergeben. Es ist jedoch zu erwarten, dass diese zunehmend aufgegriffen werden. Offene Rechtsfragen bewirken, dass die Rechtsuchenden und nicht zuletzt die Mitgliedsunternehmen besonderes Augenmerk auf die Standpunkte des Ombudsmanns und seine Spruchpraxis legen. Soweit es sich um Fragen von rechtsgrundsätzlicher Bedeutung handelt, äußert der Ombudsmann seine Rechtsauffassung in Form von Vergleichsvorschlägen oder begründeten Schlichtungsvorschlägen (siehe § 9 Absatz 2 VomVO).

Für die Beschwerdebearbeitung reicht es nicht aus, das Versicherungsvertragsrecht zu beherrschen. Es sind viele weitere Rechtsgebiete im Blick zu behalten wie etwa die gesetzlichen Rahmenbedingungen von Riester- und Basisrentenverträgen. So muss bei der Prüfung, ob ein Beratungsfehler feststellbar ist, auf die Eignung des vermittelten Vertrages abgestellt werden. Dazu sind Kenntnisse der spezifischen Produktmerkmale, aber auch der Förder- und Zertifizierungskriterien sowie des Steuerrechts und ihrer praktischen Umsetzung im Zulassungsverfahren erforderlich. Die Tendenz zur Komplexität in den Bedingungswerken der einzelnen Versicherungssparten, die nach der Deregulierung 1994 erst mit erheblicher Verzögerung begann, setzte sich im Berichtsjahr fort. Vermehrt wurden unternehmensspezifische Klauseln verwendet. Kam es auf deren Auslegung an, konnte in der Regel nicht auf die Rechtsprechung oder Kommentarliteratur zurückgegriffen werden, denn diese Klauseln werden darin nicht im gleichen Maße behandelt wie solche, die in der gesamten Branche seit längerem verwendet werden. Entsprechend anspruchsvoller und aufwendiger fallen die Auslegung und die Vermittlung des gefundenen Ergebnisses aus.

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

■ Rechtsschutzversicherung

Zur Rechtsschutzversicherung erhielt der Ombudsmann im Berichtsjahr 3.773 (Vorjahr: 4.015) zulässige Beschwerden. Damit blieb die Rechtsschutzversicherung mit einem Anteil von 26,8 Prozent die Sparte mit den meisten zulässigen Beschwerden. Diese Position ist zurückzuführen auf den großen Zuwachs in den drei Vorjahren, in denen der Anstieg insgesamt mehr als 70 Prozent betragen hatte. Eine Umkehr der Entwicklung ist nicht erkennbar, auch wenn die Eingaben im Berichtsjahr um 6,0 Prozent zurückgingen.

Wie bereits in den Vorjahren erreichte den Ombudsmann auch im Berichtsjahr eine Häufung von Beschwerden zu einem Thema. 2018 waren dies mehr als einhundert Beschwerden im Zusammenhang mit den Nutzerkonten bei Facebook. Es ging um (temporäre) Löschungen und Sperrungen der Konten, die Eingaben wurden fast ausschließlich durch eine hierauf spezialisierte Anwaltskanzlei eingereicht und richteten sich maßgeblich gegen zwei Rechtsschutzversicherer. Hintergrund der Beschwerden war ersichtlich das seit dem 1. September 2017 in Kraft getretene Netzwerkdurchsuchungsgesetz (NetzDG), welches bestimmte Berichts- und Verhaltenspflichten für Anbieter von sogenannten sozialen Netzwerken vorschreibt. Diese werden verpflichtet, über ihre Maßnahmen, strafbare Handlungen auf den Plattformen zu unterbinden, sowie über ein internes Verfahren für den Umgang mit strafbaren Handlungen einschließlich der dafür vorgesehenen internen Organisation einen Bericht zu erstellen, der im Bundesanzeiger sowie auf der eigenen Homepage zu veröffentlichen ist. Weiter ist erforderlich, ein wirksames und transparentes Verfahren zum Umgang mit Beschwerden über rechtswidrige Inhalte vorzuhalten.

Den Beschwerden lagen zum einen Deckungsablehnungen der Rechtsschutzversicherer für die Geltendmachung von gegen Facebook gerichteten zivilrechtlichen Ansprüchen etwa auf Schadenersatz, Freischaltung und Unterlassung zugrunde. Zum anderen ging es um Deckungsablehnungen für die Geltendmachung von öffentlich-rechtlichen Ansprüchen gegen die Bundesrepublik Deutschland, die mit dem NetzDG Rechte der Nutzer von Facebook verletzt haben soll. Versicherungsrechtlich zu prüfen waren insbesondere der Eintritt des Rechtsschutzfalls, die Kostenminderungsobliegenheiten, Risikoausschlüsse sowie die Erfolgsaussichten in der Hauptsache. Hierbei handelt es sich um vielschichtige und komplexe Rechtsfragen.

Nach § 4 Absatz 1 c) der Allgemeinen Bedingungen für die Rechtsschutzversicherung (ARB) gilt als Rechtsschutzfall der Zeitpunkt, zu dem der Versicherungsnehmer oder ein anderer gegen Rechtspflichten oder Rechtsvorschriften verstoßen hat oder verstoßen haben soll. Wenn ein Nutzer von sozialen Netzwerken dem Anbieter vorwirft, einen Beitrag zu Unrecht gelöscht oder gar das Nutzerkonto gesperrt zu haben (und daraus seine Ansprüche herleitet), so ist nach Auffassung des Ombudsmanns grundsätzlich in dem Löschungs- und Sperrvorgang der entscheidende Rechtsschutzfall zu sehen.



Betraf die Deckungsablehnung die Geltendmachung von Auskunfts- und Feststellungsansprüchen, stritten die Beschwerdeparteien über deren Notwendigkeit und darüber, ob mit der selbstständigen Geltendmachung dieser Ansprüche gegen Kostenminderungsobliegenheiten verstoßen werde. Zum Teil sind Kostenminderungsobliegenheiten in den Regelwerken der Versicherer direkt enthalten, zum Teil ist auf § 82 VVG abzustellen, wonach der Versicherungsnehmer bei Eintritt des Versicherungsfalles nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen hat.

In einigen Fällen stützten die Versicherer ihre Leistungsfreiheit auf einen Risikoausschluss, der die Wahrnehmung rechtlicher Interessen in ursächlichem Zusammenhang mit rassistischen, extremistischen, pornographischen oder sonst sittenwidrigen Angeboten, Äußerungen oder Darstellungen vom Versicherungsschutz ausnimmt. Der Ombudsman hat die Befassung mit den Beschwerden zu der Frage abgelehnt, denn es hätte geprüft werden müssen, ob der Eintrag auf Facebook, der Anlass für die Sperrung gab, einen dieser Begriffe erfüllt. Für die Auslegung und Anwendung dieses Risikoausschlusses gibt es, soweit ersichtlich, jedoch noch keine feststehende Rechtsprechung. Die anzustellende Einzelfallabwägung ist rechtlich schwierig und sehr aufwendig. Dabei käme es maßgeblich auf eine Grenzziehung zwischen dem Grundrecht der Meinungsfreiheit einerseits und Äußerungen, die auf unzulässige Weise andere Menschen herabsetzen, andererseits an. Eine derartige umfangreiche Prüfung gehört nicht zur eigentlichen Aufgabe des Versicherungsombudsmanns. Deshalb sehen es in derartigen Fällen die Verfahrensordnungen im Einklang mit dem VSBG vor, die Befassung abzulehnen.

Einige Beschwerdeführer bzw. die erwähnte Rechtsanwaltskanzlei wollten öffentlich-rechtliche Ansprüche gegen die Bundesrepublik Deutschland erheben. Sie begründeten ihr Vorgehen sinngemäß damit, dass die Bundesrepublik es als Gesetzgeberin des NetzDG zu verantworten habe, dass die Beiträge der Beschwerdeführer und ihre Konten gelöscht bzw. gesperrt wurden. Weiterhin mutmaßten die Beschwerdeführer sogar eine Einflussnahme durch die Politik oder die öffentliche Verwaltung auf Facebook. Die Versicherer wandten regelmäßig ein, dass das geplante Vorgehen keine Aussicht auf Erfolg habe, da die Handlungen von Facebook nicht der Bundesrepublik zuzurechnen seien. Ebenso wie bereits zuvor erläutert, handelt es sich auch insoweit um Rechtsfragen, die im Zusammenhang mit sogenannten sozialen Netzwerken erst neu entstanden sind oder zumindest neu bewertet werden müssen. Für deren Klärung und Entscheidung ist das vereinfachte Schlichtungsverfahren, welches in erster Linie schnell und effizient Fragen mit versicherungsrechtlichem Schwerpunkt auf Basis einer von Recht und Gesetz entwickelten Rechtslage entscheiden soll, ungeeignet. Allerdings konnte in geeigneten Fällen der Ombudsman den Beschwerdeparteien Schlichtungsvorschläge zur Streitbeilegung unterbreiten.

Zum Teil gab es in den Ausgangsstreitigkeiten bereits Entscheidungen im einstweiligen Rechtsschutz. Die gerichtlichen Verfahren sowohl gegen Facebook als auch gegen die Bundesrepublik Deutschland waren, soweit ersichtlich, bei Erstel-

lung dieses Berichts noch nicht beendet. Teilweise nahmen die Beschwerdeführer zwischenzeitlich auch Abstand von einem Vorgehen gegen die Bundesrepublik Deutschland. Bei vielen Beschwerden scheiterte eine abschließende Entscheidung daran, dass der Sachverhalt unklar blieb, weil die Beschwerdeführer zu den Inhalten ihrer Beiträge wenig bis gar keine Angaben machten. So wirkte sich die fehlende Darlegung negativ auf den Ausgang des Verfahrens eines Beschwerdeführers aus, der eine Klage gegen die Bundesrepublik Deutschland anstrebte. Der Beschwerdeführer hatte in einem Internetbeitrag erklärt, weshalb er gerne ein „Nazi“ sei. Allerdings fehlten Angaben zum Namen des Benutzerkontos, zu den Gründen und zur Dauer der Löschung. Bei einem derart rudimentär dargelegten Sachverhalt konnte der Ombudsmann ebenfalls keine abschließende Entscheidung treffen. Nach Aktenlage war nicht feststellbar, ob die Sperrung tatsächlich aufgrund dieses Beitrags erfolgte und auf die Vorgaben des NetzDG zurückzuführen war.

Abgesehen von diesem Beschwerdekomples bildeten Fragen rund um den Rechtsschutzfall und dessen zeitliche Einordnung nach wie vor einen Themen Schwerpunkt. Für den Eintritt eines Rechtsschutzfalls ist es erforderlich, dass ein Rechtsverstoß ernsthaft behauptet wird und das Vorbringen einen Tatsachenkern enthält. Da ein lediglich vermuteter Rechtsverstoß nicht ausreichend ist, stellte sich im Berichtsjahr im Zusammenhang mit dem hauptsächlich VW zugeschriebenen Abgas-Skandal die Frage, ob ein Rechtsschutzfall substantiiert dargelegt ist, wenn der Beschwerdeführer geltend macht, es sei eine illegale Abschalt einrichtung verbaut worden, um den Schadstoffausstoß zu senken, und in seiner Beschwerde ausführt, dass sein Fahrzeug „in Verdacht steht, von BMW manipuliert worden zu sein“. Der Ombudsmann vertrat hierzu die Ansicht, dass es der Annahme einer substantiierten Behauptung nicht entgegenstehen dürfte, wenn sich der Beschwerdeführer bei der – Sachverständnis erfordernden – Behauptung an einer Stelle Zurückhaltung auferlegt, an anderer Stelle hingegen die Vorwürfe deutlich zum Ausdruck bringt und der Gegenseite vorwirft, „eine illegale Abschalt einrichtung eingebaut“ und „in der Motorsteuerung eine Abschalt einrichtung verbaut“ zu haben. Ob eine Abschalt einrichtung verbaut wurde, die den Schadstoffausstoß senkte, ist eine Tatsachenfrage, die einer Beweiserhebung zugänglich ist. Letztlich brauchte der Ombudsmann die Frage nicht zu entscheiden. Nachdem er den betroffenen Versicherungsunternehmen seine Ansicht mitgeteilt hatte, halfen diese den Beschwerden ab.

Der BGH hat in einer Grundsatzentscheidung zum Eintritt des Rechtsschutzfalls für „Aktivprozesse“ entschieden, dass der verstoßabhängige Rechtsschutzfall allein nach der vom Versicherungsnehmer behaupteten Pflichtverletzung seines Anspruchsgegners zu bestimmen ist (so zum Beispiel: Urteil vom 24. April 2013, Aktenzeichen IV ZR 23/12, oder vom 25. Februar 2015, IV ZR 214/14, nachzulesen auf der Internetseite www.bundesgerichtshof.de, m. w. N.). Seitdem werden in der juristischen Literatur und der unterinstanzlichen Rechtsprechung insbesondere Rechtsfragen zu zwei Themenbereichen diskutiert:



Hierunter fällt die Frage, was der BGH unter der „Verfolgung eigener Ansprüche“ (sogenannter „Aktivprozess“) versteht. Dazu wird einerseits die Auffassung vertreten, dass maßgeblich sei, ob der Versicherungsnehmer eigene Ansprüche verfolge oder Ansprüche abwehre. Wehrt sich der Versicherte gegen eine verhaltensbedingte Kündigung, liege ein „Passivprozess“ vor, da er als Arbeitnehmer seine Ansprüche verteidigen wolle, indem er einen „Angriff“ des Arbeitgebers abwehre. Der gekündigte Arbeitnehmer befinde sich nur aus prozessualen Gründen in der Klägerrolle. Deshalb sei allein der gegenüber dem Versicherungsnehmer ausgeübte Rechtsverstoß als Versicherungsfall einzuordnen. Andererseits gibt es die Ansicht, wonach die jeweilige formelle Parteirolle des Versicherungsnehmers entscheidend sei und der Versicherungsnehmer einen „Aktivprozess“ führe, wenn er Ansprüche geltend mache und er sich im Falle eines Prozesses auf der Klägerseite befinde. Folglich sei für die zeitliche Einordnung des Rechtsschutzfalls bei einer verhaltensbedingten Kündigung allein auf die Kündigung des Arbeitgebers abzustellen, gegen die der Versicherungsnehmer vorgeht. Der Ombudsmann vertritt hierzu die Ansicht, dass Kündigungsschutzfälle als Aktivprozesse des Versicherten zu werten sind (vgl. hierzu auch den Jahresbericht 2017, Seiten 26 f.) Zwar wehrt sich der Arbeitnehmer gegen die Kündigung, aber er macht mit der Kündigungsschutzklage auch aktiv einen Anspruch auf den Fortbestand seines Arbeitsverhältnisses geltend. Dies habe zur Folge, dass für die Bestimmung des Rechtsschutzfalls ausschließlich auf die dem Arbeitgeber vorgeworfenen Verstöße abzustellen ist. Die dem Verein angeschlossenen Rechtsschutzversicherer orientieren sich bei der Auslegung der genannten BGH-Entscheidung an der Spruchpraxis des Ombudsmanns.

Bei dem anderen Bereich geht es darum, welche Auswirkungen sich für Passivprozesse des Versicherten aus der Rechtsprechung des BGH ergeben. Diese Frage wirft die erwähnte Entscheidung des BGH auf, weil darin ausdrücklich Aktivprozesse angesprochen sind. Daraus lässt sich schließen, dass eine Differenzierung erfolgen soll. Hierzu vertritt das Oberlandesgericht (OLG) Stuttgart in seinem Urteil vom 15. März 2018 (Aktenzeichen 7 U 192/17) für die Leistungsart des Vertragsrechtsschutzes die Auffassung, dass es für die zeitliche Einordnung des Rechtsschutzfalls allein auf den Tatsachenvortrag des Versicherungsnehmers ankomme, mit dem dieser seine Interessenwahrnehmung begründet. Es komme nicht darauf an, ob sich der Versicherungsnehmer in einer Aktiv- oder in einer Passivrolle befinde. Fest steht, dass der BGH ausdrücklich noch keine Entscheidung dahingehend getroffen hat, dass Passiv- und Aktivprozesse unterschiedslos zu behandeln sind oder welche Maßstäbe in diesen Fällen gelten. Das könnte sich in absehbarer Zeit ändern, nachdem das OLG Stuttgart wegen Rechtsgrundsätzlichkeit die Revision zum BGH zugelassen hat und das Verfahren dort anhängig gemacht wurde.

Die Auswirkungen der Rechtsprechung des BGH zum sogenannten „unbefristeten Widerspruchsrecht“ in der Lebensversicherung waren auch noch im dritten Jahr in Folge deutlich zu spüren, wenn auch mit abnehmender Tendenz. Ging es im Vorjahr vordergründig darum, ob der Versicherer für eine vor Zurückweisung des Widerspruchs entstandene Geschäftsgebühr des Rechtsan-

walts Deckung zu bieten hat und ob die Renten- oder Lebensversicherung ein Kapitalanlagegeschäft im Sinne der Allgemeinen Bedingungen für die Rechtsschutzversicherung (ARB) ist (vgl. Jahresbericht 2017, Seite 25 f.), verlagerte sich im Berichtsjahr der Schwerpunkt etwas. Als Folge der bereits erwähnten Entscheidung des BGH vom 24. April 2013 zur zeitlichen Einordnung des Rechtsschutzfalls bei sogenannten Aktivprozessen änderten einige Versicherer ihre Versicherungsbedingungen. Sie stellten entweder ausdrücklich klar oder unterlegten mit Beispielsfällen, dass es für die zeitliche Einordnung des Rechtsschutzfalls nicht nur auf die (behaupteten) Verstöße ankommt, die der Versicherte seinem Anspruchsgegner anlastet und aus denen er seinen Anspruch herleitet, sondern dass nunmehr sämtliche Tatsachen zu berücksichtigen sind, die vom Versicherungsnehmer und seinem Gegner vorgetragen werden, um die jeweilige Interessenverfolgung zu stützen. Danach ist ohne Bedeutung, wer von beiden den Anspruch oder die Klage erhebt. Die Anwendung dieser Klausel durch den Versicherer war regelmäßig nicht zu beanstanden. Soweit es den Beschwerdeführern darum ging, die Unwirksamkeit der Klausel feststellen zu lassen, hat der Ombudsmann dies mit Hinweis auf eine rechtsgrundsätzliche Bedeutung abgelehnt.

Der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) nahm im Zusammenhang mit den oben erwähnten abgeänderten Versicherungsbedingungen bezüglich der zeitlichen Einordnung des Rechtsschutzfalls in seine Musterbedingungen für die Rechtsschutzversicherung eine Regelung zugunsten von Versicherten auf (Ziffer 6.2.6 ARB 2012 [Stand April 2018]). Danach besteht bei lückenlosem Wechsel des Versicherers Deckung beim aktuellen Versicherer, wenn dieser und der Vorversicherer unterschiedliche Regelungen zur Bestimmung des Versicherungsfalles haben. Zwar ist diese Regelung in den Bedingungswerken der Versicherer nur selten enthalten, dennoch fragt der Ombudsmann in geeigneten Fällen die Versicherer, ob sie der Beschwerde abhelfen, was nicht selten erfolgreich ist.

Ein häufiger Beschwerdegegenstand bestand abermals in der Weigerung von Rechtsschutzversicherern, den von einem Anwalt geltend gemachten Gebührenanspruch dem Grunde oder der Höhe nach anzuerkennen oder abzulehnen. Der Ombudsmann ist in langjähriger Entscheidungspraxis, die inzwischen höchst-richterlich gebilligt ist, der Auffassung, dass der Versicherer seine Freistellungspflicht auch in der Weise erfüllen kann, dass er nicht oder nur teilweise leistet und zugleich dem Versicherungsnehmer Kostenschutz für eine etwaige rechtliche Auseinandersetzung um die Gebührendifferenz zusagt. Der Versicherer muss dafür sorgen, dass sein Versicherungsnehmer nicht mehr dem Risiko ausgesetzt ist, Gebührenansprüche seines Prozessbevollmächtigten selbst erfüllen zu müssen. Erklärte sich der Versicherer – ggf. auf Anregung des Ombudsmanns – zu einer Abhilfe in Form der Abwehrdeckung bereit, kommt er auf diese Weise seiner vertraglichen Leistungspflicht nach.

Auch im Berichtsjahr richteten sich nicht wenige Beschwerden gegen den Einwand des Versicherers, die rechtliche Interessenwahrnehmung biete keine hinreichende Aussicht auf Erfolg oder sei mutwillig. Der Versicherer hat dann frist- und



formgerecht auf die Möglichkeit hinzuweisen, dass der Versicherungsnehmer bei abweichender Auffassung einen Stichentscheid erstellen oder – ergebnisunabhängig – ein kostenfreies Schiedsgutachterverfahren durchführen lassen kann. Machte er hiervon (noch) keinen Gebrauch, lehnte der Ombudsmann die Befassung mit der Beschwerde regelmäßig ab. Diese Möglichkeit eröffnet § 9 Absatz 4 VomVO, wonach der Ombudsmann die Durchführung des Verfahrens ablehnen kann, wenn der Versicherungsvertrag für die Klärung von Meinungsverschiedenheiten über den Beschwerdegegenstand ein geeignetes Verfahren vorsieht und dieses Verfahren vom Versicherungsnehmer noch nicht in Anspruch genommen wurde. Die Praxis der (temporären) Ablehnung verstößt übrigens nach Mitteilung des BfJ nicht gegen § 14 VSBG, der abschließend die Gründe für eine Nichtbefassung regelt. Sowohl der Stichentscheid als auch das Schiedsgutachterverfahren stellen eine vorrangige Schlichtungsmöglichkeit im Sinne der Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns dar und können dazu führen, dass der Streit beigelegt wird. Daher kann der Ombudsmann den Beschwerdeführer auf diese vorrangigen Schlichtungsalternativen verweisen. Anders ist dies, wenn die Versicherungsbedingungen den Versicherungsnehmer zur Kostentragung verpflichten, falls das Schiedsgutachten zu seinen Lasten ausgeht. Dann wäre im Vergleich das Ombudsmannverfahren für den Beschwerdeführer vorteilhafter, weil für ihn kein Kostenrisiko besteht. In solchen Fällen fragt der Ombudsmann zunächst bei dem Versicherer an, ob er bereit ist, die Kosten des Schiedsgutachterverfahrens unabhängig vom Ergebnis zu tragen. In den wenigen Einzelfällen, in denen dies abgelehnt wurde, sah der Ombudsmann von der Verweisung ab und führte das Ombudsmannverfahren durch.

Stellte sich heraus, dass der Aufwand der Bearbeitung so außergewöhnlich hoch wäre, dass dies den effektiven Betrieb der Schlichtungsstelle hätte ernsthaft beeinträchtigen können, lehnte der Ombudsmann – in Übereinstimmung mit dem VSBG – die Befassung mit der Beschwerde ab. Der Ombudsmann sah sich in diesen Fällen jedoch nicht selten in der Lage, den Beschwerdeparteien zugleich einen ausführlich begründeten Schlichtungsvorschlag zu unterbreiten. Dabei berücksichtigte er nach summarischer Prüfung die feststehenden Tatsachen sowie etwaige vorgelegte Urkunden, die Verteilung der Beweislast und das daraus folgende Prozessrisiko. Mit diesem Vorschlag und dem Hinweis auf die dem Schlichtungsverfahren innewohnende Idee der einvernehmlichen, befriedenden Streitbeilegung endete das Verfahren.

Die Anzahl der vertragsbezogenen Beschwerden stieg im Berichtsjahr leicht an. Im Wesentlichen betraf dies ordentliche Kündigungen des Versicherers. In diesen Fällen beschränkte sich die Prüfung des Ombudsmanns regelmäßig darauf, ob der Versicherer den Vertrag form- und fristgerecht gekündigt hatte. War das der Fall, war die Entscheidung des Versicherers nicht zu beanstanden. Der Ombudsmann kann dem Versicherer weder das vertraglich eingeräumte Kündigungsrecht absprechen noch die wirtschaftlichen Überlegungen des Versicherungsunternehmens, die im konkreten Fall zu einer Kündigung des Vertrages geführt haben mögen, bewerten. Dies erläuterte er dem Beschwerdeführer ausführlich. Zu vereinzelt Beschwerden führten auch Vertragskündigungen des Versicherers aufgrund von

Schadenhäufigkeit oder veralteten Versicherungsbedingungen. Auch diese waren regelmäßig nicht zu beanstanden. Beschwerden über Anfechtungs- und Rücktrittserklärungen der Versicherer wegen vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung waren kaum zu verzeichnen.

■ Lebensversicherung

2018 erhielt der Ombudsmann 3.115 (Vorjahr: 3.877) zulässige Beschwerden zur Lebensversicherung und damit deutlich weniger als in den letzten Jahren.

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

Die Themenschwerpunkte haben sich im Vergleich zum Vorjahr kaum verändert. Wie in den vergangenen Jahren kam Beschwerden, in denen Versicherer Widersprüche nach § 5a VVG a. F. (Fassung vor 2008) sowie Rücktritte nach § 8 Absatz 5 VVG a. F. zurückwiesen, eine große Bedeutung zu. Hierzu wurde ausführlich im letzten Jahr auf Seite 31 berichtet.

Schwierigkeiten bereiteten insoweit in Einzelfällen Entscheidungen des BGH. So kam es zu unterschiedlichen Bewertungen einer anscheinend gleichen Widerspruchsbelehrung. Auch unter Berücksichtigung der jeweiligen Vorinstanzen blieb fraglich, worin der Unterschied bestand bzw. was im Einzelnen zu einer anderen rechtlichen Beurteilung führte (zum Beispiel Urteile des BGH vom 30. Juni 2015 – IV ZR 16/14 und vom 7. September 2016 – IV ZR 306/14). Da es nicht die Aufgabe des Ombudsmanns ist, die Rechtsprechung des BGH auf ihre Konsistenz und Widerspruchsfreiheit hin zu untersuchen, musste der Ombudsmann solche Beschwerden wegen rechtsgrundsätzlicher Bedeutung unbeschieden lassen.

In vielen Fällen haben sich die Versicherer wie schon im Vorjahr darauf berufen, dass die Geltendmachung eines an sich berechtigten Widerspruchs- bzw. Rücktrittsrechts im konkreten Fall gegen Treu und Glauben gemäß § 242 BGB verstoße. Grundsätzlich ist es möglich, dass ein Widerspruch rechtsmissbräuchlich ausgeübt wird. Dies ist der Fall, wenn aus Sicht des Vertragspartners, hier der Versicherer, ein Vertrauenstatbestand geschaffen wurde oder andere besondere Umstände die Rückabwicklung des Vertrages als treuwidrig erscheinen lassen. Der Missbrauchseinwand greift nach der Rechtsprechung des BGH jedoch nur unter sehr engen Voraussetzungen durch, da der Versicherer mit der nicht ordnungsgemäßen Widerspruchsbelehrung die Voraussetzungen für das Fortbestehen des Widerspruchsrechts schließlich selbst geschaffen habe. Ausnahmsweise ließ der BGH zum Beispiel den Verwirkungseinwand eines Versicherers durchgreifen, weil der Versicherungsnehmer den Vertrag mehrmals, erstmals kurz nach



Vertragsabschluss, abgetreten hatte (BGH-Beschluss vom 27. Januar 2016 – IV ZR 130/15). Der BGH hat aber ausgeführt, dass allgemeingültige Maßstäbe dazu, ob und unter welchen Voraussetzungen in einer solchen Konstellation § 242 BGB dem Recht zur nachträglichen Vertragsauflösung entgegensteht, nicht aufgestellt werden können (BGH-Beschluss vom 27. September 2017 – IV ZR 506/15). Ob eine Verwirkung vorliegt, richte sich letztlich nach den Umständen des Einzelfalls, ohne dass insofern auf Vermutungen zurückgegriffen werden könne. Dies festzustellen und zu würdigen, obliege dem Tatrichter. Dessen Bewertung könne in der Revisionsinstanz vor dem BGH nur daraufhin überprüft werden, ob sie auf einer tragfähigen Tatsachengrundlage beruht, alle erheblichen Gesichtspunkte berücksichtigt und nicht gegen Denkgesetze oder Erfahrungssätze verstößt oder von einem falschen Wertungsmaßstab ausgeht (BGH-Beschluss vom 23. Januar 2018 – XI ZR 298/17).

Der Ombudsmann hat somit für seine Beurteilung keinen allgemeingültigen Maßstab an der Hand. In vielen Fällen, die der Ombudsmann zu prüfen hatte, waren die Umstände, die die Versicherer für ein widersprüchliches Verhalten anführten, jedoch nicht überzeugend. Aus ihnen konnte nicht geschlossen werden, dass der Versicherungsnehmer in Kenntnis seines Rechts, sich vom Vertrag lösen zu können, an diesem festhalten und von seinem Widerspruchsrecht keinen Gebrauch machen wollte. So sahen manche Versicherer zum Beispiel einen Verwirkungsgrund schon darin, dass der Versicherungsnehmer eine neue Bankverbindung angegeben bzw. die Bezugsberechtigung oder Zahlweise geändert hatte. Oft wurde auch nur mit dem zeitlichen Abstand zwischen Abschluss und Widerspruch des Vertrages argumentiert. In vielen Fällen halfen die Versicherer jedoch den Beschwerden ab, nachdem der Ombudsmann seine Bedenken zum Verwirkungseinwand unter Hinweis auf die strenge Rechtsprechung des BGH mitgeteilt hatte. In anderen Fällen beendete der Ombudsmann die Verfahren aber auch durch Schlichtungsvorschläge.

Es gab weiterhin eine große Anzahl von Beschwerden zur Höhe der Ablaufleistung. Die Prüfung erfolgte in vielen Fällen sowohl rechtlich als auch mathematisch. Die Versicherer stellten dem Ombudsmann hierfür die notwendigen Grundlagen für die interne Prüfung (§ 8 VomVO) zur Verfügung. Darüber hinaus hatte der Ombudsmann die Höhe von beanstandeten Rückkaufswerten zu prüfen, wobei sich die abnehmende Tendenz dieser Beschwerden der letzten Jahre fortsetzte.

Auch das Thema Falschberatung beschäftigte den Ombudsmann nach wie vor. Die Gründe, weshalb sich die Beschwerdeführer falsch beraten fühlten, waren vielfältig. Es ging beispielsweise um Fragen der Eignung des abgeschlossenen Vertrages oder um sogenannte Umdeckungsfälle. Insoweit kann im Wesentlichen auf den Vorjahresbericht (Seite 35) verwiesen werden. Oft wurde auch eine unzureichende Aufklärung über die Besonderheiten der staatlich geförderten Versicherungsprodukte beanstandet. So beklagten viele Versicherungsnehmer zum Beispiel, dass sie nicht über die eingeschränkte Verfügbarkeit (kein Wahlrecht zwischen Kapitalabfindung und Rentenzahlung oder keine Kündigungsmöglichkeit unter Auszahlung eines Rückkaufswertes) einer Basisrente informiert worden seien.

Außerdem beschäftigte den Ombudsmann die Durchführung des Versorgungsausgleiches im Rahmen der Ehescheidung, soweit private Lebens- und Rentenversicherer zu berücksichtigen waren. So wurde zum Beispiel die zeitlich verzögerte Umsetzung durch die Versicherer beanstandet. Mitunter gab es insoweit bei Riesterverträgen auch Probleme bei der Erstellung der Bescheinigung nach § 92 EStG. Hintergrund waren oft Fehlermeldungen bei der elektronischen Übermittlung der Daten an die ZfA. Schließlich wurde manchmal beanstandet, dass im Wege der internen Teilung bei dem für die ausgleichsberechtigte Person neu zu begründenden Vertrag die Rechnungsgrundlagen zur Anwendung kamen, die bei Versicherungsbeginn der Ausgleichsversicherung für diese tariflich festgelegt sind. Die Rechnungsgrundlagen – wie zum Beispiel der garantierte Rechnungszins – wichen von denen ab, die dem ausgleichspflichtigen Vertrag zugrunde liegen, so dass sich eine andere Rente ergab.

Die Versicherer beziehen sich hinsichtlich der Umsetzung der internen Teilung auf ihre Teilungsordnungen. Diese liegen in der Regel den Familiengerichten vor und werden in die entsprechenden Beschlüsse einbezogen. Wegen der rechtsgestaltenden Wirkung der Entscheidung über den Wertausgleich sind die Familiengerichte gehalten, die rechtliche Vereinbarkeit der untergesetzlichen Teilungsordnung mit höherrangigem Recht, insbesondere mit den gesetzlichen Vorgaben des VersAusglG, zu prüfen.

Die Prüfung des Ombudsmanns bezieht sich grundsätzlich nur auf die richtige versicherungsvertragliche Umsetzung des Versorgungsausgleichsbeschlusses des Gerichts, nicht auf seinen Inhalt oder sein Zustandekommen. Als Rechtsmittel gegen diese Versorgungsausgleichsentscheidung sieht § 58 des Gesetzes über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG) die Beschwerde vor.

Eine leichte Zunahme verzeichnete der Ombudsmann bei Beschwerden zur Pflegerentenversicherung. So wandten sich zum Beispiel die Beschwerdeführer gegen die Einschätzung des Versicherers, wonach die Anspruchsvoraussetzungen für eine höhere Pflegestufe nach den Bedingungen der Pflegerentenversicherung nicht vorlägen. Manche Beschwerdeführer stützten sich dabei auf das zum 1. Januar 2017 in Kraft getretene Pflegestärkungsgesetz. Mit der Gesetzesänderung wurden die bisherigen drei Pflegestufen durch fünf Pflegegrade ersetzt. Außerdem wurde Einschränkungen, die auf Demenzerkrankungen beruhen, mehr Bedeutung zugemessen. Das Pflegestärkungsgesetz gilt allerdings nur für die soziale Pflegeversicherung. Änderungen, die in diesem Bereich beschlossen werden, gelten nicht für die private Pflegerenten-Risiko-Versicherung. Es besteht daher kein Anspruch auf eine Übernahme der neuen Pflegegrade in den Vertrag oder auf die stärkere Berücksichtigung psychischer Gesichtspunkte. Welche Voraussetzungen im Einzelnen für einen Anspruch aus der Pflegerenten-Risiko-Versicherung erfüllt sein müssen, ergibt sich aus den vertraglichen Vereinbarungen. Diese Voraussetzungen hat der Ombudsmann – soweit möglich – anhand der eingereichten medizinischen Unterlagen geprüft. Mitunter warfen die zu prüfenden Klauseln Auslegungs- und Zweifelsfragen auf. Die Versicherer halfen in diesen Fällen der Beschwerde meist ab.



■ Sonderteil Lebensversicherung

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

Betriebliche Altersversorgung

Als Teilbereich der privaten Lebensversicherung machen die versicherungsgesunden Varianten der bAV etwas mehr als zehn Prozent der Beschwerden dieser Sparte aus. Anders als in der Hauptsparte sind hier die Beschwerden im Berichtsjahr gestiegen. Die bAV gilt als eine der Säulen der Altersvorsorge und ist im Gesetz zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung (BetrAVG), auch als „Betriebsrentengesetz“ bezeichnet, geregelt. Darin gibt der Gesetzgeber den Vertragsparteien gewisse Rahmenbedingungen vor, engt also den ansonsten bestehenden vertraglich regelbaren Spielraum ein.

Den verschiedenen Durchführungswegen ist gemein, dass der versorgungsrechtlich berechnete Arbeitnehmer im bestehenden Beschäftigungsverhältnis stets versicherte Person ist, jedoch nicht Versicherungsnehmer werden kann. Der Versicherungsvertrag wird vom Arbeitgeber oder von einer Unterstützungskasse geschlossen und kann auf den Arbeitnehmer oder dessen Folgearbeitgeber erst dann übertragen werden, wenn das (vorherige) Arbeitsverhältnis endet. In dieser Mehrparteienkonstellation der bAV (Arbeitnehmer, Arbeitgeber und Versicherer) wird der Versicherungsvertrag zudem flankiert von arbeitsvertraglichen und sozialversicherungsrechtlichen Beziehungen. Weil im Ombudsmannverfahren die Beschwerde nur von einem Verbraucher oder einer Person in verbraucherähnlicher Lage eingeleitet werden kann, stehen Fragen der Zulässigkeit stärker im Vordergrund als bei privaten Renten- und Lebensversicherungsverträgen. Auch das VVG enthält Vorschriften speziell für die bAV, etwa die Pflicht des Versicherers, Beitragsrückstände nicht nur beim Versicherungsnehmer, sondern auch bei der versicherten Person anzumahnen und dieser die Möglichkeit zu geben, den Rückstand selbst auszugleichen (§ 166 Absatz 4 VVG).

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

Nicht wenige Betriebsrentner fühlen sich bei Abschluss oder Führung ihrer Versorgungsverträge durch den Versicherer bzw. den Vermittler falsch beraten. Die Betreuung und Interessenwahrung für die versicherte Person obliegt aber im Rahmen der arbeitsvertraglichen Fürsorge in erster Linie dem Arbeitgeber. Auch weil die Vertragskommunikation hauptsächlich mit dem Versicherungsnehmer geführt wird, also dem Arbeitgeber, ist es in diesem Dreiecksverhältnis für den Arbeitnehmer oft nicht leicht, den Verlauf des Versicherungsvertrages genau zu erfassen. Probleme können bei Betriebsaufgabe oder Insolvenz des Arbeitgebers auftreten, etwa weil dieser nicht an der Umgestaltung des Versicherungsvertrages mitwirkt oder Gläubiger auf die Versorgung zugreifen wollen. Hier spielen Pfändungs- und Abtretungsfragen eine Rolle. Im Berichtsjahr mehrten sich zudem Beschwerden darüber, dass Pensionskassen in Abstimmung mit der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) bei laufenden Verträgen den Rechnungszins bzw. den Rentenfaktor für künftige Beiträge gesenkt hatten.

Einen weiterhin nennenswerten Anteil haben Beschwerden gegen die Erhebung von Krankenkassenbeiträgen auf betrieblich finanzierte Leistungen nach dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG). Hier verärgert die Beschwerdeführer vor allem die doppelte Heranziehung zu Beiträgen bei Direktversicherungen, nämlich sowohl in der Anspar- als auch in der Auszahlungsphase. Dieses Problem ist längst in der politischen Diskussion angekommen und könnte bald zumindest eine Abmilderung erfahren. Im Ombudsmannverfahren sind Beschwerden gegen den Beitragsbescheid der Krankenkasse selbst unzulässig, denn sie betreffen sozialversicherungsrechtliche Fragen und sind damit nach öffentlichem Recht zu beurteilen. Wenn es um die rechnerische Herleitung der Kassenmeldung des Versicherers geht, kann der Ombudsmann dagegen oft für Klärung sorgen.

Nach einem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 27. Juni 2018 (1 BvR 100/15 und 1 BvR 249/15) müssen auch Leistungen einer Pensionskasse, welche der Leistungsempfänger nach Beschäftigungsende aus eigenen Mitteln finanziert hat, von der Beitragspflicht der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung ausgenommen werden. Der Ombudsmann hat Beschwerdeführer aus der Vergangenheit, deren Eingabe dieses Thema betroffen hatte, im September 2018 angeschrieben und auf die Veränderung der Rechtslage hingewiesen.

Viele Betriebsrentenverträge müssen im Laufe eines Arbeitslebens an veränderte Umstände angepasst werden. Hier ist vor allem die Übertragung auf einen neuen Versicherungsnehmer beim Arbeitsplatzwechsel zu nennen. Diese manuelle Bearbeitung macht sie anfällig für tatsächliche oder vermutete Bearbeitungsfehler.

Grundsätzlich gilt in der bAV, dass ein Entgegenkommen des Versicherers oder ein Vergleich im Schlichtungsverfahren zur Anpassung von Vertragsinhalten nicht allein vom Willen der Parteien abhängig ist. Häufig setzen die arbeits- und betriebsrentenrechtlichen Rahmenbedingungen enge Grenzen und stehen damit einer Kulanz- oder Vergleichslösung entgegen.



Restschuldversicherung

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

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

Im Berichtsjahr erreichten den Ombudsman noch keine Beschwerden zu Restschuldversicherungen, welche die seit dem 23. Februar 2018 geänderte Rechtslage betrafen (siehe hierzu Jahresbericht 2017, Seite 16 ff.). Wie in früheren Jahren richteten sich die meisten Beschwerden gegen abgelehnte Anträge auf Leistung aus der Restschuldversicherung oder die Höhe der Auszahlungsbeträge, wenn die Restschuldversicherungen im Zusammenhang mit der vorzeitigen Darlehensstilgung gekündigt wurden.

Wie zuvor erwähnt, bieten viele Restschuldversicherungen auch Schutz für den Fall der Arbeitslosigkeit. In den Beratungsdokumentationen fällt auf, dass darin häufig verkürzt vom Schutz bei unverschuldeter Arbeitslosigkeit die Rede ist. Ein Blick in die Versicherungsbedingungen zeigt jedoch, dass der Versicherungsschutz nicht jede denkbare Konstellation einer unverschuldeten Arbeitslosigkeit abdeckt. Das ist grundsätzlich nicht zu beanstanden. Es wäre allerdings wünschenswert, wenn noch mehr darauf geachtet würde, dass beim Kunden insoweit keine falschen Erwartungen entstehen.

Oft werden in den Versicherungsbedingungen zunächst die Begriffe „Arbeitnehmer“ und „selbstständige Tätigkeit“ definiert und anschließend festgelegt, wann ein Arbeitnehmer beziehungsweise eine selbstständig tätige Person in diesem Sinne arbeitslos ist. Für die Arbeitnehmereigenschaft wird oftmals eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung mit einer Mindestwochenstundenanzahl gefordert. Darüber hinaus muss der Arbeitnehmer häufig entweder vor Beginn der Arbeitslosigkeit oder bei seiner Vertragserklärung mindestens sechs Monate ununterbrochen bei demselben Arbeitgeber beschäftigt gewesen sein.

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Arbeitslosigkeit eines Arbeitnehmers liegt bedingungsgemäß bei den meisten Versicherern dann vor, wenn die versicherte Person während der Dauer des Versicherungsschutzes unverschuldet arbeitslos wird, nicht gegen Entgelt tätig ist, dem Arbeitsmarkt uneingeschränkt zur Verfügung steht und aktiv Arbeit sucht. Die Arbeitslosigkeit muss in aller Regel Folge einer Kündigung durch den Arbeitgeber oder einer einvernehmlichen Aufhebung des Arbeitsverhältnisses zur Abwendung einer betriebsbedingten Kündigung sein.

Häufig wenden sich Kunden mit ihren Beschwerden dagegen, dass eine Arbeitslosigkeit, die nach dem Auslaufen eines befristeten Arbeitsverhältnisses eintritt, nicht versichert ist. Grundsätzlich darf der Versicherer, um sein Risiko kalkulierbar zu halten, bestimmte Fallkonstellationen vom Versicherungsschutz ausschließen. Es dürfte unbestritten sein, dass das Risiko, nach Ablauf eines befristeten Arbeitsverhältnisses die Arbeitsstelle zu verlieren und anschließend keine neue zu finden, deutlich erhöht ist gegenüber dem Fall, seinen Arbeitsplatz aus einem unbefristeten Arbeitsverhältnis heraus zu verlieren und anschließend keinen neuen zu finden. Daher ist der Ausschluss bei „normalen“ Arbeitsmarktverhältnissen inhaltlich durchaus nachvollziehbar. Es wäre jedoch wünschenswert, dies in den Versicherungsbedingungen deutlicher herauszustellen.

Allerdings gibt es Fälle, die beim Ombudsmann durchaus auf Bedenken stoßen, wenngleich nicht aus versicherungsrechtlicher Sicht. So gab und gibt es Wirtschaftsbereiche, in denen nur befristete Arbeitsverträge angeboten werden, und dies immer wieder in Folge. Dies betrifft vor allem wissenschaftliche Mitarbeiter, Ärzte in Krankenhäusern und pädagogische Fachkräfte. Diese Form der Vertragsgestaltung ist übrigens auch im öffentlichen Dienst zu finden und wird auch als Kettenbefristung bezeichnet. Zwar können im Einzelfall Fehler bei der Beratung oder hinsichtlich der klauselmäßigen Umsetzung vorliegen; wie bereits ausgeführt, begegnet diese Praxis auf versicherungsvertraglicher Seite jedoch keinen grundsätzlichen Bedenken. Dies hilft betroffenen Arbeitnehmern aber nicht weiter. Für sie kommt zu der Arbeitsplatzunsicherheit noch die Schwierigkeit bei der Absicherung durch einen Versicherungsvertrag hinzu. Der Kern des Problems liegt offensichtlich in der arbeitsrechtlichen Zulässigkeit sowie in der Arbeitsmarktsituation und kann durch Versicherer nicht beseitigt werden.

Oftmals erreichen den Ombudsmann auch Beschwerden von Kunden, die Leistungen aus der Arbeitslosigkeitsversicherung wünschen, ihr Arbeitsverhältnis jedoch selbst gekündigt haben. Die Gründe dafür sind vielfältig und in den meisten Fällen nachvollziehbar. Wenn zum Beispiel der Arzt ihnen dringend geraten hat, die Arbeit aus gesundheitlichen Gründen aufzugeben, oder wenn sich bei dem neuen Arbeitsplatz erst später herausstellt, dass das lukrative Gehalt ausbleibt, sollte die Ablehnung des Versicherers nicht als moralischer Vorwurf verstanden werden. Für dessen Leistungspflicht genügt es aber entgegen der Ansicht mancher Beschwerdeführer nicht, dass die Agentur für Arbeit keine Sperrzeit verhängt hat.

In einem Beschwerdefall brachte die Internetrecherche des Ombudsmanns Klarheit. Der Versicherer hatte seine Leistung zunächst abgelehnt, weil dem



Beschwerdeführer von seinem Arbeitgeber ein Ersatzarbeitsplatz in vermeintlich zumutbarer Nähe angeboten worden sei. Der Beschwerdeführer widersprach den Kilometerangaben des Versicherers und behauptete, der Weg sei erheblich weiter. Nachdem der Ombudsman die Strecke im Internet durch einen Routendienst überprüft hatte, wodurch die Werte des Beschwerdeführers bestätigt wurden, bat er den Versicherer um erneute Prüfung. Dieser erklärte sich daraufhin zur Abhilfe bereit.

Erfreulich ist, dass sich die Versicherer bei Beschwerden in diesem Bereich oftmals um eine zufriedenstellende Lösung im Sinne des Schlichtungsgedankens bemühen. Beispielsweise war ein Beschwerdeführer von der medienpräsenten Insolvenz seines Arbeitgebers (einem Luftfahrtunternehmen) betroffen. Obwohl dieser den Flugbetrieb eingestellt hatte, wurde der Beschwerdeführer im Zuge des Insolvenzverfahrens zunächst nur widerruflich von der Erbringung der Arbeitsleistung freigestellt. Dies kam rechtlich keiner Kündigung gleich. Der Versicherer bot dem Beschwerdeführer allerdings an, auf die sechzig tägige Karenzzeit zu verzichten, nachdem die Freistellung für unwiderruflich erklärt worden war.

Zwei Beschwerdefälle, die den Ombudsman kurz nacheinander erreichten, muteten etwas wunderlich an. Beide Beschwerdeführer waren längere Zeit arbeitslos und erhielten mangels Bedürftigkeit kein Arbeitslosengeld II. Der eine Beschwerdeführer beanstandete, dass sein Versicherungsvertrag keine Regelung enthielt, wonach der Leistungsanspruch nicht dadurch gehindert ist, dass die versicherte Person wegen fehlender Bedürftigkeit kein Arbeitslosengeld erhält. Vielmehr knüpfte die Leistungspflicht seines Versicherers an den tatsächlichen Erhalt von Arbeitslosengeld an. Bei der anderen Beschwerdeführerin war zwar eine entsprechende Regelung in den Versicherungsbedingungen enthalten, sie empfand es aber als Schikane, dass der Versicherer ihr quasi auferlege, Arbeitslosengeld II zu beantragen, obwohl es nicht bewilligt werden würde.

■ Kfz-Versicherung

Die Kraftfahrzeugversicherung gehört seit Jahren zu den größeren Versicherungssparten beim Versicherungsombudsman. Sie umfasst neben der Kfz-Haftpflicht- und Kaskoversicherung auch die Schutzbrief-, Insassenunfall- und die Wassersportversicherung. Im Berichtsjahr stiegen die zulässigen Eingenaben auf 2.047 (Vorjahr: 1.919). Damit erreichten sie einen Anteil von 14,4 Prozent am Gesamtaufkommen der zulässigen Beschwerden.

Auf die Kfz-Haftpflichtversicherung entfielen 940 der zulässigen Beschwerden, dies entspricht einem Anteil von 6,6 Prozent am Gesamteingang. Die Kfz-Haftpflichtversicherung ist eine gesetzlich vorgeschriebene Pflichtversicherung für zulassungspflichtige Fahrzeuge. Sie schützt Führer und Halter von Fahrzeugen vor der Inanspruchnahme durch Dritte. Der Kfz-Haftpflichtversicherer steht demnach für berechnete Schadenersatzansprüche ein bzw. wehrt unberechtigte Ansprüche ab. Der geschädigte Dritte muss nicht zwangsläufig gegen die Fahrzeugverantwortlichen vorgehen, da ihm das Pflichtversicherungsgesetz einen Direktanspruch gegen den Versicherer des Schädigerfahrzeugs bietet.

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Die Hauptthemen, die den Ombudsmann in der Kfz-Haftpflichtversicherung im Berichtsjahr beschäftigten, haben sich gegenüber den vergangenen Jahren nicht verändert. Sie betrafen die richtige Einstufung des Vertrages in eine bestimmte Schadenfreiheitsklasse sowie die Übertragung dieser Einstufung bei einem Wechsel des Versicherers, Regressforderungen des Versicherers infolge von Obliegenheitsverletzungen des Versicherungsnehmers und Schadenfälle, die aus Sicht des Versicherungsnehmers zu Unrecht reguliert wurden. Oft wird in diesem Zusammenhang bezweifelt, dass der geltend gemachte Schaden durch den Unfall verursacht worden sei. Da sich die Entscheidungen der Versicherer nur selten als willkürlich oder völlig unsachgemäß im Rechtssinne herausstellten, was nach der Rechtsprechung die Grenze des Spielraums der Versicherer darstellt, blieb dem Ombudsmann meist nur, den Beschwerdeführern die Regulierungsentscheidung des Versicherers und die Rechtslage zu erläutern.

In Beschwerden, welche sich gegen die Einstufung des Vertrages richteten, war es den Beschwerdeführern meist unklar, welche Schadenfreiheitsklassen ihnen zustehen. Das galt besonders bei Sondereinstufungen. In der Regel machen Versicherer in den Versicherungsscheinen zwar deutlich, wenn die Einstufung im Rahmen einer nicht übertragbaren Sondereinstufung vorgenommen wurde. Entsprechende Erläuterungen werden jedoch oft übersehen. Hervorzuheben sind in diesem Zusammenhang die Sondereinstufungen infolge einer Rabattschutzvereinbarung. Da die Beschwerdeführer hier in der Regel davon ausgehen, dass der „Rabatt“ generell geschützt ist, führt ein Wechsel des Versicherers daher oft zu einem Unverständnis hinsichtlich der dann folgenden Einstufung (ohne Berücksichtigung der vorangegangenen Sondereinstufung). Erfreulicherweise kamen die Versicherer ihren Kunden auf Vorschlag des Ombudsmanns hier aber oftmals entgegen oder halfen den Beschwerden ab.

Erwähnt sei im Zusammenhang mit der Einstufung in eine bestimmte Schadenfreiheitsklasse ein Beschwerdefall, bei dem sich der Versicherer vertraglich dazu bereit erklärt hatte, auch noch nach sieben Jahren und bis zum Ablauf des elften Jahres einen Schadenfreiheitsrabatt anzurechnen. Dennoch gelang die Anrechnung nicht, da es dem Vorversicherer des Beschwerdeführers nicht mehr möglich war, eine Bescheinigung über den damaligen Vertragsverlauf auszustellen. Weil die vertragliche Regelung zur Anrechnung auch noch nach sieben Jahren nur wegen der Beweisschwierigkeiten, welche wiederum allein der verstrichenen Zeit geschuldet waren, nicht zum Tragen kommen konnte, erklärte sich der Versicherer auf Vorschlag des Ombudsmanns aber dazu bereit, in diesem konkreten Einzelfall eine Sondereinstufung vorzunehmen.

Bei Beschwerden im Zusammenhang mit Regressforderungen der Versicherer aufgrund von Obliegenheitsverletzungen der Versicherungsnehmer (zum Beispiel Unfallflucht, Alkoholeinfluss) gilt, dass die Obliegenheitsverletzung im Einzelfall auch ursächlich für die Leistungspflicht des Versicherers sein muss. Dies kann der Fall sein, wenn der Versicherer Nachteile hat, den Sachverhalt zu prüfen, und gehört zu den wesentlichen Voraussetzungen für die Regressforderung des Versicherers. Es erstaunt, dass dies nach wie vor einigen Versicherern nicht geläufig



ist. Bestand keine Kausalität zwischen der Obliegenheitsverletzung des Versicherungsnehmers und der Leistungspflicht des Versicherers, hatten die Beschwerden Erfolg. So legte etwa in einem Fall der Versicherer auch auf mehrmalige Nachfrage hin nicht substantiiert dar, worin konkrete Feststellungsnachteile bestanden haben sollten. Daraufhin entschied der Ombudsmann, dass bei einer unterstellten Verletzung der Obliegenheitsverletzung (diese war ebenfalls fraglich) der Versicherungsschutz nicht entfallen war.

Auch die Beschwerdeeingänge in der Kfz-Kaskoversicherung sind im Vergleich zum Vorjahr von 1.034 auf 1.107 gestiegen. Dies entspricht 7,8 Prozent des gesamten Beschwerdeaufkommens.

Der Versicherungsschutz im Rahmen der Kaskoversicherung erstreckt sich auf das Fahrzeug als solches und seine mitversicherten Fahrzeugteile. Im Rahmen der Teilkaskoversicherung sind bestimmte Ereignisse wie Brand, Entwendung, Sturm, Hagel, Blitzschlag und Zusammenstöße mit (ggf. bestimmten) Tieren versichert, die Vollkaskoversicherung deckt neben den Schäden aus der Teilkaskoversicherung unter anderem auch Unfall- und Vandalismusschäden ab.

Zentrale Themen der Beschwerden waren im Berichtsjahr erneut Diebstahlsfälle und die Schadenhöhe. Viele Versicherer lehnten bei Diebstählen mit ungewöhnlichen Umständen ohne nähere Begründung ihre Leistungspflicht ab und verwiesen den Versicherungsnehmer auf den Rechtsweg. Wie schon im Vorjahresbericht erwähnt, ist der Ombudsmann nicht ohne weiteres in der Lage, in solchen Fällen die Befassung mit der Beschwerde abzulehnen, wie von einigen Versicherern gewünscht. Erforderlich ist vielmehr der plausible Vortrag, dass hinreichende Anhaltspunkte für einen beabsichtigten Versicherungsbetrug vorliegen und Beweismittel vorhanden sind, die nur in einem gerichtlichen Verfahren erhoben werden können. Erst auf dieser Grundlage kann der Ombudsmann die Durchführung eines Beschwerdeverfahrens mit der Begründung ablehnen, dass das Ombudsmannverfahren nicht geeignet ist.

Beschwerden, welche die Abrechnung von Schadenfällen betrafen, lagen in der Regel Kürzungen einzelner Schadenpositionen oder die Höhe des ermittelten Wiederbeschaffungs- bzw. Restwerts zugrunde. Konnte auch im Rahmen des Beschwerdeverfahrens keine Klärung erfolgen oder keine einvernehmliche Lösung gefunden werden, musste es häufig bei der Erläuterung der Rechtslage bleiben, weil das auf den Urkundsbeweis beschränkte Ombudsmannverfahren die entscheidende Frage nicht klären konnte. Sahen die Versicherungsbedingungen bei derartigen Beschwerden ein Sachverständigenverfahren vor, wurde darauf hingewiesen.

Wie auch schon in den letzten Jahren war das Thema der qualifizierten Mahnung bei einem Beitragsrückstand erneut sowohl in der Kfz-Haftpflicht als auch in der Kaskoversicherung Gegenstand von Beschwerden. Werden die Beiträge eigenständiger Verträge, wie der Kfz-Haftpflicht- und der Kaskoversicherung, zusammen angemahnt, ohne den Hinweis, dass der Versicherungs-

schutz für das jeweilige Vertragsverhältnis nicht von der Zahlung des gesamten Prämienrückstands abhängt, ist dies nach der Rechtsprechung des BGH bedenklich. Nachdem die Versicherer hierauf aufmerksam gemacht wurden, halfen sie in der Regel den jeweiligen Beschwerden ab. In einem Fall bedurfte es im Berichtsjahr jedoch einer verpflichtenden Entscheidung des Ombudsmanns.

■ Gebäudeversicherung

Zur Gebäudeversicherung erreichten den Ombudsmann im Berichtsjahr 1.456 (Vorjahr: 1.167) zulässige Beschwerden, was einem Anstieg von 24,8 Prozent entspricht. Entsprechend stieg der Anteil der Gebäudeversicherung am Gesamtaufkommen der zulässigen Beschwerden von 7,8 auf 10,3 Prozent an.

Im Kern bietet die Gebäudeversicherung Versicherungsschutz für Gebäude bei Schäden durch eine versicherte Gefahr wie Brand, Blitzschlag und Explosion, Leitungswasser- und Rohrbruchschäden sowie Sturm- und Hagelschäden. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, den Versicherungsschutz zu erweitern. So können beispielsweise Elementarschäden versichert werden, die aufgrund der Zunahme von extremen Naturereignissen und der im Schadenfall damit verbundenen finanziellen Folgen immer größere Bedeutung erlangen. Hierzu zählen insbesondere Überschwemmungsschäden, witterungsbedingter Rückstau, Schneedruck, Erdsenkung, Erdbeben und weitere Naturgefahren.

Wie in der Vergangenheit machten auch im Berichtsjahr Sturm-, Leitungswasser- und Rohrbruchschäden sowie Elementarschäden den größten Anteil der eingehenden Beschwerden aus. Themen waren vorwiegend, ob überhaupt ein versicherter Schaden eingetreten war sowie in welchem Umfang der Versicherer eine Entschädigungsleistung schuldet. Anhand einiger typischer Beispiele soll dies veranschaulicht werden.

Zunächst setzt eine Leistungspflicht des Versicherers voraus, dass ein Versicherungsfall eingetreten ist, also eine versicherte Sache durch eine der erwähnten versicherten Gefahren zerstört oder beschädigt wurde oder abhandenkam. Dabei obliegt es dem Versicherungsnehmer als Anspruchsteller, den Nachweis zu führen, dass die tatbestandlichen Voraussetzungen eines Versicherungsfalls vorliegen. Der Grund hierfür ist die allgemeine zivilrechtliche Beweislastverteilung, die auch im Versicherungsrecht gilt. Hierzu muss der Versicherungsombudsmann die Beschwerdeführer immer wieder auf seine beschränkten Möglichkeiten, Beweise selbst zu erheben, hinweisen. Seine rechtliche Prüfung nimmt er ausschließlich auf der Grundlage der ihm zur Verfügung gestellten Unterlagen vor. Eigene Beweiserhebungen, wie beispielsweise die Anhörungen von Zeugen oder der Parteien sowie die Beauftragung von Sachverständigen, sind in der Verfahrensordnung nicht vorgesehen. Gelingt es dem Beschwerdeführer daher nicht, den von ihm geforderten Nachweis zu erbringen, oder verbleiben nach Aktenlage Zweifel, so geht dies zu seinen Lasten. Auf dieser Basis kann dann eine Entscheidung gegen den Versicherer nicht erfolgen. Je nach Sach- und Rechtslage ist dennoch eine einvernehmliche Lösung möglich, indem der Ombudsmann das beiderseitige Prozessrisiko einschätzt und einen entsprechenden Vorschlag unterbreitet.



Bei Überschwemmungsschäden treten nicht selten Beweisprobleme auf. Nach den gängigen Versicherungsbedingungen liegt eine Überschwemmung vor, wenn das Versicherungsgrundstück aufgrund von Witterungsniederschlägen oder durch das Ausuferen von Gewässern zumindest teilweise überflutet war. Waren Zeugen am Schadentag vor Ort, wurde der Wassereintritt anhand von Fotos dokumentiert oder fanden sich am Gebäude noch Spuren, die belegen, wie das Überschwemmungswasser eindringen konnte, steht einer Schadenregulierung durch den Versicherer in der Regel nichts im Wege. Waren keine Personen anwesend, als sich im Keller des versicherten Gebäudes Wasser ansammelte, und blieb unklar, wie es dort hingelange, könnte der Schaden auch durch eingetretenes Grundwasser (mit-)verursacht worden sein. Diese Schadenursache ist jedoch nicht mitversichert. Verlangt der Versicherer Nachweise, wird es einem Beschwerdeführer kaum möglich sein, (nicht versichertes) aufsteigendes Grundwasser auszuschließen bzw. zu beweisen, dass (versicherte) erdgebundene Witterungsniederschläge den Nässeschaden verursacht haben. In geeigneten Fällen gelang es dem Ombudsmann im Berichtsjahr wiederholt, Zugeständnisse der Versicherer zu erreichen.

Auch bei Sturmschäden kommt oft die Beweislast zum Tragen. Zum einen ist vom Beschwerdeführer der Nachweis zu führen, dass überhaupt ein Sturm im Sinne der Wohngebäudeversicherungsbedingungen vorgeherrschte hatte. Dies ist eine wetterbedingte Luftbewegung von mindestens Windstärke 8 nach der Beaufortskala, die am Versicherungsort geherrscht haben muss. Zum anderen muss er nachweisen, dass der Schaden am Gebäude durch die unmittelbare Einwirkung des Sturms verursacht wurde oder ein versicherter Sturmfolgeschaden eingetreten ist. Die Windstärke ermitteln die Versicherer regelmäßig durch Wettergutachten spezialisierter Dienstleister. Steht danach fest, dass Sturm am Schadenort vorherrschte, bedeutet dies aber noch nicht, dass der Versicherer den entstandenen Schaden uneingeschränkt ersetzen muss. Er ist berechtigt, die Kausalität des Sturms für den Gebäudeschaden und die Schadenhöhe zu prüfen. Hierfür beauftragt er in der Regel einen Sachverständigen oder lässt seinen eigenen Schadenregulierer den Schaden prüfen. Die im Ombudsmannverfahren vorgelegten Gutachten waren von schwankender Qualität und damit unterschiedlich brauchbar. Nahm ein Sachverständiger seine Bewertung nach Aktenlage anhand von Fotos, Kostenvoranschlägen und Rechnungen vor, fehlten ihm eigene Wahrnehmungen. Zudem konnten Lücken im Sachverhalt bestehen bleiben, die er vor Ort durch eigene Ermittlung geschlossen hätte. Wenngleich der Ombudsmann keinen Obergutachter beauftragen kann, überprüft er doch die vorgelegten Gutachten daraufhin, ob sie in sich schlüssig und widerspruchsfrei sind. Gutachten mit erheblichen Unzulänglichkeiten werden der Rechtsprüfung nicht zugrunde gelegt. Stattdessen empfiehlt der Ombudsmann dem Versicherer eine erneute Überprüfung. Bedenken drängten sich zum Beispiel auf, wenn sich der Sachverständige nicht auf technische Feststellungen beschränkte, sondern rechtliche Anmerkungen zum Versicherungsschutz machte. Gleiches gilt bei pauschalen Feststellungen ohne fachliche Begründung. Beides nährte Zweifel an der Neutralität des Gutachters. Versicherer, die auf derartige Mängel aufmerksam gemacht wurden, nahmen regelmäßig vom Inhalt des Gutachtens Abstand.

Im Jahr 2012 erging zum Risiko Leitungswasserschäden eine Entscheidung des BGH zur sogenannten „Schwammschadenklausel“. Da sich daraus noch heute unangenehme Überraschungen für Versicherungsnehmer ergeben können, soll die Thematik an dieser Stelle noch einmal erläutert werden. Bedingungsgemäß leistet ein Versicherer Entschädigung für Leitungswasserschäden, die durch bestimmungswidrigen Leitungswasseraustritt entstehen, also beispielsweise wenn eine Frischwasserleitung undicht wird und Leitungswasser in die Gebäudesubstanz eindringt. Regelmäßig enthalten die marktüblichen Wohngebäudeversicherungsbedingungen einen Ausschluss für Schäden durch Schwamm ohne Rücksicht auf andere mitwirkende Ursachen. Insbesondere bei Altbauten, die in Holzständerbauweise errichtet worden sind, kann dieser Ausschluss für den Versicherungsnehmer erhebliche finanzielle Auswirkungen haben, wenn ein Pilzbefall nachgewiesen ist. Da es sich um einen Ausschlusstatbestand handelt, ist der Versicherer in der Beweispflicht, falls er sich darauf beruft. Ein entsprechender Nachweis wird üblicherweise durch das Gutachten eines Holz-sachverständigen geführt, der Proben von den vom Schaden betroffenen Holzbauteilen nimmt und diese auswertet. Lange war in Rechtsprechung und Rechtsliteratur umstritten, ob sich der Ausschluss nur auf den sogenannten echten Hauschwamm beschränkt und andere Pilzarten nicht umfasst. Eine weitere strittige Frage war, ob die Leistungspflicht des Versicherers nur in Bezug auf die vom Schwamm befallenen Holzbauteile eingeschränkt ist oder auch alle damit einhergehenden Arbeiten umfasst. Der BGH entschied mit Urteil vom 27. Juni 2012 (IV ZR 212/10), dass der Leistungsausschluss für Schäden „durch Schwamm“ für alle Arten von Hausfäulepilzen und nicht nur für den sogenannten echten Schwamm gilt. Die Schwammschadenklausel sei weder unklar noch intransparent und führe auch nicht zu einer unangemessenen Benachteiligung des Versicherungsnehmers. Sie sei zudem nicht dahin einschränkend auszulegen, dass ein Schwammbefall, der erst durch den bedingungsgemäßen Leitungswasseraustritt verursacht ist, nicht von dem Leistungsausschluss erfasst sei. Dementsprechend sei der Versicherer berechtigt, die Kosten, die auf die Beseitigung des durch Schwamm verursachten Schadens entfallen, von der Entschädigung auszuklamern.

In den vorangegangenen Jahresberichten wurde immer wieder die Problematik angesprochen, dass Versicherer mit ihrer Stellungnahme dem Ombudsmann ein Gutachten übermitteln, gleichzeitig aber darum bitten, dieses dem Versicherungsnehmer nicht zur Kenntnis zu geben. Der tragende Gedanke hierbei ist, dass die Versicherer das Gutachten für ein etwaiges späteres Gerichtsverfahren zurückhalten wollen. Dieser Bitte kann jedoch regelmäßig nicht entsprochen werden, da auch im Schlichtungsverfahren der Grundsatz des rechtlichen Gehörs gilt, der Ombudsmann also keinen Vortrag einer Partei berücksichtigen kann, ohne dass er diesen der Gegenpartei zur Kenntnis gegeben hat. Dies heißt, dass diejenigen Unterlagen, die Grundlage der Entscheidung des Ombudsmanns sind, allen Verfahrensparteien bekannt sein müssen. Stimmt der Versicherer daher auch auf Nachfrage einer Weitergabe von Unterlagen an den Beschwerdeführer nicht zu, werden diese aus der Verfahrensakte entfernt und finden bei der abschließenden rechtlichen Prüfung keine Berücksichtigung. Dies kann sich zum Nachteil des



Versicherers auswirken, wenn er in der Beweispflicht ist und er den Beweis nur anhand des Gutachtens führen kann. Hierauf wird der Versicherer hingewiesen.

Zu der Frage, ob ein Versicherungsnehmer einen Anspruch darauf hat, ein von seinem Versicherer in Auftrag gegebenes Sachverständigengutachten ausgehändigt zu bekommen oder es wenigstens einsehen zu dürfen, vertritt der Versicherungsombudsmann nach Auswertung der aktuellen Rechtsprechung und Literatur die Auffassung, dass dem Versicherungsnehmer grundsätzlich ein Einsichtsrecht in ein vom Versicherer in Auftrag gegebenes Gutachten zusteht. Dies gilt nur ausnahmsweise dann nicht, wenn ein ersichtlich unlauterer Versicherungsnehmer durch die Kenntnis des Gutachtens in die Lage versetzt werden könnte, unberechtigte Ansprüche gerichtlich durchzusetzen. Abgesehen von der rechtlichen Bewertung durch Gerichte und Schrifttum entspricht die Weitergabe auch dem Sinn und Zweck des Beschwerdeverfahrens, das in besonderem Maße dem Schlichtungsgedanken verpflichtet ist. Es soll den Streit beilegen. Dafür ist es erforderlich, die im Verfahren nicht erfolgreiche Partei von der Richtigkeit einer Entscheidung zu überzeugen. Das kann aber nur gelingen, wenn der Ombudsmann auf alle Unterlagen, die in seiner Prüfung wichtig waren und die zu seiner Überzeugungsbildung beigetragen haben, Bezug nehmen und diese ggf. weitergeben kann. Dies entspricht nicht zuletzt auch dem Grundsatz der Fairness. Mit dieser Argumentation gelingt es immer häufiger, dass Versicherer etwaige Bedenken zurückstellen und einer Weitergabe von Gutachten an den Beschwerdeführer zustimmen.

■ **Hausratversicherung**

Im Berichtszeitraum erreichten den Ombudsmann 818 (Vorjahr: 778) zulässige Beschwerden zur Hausrat-, Glas- und Inhaltsversicherung. Aufgrund der einerseits gestiegenen Zahl der Sparte im Vergleich zum Vorjahr und der andererseits gesunkenen Gesamtzahl an zulässigen Beschwerden führte dies zu einer Steigerung von 5,3 auf 5,8 Prozent.

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

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

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

Problematisch ist dies insbesondere bei Einbruchdiebstahlschäden, die auch im Berichtsjahr die mit Abstand größte Gruppe von Beschwerdefällen im Hausratbereich stellten. Es liegt in der Natur des Delikts, dass Täter bei der Ausführung unbemerkt bleiben wollen, so dass die meisten Einbruchdiebstähle nicht beobachtet, sondern erst nachträglich entdeckt werden. Lassen sich keine Einbruchspuren finden, bringt das die betroffenen Versicherungsnehmer in Beweisnot. Allerdings lässt die Rechtsprechung auch in diesen Fällen noch eine Nachweismöglichkeit zu. Dafür muss allerdings feststehen, dass unversicherte Begehungsweisen zumindest unwahrscheinlich sind. Kann der Versicherungsnehmer beispielsweise belegen, dass er alle Türen zuvor abgeschlossen hatte, und zudem ausschließen, dass der Täter einen der Originalschlüssel verwendete, bleibt in der Regel nur noch ein Einbruch bzw. ein versichertes Eindringen als Ursache für das Verschwinden der Gegenstände übrig.

Die zweite sehr häufige Konstellation, in der die Beweislastverteilung von entscheidender Bedeutung ist, war auch im letzten Jahr der Nachweis der konkreten Schadenhöhe. Auch diesbezüglich fällt es den Versicherungsnehmern, die den Ombudsmann angerufen haben, oft nicht leicht, ihre Angaben eindeutig zu belegen (vgl. dazu auch den Jahresbericht von 2016, Seite 50 f.). Schwierigkeiten ergeben sich insbesondere dann, wenn aufgrund des Alters der Sachen oder der Erwerbsart (Erbschaft, Schenkung) keine Anschaffungsbelege mehr verfügbar oder die Sachen selbst nicht mehr vorhanden sind. Grund dafür kann sein, dass die Sachen durch den Versicherungsfall zerstört worden oder abhandengekommen sind oder dass beschädigte Sachen durch die Versicherungsnehmer bereits entsorgt wurden.

Insbesondere bei (Ab-)Wasserschäden passiert es nicht selten, dass Betroffene die stark verschmutzten oder verschimmelten Hausratgegenstände beseitigen, weil sie gesundheitliche Beeinträchtigungen fürchten und ohnehin keine Möglichkeit einer Sanierung sehen. Dies kann jedoch zu erheblichen Schwierigkeiten beim Nachweis des Schadenausmaßes führen, wenn zuvor keine ausführliche Fotodokumentation erstellt worden ist. Hinzu kommt, dass die Versicherungsnehmer mit ihrer vertraglichen Obliegenheit, dem Versicherer Ermittlungen zu ermöglichen, verstoßen können, wenn sie den Schadenort verändern. Dieser Regelung sind sich viele Versicherungsnehmer nicht bewusst oder sie gehen davon aus, dass sie die Sachen aufgrund der erheblichen Verschmutzungen und ggf. fehlender Lagermöglichkeiten entsorgen dürfen. Selbst wenn dies zutrifft, verbleibt die Beweislast bezüglich der genauen Schadenhöhe aber bei ihnen.



Während in solchen Fällen der Nachweis grundsätzlich nur schwer geführt werden kann, gibt es auch viele Beschwerden, bei denen die Beweisschwierigkeiten vor allem im Ombudsmannverfahren auftreten. Anders als bei Gericht können keine Sachverständigen beauftragt oder Zeugen befragt werden, denn der Ombudsmann erhebt nur den Urkundsbeweis (siehe § 6 Absatz 3 Satz 2 der Verfahrensordnung).

Beweisschwierigkeiten können auch auftreten, wenn ein Raubschaden geltend gemacht wird. Nach den Versicherungsbedingungen liegt ein Raub insbesondere dann vor, wenn gegen den Versicherungsnehmer Gewalt angewendet wird, um dessen Widerstand gegen die Wegnahme versicherter Sachen auszuschalten. Es reicht dagegen nicht aus, wenn die Handlung des Täters ausschließlich das Diebesgut betrifft (zum Beispiel wenn eine Tasche von der Schulter gerissen wird) und dabei Schnelligkeit oder List das Tatbild prägen. Die Abgrenzung kann im Einzelfall ähnlich schwierig sein wie bei der strafrechtlichen Unterscheidung zwischen Raub und Diebstahl, was Betroffenen das Verständnis nicht unbedingt erleichtert.

In den entsprechenden Beschwerden beim Ombudsmann geht es häufig um Taten im Ausland. Den Versicherungsnehmern werden Taschen, Schmuck oder Kamerateilas entwendet. Zeigen sie die Tat bei der örtlichen Polizei an, wirken sich häufig Sprachschwierigkeiten aus. Meist wird der Tathergang nicht von den Betroffenen selbst niedergeschrieben, sondern von den Polizisten in deren Muttersprache protokolliert. Die Versicherungsnehmer unterschreiben dann regelmäßig ein Protokoll, dessen Inhalt sie nicht verstehen. Gegenüber ihren Hausratversicherern geben sie nach ihrer Rückkehr nicht selten einen davon in entscheidenden Punkten abweichenden Sachverhalt an. In diesen Fällen kann der Ombudsmann in aller Regel nicht beurteilen, welcher Vortrag der Wahrheit entspricht. Hier verbleibt ihm lediglich die Möglichkeit, eine vergleichsweise Einigung zu vermitteln, was in dieser Konstellation allerdings nur selten gelingt.

In Beschwerden zu Glasversicherungen taucht oft die Frage auf, welche Sachen versichert sind. Nach den Versicherungsbedingungen sind meist fertig eingesetzte oder fertig montierte Scheiben, Platten und Spiegel aus Glas versichert. Außerdem ist vereinbart, dass bestimmte Glassachen wie zum Beispiel optische Gläser, Beleuchtungskörper oder Hohlgläser vom Versicherungsschutz ausgenommen sind.

Der früher häufige Streit über Cerankochfelder hat sich beruhigt. In den Musterbedingungen des GDV werden Gegenstände aus Glaskeramik inzwischen ausdrücklich aus dem Versicherungsschutz herausgenommen. Viele Versicherer bieten in ihren Verträgen jedoch deren Einschluss an. Größere Unklarheit besteht für Versicherungsnehmer bei Glaswaschbecken. Verbraucher gehen oft davon aus, dass Versicherungsschutz besteht, da Waschbecken nicht explizit als nicht versichert aufgeführt werden. Die Versicherer berufen sich teilweise darauf, dass es sich bei Waschbecken um Hohlgläser handele, was aber fraglich erscheint. Gleichwohl sind Glaswaschbecken nicht vom Versicherungsschutz umfasst, denn wegen der

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Einbuchtung des Beckens hat es eine unebene Form. Damit handelt es sich nach dem Verständnis eines durchschnittlichen Versicherungsnehmers nicht um eine Glasplatte.

Eine weitere typische Konstellation bei Beschwerden zu Glasversicherungen sind Konflikte, bei denen die Entschädigungsleistung des Versicherers im Streit steht, etwa wenn nur ein Teil einer größeren zusammenhängenden Sache (zum Beispiel die Glasscheibe einer Duschkabine oder einer Eingangstür) zerbrochen ist. Werden keine Ersatzteile mehr hergestellt oder ist ein Teilaustausch der Verglasung bauartbedingt nicht möglich, muss der Betroffene zwangsläufig die gesamte Sache austauschen lassen. Die Versicherer erstatten dann lediglich den fiktiven Glasschaden, also den Teil, den eine Reparatur gekostet hätte, wenn eine solche möglich gewesen wäre. Die Versicherungsnehmer gehen stattdessen regelmäßig davon aus, dass ihr Glasversicherer in diesen Fällen die gesamten Kosten übernehmen muss. In den Versicherungsbedingungen ist diese Konstellation meist nicht eindeutig geregelt. Aus der Vertragsgestaltung kann gefolgert werden, dass nur die Gefahr eines Glasbruchs versichert sein soll und nicht alle Kosten, die zwangsläufig durch die Wiederherstellung der beschädigten Sache entstehen. Anderenfalls würden die Versicherungsbedingungen nicht bestimmte Kosten (wie zum Beispiel Entsorgungskosten oder Mehrkosten wegen erschwelter Montage) als ausdrücklich mitversichert aufführen. Dies hat der Ombudsmann seiner Bewertung zugrunde zu legen, so dass ihm nur bleibt, den Beschwerdeführern die Rechtslage verständlich zu erläutern.

■ Unfallversicherung

Beschwerden zur privaten Unfallversicherung machten im Berichtsjahr mit 716 (Vorjahr: 699) zulässigen Eingaben einen Anteil von 5,1 (4,7) Prozent des Beschwerdeaufkommens aus.

Eine Unfallversicherung soll in erster Linie wirtschaftliche Nachteile bei unfallbedingter Invalidität ausgleichen. Ein Unfall im Sinne der Bedingungen erfordert eine Gesundheitsschädigung durch plötzliche äußere Einwirkung oder aufgrund einer erhöhten Kraftanstrengung, die über das alltägliche Maß hinausgeht. Unter Invalidität wird eine dauerhafte Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit verstanden. Die Höhe der Invaliditätsleistung hängt davon ab, inwieweit die durch den Unfall betroffenen Körperteile in ihrer Funktion beeinträchtigt sind. Dies bestimmt sich entweder nach der vertraglich vereinbarten Glieder- taxen oder wird auf der Grundlage einer medizinischen Gesamtschau festgelegt. Im Berichtsjahr betrafen Beschwerden neben Invaliditätsleistungen vermehrt Sofortleistungen bei Schwerverletzungen sowie Kurbeihilfen und Unfallkrankenhaustagegeld. Weiterhin von Bedeutung waren Eingaben zu Unfallversicherungsverträgen mit Beitrags- bzw. Prämienrückgewähr. Bei dieser Vertragsart wird die Unfallversicherung mit Elementen der kapitalbildenden Lebensversicherung kombiniert.

Meinungsverschiedenheiten über die Abrechnung von Kapitalleistungen wegen einer unfallbedingt eingetretenen Invalidität bildeten auch im Berichtsjahr den



Schwerpunkt der Beschwerden. Hier zeigten sich, wie im Vorjahr, zumeist unterschiedliche Auffassungen der Verfahrensbeteiligten über die Güte und Aussagekraft der medizinischen Gutachten, auf deren Grundlage der Versicherer seine Leistung abrechnete. So wurde von den Beschwerdeführern oft bemängelt, der Gutachter habe wesentliche Umstände bei der Bewertung des Invaliditätsgrades außer Acht gelassen, beispielsweise ein erhöhtes Schmerzaufkommen oder Beeinträchtigungen in bestimmten Lebensbereichen, insbesondere im Beruf. Grundsätzlich gilt jedoch, dass in der privaten Unfallversicherung berufliche Beeinträchtigungen die Höhe einer Invaliditätsleistung nicht beeinflussen; entscheidend ist allein der Umfang der unfallbedingt entstandenen Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit. Weiterhin ein Streitpunkt blieb die Frage, ob und in welchem Umfang unfallfremde Mitwirkungsfaktoren die Höhe der Versicherungsleistung beeinflusst haben.

Nicht selten beanstandeten die Beschwerdeführer die Neutralität der Gutachter und begründeten ihre Zweifel damit, dass der Gutachter vom Versicherer beauftragt wurde. Im Berichtsjahr wurde daher vermehrt von den Rechtsuchenden der Wunsch geäußert, der Ombudsmann möge als eine Art Obergutachter auftreten oder einen solchen beauftragen. Da im Ombudsmannverfahren keine Begutachtungen durchgeführt oder in Auftrag gegeben werden, konnte dem Wunsch der Beschwerdeführer nicht entsprochen werden. Ihnen wird aber regelmäßig erläutert, dass vom Versicherer beauftragte Sachverständige nicht per se als parteiisch angesehen werden können. Schließlich ist es aus Sicht der Versicherer naheliegend, dass sie Gutachter beauftragen, die ihnen durch die jahrelange Befassung mit Unfallschäden bekannt und denen die Bemessungskriterien der privaten Unfallversicherung geläufig sind. Dies kann zu einer zügigen und verlässlichen Überprüfung von Ansprüchen beitragen. Dennoch waren im Einzelfall ärztliche Gutachten in ihrer Aussagekraft fraglich. Auslöser waren zum Beispiel offenkundige Widersprüche oder sachfremde Erwägungen. Erkennbar war dies etwa daran, dass der Sachverständige unfallfremde Mitwirkungsfaktoren einbezogen hatte. Zum Teil fehlte die Abgrenzung von altersbedingten zu pathologischen altersübersteigenden Verschleißerscheinungen oder zwischen einer Vorinvalidität und unfallfremden Mitwirkungsfaktoren. In diesem Zusammenhang spielte wiederholt das Alter der Versicherten eine Rolle. Entweder sie selbst oder ihre Angehörigen als Verfahrensvertreter brachten vor, mit zunehmendem Alter verliere der Versicherungsschutz eines Unfallversicherungsvertrages an Wert; altersbedingte Vorerkrankungen oder Verschleißerscheinungen würden sich mehr und mehr anspruchsmindernd auswirken. In solchen Fällen wurden die Beschwerdeführer darüber informiert, dass nach der Rechtsprechung (siehe zum Beispiel OLG Schleswig, Urteil vom 12. Januar 1995, 16 U 96/93, VersR 1995, 825; OLG Hamm, Urteil vom 6. Juli 2001, 20 U 200/91, r+s 2002, 84) alterstypische Beeinträchtigungen nicht anspruchsmindernd wirken, weil ein Unfallversicherer keinen Anspruch auf einen Idealmenschen hat. Kommt es beispielsweise zu einer unfallbedingten Verletzung am Kniegelenk und verzögern altersgerechte Verschleißerscheinungen die Heilung, so dass ein Krankenhausaufenthalt 10 anstatt 7 Tage dauert, besteht dennoch ein Anspruch auf das 10-tägige Unfallkrankenhaustagegeld.

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

In ähnlicher Anzahl wie im Vorjahr betrafen Beschwerden die Frage, ob die Kündigung des Versicherungsnehmers wirksam war; hierbei kam es oft auf den Zugang der Willenserklärung an. Im umgekehrten Fall, also bei Kündigungen durch Versicherungsunternehmen, bekundeten die Versicherungsnehmer häufig ihr Unverständnis, zumal wenn ihr Vertrag bereits jahre- oder jahrzehntelang bestand oder nur sehr wenige Schadenfälle während der Vertragslaufzeit aufgetreten waren. Nicht selten wurde dann der Verdacht geäußert, das Alter des Versicherungsnehmers sei Motiv für die Kündigung. Beschwerden über unzureichende Beratung bei Vertragsschluss kamen weiterhin vor, nahmen aber im Vergleich zum Vorjahr nicht mehr zu.

Soweit Beratungsfehler gerügt wurden, betraf dies in der Regel die Vertragsgestaltung. Beratungsgespräche lassen sich im Ombudsmannverfahren nur schwer rekonstruieren, da bei unterschiedlichen Darstellungen lediglich die schriftlichen Unterlagen zur Klärung herangezogen werden können. Ließen diese Unterlagen aber Fragen offen, bestand auch in diesem Berichtsjahr oft Raum für Verhandlungen und Kompromissvorschläge, denen sich die Verfahrensbeteiligten zugänglich zeigten.

Ein weiterer Vorwurf war die fehlende Information von Versicherern über neue Produkte mit erweiterter Deckung oder über Möglichkeiten der Beitragsreduzierung infolge modernisierter Tarife. In diesen Fällen bestand die Aufgabe des Ombudsmanns darin, die Beratungspflichten der Versicherer im Verlauf des Vertragsverhältnisses darzustellen. Zwar sieht § 6 Absatz 4 VVG die Verpflichtung des Versicherers vor, auch nach Vertragsschluss während der Dauer des Versicherungsverhältnisses zu beraten. Es muss hierfür aber ein Anlass erkennbar sein. Ein solcher Anlass ergibt sich jedoch in der Regel nur nach einem Kontakt mit dem Versicherungsnehmer. Daher kann eine Hinweis- und Beratungspflicht des Versicherers in den übrigen Fällen meist nicht festgestellt werden.

Eine Besonderheit im Berichtsjahr waren mehrere Beschwerden gegen denselben Vermittler. Dieser habe sich, so der häufige Vorwurf, unter einem Vorwand Zugang zu meist älteren Personen verschafft und diesen Verträge vermittelt, die von den Betroffenen gar nicht gewünscht gewesen seien. Der Versicherer zog sich nicht auf die Position des einfachen Bestreitens zurück, sondern war grundsätzlich bereit, diese Verträge rückabzuwickeln.

■ Allgemeine Haftpflichtversicherung

Zu dieser Sparte gingen im Berichtszeitraum 646 (Vorjahr: 651) zulässige Beschwerden ein. Das entspricht einem Anteil von 4,5 (4,4) Prozent am Gesamtaufkommen aller zulässigen Beschwerden.

Unter den Begriff „Allgemeine Haftpflichtversicherung“ werden viele Arten von Haftpflichtversicherungsverträgen gefasst. Dazu gehört als wichtiges alltägliches Beispiel die Privathaftpflichtversicherung, die auch bei der Beschwerdebearbeitung im Vordergrund stand. Daneben wurden auch die Haus- und Grundbesitzerhaftpflichtversicherung oder die Tierhalterhaftpflichtversicherung angesprochen. In



den Zuständigkeitsbereich des Ombudsmanns fallen zudem die eher seltenen Beschwerden zu einer Berufshaftpflichtversicherung für Beamte und Angestellte des öffentlichen Dienstes (auch Amts- oder Diensthaftpflichtversicherung genannt). Die Kfz-Haftpflichtversicherung als weit verbreitete Pflichtversicherung mit eigenständiger Bedingungsgrundlage gehört dagegen nicht dazu. Hierüber wird unter der Kfz-Versicherung berichtet.

Haftpflichtversicherungen decken kein bestimmtes Schadenrisiko ab, sondern schützen vor Vermögensnachteilen, die entstehen können, wenn der Versicherungsnehmer oder eine mitversicherte Person von einem Dritten auf Schadenersatz in Anspruch genommen wird. Das Grundbedingungsmerk der Verträge sind in der Regel die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB). Im Versicherungsschein und zumeist in den Besonderen Bedingungen werden die jeweiligen Risikobereiche festgelegt.

Zu allen Arten von Haftpflichtversicherungen treten immer wieder neue Abgrenzungs- und Auslegungsfragen auf. Wenn ein Hochschullehrer im Rahmen einer vom Dienstherrn genehmigten Nebentätigkeit eine Erfindung macht, sie aber pflichtwidrig nicht meldet und deshalb vom Dienstherrn auf Schadenersatz in Anspruch genommen wird, stellt sich die Frage, ob sich der Amtshaftpflichtversicherer darauf berufen kann, dass die Haftpflichtansprüche aus Nebentätigkeiten ausgeschlossen sind. Daran bestehen Zweifel, da der Hochschullehrer gegenüber seinem Dienstherrn nur aus dem „Hauptamt“ haftet. Für die entsprechende Beschwerde konnte unter Berücksichtigung weiterer Einwendungen eine Vergleichslösung gefunden werden. Im Hinblick auf Kosten, die dem Beamten im Zusammenhang mit einem Disziplinarverfahren entstehen, besteht dagegen kein Versicherungsschutz.

Die Privathaftpflichtversicherung deckt das Haftungsrisiko des Versicherungsnehmers und, wenn der entsprechende Tarif vereinbart ist, seiner Familie. Dabei muss berücksichtigt werden, dass sich im Laufe der Zeit die maßgeblichen Umstände verändern und letztlich auch Deckungslücken entstehen können. Der Ombudsmann hatte im Berichtsjahr mehrfach zu entscheiden, ob volljährige Kinder nach dem Abschluss eines Bachelor-Studienganges oder einer Lehre noch zu den mitversicherten Personen zählen oder nicht. Nach der früher üblichen Vertragsklausel (aus der Zeit vor der Hochschulreform nach der Bologna-Erklärung) kommt es für eine Mitversicherung darauf an, dass sich das Kind noch in einer einheitlichen Berufsbildungsphase (Erstausbildung) befindet, die unmittelbar nach der Schulausbildung begonnen hat. Schließt sich planmäßig an eine Lehre ein Studium oder an ein Bachelor-Studium ein Master-Studium an, besteht weiterhin Versicherungsschutz im Rahmen der Familienversicherung. Wenn es nach dem ersten berufsqualifizierenden Abschluss jedoch zu einer beruflichen Neuorientierung kommt, entfällt die Mitversicherung. Inzwischen bieten manche Versicherer neue Tarife an, nach denen für die Einbeziehung eines volljährigen, unverheirateten Kindes eine häusliche Gemeinschaft ausreicht.

Aber nicht nur in Bezug auf Kinder ist die Überprüfung des Versicherungsschutzes ratsam. Bei längeren Auslandsaufenthalten zum Beispiel kann es sein, dass der Versicherer nur für eine bestimmte Zeit Deckung gewährt. Es kommt, wie immer, auf die jeweiligen Bedingungen an. In einem Beschwerdefall ließ die vom Versicherer gewählte Formulierung zwei Auslegungsmöglichkeiten zu: Entweder besteht der Versicherungsschutz nur, wenn der Auslandsaufenthalt auf ein Jahr beschränkt ist, was bedeutet, dass bei einer länger geplanten Abwesenheit der Versicherungsnehmer von vornherein keine Deckung erhält; oder Versicherungsschutz besteht für maximal ein Jahr, bei längeren Auslandsaufenthalten fällt also die Deckung nach einem Jahr weg. Die Parteien schlossen einen Vergleich in Höhe der Schadenaufwendungen.

Der an sich wichtige Versicherungsschutz aus der Privathaftpflichtversicherung hilft nicht in allen Fällen weiter. Dies zeigte sich an einem tragischen Beschwerdefall. Der Versicherungsnehmer verstarb zu Hause. Das wurde erst nach einiger Zeit bemerkt, wodurch Schäden an der Mietwohnung entstanden. Versicherungsschutz über die Haftpflichtversicherung des Verstorbenen bestand nicht, denn der Vertrag endete mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Dass, wie geschehen, der Versicherer den Erben dennoch entgegenkam, ist praktizierte Kundenfreundlichkeit.

Zwar sind die Internetnutzung und der elektronische Datenaustausch aus dem alltäglichen Leben nicht mehr wegzudenken, dennoch besteht regelmäßig nur eine beschränkte Abdeckung von Haftungsrisiken über die Privathaftpflichtversicherung. Die vom Ombudsmann in diesem Zusammenhang bisher geprüften Versicherungsbedingungen werfen Auslegungsfragen auf, die allein im Rahmen des vereinfachten Beschwerdeverfahrens nicht geklärt werden können.

Auch in diesem Jahr war die Unzufriedenheit des Versicherungsnehmers mit der Regulierungsentscheidung seines Versicherers oft Anlass der Beschwerde, weil dieser nicht oder vermeintlich zu wenig an den Anspruchsteller gezahlt hatte. Es wurde an dieser Stelle schon mehrfach erläutert (siehe etwa Jahresbericht 2017, Seite 50), dass der Haftpflichtversicherer seiner Leistungspflicht auch in Form der Anspruchsabwehr nachkommen kann. Der Ombudsmann kann in dem Dreiecksverhältnis Versicherer – Versicherungsnehmer – Anspruchsteller grundsätzlich nur überprüfen, ob der Versicherer seine vertragliche Einstandspflicht gegenüber dem von einem Dritten in Anspruch genommenen Versicherungsnehmer verletzt hat. Fragen zu Haftungsgrund oder Höhe der Entschädigungsleistung fallen damit nicht in den Prüfbereich. Wenn allerdings der Versicherungsnehmer den Schaden selbst beglichen hat und vom Versicherer Kostenersatz verlangt, muss sich der Ombudsmann mit der Haftungsfrage auseinandersetzen. Ein Erstattungsanspruch besteht insoweit, wie der geltend gemachte Schadenersatzanspruch tatsächlich begründet war. Die Beweislast trägt der Versicherungsnehmer. Regelmäßig berufen sich Haftpflichtversicherer darauf, dass nur der Zeitwert erstattungsfähig ist. Dieser wird aus einer Abschreibung auf den Anschaffungswert ermittelt. Das Gesetz sieht allerdings primär eine Wiederherstellung des früheren Zustands vor. In einem Fall konnte der Beschwerdeführer



anhand von Internetausdrucken zu vergleichbaren Gebrauchtangeboten nachweisen, dass die von ihm beschädigte Tischkreissäge seines Vaters trotz des Alters noch einen erheblichen Wert hatte. Der Versicherer einigte sich nach einem entsprechenden Hinweis durch den Ombudsmann mit dem Beschwerdeführer auf einen Erstattungsbetrag.

Im Übrigen sind die Schwerpunkte der Fallbearbeitung bereits aus den Vorjahren bekannt. Zahlreiche Beschwerden betrafen die Frage, ob sich der Versicherer bei einem Schaden in der Mietwohnung auf den Risikoausschluss wegen übermäßiger Beanspruchung berufen kann oder der Vorwurf einer vorsätzlichen Schadenherbeiführung gerechtfertigt ist. Immer wieder streitauslösend war wiederum eine Kündigung durch den Versicherungsnehmer, die der Versicherer aus Fristgründen nicht akzeptierte. Im Berichtsjahr stand aber auch mehrfach im Raum, dass der Versicherungsnehmer einen Schadenfall nur vorgetäuscht oder arglistige Falschangaben gemacht hätte. Häufig musste zudem wieder zu der aus den früheren Berichten bekannten sogenannten Benzinklausel entschieden werden. Diese Klausel dient der Abgrenzung der Risikobereiche zwischen der Allgemeinen und der Kfz-Haftpflichtversicherung. Üblich ist die Formulierung, dass die Haftpflicht des Eigentümers, Besitzers, Halters oder Führers eines Kraftfahrzeugs (genannt sind häufig auch Luft- und Wasserfahrzeuge) wegen Schäden, die durch den Gebrauch des Fahrzeugs verursacht werden, nicht über die Privathaftpflichtversicherung abgedeckt ist. Obwohl der BGH nun schon vor mehr als 10 Jahren entschieden hat, dass diese Klausel aus sich selbst heraus auszulegen ist und zum Verständnis oder zur Abgrenzung nicht die Bedingungen zur Kfz-Haftpflichtversicherung herangezogen werden können, bestehen nach wie vor Anwendungsprobleme (dazu ausführlich im Jahresbericht 2012, Seite 41, zuletzt auch Jahresbericht 2017, Seite 51 f.).

Die eigenständige Auslegung der Benzinklausel im Rahmen der Privathaftpflichtversicherung kann dazu führen, dass der Versicherungsnehmer doppelt abgesichert ist, weil auch der Kfz-Haftpflichtversicherer einstandspflichtig ist. Besonders misslich ist es aber, wenn beide Versicherer ihre Einstandspflicht ablehnen, wie in einem Beschwerdefall mit der folgenden Konstellation: Die Ehefrau des Beschwerdeführers beschädigte als Beifahrerin beim Aussteigen aus dem Kfz ein nebenstehendes Fahrzeug. Der Kfz-Haftpflichtversicherer des Beschwerdeführers wurde vom Geschädigten in Anspruch genommen und regulierte den Schaden. Danach regressierte er im Rahmen des Gesamtschuldnerausgleiches seine Aufwendungen bei der Ehefrau, weil sie als bloße Beifahrerin nicht von der Kraftfahrtversicherung erfasst sei. Der Privathaftpflichtversicherer der Eheleute wiederum lehnte die Deckung mit Verweis auf die Benzinklausel ab. Die Ehefrau sei nach den tatsächlichen Umständen ebenfalls Halterin, zumindest aber Mitbesitzerin des Fahrzeugs. Da dem Begriff des Besitzers im Rahmen der Benzinklausel nach der einschlägigen Rechtsprechung aber keine eigenständige Bedeutung zukommt und letztlich auch offen war, ob der Kfz-Haftpflichtversicherer einen Regressanspruch gegen die Ehefrau hätte durchsetzen können, erklärten sich die Versicherer im Sinne des Schlichtungsgedankens bereit, die Schadenskosten hälftig aufzuteilen und die Angelegenheit damit zu erledigen.

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

In Einzelfällen kann diskutiert werden, ob von einem rein straßenverkehrsrechtlichen Verständnis des Kfz abzuweichen ist, etwa bei einem Rasentraktor. Da ein Versicherer in aktuelleren Bedingungen das Risiko einer Rasentraktornutzung ausdrücklich als versichert aufgenommen hatte, bot er zu der entsprechenden Beschwerde eine vergleichsweise Lösung mit Vertragsumstellung an. Auch der Begriff des „Fahrzeugführers“ muss in Randbereichen nicht zwangsläufig im Sinne des Straßenverkehrsgesetzes verstanden werden. Wer aber einen versicherungspflichtigen Kfz-Anhänger aus dem Carport in Richtung des Fahrzeugs schiebt, an das er angehängt werden soll, der bewegt den Anhänger im Regelfall als dessen Führer. Gleiches gilt für denjenigen, der nach einem missglückten Startversuch aus dem Fahrzeug aussteigt, nach Anschluss eines Batteriestartergeräts durch das geöffnete Fenster greift, so den Wagen von außen startet und dieser dann wegen des bereits eingelegten Rückwärtsgangs nach hinten losfährt. Schwieriger zu beurteilen war der Fall, in dem der Beschwerdeführer das Fahrzeug seiner Mutter nur ein kleines Stück aus der Garage geschoben hatte, ohne es weiter nutzen zu wollen, und es dann die Auffahrt hinunterrollte. Der Versicherer verwies auf eine aktuelle rechtskräftige Gerichtsentscheidung zu einem fast identischen Sachverhalt, was der Ombudsmann nicht unberücksichtigt lassen konnte.

Eine gute Orientierung bildet der Grundsatz des BGH, wonach sich ein spezifisches Fahrzeuggebrauchsrisiko verwirklicht haben muss. Dieses Kriterium ist nicht gegeben, wenn der flexible Füllschlauch eines fest an der Tanksäule installierten Luftdruckprüfgeräts vom Reifenventil abrutscht und gegen ein auf der anderen Seite der Tanksäule stehendes Fahrzeug schlägt. Da es im entsprechenden Beschwerdefall vor allem deshalb zum Schaden gekommen war, weil der Füllschlauch so flexibel beschaffen war, dass er auf die gegenüberliegende Seite der Tanksäule schlagen konnte, reichte die passive Beteiligung des Fahrzeugreifens nicht aus. Der Versicherer half ab. In zwei Beschwerdefällen ergingen gegen die Versicherer verpflichtende Entscheidungen. Ein Beschwerdeführer wollte eine Spielküche aus Holz in seinen Pkw laden. Als er, diese in beiden Händen haltend, um den hinteren Kotflügel seines Pkw ging, um sie in den geöffneten Kofferraum einzuladen, rutschte ihm die Küche aus den Händen und fiel auf die Motorhaube eines dahinter geparkten Fahrzeugs. Die andere Beschwerde betraf den Klassiker „Einkaufswagen“: Beim Einladen der Einkäufe auf einem Supermarkt-Parkplatz rollte der Beschwerdeführerin der Einkaufswagen weg und stieß gegen ein anderes Fahrzeug. Beide Versicherer vertraten die Ansicht, dass der Schaden jeweils beim Beladen entstanden und wegen des geöffneten Kofferraums dem Fahrzeuggebrauch zuzuordnen sei. In beiden Fällen war das Fahrzeug jedoch nicht so eng am Schadenfall beteiligt, dass sich aus der Sicht eines durchschnittlichen Versicherungsnehmers gerade das Gebrauchsrisiko des Kfz verwirklicht hätte.

Der Trend, dass die Verfahren häufig von intensiven rechtlichen Überprüfungen und regelmäßigen, auch telefonischen Kontakten mit den Versicherungsunternehmen geprägt sind, hat sich im Berichtsjahr fortgesetzt. Erneut konnten für viele Fälle für beide Seiten zufriedenstellende Lösungen gefunden werden.



■ Berufsunfähigkeitsversicherung

Zur Berufsunfähigkeitsversicherung erhielt der Ombudsmann im Berichtszeitraum 517 Beschwerden, davon waren 392 zulässig (Vorjahr: 380). Damit ist die Zahl der zulässigen Beschwerden leicht gestiegen. Der prozentuale Anteil an den Gesamtbeschwerden beträgt in dieser Sparte 2,8 (Vorjahr: 2,5) Prozent.

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

Eine große Anzahl der Beschwerden im Berichtsjahr betraf – wie in den Vorjahren – die Fragen, ob der Versicherer leistungspflichtig ist, wann die Leistung einzusetzen hatte bzw. bis zu welchem Zeitpunkt zu leisten war. Prüfungen von zeitlich befristeten Leistungsanerkennnissen fielen 2018 weniger an, hingegen spielten Ausschlussklauseln, Leistungsausschlussfristen bei verspäteten Leistungsanträgen, Vereinbarungen über die Versicherungsleistung, Leistungsablehnungen im Erstprüfungsverfahren und Leistungseinstellungen im späteren Nachprüfungsverfahren wieder häufiger eine Rolle. In einigen Beschwerdefällen ging es um die Rechtmäßigkeit von eingestellten Berufsunfähigkeitsleistungen, nachdem der Versicherte nach einer Erkrankung eine andere berufliche Tätigkeit aufgenommen hatte, die seinen Gesundheitsverhältnissen entsprach und die bisherige Lebensstellung wahrte.

Es gab weiterhin Fälle, in denen es den Versicherten schwerfiel, medizinische Unterlagen beizubringen, die den vertraglich vereinbarten Berufsunfähigkeitsgrad belegten. Dies galt insbesondere bei psychischen Erkrankungen. Viele Beschwerden warfen komplizierte medizinische Fragen auf, die nicht immer im Ombudsmannverfahren abschließend geklärt werden konnten, da hierzu eine Beweiserhebung durch Einbeziehung eines parteiunabhängigen Sachverständigen nötig gewesen wäre. Die Beauftragung eines Gutachters ist im Ombudsmannverfahren jedoch nicht möglich, dies bleibt den Gerichten vorbehalten. Soweit Versicherer in ihrem Regulierungsverfahren bereits Gutachten eingeholt hatten, um den Grad der Berufsunfähigkeit bemessen zu können, konnten diese Gutachten nicht immer verwertet werden. Grund hierfür war, dass sich die Gutachter nicht zu berufsbezogenen Leistungseinschränkungen in den relevanten Zeiträumen geäußert hatten. Dieses Manko könnten die Versicherer selbst abstellen, indem sie den Gutachtauftrag entsprechend ausgestalten.

Ein immer wieder auftretendes Verständnisproblem bei Beschwerdeführern liegt darin, dass der Erhalt eines Rentenbescheides der Deutschen Rentenversicherung nicht automatisch eine Leistungspflicht des privaten Versicherers begründet. Etwas anderes gilt nur, wenn der Versicherungsvertrag eine entsprechende

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Klausel enthält. Einige Beschwerdeführer verkennen zudem, dass allein mit dem Grad der Behinderung, den ein Versorgungsamt festgestellt hat, nicht der Grad der Berufsunfähigkeit nachgewiesen ist.

Weiterhin große Bedeutung kam nach wie vor den Beschwerden zu, in denen der Versicherer sich vom Vertrag lösen wollte und/oder die Leistung ablehnte, weil der Beschwerdeführer die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt haben soll. Ein solcher Vorwurf bezieht sich in der Regel auf die im Antrag abgefragten Gesundheitsverhältnisse. Falsche oder unvollständige Angaben zu den Gesundheitsfragen bei Vertragsabschluss stellen unter bestimmten Voraussetzungen die Gültigkeit des Versicherungsvertrages und damit den Versicherungsschutz infrage. In solchen Fällen war in der Regel die Wirksamkeit von Anfechtungen wegen arglistiger Täuschung, des Rücktritts vom Vertrag oder dessen Kündigung durch den Versicherer zu prüfen. Zum Teil ging es auch um die einseitige rückwirkende Vertragsanpassung durch den Versicherer, etwa in Form eines Ausschlusses des Versicherungsschutzes für eine bestimmte Erkrankung, die bei Abfrage der vorvertraglichen Gesundheitsverhältnisse nicht angezeigt worden war. Viele Beschwerdeführer erwarten, dass sie im Rücktritts- oder Anfechtungsfall ihre eingezahlten Versicherungsbeiträge zurückerhalten. Ihnen ist die gesetzliche Regelung in § 39 Absatz 1 Satz 2 VVG nicht bekannt, wonach bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses durch Rücktritt aufgrund des § 19 Absatz 2 VVG oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung dem Versicherer die Prämie bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zusteht.

Einige Beschwerden betrafen die Vertragsvermittlung. Darunter fallen auch sogenannte Umdeckungen. Dies sind Abschlüsse von Verträgen, die mit der Beendigung eines Vorvertrages im Zusammenhang stehen, entweder im Vorfeld oder gleichzeitig. Besteht hier ein für den Vermittler erkennbarer Zusammenhang, hat er den Versicherungsnehmer rechtzeitig auf die Folgen, wie zum Beispiel den unvorhersehbaren Ausgang einer erneuten Gesundheitsprüfung, sowie auf wesentliche Unterschiede im Vertragsumfang hinzuweisen.

Beschwerden über die Vermittlung sind im Ombudsmannverfahren nicht immer abschließend beurteilbar. Probleme bereiten Fälle, in denen der Beratungsvorgang streitig ist. Zur Aufklärung beitragen können oft nur die daran Beteiligten. In einem Gerichtsverfahren würden diese Personen als Zeugen oder Partei vernommen. Die Verfahrensordnungen sehen diese Möglichkeit jedoch nicht vor. Der Ombudsmann kann nur den Urkundenbeweis erheben. Daher ist keine Entscheidung oder Empfehlung möglich, sofern relevante Tatsachenfragen nicht allein aufgrund der Aktenlage zweifelsfrei aufgeklärt werden können. Kommt in solchen Fällen hinzu, dass die Bearbeitung so aufwendig würde, dass sie den effektiven Betrieb der Schlichtungsstelle ernsthaft beeinträchtigen, muss der Ombudsmann, in Übereinstimmung mit dem VSBG, die Befassung ablehnen. Gleichwohl gelangen im Berichtsjahr auch in diesen Fällen nicht selten einvernehmliche Streitbelegungen, denn Vergleiche kann der Ombudsmann dennoch anregen. Zudem ermöglicht es die Verfahrensordnung seit ca. zwei Jahren, den Beschwerdeparteien ausführlich begründete Schlichtungsvorschläge zu unterbreiten.



■ 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 (§ 14 und § 16 Absatz 1 und 2 Pfandbriefgesetz) betreffen (vgl. Jahresbericht 2013, Seite 16). Bei diesen Beschwerden verlässt der Versicherungsombudsmann seinen versicherungsvertragsrechtlichen Schwerpunkt und nimmt eine kreditvertragliche Prüfung unter Berücksichtigung des Bankenrechts vor.

Im Jahr 2018 gingen die Beschwerden zu Realkrediten enorm zurück. Der Ombudsmann registrierte nur 8 (Vorjahr: 62) zulässige Eingaben, was einem Anteil von 0,1 Prozent am Gesamtaufkommen der zulässigen Beschwerden entspricht. Damit sind die Beschwerdeeingänge in dieser Sparte das dritte Jahr in Folge rückläufig. Diese Entwicklung ist im Wesentlichen darauf zurückzuführen, dass zwei rechtliche Themenkomplexe, die in den vorherigen Jahren prägend waren, an Bedeutung verloren haben.

Das betrifft zum einen die Erstattung von Bearbeitungsentgelten. Die hierzu ergangenen Entscheidungen des BGH vom 13. Mai 2014 und 28. Oktober 2014 führten zu einem vergleichsweise hohen Beschwerdeaufkommen in den Jahren 2014 und 2015 (vgl. Jahresbericht 2015, Seite 58 f.). Erwartungsgemäß sank die Zahl der Eingaben zu den Bearbeitungsentgelten bereits 2016 deutlich (vgl. Jahresbericht 2016, Seite 56).

In der Vergangenheit bildeten zudem Beschwerden mit dem Ziel der Rückabwicklung nach Widerruf einen Schwerpunkt. Hier sorgte eine gesetzliche Neuregelung allerdings für eine Änderung im Widerrufsrecht. Das zuvor „ewige Widerrufsrecht“ bei fehlerhafter Belehrung bei Immobiliendarlehensverträgen, die zwischen dem 1. September 2002 und dem 10. Juni 2010 geschlossen wurden, konnte nur noch bis zum 21. Juni 2016 ausgeübt werden (vgl. Jahresbericht 2016, Seite 56). Dementsprechend ebneten Beschwerden bezüglich des noch vor diesem Termin ausgeübten Widerrufs in der Folgezeit ab.

Die wenigen Beschwerden, die den Ombudsmann im Berichtsjahr erreicht haben, betrafen individuelle Einzelfälle, die überwiegend einvernehmlich bzw. durch Abhilfe des Versicherers beendet werden konnten. Dies zeigt, dass, nachdem die durch die Rechtsprechung zu Kreditverträgen aufgeworfenen Fragen abgearbeitet wurden, die Kunden der Mitgliedsunternehmen nur sehr selten einen Grund zur Beanstandung erkennen.

■ Sonstige Versicherungen

Die Sparte „Sonstige Versicherungen“ behandelt solche Beschwerden, die nicht unter die anderen Versicherungsbereiche fallen. Im Jahr 2018 gingen in dieser Sparte 1.176 zulässige Beschwerden (Vorjahr: 1.362) ein. Das sind 8,3 (9,1) Prozent des Gesamteingangs. Gegenüber 2017 bedeutet dies einen Rückgang von 13,7 Prozent. Fast die Hälfte der Beschwerden betraf in diesem Berichtsjahr die Reiseversicherung. Einen weiteren Schwerpunkt bildete die Handyversiche-

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

rung. Wie in den Jahren zuvor hatte sich der Ombudsmann daneben u. a. mit Beschwerden zur Photovoltaik-, Reparaturkosten-, Tierkranken-, Bauleistungs-, Transport-, Mietkautions- und Ausfallschutzversicherung zu befassen.

In der Reiseversicherung hatte sich der Ombudsmann hauptsächlich mit Meinungsverschiedenheiten zu den Fragen, ob eine „unerwartet schwere Erkrankung“ zum Reiserücktritt geführt hat und dieser „unverzüglich“ nach Eintritt des versicherten Rücktrittsgrundes erklärt wurde, zu befassen. Häufiger als in den Vorjahren reichten die Beschwerdeführer in diesem Zusammenhang im Ombudsmannverfahren unaufgefordert neue ärztliche Atteste zum Krankheitsverlauf und zur Beurteilung der Reisefähigkeit nach. In vielen dieser Fälle erklärten sich die Versicherer nach ergänzender Prüfung der Unterlagen zu einer Abhilfe oder einem Entgegenkommen bereit, sofern die ärztlichen Ausführungen nicht nur rückwirkende Prognosen enthielten.

Im Berichtsjahr betraf die Mehrzahl der Beschwerden zur Handyversicherung wiederum die Frage, ob der Versicherer wegen des Abhandenkommens des Gerätes eine Entschädigung leisten muss. Für die Handybesitzer war es regelmäßig sehr schwierig nachzuweisen, dass das Gerät gestohlen wurde und nicht nur verloren ging. Insbesondere wenn sie den Verlust über einen längeren Zeitraum nicht bemerkten und keine näheren Angaben zum möglichen Tatgeschehen machen konnten, war der Ombudsmann bei diesen Beschwerden nicht in der Lage, ihnen zu einer Entschädigung zu verhelfen. Darüber hinaus stand wie in den Vorjahren häufig im Streit, ob die in den Versicherungsbedingungen vorgegebenen und von der Rechtsprechung gebilligten strengen Anforderungen an den sicheren Gewahrsam, der überwiegend vertragliche Leistungsvoraussetzung ist, zum Zeitpunkt der Diebstahlhandlung erfüllt waren. Der Ombudsmann beanstandete Stellungnahmen der Versicherer, die nicht auf die Schilderungen der Beschwerdeführer eingingen und den Eindruck erweckten, dass eine Leistung pauschal abgelehnt würde. In diesen Fällen konnten in der Regel Abhilfen oder Vergleiche erreicht werden. Fand sich kein konkreter Ansatzpunkt, blieb dem Ombudsmann nur, den Geschädigten die Rechtslage zur Gewahrsamsklausel zu erläutern. Im Vergleich zu den Vorjahren gingen im Rahmen der Handyversicherung nur noch selten Beschwerden zu der Frage ein, ob der Versicherer für eine Beschädigung des Handys, etwa infolge eines Sturzes oder durch Feuchtigkeit, eintrittspflichtig ist.

Im Berichtsjahr stiegen Streitigkeiten zur Reiseabbruchversicherung weiter an. Bei dieser Vertragsart beginnt der Versicherungsschutz in zeitlicher Hinsicht mit dem Antritt der Reise. Hier galt es wiederum vordergründig zu beurteilen, welche durch den Abbruch der Reise verursachten Kosten dem Versicherten nach den jeweils vereinbarten Versicherungsbedingungen zustehen. Erstmals lagen dem Ombudsmann Beschwerden vor, die sich gegen die Entscheidung eines Versicherers richteten, die Leistung vollständig zu verweigern, weil er vor der Rückreise nicht über den Reiseabbruch informiert worden war bzw. die Rückreise nicht genehmigt hatte, wie es die von ihm verwendeten Versicherungsbedingungen erforderten. In diesen Fällen beanstandete der Ombudsmann die Entscheidung des Versi-



cherers, da nach Aktenlage mangels ursächlicher Obliegenheitsverletzung keine Leistungsfreiheit eingetreten war. Nach intensivem Austausch half der betroffene Versicherer schließlich ab oder unterbreitete einen Vergleichsvorschlag, je nach Fallkonstellation.

Die vertragsbezogenen Streitigkeiten in der Reiseversicherung, die in den vergangenen beiden Berichtsjahren einen Großteil der Beschwerden betrafen und größtenteils mit Schlichtungsvorschlägen des Ombudsmanns endeten (vgl. hierzu Jahresbericht 2016, Seite 22 ff.), gingen fast vollständig zurück. Diese Entwicklung dürfte auf die Hinweise des Ombudsmanns und die Erfahrungen des Versicherers im Beschwerdeverfahren zurückzuführen sein.

■ Vermittlerbeschwerden

Das Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsvermittler unterscheidet sich wesentlich von dem gegen Versicherungsunternehmen. Es beruht auf der gesetzlichen Grundlage von § 214 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 VVG; dieser stattet den Ombudsmann jedoch nicht mit den Kompetenzen aus, wie sie ihm die Mitgliedsunternehmen in der Vereinssatzung übertragen haben. Folglich arbeitet der Ombudsmann mit zwei verschiedenen Verfahrensordnungen: der Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns für Unternehmensbeschwerden (VomVO) und der Verfahrensordnung für Beschwerden im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen (VermVO). Welches Verfahren durchgeführt wird, richtet sich nach dem Anliegen des Beschwerdeführers und seinem Beschwerdevortrag. Allerdings ist bei Verbrauchern auch deren wohlverstandenes Interesse zu berücksichtigen, da sie in Rechts- und Verfahrensfragen häufig Unterstützung benötigen. Dementsprechend bedarf das genannte Beschwerdeziel gelegentlich der Auslegung. Geht es in der Beschwerde um die Vermittlung eines Vertrages durch einen gebundenen Vermittler oder einen Versicherungsvermittler mit Erlaubnis nach § 34d Absatz 1 Gewerbeordnung (GewO), dessen Handeln dem Versicherer zuzurechnen ist, wird in aller Regel ein Verfahren nach der VomVO durchgeführt. Dies gilt nicht, wenn der Beschwerdeführer ausdrücklich ein Verfahren nur oder auch gegen den Vermittler persönlich wünscht (etwa wegen anstößigen Verhaltens). Das Verfahren nach der VomVO hat Vorteile für die Beschwerdeführer, insbesondere weil nach der Einlegung der Beschwerde die Verjährung der geltend gemachten Ansprüche des Beschwerdeführers gegen den Versicherer gehemmt wird, der Ombudsmann bis 10.000 Euro eine verbindliche Entscheidung treffen und dem Versicherer vorgeben kann, ein eventuelles Mahnverfahren für die Dauer des Ombudsmannverfahrens auszusetzen. Andererseits unterliegt der Zugang zum Verfahren nach der VermVO weniger Beschränkungen. So sind zum Beispiel nicht nur Verbraucher beschwerdebefugt, wie dies die VomVO vorsieht. Auch eine Beschwerdeobergrenze kennt das Vermittlerverfahren nicht.

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

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Im Berichtsjahr erreichten den Ombudsmann insgesamt 283 (Vorjahr: 297) Beschwerden, die auf der Grundlage der VermVO zu prüfen waren. Damit war der Beschwerdeeingang der als Vermittlerbeschwerden registrierten Vorgänge insgesamt leicht rückläufig und verblieb auf dem niedrigen Niveau der Vorjahre. Typisch für die hier betrachteten Vermittlerbeschwerden ist der hohe Anteil an Eingaben, die nicht in das Stadium der Zulässigkeit gelangten (zu den Verfahrensvoraussetzungen vgl. § 2 VermVO). Waren im Vorjahr bei 49 Prozent die Zulässigkeitskriterien erfüllt, fiel der Wert im Jahr 2018 auf 36 Prozent.

Von den im Berichtsjahr unzulässig beendeten Beschwerden hatten über die Hälfte (55 Prozent) keinen Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen. 31 Prozent der Beschwerden wurden eingelegt, ohne den Vermittler über das Beschwerdeanliegen zu informieren und ihm die Gelegenheit zur Prüfung zu geben. 4 Prozent der Beschwerden betrafen die private Kranken- und Pflegeversicherung und in 3 Prozent der Fälle war die Streitigkeit bei Einlegung der Beschwerde bereits beigelegt. Ebenfalls 3 Prozent der Beschwerden betrafen Anliegen, die sich nicht auf einen Vermittler und einen Versicherungsinteressenten bezogen.

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

8,4 Prozent der beendeten Beschwerden gegen Vermittler wurden von den Beschwerdeführern nicht weiterverfolgt.

Die Beschwerdeinhalte unterschieden sich nicht von denen der Vorjahre. Einen inhaltlichen Schwerpunkt der Vermittlerbeschwerden bilden Beanstandungen der Beratung und der Vermittlung nicht benötigter Versicherungsverträge, überwiegend verbunden mit dem Ziel der Rückabwicklung der betreffenden Verträge, sowie der Vermittlung von nicht passendem Versicherungsschutz. Im Vermittlerverfahren bezieht sich erfahrungsgemäß der Vorwurf der Falschberatung verhältnismäßig oft auf eine Lebens- oder Kfz-Versicherung. Eine geringere Anzahl von Beschwerden war auf den Ausgleich eines geltend gemachten Schadens gerichtet. Weitere Beschwerden betrafen ungenügende Informationen, es ging den Beschwerdeführern um Fragen des Datenschutzes und um die Herausgabe von überlassenen Unterlagen.

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. Damit unterscheidet sich die Beratung in Art und Umfang deutlich von der Beratung,



die ein Versicherungsvertreter zu erbringen hat. Dieser schuldet nur eine eingeschränkte Produktberatung. Noch entscheidender ist aber die Beratung und Bedarfsermittlung, die nach der Rechtsprechung des BGH zur Hauptleistungspflicht des Maklers gehört. Er hat für individuell angemessenen Versicherungsschutz zu sorgen und muss dazu von sich aus das zu versichernde Risiko ermitteln. Da Kunden Versicherungsmakler unter anderem deswegen einschalten, 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, ggf. nach vorheriger Absprache mit dem und Befragung des Versicherungsinteressenten, erforderlich ist.

Von den zulässigen Beschwerden führten aus Sicht der Beschwerdeführer 31,4 Prozent zu einem (Teil-)Erfolg. Bei 18,5 Prozent dieser Beschwerden halfen die Vermittler ab.

Im Berichtsjahr gab es bedeutsame Änderungen im Vermittlerrecht, siehe dazu ausführlich Kapitel 2.6.

2.9 Beschwerdefälle

Nachfolgend wird von einzelnen Beschwerdeverfahren berichtet, die der Ombudsmann im Jahr 2018 zum Abschluss gebracht hat. Anhand der dargestellten Verfahrens- und Entscheidungspraxis des Ombudsmanns soll ein Einblick in die Beschwerdebearbeitung ermöglicht werden.

Die nachstehenden 21 Fälle sind nicht repräsentativ für die Häufigkeit oder die Bedeutung der Themen, mit denen der Ombudsmann befasst war. Die Auswahl erfolgte vielmehr nach Beschwerdefällen bzw. Themen, bei denen ein allgemeines Interesse erwartet werden kann und die jedenfalls in ihrer Gesamtheit einen Eindruck von der Arbeit des Ombudsmanns vermitteln. Aus dieser Fallsammlung lässt sich in Bezug auf das Verfahrensergebnis (Erfolgsquote), die Beendigungsarten (Entscheidung, Vergleich etc.) oder die Sparten bzw. die behandelten Rechtsfragen keine Aussage hinsichtlich der Gesamtstatistik ablesen. Auch sind die Fälle nicht nach einem bestimmten Kriterium sortiert.

Rechtsschutzversicherung

Angrenzerbenachrichtigungsstreitfall

Die Beschwerdeführerin wurde mit einer „Benachrichtigung der Angrenzer und sonstiger Nachbarn“ von der Stadt B. über ein Bauvorhaben ihrer Nachbarn informiert. Später schloss sie eine Rechtsschutzversicherung ab. Nachdem die beantragte Baugenehmigung trotz zahlreicher Einwände der Beschwerdeführerin erteilt worden war, beabsichtigte sie, dagegen Rechtsmittel einzulegen, und verlangte dafür von der Beschwerdegegnerin Deckungsschutz. Diesen lehnte die Beschwerdegegnerin mit der Begründung ab, dass der Rechtsschutzfall bereits mit der Erstellung der Angrenzerbenachrichtigung und damit vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sei.

Da die Beschwerdegegnerin sich nicht von ihrer Auffassung abbringen ließ, verpflichtete der Ombudsmann sie dazu, der Beschwerdeführerin Kostenschutz für das zwischenzeitlich eingeleitete Widerspruchsverfahren zu gewähren. Einen darüber hinausgehenden Anspruch auf Erteilung einer Deckungszusage für ein dem Widerspruchsverfahren möglicherweise folgendes gerichtliches Verfahren sah der Ombudsmann zum Zeitpunkt der Entscheidung dagegen noch nicht als gegeben an.

Der Ombudsmann begründete seine Entscheidung damit, dass der den Rechtsschutzfall auslösende Verstoß, auf den die Beschwerdeführerin ihren Anspruch stützte, im Erlass der – nach ihrer Ansicht rechtswidrigen – Baugenehmigung zu sehen sei. Da diese in versicherter Zeit erlassen wurde, hatte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin Deckungsschutz zu gewähren.

Dass betroffene Nachbarn im Baugenehmigungsverfahren – zum Beispiel wie im vorliegenden Fall durch eine Angrenzerbenachrichtigung – beteiligt werden, führt nach Ansicht des Ombudsmanns noch nicht dazu, bereits in der Benachrichtigung bzw. deren Erstellung einen Rechtsverstoß im Sinne der Versicherungsbedingungen zu sehen. Denn durch diese wird der betroffene Nachbar noch nicht in



seinen subjektiven Rechten verletzt, sondern lediglich über das beantragte Bauvorhaben informiert.

Der Beschwerdegegnerin war auch nicht dahingehend zu folgen, dass bereits durch die Einreichung des Bauantrags gegen Rechtspflichten verstoßen wurde. Grundsätzlich beinhaltet ein Bauantrag noch keinen Verstoß gegen Rechtsvorschriften, denn dieser ist nicht dazu geeignet, nachbarschützende Vorschriften zu verletzen. Erst die Erteilung der Baugenehmigung kann einen Eingriff des Bauvorhabens in Nachbarrechte darstellen, denn diese stellt fest, dass dem Bauvorhaben keine öffentlichrechtlichen Vorschriften entgegenstehen. Hierunter zählen unter anderem auch die Nachbarschaft schützende Normen.

Im Hinblick auf den Kostenschutz als Vorgriff auf das gerichtliche Verfahren führte der Ombudsmann aus, dass der Versicherungsnehmer generell keinen Anspruch auf eine umfassende Deckungszusage habe. Die vom Versicherer zu erteilende Deckungszusage sei vielmehr immer auf das jeweilige Stadium der (außergerichtlichen oder gerichtlichen) Interessenwahrnehmung beziehungsweise auf eine Instanz gerichtet. Im zu entscheidenden Fall folgte dies insbesondere auch daraus, dass die Beschwerdeführerin die Erhebung der Klage nach den Versicherungsbedingungen mit der Beschwerdegegnerin abzustimmen hat, so dass die Beschwerdegegnerin die Möglichkeit hat, die Erfolgsaussichten in jedem Stadium des Verfahrens gesondert zu prüfen.

Unfallversicherung

Eigenbewegung oder äußere Einwirkung?

Die Beschwerdeführerin war eine Kellertreppe hinabgestürzt und erlitt eine dreifache Knöchelfraktur. Sie beschrieb den Ablauf so, dass sie beim Hinabsteigen der Kellertreppe eine Stufe ungeschickt betreten habe und davon abgerutscht sei.

Der Versicherer vertrat zunächst die Auffassung, die Verletzung sei als Folge einer ungeschickten Eigenbewegung entstanden. Außerdem habe bereits Osteoporose vorgelegen. Es sei deshalb wahrscheinlich, dass der Knöchel nicht erst beim Sturz, sondern bereits zuvor durch das ungeschickte Auftreten auf der Treppenstufe gebrochen sei. Die Beschwerdeführerin und ihre Vertreterin im Verfahren sahen hingegen den klassischen Unfallbegriff, nämlich eine plötzliche äußere Einwirkung auf den Körper der versicherten Person, durch den Sturz als erfüllt an. Im Zusammenhang mit dieser Frage spielte ein Bericht des Krankenhauses eine Rolle, wonach im örtlichen Bereich der Frakturen eine nicht unerhebliche Weichteilschwellung diagnostiziert worden war. Dies ließ eher auf eine traumatische Schädigung des Knochens schließen, so dass dem Versicherer vorgeschlagen wurde, zumindest 75 Prozent des versicherten Unfallkrankhaustagegeldes zu bezahlen. Dieser Einigungsvorschlag berücksichtigte, dass der Ablauf aufgrund der Fakten relativ sicher feststand, dass ein anderer Verlauf aber nicht völlig auszuschließen war.

Mit diesem Schlichtungsvorschlag zeigten sich der Versicherer und die Versicherungsnehmerin einverstanden.

Privathaftpflichtversicherung

Festival auf dem Autodach

Der mitversicherte 26-jährige Sohn der Beschwerdeführerin stieg anlässlich einer gemeinsamen Teilnahme an einem Festival mit Socken auf das Fahrzeug eines Freundes und beschädigte es dadurch. Der Haftpflichtversicherer lehnte den Versicherungsschutz mit dem Hinweis ab, der Schaden sei vorsätzlich verursacht worden. Nach Aktenlage ging der Ombudsmann jedoch nicht davon aus, dass der Versicherer leistungsfrei war. Damit sich der Versicherer in der Haftpflichtversicherung auf vorsätzliches Handeln berufen kann, ist es erforderlich, dass der Vorsatz auch die konkrete Beschädigung umfasst. Der Versicherte muss es also zumindest in Kauf genommen haben, dass der Schaden eintritt. Aus den vorgelegten Unterlagen ergaben sich jedoch keine Anhaltspunkte dafür, dass der Sohn der Beschwerdeführerin seinen Freund bewusst schädigen wollte. Vielmehr lag es nahe, dass dem Verhalten Unvernunft und grobe Fahrlässigkeit zugrunde lagen. Diese Verschuldensarten sind jedoch in der Haftpflichtversicherung vom Versicherungsschutz umfasst. Nachdem der Versicherer keinen Nachweis für vorsätzliches Handeln erbringen konnte, half er der Beschwerde ab.

Lebensversicherung, hier Schwere-Krankheiten-Versicherung

Wie fortschrittlich ist der Versicherungsschutz?

Die Beschwerdeführerin erhielt nach erfolgter Chemotherapie eine allogene Stammzelltransplantation. Dabei werden Stammzellen von einem Spender zu einem Empfänger übertragen.

Mit ihrer Beschwerde machte die Beschwerdeführerin Leistungen aus ihrer Schwere-Krankheiten-Versicherung geltend. Der Vertrag regelte, dass bei Eintritt einer schweren Krankheit im Sinne der Versicherungsbedingungen die Versicherungsleistung fällig wird. Welche schweren Krankheiten im Einzelnen versichert sind, ist vertraglich festgelegt. Darunter fällt auch die Transplantation von Knochenmark von einem Spender auf die versicherte Person.

Bei einer Knochenmarktransplantation wird dem Spender ein Knochenmark-Blut-Gemisch entnommen. Die Stammzellen werden hieraus isoliert und dem Empfänger infundiert. Die Beschwerdeführerin erhielt jedoch keine solche Knochenmarkspende, sondern eine für den Spender schonendere sogenannte periphere Blutstammzellspende. Dabei wird dem Spender ein Hormon gespritzt, welches bewirkt, dass Stammzellen aus dem Knochenmark ins Blut übergehen. Dann werden sie aus dem Blut herausgefiltert und in den Blutkreislauf des Patienten gegeben. Diese Methode hat die Knochenmarkspende weitgehend abgelöst.

Der Versicherer lehnte die Auszahlung der Versicherungssumme ab. Er verwies darauf, dass die periphere Blutstammzellspende im Vertrag der Beschwerdeführerin – anders als in seinen neueren Versicherungsbedingungen – nicht ausdrücklich aufgeführt war. Das konnte der Ombudsmann zwar nachvollziehen, allerdings warf dies Fragen auf. Zum einen, ob die Bedingungen nicht dahingehend aus-



zulegen waren, dass auch die Nachfolger früherer Behandlungsmethoden unter den Versicherungsschutz fallen. Zum anderen, ob der Fortschritt nicht eine Vertragsanpassung nach § 313 Absatz 1 BGB erfordert. Denn mit der Ablösung der versicherten Knochenmarktransplantation durch die periphere Blutstammzellspende dürften sich die Umstände, die Grundlage des Vertrages geworden sind, nach Vertragsschluss schwerwiegend verändert haben. Hätten die Vertragsparteien bereits damals vorausgesehen, dass die Knochenmarktransplantation zukünftig kaum noch Anwendung findet und durch eine wirkungsgleiche weiter entwickelte Therapie ersetzt würde, wäre der Vertrag kaum mit demselben Inhalt geschlossen worden. Schließlich ergibt es keinen Sinn, das Risiko zu versichern, sich während der Vertragslaufzeit einer bestimmten ärztlichen Behandlung unterziehen zu müssen, die medizinische Fortentwicklung dieser Behandlung jedoch vom Versicherungsschutz auszunehmen. So erklärt sich auch die vorgenommene Anpassung der Versicherungsbedingungen bei neueren Verträgen.

Mit der Änderung der Behandlungsmethode war es zu einer vertraglich nicht gewollten Risikoumverteilung zum Nachteil der Versicherungsnehmerin gekommen. Da die Knochenmarktransplantation kaum mehr angewandt wird, ist dieses Versicherungsrisiko bei dem Versicherer faktisch entfallen. Die hinter einer Stammzelltransplantation stehenden schweren Erkrankungen, um die es bei dem Abschluss der Versicherung geht, haben sich durch eine Änderung der Behandlungspraxis hingegen weder in der Häufigkeit ihres Auftretens noch in der Schwere des Verlaufs verändert. Zu berücksichtigen war auch, dass die periphere Blutstammzellspende lediglich den nicht versicherten Spender schont. Für den Versicherten dürften sich dagegen keine Unterschiede ergeben.

Der Ombudsmann bat den Versicherer vor diesem Hintergrund um erneute Prüfung. Dieser half der Beschwerde daraufhin ab.

Gebäudeversicherung

Der Fall der Klimaanlage

Auf dem Flachdach des versicherten Gebäudes befand sich eine Klimaanlage, die auf lose verlegten Steinplatten stand. Ein Sturm brachte die Anlage zu Fall, wodurch sie beschädigt wurde. Der vereinbarte Versicherungsschutz umfasste auch außen am Gebäude angebrachte Sachen. Der Versicherer vertrat jedoch die Auffassung, dass die Eigenschaft „außen am Gebäude angebracht“ eine dauerhafte und feste Verbindung mit dem Gebäude voraussetze, so dass der eingetretene Schaden nicht versichert sei.

Im Versicherungsschein hieß es aber auch, dass die darin bezeichneten Gebäude einschließlich Zubehör als versichert gelten. Eine Definition von Zubehör war den Versicherungsbedingungen nicht zu entnehmen, so dass insoweit die gesetzliche Definition nach § 97 BGB zum Zuge kam. Danach handelt es sich bei Zubehör um bewegliche Sachen, die, ohne Bestandteil der Hauptsache zu sein, dem wirtschaftlichen Zweck der Hauptsache zu dienen bestimmt sind und zu ihr in einem dieser Bestimmung entsprechenden räumlichen Verhältnis stehen. Dies traf auf

die zu Schaden gekommene Klimaanlage zu. Nach einem entsprechenden Hinweis des Ombudsmanns überprüfte der Versicherer seine Entscheidung und regulierte den Schaden.

Hausratversicherung

Unangemessenes Verschreiben?

Beim Beschwerdeführer waren durch einen Einbruchdiebstahl eine Terrassen- und eine Kellertür beschädigt worden. Die vom Beschwerdeführer beauftragte ortsansässige Fachfirma kam zu dem Schluss, dass eine Reparatur einzelner Bestandteile nicht möglich sei, und riet daher zu deren Austausch. Auf den eingereichten Kostenvoranschlag hin erklärte der Versicherer bezüglich der Terrassentür: „Vielen Dank für den eingereichten Kostenvoranschlag. Er ist vom Umfang und von der Höhe angemessen. Sie erhalten von uns heute die Kostenfreigabe, damit Sie die Arbeiten in Auftrag geben können. Bitte übersenden Sie uns nach Abschluss der Arbeiten die Rechnung; wir werden diese dann umgehend begleichen.“

Dennoch ließ der Versicherer den Kostenvoranschlag von einer Spezialfirma prüfen. Diese erklärte, dass beide Türen reparabel seien. Der Versicherer teilte dem Beschwerdeführer daraufhin mit, dass er in Kürze eine korrigierte Freigabe erhalten werde, und erstattete im Folgenden nur die von dieser Firma ermittelten, im Vergleich deutlich niedrigeren Kosten für die Reparatur.

Ob die Kellertür reparabel war oder nicht, konnte der Ombudsmann nach Aktenlage nicht beurteilen. Diesbezüglich hatte der Beschwerdeführer keinen eindeutigen Nachweis für die mangelnde Reparaturfähigkeit erbracht. Bezüglich der Terrassentür regte er jedoch eine Abhilfe an und begründete dies damit, dass der Versicherer die Reparaturfreigabe sowie die Kostenübernahme verbindlich erklärt habe. Der Versicherer erwiderte, dass er die Kostenfreigabe in dieser Art und Weise nicht habe abgeben wollen. Die Sachbearbeiterin müsse sich verschrieben haben und statt „angemessen“ „unangemessen“ habe schreiben wollen. Wie es zu diesem Versehen gekommen sei, könne er nicht mehr nachvollziehen.

Der Ombudsmann wies u. a. darauf hin, dass es angesichts der eindeutigen und stimmigen Formulierung für den Empfänger keinen Anhaltspunkt für ein Verschreiben gebe. Daher könne allenfalls ein Motivirrtum vorliegen, der rechtlich jedoch unbeachtlich wäre. Letztlich erklärte sich die Beschwerdegegnerin zu einer Abhilfe bezüglich der Kosten der Terrassentür bereit.

Rechtsschutzversicherung

Drei Bootsführer?

Die Beschwerdeführerin verlangte eine Deckungszusage für ein Ordnungswidrigkeitsverfahren. Ihr wurde von der Ordnungsbehörde vorgeworfen, gemeinsam mit ihrem Ehemann und dem Sohn unerlaubt mit einem Kanu den Rheinsberger Rhin (ein Fluss in Brandenburg) befahren zu haben. Nach den vereinbarten ARB bestand für den Versicherungsnehmer u. a. Versicherungsschutz in der Eigenschaft als Fahrer eines fremden Fahrzeuges oder als Fahrgast.



Der Rechtsschutzversicherer verweigerte die Deckungszusage zunächst deshalb, weil ein Kanu kein Fahrzeug im Sinne der Versicherungsbedingungen sei. Als Fahrzeuge seien nur Motorfahrzeuge anzusehen. Das folge daraus, dass an anderer Stelle der Versicherungsbedingungen von Motorfahrzeugen die Rede sei. Diese Ansicht teilte der Ombudsmann nicht. Da in den ARB von „jedem“ Fahrzeug die Rede ist, beziehe sich die Regelung nicht nur auf Motorfahrzeuge, sondern auf alle Fahrzeuge. Fahrzeug, so der Ombudsmann, sei der Oberbegriff für mobile Verkehrsmittel, die u. a. dem Transport von Personen dienen. Die Antriebsart sei für die Einordnung als Fahrzeug ohne Belang, es müsste nicht notwendigerweise motorisiert sein, sondern könnte auch von Muskelkraft, wie etwa bei einem Fahrrad oder Kanu, angetrieben sein.

Die Beschwerdegegnerin akzeptierte zwar diese Auffassung des Ombudsmanns, verweigerte aber nun den Versicherungsschutz aus anderen Gründen. Es fehle der Beschwerdeführerin nämlich an einer versicherten Eigenschaft. Versichert waren u. a. die Eigenschaften „Fahrer eines dem Versicherungsnehmer nicht gehörenden Fahrzeuges“ und „Fahrgast“. Da Kanus mit Stechpaddeln vorangetrieben und gelenkt werden, seien alle drei Besatzungsmitglieder mit ihren Paddeln Fahrer des Kanus und die Beschwerdeführerin damit kein Fahrgast gewesen. Weiter habe das Kanu im Eigentum des Ehemannes gestanden, somit habe es zugleich der Beschwerdeführerin gehört. Damit treffe auch „Fahrer eines dem Versicherungsnehmer nicht gehörenden Fahrzeuges“ nicht zu. Der Rechtsanwalt der Beschwerdeführerin nahm dann ausführlich zu den Fragen Stellung, wer bei einem Kanu Bootsführer und damit der eigentliche Fahrer und wer lediglich Fahrgast sei, welche Aufgaben die Bediener des hinteren und der vorderen Stechpaddel haben und wer welche Paddel im konkreten Fall bedient habe.

Die Fahrerfrage bei Kanus und weitere Detailfragen dieses Wassersports musste der Ombudsmann aber letztlich nicht beantworten. Nach kurzer Diskussion über das Verständnis, wem das Kanu bei der bekannten Konstellation denn „gehöre“, half die Beschwerdegegnerin schließlich der Beschwerde ab und erteilte die gewünschte Deckungszusage.

Gebäudeversicherung

Ein Schreiben oder Einschreiben?

Der Versicherer lehnte es ab, einen vom Beschwerdeführer im Juni 2017 gemeldeten Schaden zu regulieren, da er den Gebäudeversicherungsvertrag bereits mit Schreiben vom 15. November 2016 wegen Prämienrückstands gekündigt hatte. Das Kündigungsschreiben des Versicherers konnte aber nicht zugestellt werden, weil der Versicherungsnehmer umgezogen war, ohne dem Versicherer die Anschrift mitzuteilen. Das Schreiben kam mit dem Vermerk „Empfänger/Firma unter der angegebenen Anschrift nicht zu ermitteln“ zurück.

Grundsätzlich gilt, dass der Versicherer seine Schreiben an die alte Adresse schicken kann, um den Zugang zu bewirken. Allerdings gibt es dafür gewisse Anforderungen. In der einschlägigen Regelung des § 13 Absatz 1 VVG ist Folgendes bestimmt:

„Hat der Versicherungsnehmer eine Änderung seiner Anschrift dem Versicherer nicht mitgeteilt, genügt für eine dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugebende Willenserklärung die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte dem Versicherer bekannte Anschrift des Versicherungsnehmers. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen.“

Damit die Kündigung des Versicherers hätte wirksam werden können, wäre die Zusendung mittels Einschreiben notwendig gewesen. Da sie aber nur auf dem normalen Postweg verschickt wurde, war die Kündigung nicht rechtswirksam ausgesprochen worden. Auf entsprechenden Hinweis des Ombudsmanns führte der Versicherer den Versicherungsvertrag fort und trat in die Schadenregulierung ein.

Unfallversicherung

Teures Älterwerden

Mit Vollendung seines 75. Lebensjahres erreichte den Beschwerdeführer eine Beitragserhöhung seines Unfallversicherers auf mehr als das Doppelte (von 11,50 Euro auf 27,26 Euro monatlich). Der Beschwerdeführer war mit dieser Erhöhung nicht einverstanden und verlangte die sofortige Aufhebung des Vertrages. Dies lehnte der Versicherer zunächst ab und verwies darauf, dass diese Beitragserhöhung vertraglich vereinbart gewesen sei, die Bedingungen die Beitragserhöhung nach Altersstufen enthielten. Damit liege, so der Versicherer, keine für den Versicherungsnehmer überraschende und unvorhersehbare Erhöhung vor. Es handele sich auch nicht um eine Beitragsanpassungsklausel im Sinne von § 40 VVG.

Der Blick in die Bedingungen bestätigte diesen Vortrag. Der GDV empfiehlt den Unternehmen jedoch seit einiger Zeit, bei Beitragserhöhungen wie dieser ein Sonderkündigungsrecht einzuräumen. Der Ombudsmann schlug dem Versicherer vor, entsprechend zu verfahren. Diesen Vorschlag griff der Versicherer auf.

Privathaftpflichtversicherung

Voraussetzung für Training?

Der Versicherungsnehmer, ein aktiver Radsportler, wurde von einem anderen Radsportler auf Schadenersatz in Anspruch genommen, weil er bei einer gemeinsamen Tour aus Unachtsamkeit dessen Sturz verursacht haben soll. Der Versicherer lehnte seine Leistungspflicht unter Berufung auf eine Ausschlussklausel ab, wonach für die Teilnahme an Radrennen sowie die Vorbereitung hierzu (Training) kein Versicherungsschutz besteht. Der Ombudsmann prüfte den Einwand und führte folgendermaßen an den Versicherer aus:

„Der Begriff des ‚Trainings‘ wurde schon zu früheren Bedingungen sehr eingeschränkt ausgelegt. Ich zitiere aus Prölss/Martin/Lücke, VVG, 29. Auflage, Ziff. 1 BB PHV, Rdn. 39: ‚Der Ausschluss soll nur greifen, wenn sich dabei wenigstens teilweise die Gefahren verwirklichen, die zum Ausschluss der genannten Rennen geführt haben. Dies kann bei privatem Training nicht angenommen werden, wohl aber bei vom Veranstalter zur Vorbereitung des Rennens organisiertem oder gar vorgeschriebenem Training. Voraussetzung ist aber stets, dass auch dabei die



Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten geübt wird'. Der aktuelle Bedingungsgeber hat diese Voraussetzungen kumulativ übernommen (siehe Neufassung 2016). Das kann bei der Auslegung nicht unberücksichtigt bleiben. Wenn aber der Beschwerdeführer mit dem Geschädigten privat per Fahrrad unterwegs war und es zu dem Unfall kam, nachdem beide an einer roten Ampel gehalten hatten und langsam nebeneinander her gefahren waren, dann ist der Risikoausschluss (Teilnahme an Rennen sowie Vorbereitung hierzu – Training) nicht einschlägig. Dies gilt auch dann, wenn beide zuvor für ein wenige Tage später anstehendes Rennen trainieren wollten. Es hat sich gerade keine für ein Rennen oder ein entsprechendes Training typische Gefahr verwirklicht, sondern der Unfall hätte so bei jeder ‚normalen‘ Fahrradfahrt passieren können. Konkrete Anhaltspunkte für eine über eine private Trainingsfahrt hinausgehende Organisation sind den Unterlagen nicht zu entnehmen. Es erscheint auch nicht plausibel, dass im Stadtbereich die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten geübt wurde.“

Daraufhin änderte der Versicherer seine Haltung und gewährte Versicherungsschutz in Form der Anspruchsabwehr.

Kfz-Haftpflichtversicherung

Nutzungsbedarf nach Außerbetriebsetzung

Der Versicherer hatte dem Beschwerdeführer irrtümlich einen Nachtrag über einen Wagnisfortfall beziehungsweise eine Außerbetriebsetzung erstellt, den Kraftfahrtversicherungsvertrag abgerechnet und die Zulassungsstelle hierüber in Kenntnis gesetzt. Der Beschwerdeführer sah nach seinen Angaben aufgrund der Mitteilung der Beschwerdegegnerin davon ab, das Fahrzeug weiter zu nutzen. Da er zunächst die Beschwerdegegnerin nicht erreichen konnte, habe er ein Fahrzeug von einem Familienmitglied für den Zeitraum vom 20. bis zum 22. Oktober 2017 genutzt, um einen Termin in einer anderen Stadt wahrnehmen zu können. Hierfür seien ihm Kosten in Höhe von 200 Euro entstanden.

Der Beschwerdeführer forderte deshalb eine Nutzungsausfallentschädigung, was der Versicherer ablehnte. Dieser ging nicht davon aus, dass dem Beschwerdeführer durch den irrtümlichen Versand des Nachtrags ein Schaden entstanden sei. Es fehle der Nachweis, dass der Beschwerdeführer dringend auf das Fahrzeug angewiesen gewesen sei. Der Beleg über die Mitbenutzung eines anderen Fahrzeugs reiche nicht aus.

Nachdem der Versicherer nicht zu einem Entgegenkommen bereit war, kam es zu einer Entscheidung zu Gunsten des Beschwerdeführers. Darin heißt es unter anderem:

„Gemäß § 249 Absatz 1 Bürgerliches Gesetzbuch hat derjenige, der zum Schadenersatz verpflichtet ist, den Zustand wieder herzustellen, der bestehen würde, wenn der zum Ersatz verpflichtende Umstand nicht eingetreten wäre.

Vorliegend entschied sich der Beschwerdeführer, ein Fahrzeug von einem Familienangehörigen zu einem Betrag von pauschal 200 Euro für zwei Tage zu mieten.

Für die Erstattung von Mietwagenkosten ist es unerheblich, ob der Geschädigte ein Ersatzfahrzeug bei einem Mietwagenunternehmen oder einer nicht gewerbsmäßig auftretenden dritten Person anmietet. Vorliegend bestritt der Versicherer dennoch, dass der Beschwerdeführer tatsächlich auf ein Ersatzfahrzeug angewiesen war. Dieses pauschale Bestreiten lässt den Erstattungsanspruch nicht entfallen. Grundsätzlich kann auch die entgangene eigenwirtschaftliche Nutzungsmöglichkeit eines Fahrzeugs einen Schadenersatzanspruch begründen. Voraussetzung hierfür ist zum einen, dass es zu einem Verlust der Gebrauchsmöglichkeit kam. Zum anderen bedarf es einer fühlbaren Beeinträchtigung der Nutzung. Beide Voraussetzungen sind vorliegend gegeben.

Weiter liegen auch keine Anhaltspunkte dafür vor, dass der Beschwerdeführer sein Fahrzeug in dem Zeitraum vom 20. bis zum 22. Oktober 2017 von vornherein nicht nutzen wollte oder konnte. Vielmehr trug der Beschwerdeführer substantiiert vor, dass er auf das Fahrzeug an diesem Wochenende angewiesen war.“

Sonstige – hier: Handyversicherung

Gesäßtasche als sicherer Gewahrsam

Während eines Diskothekenbesuchs in Spanien wurde der Tochter des Beschwerdeführers das vom Vater geliehene Mobiltelefon aus der Gesäßtasche entwendet. Der Versicherer lehnte eine Leistung ab, weil das Gerät nicht im gesicherten Gewahrsam mitgeführt worden sei. In seinen Bedingungen führte der Versicherer einige Konstellationen auf, bei denen kein sicherer Gewahrsam gegeben sei, dazu zählte eine offene Gesäßtasche.

Der Ombudsmann gab zu bedenken, dass die Besitzerin den Diebstahl sofort, und zwar noch während der Wegnahme, bemerkt hatte. Sie habe die Diebin gestellt und erreichte nach einiger Zeit deren Durchsuchung. Zu diesem Zeitpunkt war das Gerät aber offensichtlich bereits weitergegeben worden. Dieser Ablauf zeige, dass der von der Rechtsprechung für die Annahme eines sicheren Gewahrsams geforderte notwendige Körperkontakt vorhanden war. Dieser wird verlangt, damit ein unberechtigter Zugriff sofort bemerkt und abgewehrt werden kann. Es könne, so der Ombudsmann weiter, nicht pauschal und generell angenommen werden, dass ein sicherer Gewahrsam beim Führen des Handys in der Gesäßtasche ausscheidet, zumal im konkreten Fall die Gesäßtasche noch von einem oberen Bekleidungsstück (Top) verdeckt war.

Daraufhin erhielt der Beschwerdeführer vom Versicherer ein Ersatzgerät.

Hausratversicherung

Je später die Meldung, desto kürzer die Leistung?

In den Keller des Beschwerdeführers wurde eingebrochen. Darin befanden sich über 40 Umzugskartons einschließlich des Nachlasses seiner Eltern. Am folgenden Tag untersuchte die Polizei den Tatort und machte u. a. Fotos der stark durchwühlten Kartons. Gegenüber der Polizei erklärte der Beschwerdeführer, den Umfang der entwendeten Gegenstände angesichts des Chaos und der Vielzahl



der gelagerten Sachen noch nicht beurteilen zu können. Die Polizei war damit einverstanden, dass die Stehlgutliste nachgereicht werde.

Gut drei Monate später zeigte der Versicherungsnehmer den Einbruchdiebstahl erstmals bei seinem Hausratversicherer an und übersandte diesem sowie der Polizei gleichzeitig die Stehlgutliste. Der Versicherer lehnte die Regulierung ab, weil der Beschwerdeführer den Schaden weder unverzüglich angezeigt noch ihm sowie der Polizei zeitnah ein Verzeichnis der abhandengekommenen Sachen eingereicht habe. Dies erschwere die Ermittlungen zum Täter und die Suche nach den entwendeten Gegenständen. Darin sah er eine vorsätzliche Obliegenheitsverletzung und kürzte die Leistung auf null. Zwar läge nur grob fahrlässiges Verhalten vor, dennoch sei er zur maximalen Kürzung berechtigt, weil die Kürzungsquoten beim Zusammentreffen mehrerer Obliegenheitsverletzungen addiert werden könnten. Der Beschwerdeführer hielt dagegen, er habe die Stehlgutliste nicht früher einreichen können, weil er dafür aufwendige Ermittlungen habe durchführen müssen, wofür ihm als Selbstständiger vorher die Zeit gefehlt habe.

Der Ombudsmann bestätigte den grob fahrlässigen Verstoß gegen Obliegenheiten und sah in der beruflichen Belastung keinen hinreichenden Rechtfertigungsgrund für eine derart lange Verzögerung. Allerdings sei eine Leistungskürzung auf null nur in Ausnahmefällen angemessen. Ein solcher war vorliegend nicht gegeben. Weil der Versicherer zu einem Entgegenkommen nicht bereit war, hatte der Ombudsmann den Fall zu entscheiden. Angesichts der besonderen Umstände des Einzelfalls verpflichtete er die Beschwerdegegnerin, dem Beschwerdeführer 40 Prozent des entstandenen Schadens zu erstatten.

Lebensversicherung – hier: private Pflegerenten-Risikoversicherung

Mindert eine Leistung der Krankenkasse die Leistungspflicht des Pflegeversicherers?

Die Beschwerdeführerin machte Ansprüche aus einer privaten Pflegerenten-Risikoversicherung geltend. Ihrer Ansicht nach waren die für eine anteilige Zahlung der Pflegerente notwendigen drei Punkte in den Bereichen „An- und Auskleiden“, „Waschen, Kämmen“ und „Verrichten der Notdurft“ erfüllt. In einem Gutachten des medizinischen Dienstes wurden der Beschwerdeführerin verschiedene Beeinträchtigungen bescheinigt. Unter anderem konnte sie mit ihren Händen nicht mehr ihre Körperrückseite erreichen. Die selbstständige Benutzung einer normalen Toilette, selbst mit WC-Erhöhung, war ihr deshalb nicht möglich. Die Krankenkasse stellte ihr auf Empfehlung des medizinischen Dienstes hin eine Duschtoilette zur Verfügung.

Der private Pflegeversicherer erkannte zwar den bedingungsgemäßen Hilfebedarf beim „An- und Auskleiden“ und beim „Waschen und Kämmen“ an, dagegen sei das „Verrichten der Notdurft“ der Beschwerdeführerin inzwischen aufgrund der Duschtoilette selbstständig möglich. Technische Hilfsmittel wie zum Beispiel eine Duschtoilette, Unterarmstützen oder elektrische Aufstehhilfen sollten pflegebedürftige Menschen in die Lage versetzen, die Verrichtungen des täglichen Lebens

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

selbstständig auszuüben. Sei dies möglich, liege nach Ansicht des Versicherers kein Hilfebedarf einer anderen Person in erheblichem Umfang vor, der für eine Versicherungsleistung bestehen müsse.

Die Beschwerdeführerin wollte die Entscheidung nicht hinnehmen. Sie wandte ein, dass die Inanspruchnahme eines technischen Hilfsmittels, das unstrittig die ansonsten erforderliche Hilfe einer anderen Person ersetze, dem Versicherer nicht zum Vorteil gereichen dürfe.

Die Beschwerde warf vielfältige Fragen auf, die auch dem Versicherer zur Kenntnis gegeben wurden. Die wichtigsten hiervon seien kurz angerissen:

Nach dem ersten von drei Spiegelstrichen in den Versicherungsbedingungen liegt Hilfebedarf für das Verrichten der Notdurft vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann. Anders als eine Gehhilfe oder ein Rollstuhl für das Fortbewegen im Zimmer, krankengerechte Kleidung für das An- und Auskleiden und krankengerechte Essbestecke und Trinkgefäße für das Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken findet eine Duschoilette keine Erwähnung in den Versicherungsbedingungen. Es erschien daher fraglich, ob dies ein Hilfsmittel ist, das Berücksichtigung finden muss. Außerdem sind in anderen als in den eigenen Räumlichkeiten in der Regel keine Duschoiletten eingebaut. Dort war die Beschwerdeführerin unstrittig auf eine andere Person angewiesen. Eine Duschoilette kann, anders als etwa eine Gehhilfe, nicht mitgenommen werden. Kann sich die Bewertung des Hilfebedarfs – ausschließlich – nach dem gewöhnlichen Aufenthaltsort richten? Dafür, dass sich durch Leistungen Dritter (wie vorliegend den Einbau einer Duschoilette durch die Krankenkasse) der Leistungsumfang des privaten Versicherers reduzieren soll, bieten die Bedingungen keinen Anhaltspunkt. Wie ist zu entscheiden, wenn zunächst der Hilfsbedarf festgestellt wird und später ein solches Hilfsmittel eingebaut wird? Soll durch technischen Fortschritt der Umfang des Versicherungsschutzes grundlegend verändert und damit in das Äquivalenzverhältnis des Versicherungsvertrages eingegriffen werden?

Erfreulicherweise konnte der Ombudsmann zumindest für diesen Einzelfall eine Abhilfe durch den Versicherer erreichen.

Sonstige – hier: Reiseversicherung

Richtiger Zeitpunkt der Stornierung

Die Beschwerdeführer planten für Juni 2017 eine Reise und schlossen dafür eine Reiserücktrittsversicherung ab. Nachdem der nicht mitreisende Vater der Beschwerdeführerin, der an Bauchspeicheldrüsenkrebs erkrankt war, erneut stationär behandelt werden musste, stornierten sie die Reise kurz vor Antritt. Der Versicherer erstattete die Stornokosten nicht vollständig mit der Begründung, die Beschwerdeführer hätten die Reise bereits im Mai 2017 stornieren müssen. Damals wurde die Krankheit bei dem ersten stationären Krankenhausaufenthalt entdeckt.



Grundsätzlich gilt, dass eine Reise unverzüglich nach Eintritt eines versicherten Ereignisses zu stornieren ist. Damit sollen die Kosten einer Stornierung, die mit dem Nahen des Reisezeitpunktes ansteigen, möglichst gering gehalten werden. Den vorliegenden Unterlagen zufolge stand der Reiseantritt der Beschwerdeführer ungeachtet der Diagnose jedoch zum Zeitpunkt des ersten Krankenhausaufenthaltes noch nicht in Frage. Es wurde vorgetragen, dass sie in dieser Zeit mit dem Chefarzt über die geplante Reise gesprochen hätten. Dieser habe aufgrund seiner Erfahrungen und aktuellen Einschätzung keine Bedenken gehabt, dass die Reise trotz der Erkrankung angetreten werde. Den eingereichten ärztlichen Unterlagen zufolge war erstmals im Juni 2017 erkennbar, dass die Anwesenheit der Versicherungsnehmer im Hinblick auf das gesundheitliche Wohlbefinden des Patienten angezeigt war.

Von einer grob fahrlässigen Verletzung der Stornierungsobliegenheit konnte daher trotz der Notwendigkeit eines stationären Krankenhausaufenthaltes und der Diagnose nicht ausgegangen werden. Die Beschwerdeführer hatten sich schließlich mit dem behandelnden Arzt beraten. Der Ombudsmann wies darauf hin, dass sich nach der Rechtsprechung ein Versicherungsnehmer auf die ärztlichen Angaben verlassen könne, so sie nicht völlig fernliegend sind, und dass im Falle eines Gerichtsverfahrens der Chefarzt zum Gesprächsinhalt angehört werden könne.

Daraufhin half der Versicherer der Beschwerde ab.

Berufsunfähigkeitsversicherung

Keine Rosinenpickerei

Für die im Ombudsmannverfahren anwaltlich vertretene Versicherungsnehmerin bestand ein Lebensversicherungsvertrag mit Berufsunfähigkeitszusatzversicherung. Die Beschwerdeführerin ging davon aus, dass ihr auch noch 16 Jahre nach Abschluss ein Widerspruchsrecht zustehe, weil sie bei Vertragsschluss nicht ordnungsgemäß über ihr Widerspruchsrecht belehrt worden sei. Das Widerspruchsrecht eines Versicherungsnehmers, der nicht ordnungsgemäß nach § 5a des Versicherungsvertragsgesetzes in der bis zum 31. Dezember 2007 geltenden Fassung belehrt wurde, besteht grundsätzlich fort. Die Beschwerdeführerin erklärte deshalb über ihren Rechtsanwalt den Widerspruch und verlangte die Rückabwicklung des Vertrages. Dies sollte allerdings nur die Lebensversicherung betreffen, die Berufsunfähigkeitszusatzversicherung sollte nicht betroffen sein.

Der Ombudsmann forderte den Versicherer zur Stellungnahme auf. Dieser fasste sich kurz und erinnerte lediglich daran, dass die Beschwerdeführerin wenige Monate vor dem Widerspruch eine Kapitalabfindung von 450.000 Euro aus der Berufsunfähigkeitszusatzversicherung erhalten hatte. Das Unternehmen warf die Frage auf, ob die Beschwerdeführerin vor diesem Hintergrund tatsächlich die Vertragsrückabwicklung wünsche.

In seinem Schreiben, mit dem der Ombudsmann die Stellungnahme des Unternehmens an die Beschwerdeführerseite weiterleitete und dieser Gelegenheit zur Stellungnahme gab, nahm er bereits eine erste rechtliche Einschätzung vor.

Er führte aus, dass die Zusatzversicherung grundsätzlich nicht ohne den Hauptvertrag bestehen könne und ein Widerspruch, der die Berufsunfähigkeitszusatzversicherung ausklammere, daher nicht möglich sei. Nachdem die Frist zur Ergänzung des Vortrags abgelaufen war, beendete der Ombudsmann das Verfahren mit Verweis auf die vorstehenden Ausführungen zu Lasten der Beschwerdeführerin.

Kfz-Kaskoversicherung

Bearbeitung eines Pkw mittels Hammer

Der Bruder der Versicherungsnehmerin hatte deren Pkw mittels eines Hammers außen und innen erhebliche Schäden zugefügt. Nach den Versicherungsbedingungen waren mut- oder böswillige Beschädigungen des Fahrzeugs versichert. Der Versicherer lehnte jedoch die Regulierung im Rahmen der Vollkaskoversicherung ab und berief sich auf eine einschränkende Klausel bei Vandalismus-schäden. Danach bestand „kein Versicherungsschutz, wenn der Täter in einem Näheverhältnis zu dem Verfügungsberechtigten steht (z. B. dessen Arbeitnehmer, Familien- oder Haushaltsangehörige)“. Diese Voraussetzung war eindeutig erfüllt. Allerdings enthielten die Bedingungen noch eine weitere Maßgabe, nämlich dass Versicherungsschutz bei unbefugtem Gebrauch nur versichert sein soll, „wenn der Täter in keiner Weise berechtigt ist, das Fahrzeug zu gebrauchen“.

Nach den Angaben der Beschwerdeführerin war ihr Bruder psychisch krank und nicht berechtigt, das Fahrzeug zu nutzen. Sie trug vor, dass er nach dem Vorfall in eine geschlossene Anstalt eingewiesen worden sei. Aufgrund der Aktenlage war davon auszugehen, dass das Fahrzeug auch in der Vergangenheit gerade aufgrund dieser Erkrankung nicht von dem Bruder der Beschwerdeführerin genutzt wurde. Zudem gab es keine Anhaltspunkte dafür, dass aufgrund des Näheverhältnisses ein leichter Zugriff auf das Fahrzeug bestand. Deshalb regte der Ombudsmann eine erneute Prüfung an. Der Versicherer half der Beschwerde ab.

Privathaftpflichtversicherung

In welche Versicherungssparte rollt der Einkaufswagen?

Als die Versicherungsnehmerin den Inhalt des Einkaufswagens in den Kofferraum ihres Autos einlud, rollte der Einkaufswagen gegen ein anderes Fahrzeug und beschädigte dieses. Der Haftpflichtversicherer verweigerte die Deckung für diesen Schaden unter Hinweis auf die sogenannte Benzinklausel, die Fälle des Be- und Entladens dem Fahrzeugrisiko zuordne. Diese früher zutreffende Auffassung ist seit einiger Zeit durch die Rechtsprechung des BGH nicht mehr aktuell. Deshalb führte der Ombudsmann an den Versicherer aus:

„Der BGH hat in seinem Urteil vom 13. Dezember 2006 („Heizlüfterfall“, VersR 2007, 388) ausgeführt, dass die Bedingungen zur Privathaftpflichtversicherung unabhängig von denen zur Kraftfahrtversicherung auszulegen sind. Der Begriff des Fahrzeuggebrauchs kann also in den Bedingungswerken je nach Sparte eine andere Bedeutung haben.



Nach den Ausführungen des BGH muss sich das Risiko verwirklichen, das gerade dem Fahrzeuggebrauch eigen und diesem selbst und unmittelbar zuzurechnen ist. Wenn man den der Entscheidung zugrunde liegenden Sachverhalt berücksichtigt, reicht es nach Ansicht des BGH nicht aus, dass die schadenstiftende Handlung der Vorbereitung einer Fahrt dient. Das KG deutet die Rechtsprechung des BGH so, dass es auf eine Bedienung des Fahrzeugs selbst ankommt (r+s 2012, 384). Das schadenursächliche Verhalten sei einem anderen Gefahrenbereich zuzuordnen, ‚wenn nicht zum Fahrzeug gehörende oder nicht fest installierte Teile betrieben werden und einen Schaden verursachen.‘

Die Beschwerdeführerin hat den Einkaufswagen hinter ihrem geparkten Fahrzeug abgestellt, um den Kofferraum zu öffnen und zu beladen. Der Einkaufswagen rollte davon und stieß gegen ein anderes Fahrzeug. Nach den oben beschriebenen Kriterien hat sich hier nicht das Gebrauchsrisiko des Fahrzeugs im Sinne der Ausschlussklausel verwirklicht, sondern das des Gebrauchs des Einkaufswagens, der offensichtlich nicht hinreichend gesichert worden war. Ob wegen der Kfz-Haftpflichtversicherung gegebenenfalls eine Mehrfachversicherung besteht, ist nicht entscheidend. Der Versicherungsnehmer hat ein Wahlrecht, welche Versicherung er in Anspruch nimmt. Aus der Beschwerdebearbeitung ist mir auch seit Jahren kein Fall mehr bekannt, in dem sich ein Privathaftpflichtversicherer in einer vergleichbaren Konstellation auf die Benzinklausel berufen hat.“

Nachdem der Versicherer daraufhin noch immer nicht von seiner Meinung abrückte, sprach der Ombudsmann eine den Versicherer verpflichtende Entscheidung aus.

Gebäudeversicherung

Die (Beweis-)Last der Kupferrohre

Im Keller des versicherten Gebäudes waren neue Kupferleitungen verlegt worden. Kurz danach versuchten Unbekannte, diese Kupferleitungen von den Decken und Wänden zu reißen. Es entstand ein Schaden von etwa 2.500 Euro. Nach den Versicherungsbedingungen galten mutwillige Beschädigungen als versichert. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen waren jedoch Schäden, die durch Personen verursacht waren, die den Versicherungsort berechtigterweise betreten hatten. Nachdem der Versicherer die polizeiliche Ermittlungsakte eingesehen hatte, lehnte er eine Schadenregulierung mit der Begründung ab, dass Spuren eines Einbruchs in den Kellerraum nicht festgestellt worden seien, so dass anzunehmen sei, dass eine berechnigte Person die Kupferrohre entwendet habe.

Dem hielt der Ombudsmann entgegen, dass der Versicherer die Voraussetzungen der Ausschlussklausel nachzuweisen habe. Allein der Umstand, dass keine Einbruchspuren vorhanden gewesen seien, bedeute nicht zwangsläufig, dass der Täter nur jemand sein könne, der sich berechtigterweise im Keller aufgehalten habe. Denkbar wäre etwa auch, dass sich der Täter den Eintritt in das Gebäude erschlichen habe oder mittels eines nachgemachten Schlüssels eingedrungen sei, ohne sichtbare Spuren zu verursachen. Es gab auch keine Gründe, dem Versicherer Beweiserleichterungen zugutekommen zu lassen. Dies wäre nach der Rechtspre-

chung des BGH nur dann in Betracht gekommen, wenn dem Versicherungsnehmer beim Nachweis des Eintritts des Versicherungsfalls ebenfalls solche Beweiserleichterungen zugestanden hätten. Da aber der Versicherungsfall – die mutwillige Beschädigung – voll bewiesen war, traf den Versicherer der Vollbeweis für eine Herbeiführung durch eine berechtigte Person. Der Versicherer half daraufhin der Beschwerde ab.

Hausratversicherung

Schaden im letzten Moment

Der Beschwerdeführer hatte sein Haus sowie einen Teil des Mobiliars verkauft. Die Übergabe des Hauses sollte am 28. Februar 2018 um 9 Uhr erfolgen. Noch am selben Tag wollte er mit seiner Familie nach Portugal umziehen. Der Beschwerdeführer hatte das Haus zwar bis auf die zu verkaufenden Möbel am Vortag leergeräumt, aber noch genutzt und dort beispielsweise am Morgen des Übergabetages geduscht.

Am Übergabetag gegen 7 Uhr morgens brach im Kellergeschoss ein Feuer aus, das durch einen Lichtbogen im elektrischen Verteilerkasten ausgelöst worden war. Das Feuer konnte gelöscht werden, das Haus und die verbliebenen Möbel wurden aber stark verrußt und dadurch erheblich beschädigt. Der Beschwerdeführer machte einen Schaden in Höhe von ca. 27.000 Euro bei seinem Hausratversicherer geltend. Dieser lehnte die Regulierung ab, weil sich in der Wohnung kein Hausrat mehr befunden habe, der in die neue Wohnung hätte mitgenommen werden sollen. Trotz der noch nicht stattgefundenen Übergabe des Hauses habe der Versicherungsschutz daher am 27. Februar geendet. Zudem wären die Sachen allenfalls zum Zeitwert versichert gewesen, weil sie für ihren eigentlichen Zweck im Haushalt nicht mehr hätten verwendet werden sollen.

Nach den Versicherungsbedingungen ging der Versicherungsschutz nicht auf die neue Wohnung über, weil sich diese im Ausland befand. Der Ombudsmann wies den Versicherer darauf hin, dass nach seiner vorläufigen Rechtsauffassung Versicherungsschutz noch bestanden haben dürfte, weil der Beschwerdeführer die Wohnung noch immer genutzt hatte und der Umzug damit wohl noch nicht abgeschlossen war. Zudem sei davon auszugehen, dass die Sachen zum Neuwert versichert waren, da zum Verkauf bereitgestellte Sachen noch „für ihren Zweck zu verwenden“ sind, wie es die Versicherungsbedingungen forderten. Der Ombudsmann empfahl und vermittelte eine vergleichsweise Einigung. Der Versicherer unterbreitete dem Beschwerdeführer mehrere Vergleichsangebote und beide Seiten verständigten sich letztlich auf eine Entschädigung in Höhe von 16.000 Euro.

Gebäudeversicherung

Wie kommt das Wasser in den Keller?

In den Keller des Hauses des Versicherungsnehmers war Wasser eingedrungen und verursachte Schäden in Höhe von knapp 10.000 Euro. Die Ursache dafür war unklar. Der Versicherungsnehmer vermutete, dass infolge massiver Niederschläge



Wasser über vorhandene Lichtschächte in das Gebäude eingedrungen war. Der Versicherer beauftragte ein Schadenregulierungsbüro, das eine Besichtigung vor Ort vornahm. Auch hierbei konnte der tatsächliche Schadenhergang nicht mehr eindeutig ermittelt werden. Allerdings stellte der Schadenregulierer von außen eingedrungene Feuchtigkeit fest. Er vermutete, dass tagelange Regenfälle zu einer Wassersättigung des Erdreiches und einem Ansteigen des Grundwasserspiegels geführt hätten. Weiter war in dem Bericht vermerkt, dass die Außenwände im Erdreich feucht gewesen seien.

Der Versicherer lehnte daraufhin eine Schadenregulierung ab, da von dem Beschwerdeführer ein versicherter Überschwemmungsschaden nicht nachgewiesen worden sei.

Dem konnte sich der Ombudsmann nicht ohne Weiteres anschließen. Nach einer Entscheidung des Bundesgerichtshofs aus dem Jahr 2015 kann ein versicherter Überschwemmungsschaden auch mittelbar verursacht sein. Es reicht demnach aus, wenn grundstücksüberflutendes Niederschlagswasser zunächst im Erdreich versickert und dann – mittelbar – durch das Mauerwerk in das versicherte Gebäude gelangt. Für einen solchen Schadenverlauf sprachen im Beschwerdefall die durchnässten Wände. Unter Hinweis auf diese Rechtsprechung und die Vermutung des Schadenregulierers akzeptierten die Parteien einen Vergleichsvorschlag des Ombudsmanns, so dass der Versicherer die Hälfte der Schadenbeseitigungskosten übernahm.

3 Einzelheiten zur Schlichtungsstelle

3.1 Allgemeines

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

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

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

Nach der Vereinssatzung (siehe 5.3) können der GDV und dessen Mitgliedsunternehmen in den Verein aufgenommen werden. Zum 31. Dezember 2018 hatte der Verein 294 (Vorjahr: 292) Mitglieder.

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

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

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



Ombudsmann im Berichtsjahr war Professor Günter Hirsch. Er übernahm das Amt des Ombudsmanns am 1. April 2008 im Anschluss an seine Tätigkeit als Präsident des Bundesgerichtshofs (BGH) von Professor Wolfgang Römer, dem ersten Ombudsmann für Versicherungen. Die Amtszeit von Professor Hirsch endet nach Wiederwahl und satzungsgemäßer Verlängerung am 31. März 2019.

Die Tätigkeit des Versicherungsombudsmanns beruht inzwischen auf verschiedenen Grundlagen. Das Verhältnis zu den Mitgliedsunternehmen ist privatrechtlicher Natur. Die Versicherer, die dem Verein angehören, akzeptieren die Vereinssatzung sowie die Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns (VomVO). Damit ermöglichen sie ihren Kunden, Meinungsverschiedenheiten durch eine unabhängige Stelle klären zu lassen. Vorteile für die Beschwerdeführer sind beispielsweise, dass ihre etwaigen vertraglichen Ansprüche während der Prüfung durch den 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, ohne durch die Einlegung der Beschwerde selbst eine Verpflichtung oder ein Kostenrisiko einzugehen.

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

Die zweite auf gesetzlicher Grundlage übertragene Aufgabe ist die Bearbeitung von Beschwerden über Versicherungsvermittler. Nach der Vermittlerrichtlinie der Europäischen Union (Richtlinie 2002/92/EG) hatten die Mitgliedsstaaten für die Einrichtung von Verfahren zu sorgen, die es Kunden ermöglichen, Beschwerden über Versicherungsvermittler einzulegen (Artikel 10), sowie die Einrichtung angemessener und wirksamer Beschwerde- und Abhilfeverfahren zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten zwischen Versicherungsvermittlern und Kunden zu fördern (Artikel 11). Der deutsche Gesetzgeber kam diesem Auftrag mit dem sogenannten Vermittlergesetz nach, das in wesentlichen Teilen zum 22. Mai 2007 in Kraft getreten ist. In dem seit 2008 reformierten VVG ist die Aufgabe in § 214 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 genannt. Der 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.

3 EINZELHEITEN ZUR SCHLICHTUNGSSTELLE

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

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

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

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

3.2 Organisation und Personal

Die Mitgliedsunternehmen haben den Ombudsmann mit der Durchführung der Beschwerdeverfahren betraut und ihn dafür mit Kompetenzen ausgestattet. Angesichts von jährlich rund 15.000 zulässigen Eingaben kann er jedoch nicht jede Beschwerde selbst bearbeiten. Im Gegensatz zu einigen anderen größeren Einrichtungen der alternativen Streitbeilegung ist diese Kompetenz nicht auf mehrere Personen übertragen worden. Stattdessen stellt der Verein dem Ombudsmann geeignete Mitarbeiter und Sachmittel zur Verfügung, damit er seine Aufgabe erfüllen kann. Zwar sind alle Mitarbeiter des Vereins dem Geschäftsführer unterstellt, soweit es jedoch die Beschwerdebearbeitung betrifft, kommt dem Ombudsmann das fachliche Weisungsrecht zu; dies ist in § 13 der Satzung verankert. Zudem wird er bei der Einstellung und Entlassung von Mitarbeitern beteiligt. Mit der Vergabe von Zeichnungsrechten sowie Vorlagepflichten stellt der Ombudsmann sicher, dass die Beschwerden in der von ihm vorgegebenen Weise bearbeitet werden.



Die Beschwerdebearbeitung findet in zwei Bereichen des Vereins statt, nämlich im Servicecenter und in der juristischen Abteilung. Im Servicecenter des Versicherungsombudsmanns waren im Berichtsjahr 14 Versicherungskaufleute mit der Annahme und der Aufbereitung der Beschwerden befasst. Die Mitarbeiter nehmen die Beschwerden entgegen, legen dazu Akten an und erfassen die Angaben im EDV-System. Sie helfen den Beschwerdeführern bei der Formulierung des Beschwerdeziels und der Zusammenstellung der für die Beschwerde notwendigen Unterlagen. Zudem prüfen sie die Zulässigkeit der Beschwerde im Sinne der Verfahrensordnungen und teilen es 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 Ansprüche der Beschwerdeführer in rechtlicher Hinsicht, führen die juristische Korrespondenz, loten Einigungsmöglichkeiten aus und entscheiden in Abstimmung mit dem Ombudsmann und in seinem Auftrag darüber, ob die einzelne Beschwerde berechtigt ist. Da die Referenten nach fachlichen Schwerpunkten entsprechend den Versicherungssparten arbeiten, sammeln sie im Laufe der Zeit wertvolle Erfahrungen und besonderes Fachwissen. Zum Ende des Berichtszeitraums unterstützten 23 juristische Referenten den Ombudsmann.

Weiter beschäftigt der Verein Mitarbeiter im Sekretariat und in der Verwaltung. Im Berichtsjahr wurde begonnen, die papierlose Beschwerdebearbeitung einzuführen. Dies erzeugte vorübergehenden Mehraufwand, da einige Bearbeitungsschritte doppelt, nämlich sowohl für die Papier- als auch die elektronische Akte erforderlich waren. Hierfür wurden studentische Aushilfen eingesetzt. Einschließlich der Teilzeit- und Aushilfskräfte waren zum Ende des Berichtsjahres 47 Personen beim Versicherungsombudsmann e. V. angestellt.

Die Mitarbeiter prüfen die Anliegen der Verbraucher sehr gründlich. Das geschieht zugleich effizient und mit moderner technischer Unterstützung. Eingesetzt wird das eigens für die Schlichtungsstelle entwickelte EDV-Programm „Ombudat“, das alle wichtigen Informationen zu einem Beschwerdeverfahren aufnimmt und sie den Mitarbeitern schnell und zuverlässig zugänglich macht. Dadurch ist gewährleistet, dass keine wichtigen Erkenntnisse verlorengehen und den Beteiligten des Beschwerdeverfahrens bei Bedarf zügig 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. All das trägt zur hohen Qualität der Beschwerdebearbeitung bei, sorgt für die notwendige Effizienz und bewirkt zudem, dass die Schlichtungsstelle kostengünstig arbeitet.

Durch die im Bericht enthaltene Gewinn-und-Verlust-Rechnung (siehe 3.10) und die aus der Statistik ersichtlichen Fallzahlen wird die Arbeit der Schlichtungsstelle auch aus dieser Perspektive der Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Diese Transparenz ist ein wesentlicher Faktor dafür, dass Vertrauen in die Tätigkeit des Ombudsmanns gesetzt werden kann.

3.3 Vereinsmitglieder und Mitgliederversammlung

Der Versicherungsombudsmann e. V. ist der Trägerverein der Schlichtungsstelle. Nach der Vereinssatzung (siehe 5.3) können der GDV und dessen Mitgliedsunternehmen in den Verein aufgenommen werden. Am 31. Dezember 2018 hatte der Verein 294 (Vorjahr: 292) Mitglieder. Vereinsbeitritte waren auch im Berichtsjahr zu verzeichnen. Ansonsten beruhen Veränderungen im Mitgliederbestand zumeist auf den Folgen von Fusionen, Übertragungen von Versicherungsbeständen und Neugründungen.

Die Mitglieder kommen mindestens einmal jährlich zusammen und entscheiden in einer Versammlung über grundsätzliche 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 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 3.10).

Am 25. September 2018 fand die ordentliche Mitgliederversammlung unter Leitung des Vorstandsvorsitzenden, Thomas Flemming, in Berlin statt. Professor Günter Hirsch berichtete über die Beschwerdebearbeitung der zurückliegenden zwölf Monate, informierte über Änderungen der Rechtsprechung und über nationale Entwicklungen in der Gesetzgebung. Danach nahm die Mitgliederversammlung den Bericht des Geschäftsführers, Dr. Horst Hiort, entgegen, der insbesondere die Beschwerdestatistik, die Organisation des Vereins und die Finanzen umfasste.

Die Versammlung nahm den Vorschlag des Vorstands an und bestellte Herrn Dr. h. c. Wilhelm Schluckebier zum Nachfolger von Herrn Professor Hirsch zum Ombudsmann für Versicherungen mit Wirkung zum 1. April 2019.

Weiter genehmigten die Mitglieder den Jahresabschluss 2017 und entlasteten den Vorstand sowie den Geschäftsführer. Zudem beschlossen sie den vom Vorstand aufgestellten Wirtschaftsplan und die Mitgliederrumlage für das Geschäftsjahr 2019. Schließlich standen noch Nachwahlen für Vorstand und Beirat an.

Zum Ausklang würdigte Thomas Flemming die elfjährige Tätigkeit von Professor Hirsch als Ombudsmann. Die eigentliche Laudatio bleibe zwar der feierlichen Amtsübergabe am 10. April 2019 vorbehalten, im Kreise der Mitglieder sei es



ihm aber ein Bedürfnis, etwas zum außerordentlich beeindruckenden Menschen Günter Hirsch zu sagen. Seine Ausstrahlung, sein Geist, seine innere Haltung und der Anspruch an sich selbst seien prägend für die Amtszeit. Er sei eine Person mit überragender Reputation, die ihn durch seine Bodenhaftung und große Zugewandtheit bei persönlichen Begegnungen auszeichne, weshalb ihm von Mitarbeitern der Schlichtungsstelle sowie den Beschwerdeparteien größter Respekt und Anerkennung entgegengebracht werde. Dem stimmten die Vertreter der Mitglieder mit lange anhaltendem Applaus zu.

3.4 Dr. h. c. Wilhelm Schluckebier

Am 31. März 2019 hat Professor Hirsch genau elf Jahre das Amt des Ombudsmanns inne. Dann ist die nach der Vereinssatzung maximal mögliche Amtszeit erreicht. Daher befasste sich der Vorstand bereits 2017 und weiter im Berichtsjahr in mehreren Sitzungen und in vielen Gesprächen mit der Nachfolge. Er schlug 2018 den hierfür zuständigen Gremien, Beirat und Mitgliederversammlung, Dr. h. c. Wilhelm Schluckebier als dritten Ombudsmann für Versicherungen vor. Dr. Schluckebier stellte sich in der Beiratssitzung am 20. Juni und in der Mitgliederversammlung am 25. September vor und wurde jeweils einstimmig gewählt.

Dr. h. c. Wilhelm Schluckebier war viele Jahre mit verschiedenen Aufgaben in der Justiz betraut, u. a. als Richter in Hessen, als Referent im Bundeskanzleramt und beim Generalbundesanwalt. Von 1999 bis 2006 war er Richter am Bundesgerichtshof. Von 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.

Dr. h. c. Wilhelm Schluckebier wird am 1. April 2019 das Amt des Ombudsmanns für Versicherungen übernehmen.



3.5 Vorstand, Geschäftsführung

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

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

Die Amtsperiode des Vorstands begann am 22. November 2016. Den Vorsitz im Vorstand hatte im Berichtsjahr Thomas Flemming, Vorsitzender der Vorstände der Mecklenburgischen Versicherungsgruppe. Mathias Scheuber, ehemals Vorstandsmitglied der Allianz Versicherungs-AG, hatte sein Mandat zum 30. November 2017 niedergelegt. Für ihn wählte die Mitgliederversammlung 2018 Dr. Klaus-Peter Röhler, Vorstandsvorsitzender der Allianz Deutschland AG, in das Gremium. Die Zusammensetzung des Vorstands kann der Aufstellung im Anhang unter 5.6 entnommen werden.

Vorstandssitzungen fanden am 12. April und 12. Juli 2018 jeweils in Berlin statt.

Der Vorstand stellte den Jahresabschluss des Vereins für das Geschäftsjahr 2017 auf, prüfte eingetretene Entwicklungen im Hinblick auf notwendige Maßnahmen und beriet über die Weiterentwicklung der Schlichtungsstelle. Hierbei war insbesondere die Nachfolgeregelung für Professor Hirsch, dessen maximale Amtszeit im März 2019 erreicht sein würde, von Bedeutung. Der Vorstand beschloss, Dr. h. c. Wilhelm Schluckebier der Mitgliederversammlung zur Bestellung als dritten Ombudsmann vorzuschlagen. Weiter stellte der Vorstand den Wirtschaftsplan 2019 auf, um ihn der Mitgliederversammlung zur Entscheidung vorzulegen.

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



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

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

3.6 Beirat

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

Nach der Satzung gilt die Unabhängigkeit grundlegend und uneingeschränkt: Der Ombudsmann ist hinsichtlich seiner Entscheidungen sowie seiner Verfahrens- und Amtsführung im Rahmen der Verfahrensordnungen unabhängig und keinen Weisungen unterworfen (§ 13 Absatz 2 Satz 1). Diese garantierte Ungebundenheit des Ombudsmanns bei der Entscheidung von Beschwerden ist ebenso wie seine von den Beschwerdeparteien wahrgenommene Neutralität unverzichtbar zur Erfüllung der Schlichtungsaufgabe.

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

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

3 EINZELHEITEN ZUR SCHLICHTUNGSSTELLE

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

Die Anzahl der Beiratsmitglieder ist in der Satzung nicht mehr numerisch festgelegt. Durch Satzungsänderung vom 26. November 2014 wurde die konkrete Zuordnung der Beiratsmandate an die Bundestagsfraktionen aufgegeben und stattdessen eine abstrakte Verteilungsformel nach Größe und Anzahl der Fraktionen eingeführt. Dies sichert zeitnah die dem Bundestag entsprechende und zugleich parteineutrale Zusammensetzung der Vertreter des öffentlichen Lebens, wie die Vertreter der Bundestagsfraktionen in der Satzung genannt werden.

Im Berichtsjahr bestand der Beirat aus 28 Personen, darunter jeweils sieben Vertreter der Mitgliedsunternehmen sowie von Verbraucherorganisationen (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. – vzbv, Stiftung Warentest und der Bund der Versicherten e. V. – BdV). Zwei Vertreter der Versicherungsaufsicht, drei Vertreter der Wissenschaft sowie sieben Vertreter der Bundestagsfraktionen (CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und Bündnis 90/Die Grünen) und zwei Vertreter von Versicherungsvermittlerorganisationen vervollständigen den Beirat.

Den Vorsitz im Beirat führt Professor em. Dr. Dr. h. c. mult. Jürgen Basedow, LL.M. (Harvard Univ.). Er ist ein national wie international anerkannter Rechtswissenschaftler, zu dessen Forschungsgebieten das Versicherungsrecht gehört. Mehrfach wurde ihm die Ehrendoktorwürde verliehen, u. a. von der Universität Stockholm. Weiter hält er eine Ehrenprofessur der Jiaotong-Universität Xi'an (China). Er war u. a. Direktor des Max-Planck-Instituts für ausländisches und internationales Privatrecht Hamburg (1997–2017), Mitglied der von der Bundesjustizministerin berufenen Kommission zur Reform des deutschen Versicherungsvertragsgesetzes (2000–2004) sowie Vorsitzender der Monopolkommission (2004–2008).

Der Beirat tagte am 20. Juni 2018 in Berlin. Ein besonderer Tagesordnungspunkt war die Bestellung des Ombudsmanns. Der Beirat fasste einstimmig den Beschluss, Herrn Dr. Schluckebier zum Nachfolger von Herrn Professor Hirsch als Versicherungsombudsmann zu bestellen. Dann nahm das Gremium den Bericht von Herrn Professor Hirsch entgegen und diskutierte Fragen und Probleme, die sich im Zusammenhang mit der Beschwerdebearbeitung gezeigt hatten. Anschließend informierte Dr. Hiort über die Organisation, die Beschwerdestatistik und weitere Themen rund um die Schlichtungsstelle. Am Ende der Sitzung hob Professor Basedow mit Blick auf die vermutlich letzte gemeinsame Beiratssitzung die Höhepunkte der Amtszeit von Professor Hirsch hervor und bedankte sich im Namen des Gremiums für die außergewöhnlich gute und erfolgreiche über zehnjährige Zusammenarbeit.

Zwar fand die Wahl zum 19. Deutschen Bundestag noch im Jahr 2017 statt. Der Koalitionsvertrag wurde jedoch erst am 12. März 2018 unterzeichnet. Entsprechend spät benannten die Fraktionen ihre Vertreter für den Beirat. Im Laufe des Berichtsjahres traten folgende Vertreter des öffentlichen Lebens neu in das Gre-



mium ein: Metin Hakverdi und Sarah Ryglewski, beide MdB, SPD, und Bettina Stark-Watzinger, MdB, FDP, Hubertus Zdebel, MdB, Die LINKE., und Dr. Gerhard Schick, MdB, Bündnis 90/Die Grünen.

Die Vereinsmitglieder bestimmten in einer Nachwahl Dr. Klaus-Peter Röhler, Vorstandsvorsitzender Allianz Deutschland AG, als einen ihrer Vertreter.

Das Mandat der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) übernahm im Berichtsjahr Carsten Müller.

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

3.7 Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

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

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

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

Im Übrigen geht die Initiative zur Berichterstattung regelmäßig von den Medienvertretern aus. Der Versicherungsombudsman ist bei den Journalisten längst eine feste Größe, wenn sie zu Versicherungsthemen recherchieren oder fundierte Aussagen einbeziehen wollen. Vielfach benötigen sie eine unabhängige Stellungnahme, nachdem sie von der Anbieterseite einerseits und von Verbraucherorganisationen andererseits verschiedene Standpunkte gehört haben. Im Ombudsman finden sie einen Fachmann für Versicherungsrecht, der

3 EINZELHEITEN ZUR SCHLICHTUNGSSTELLE

zudem die praktischen Auswirkungen für die Verbraucher, deren Probleme sowie die Besonderheiten des Versicherungsmarkts kennt. Im Berichtsjahr wurden in diversen Radiosendungen Live-Mitschnitte sowie in Zeitschriften und Onlineartikeln Interviews und Stellungnahmen des Ombudsmanns wiedergegeben.

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

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

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



3.8 Fachlicher Austausch

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

Auf Fachtagungen und Symposien werden die Berichte und Erfahrungen des Versicherungsombudsmanns gern einbezogen. So hielt Professor Hirsch auf der Wissenschaftstagung des BdV einen Vortrag, der sich mit dem Thema Telematik in Versicherungstarifen und der Fortgeltung des Solidaritätsprinzips befasste. Dr. Hiort stellte die Arbeit des Versicherungsombudsmanns bei einer Tagung des Bundesverbands der Versicherungsberater vor.

Den Versicherungsombudsmann erreichen immer wieder Anfragen ausländischer Delegationen, die sich über die privat organisierte Schlichtungsstelle, den genauen Verfahrensablauf sowie die Erfahrungen informieren wollen. Im Berichtsjahr fanden auf Anfrage des Sozialversicherungsfonds der Russischen Föderation zwei Termine statt, an denen Professor Hirsch und Dr. Hiort über das Verfahren sowie die Organisation und die Finanzierung der Schlichtungsstelle informierten. Anlass war, dass sich der Fonds mit dem Aufbau einer Schlichtungsstelle befasste, weshalb diverse Fragen der Delegationsteilnehmer auf ganz praktische Aspekte abzielten.

Guter Kontakt bestand weiterhin zu den Ministerien, was u. a. daran erkennbar ist, dass sich Professor Hirsch mit dem Staatssekretär im BMJV Gerd Billen über die Musterfeststellungsklage und mögliche Einbindung der Schlichtungsstellen in die Anspruchsverfolgung der Verbraucher beriet. Auch mit der Stiftung Warentest blieb der Austausch erhalten. Dr. Hiort nahm erneut an der Expertenrunde Recht teil und wurde in den Fachbeirat eines Testvorhabens berufen.

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

3.9 Gremienarbeit

Allgemein

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

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

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

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

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

Beirat der Produktinformationsstelle Altersversorgung

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

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



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

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

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

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

Im Berichtsjahr fanden zwei Beiratssitzungen statt. Es wurden wieder einige Änderungsvorschläge diskutiert. Dabei ging es unter anderem darum, die bisherigen Berechnungsverfahren unter Berücksichtigung der gesammelten Erkenntnisse und Erfahrungen zu optimieren und gegebenenfalls weiterzuentwickeln.

3.10 Finanzen

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

Die Fallpauschalen werden erhoben für Beschwerden, die gegen die Unternehmen eingelegt werden. Für nach der Verfahrensordnung des Versicherungsbundsmanns zulässige, nicht ungeeignete Beschwerden wird nach Beendigung des Verfahrens eine Fallpauschale erhoben. Dabei kommt es nicht darauf an, ob die Beschwerde rechtlich begründet war. Die Einnahmen aus den Fallpauschalen decken die Kosten, die im Servicecenter des Vereins für die Unterstützung der Beschwerdeführer anfallen. Da sowohl diese Kosten als auch die Zahl der bearbeiteten Beschwerden variieren, wird die Höhe der Fallpauschalen jährlich neu vom Geschäftsführer festgesetzt. Die Pauschale betrug im Berichtsjahr für Beschwerden, die durch eine Entscheidung oder Empfehlung beendet wurden, 126,00 Euro, für auf andere Weise beendete Verfahren 84,00 Euro.

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

Den Jahresabschluss des Vereins für das Jahr 2018, dessen Bestandteil die dargestellte Gewinn-und-Verlust-Rechnung ist, hat der Geschäftsführer, Dr. Hiort, vorbereitet und der Vorstand per Beschluss aufgestellt. Dieser Abschluss wurde der Deloitte GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft vorgelegt. Die Wirtschaftsprüfer erstellten einen Bericht und erteilten darin den uneingeschränkten Bestätigungsvermerk. Jahresabschluss und Wirtschaftsprüfungsbericht sind den von den Mitgliedsunternehmen gewählten ehrenamtlichen Rechnungsprüfern vorzulegen.



Gewinn-und-Verlust-Rechnung¹	2018 TEUR	2017 TEUR
Mitgliedsumlagen einschließlich verrechneter Beitragsvorauszahlungen	3.139	3.023
Umsatzerlöse	1.251	1.280
Bestandsveränderung ²	0	- 21
Sonstige Zinsen und ähnliche Erträge	1	1
Sonstige Erträge	37	28
Erträge	4.429	4.311
Personalaufwand	2.970	2.871
Raumkosten	448	364
Honorare, Gutachten, Beiträge, Gebühren	326	378
Kommunikationskosten	71	71
Reise-, Sitzungs- und Tagungskosten	32	40
Abschreibung auf immaterielle Vermögenswerte des Anlagevermögens und Sachanlagen	84	36
Zinsen und ähnliche Aufwendungen	13	12
Sonstige Aufwendungen	90	132
Steuern von Einkommen und Ertrag	2	2
Aufwendungen	4.034	3.906
Differenz Erträge und Aufwendungen	395	405
Entnahme/Zuführung Abschreibungsrücklage	40	- 61
Zuführung zur zweckgebundenen Rücklage	0	0
Entnahme Mitgliederguthaben	0	0
Überschuss/Mitgliederguthaben	435	344

Anmerkungen:

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

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

4 Statistik

4.1 Gesamtbetrachtung

Wie in den Vorjahren werden in den folgenden statistischen Betrachtungen die zulässigen Beschwerden in den Vordergrund gestellt. Dafür spricht vor allem, dass vorrangig die Vorgänge von Interesse sind, die in den Zuständigkeitsbereich der Schlichtungsstelle fallen. Aus Sicht der Versicherungsbranche zufällige Ereignisse, wie die Beschwerden gegen Banken in den Jahren 2014 und 2015, bleiben damit zwar weiter erkennbar, prägen aber nicht das Bild. Hinzu kommt, dass sich 2016 die Zuständigkeit wegen der Anpassungen an das Verbraucherstreitbeilegungsgesetz (VSBG) verändert hat. Dies führt zu Verzerrungen im langjährigen Vergleich, wenn man die Gesamteingänge betrachtet. Der Blick auf die zulässigen Beschwerden ergibt insbesondere im Vergleich über mehrere Jahre ein aussagekräftiges Bild.

Im Jahr 2018 gingen insgesamt 14.147 zulässige Beschwerden (Vorjahr: 14.910) bei der Schlichtungsstelle ein. Gegenüber dem Vorjahr bedeutet dies eine Verringerung um 5,1 Prozent nach fünf Jahren Anstieg in Folge.

4.809 (4.844) Eingaben konnten nicht dem Zuständigkeitsbereich der Schlichtungsstelle zugeordnet werden. Diese Vorgänge bilden zwei Fallgruppen:

3.941 (3.785) Eingaben wurden nach der Zulässigkeitsprüfung gemäß den Verfahrensordnungen als unzulässig eingestuft. Soweit im Einzelfall eine Zuteilung in die Bereiche Unternehmens- oder Vermittlerbeschwerde möglich war, wurden diese Vorgänge als insoweit unzulässig eingeordnet. Dabei handelt es sich zum Beispiel um Eingaben gegen ein Unternehmen, das nicht Vereinsmitglied ist, oder Beschwerden gegen private Krankenversicherer. Solche Vorgänge wurden als nach der VomVO unzulässig abgewiesen. Aber auch Vermittlerbeschwerden können unzulässig sein, zum Beispiel weil sich ein Vermittler über einen anderen beschwert. Dann erfolgte die Abweisung nach der VermVO. Vorgänge, die keinem der beiden Zuständigkeitsbereiche zugeordnet werden konnten, beispielsweise eine Beschwerde gegen ein Versandunternehmen, werden in der Statistik als „Anderweitige“ ausgewiesen.

Die zweite Fallgruppe bilden 868 (1.059) Eingaben, die schon deshalb nicht das Stadium der zulässigen Verfahren erreichen konnten, weil der Beschwerdeführer nach Beschwerdeeinlegung notwendige weitere Handlungen unterließ. Solche Vorgänge werden in die Kategorie „fehlende Weiterverfolgung“ eingeordnet. Ein nicht geringer Teil davon dürfte darauf zurückzuführen sein, dass sich zwischenzeitlich das Problem für den Verbraucher erledigt hatte.

Damit betrug die Summe aller Eingaben im Berichtsjahr 18.956 (19.754).

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



In der Gebäudeversicherung wurden 1.456 (mit unzulässigen: 1.645) nach 1.167 Beschwerden im Vorjahr verzeichnet. Damit wies diese Sparte mit 24,8 Prozent die stärkste Zunahme auf. In der Sparte Kfz-Versicherung stiegen die Beschwerden um 6,7 Prozent an. Im Folgenden wird differenziert: Eingaben zur Kfz-Kaskoversicherung erhöhten sich weiter auf nunmehr 1.107 (1.362) nach 1.034 im Jahr 2017. Dies entspricht einem Zuwachs von 7,1 Prozent. Beschwerden in der Kfz-Haftpflichtversicherung stiegen etwas geringer, und zwar um 6,2 Prozent von 885 auf 940 (1.705) an. In beiden Untersparten wurde damit der jeweils höchste Eingang erreicht. Der mit 55 Prozent auffällig 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. Zwar wird stets versucht, den Verbrauchern mit Erläuterungen zu helfen, die Eingaben bleiben jedoch unzulässig. Auch in der Hausratversicherung wurde mit 5,1 Prozent ein Zuwachs verzeichnet, demnach der Ombudsmann 818 (918) nach zuvor 778 (865) Eingaben erhielt. Die zulässigen Eingaben in der Sparte Unfall stiegen erstmals wieder leicht an, nachdem sie seit 2013 rückläufig waren. Wurden 2017 noch 699 (814) zulässige Beschwerden eingelegt, so erreichten im Jahr darauf 716 (809) Fälle die Schlichtungsstelle, was einem Anstieg von 2,4 Prozent entspricht. Die zulässigen Eingaben in der Berufsunfähigkeitsversicherung stiegen nur geringfügig. Nachdem im Vorjahr 380 (533) eingingen, waren es im Berichtsjahr 392 (517).

Alle anderen Sparten wiesen einen Rückgang an zulässigen Vorgängen auf. Noch am geringsten trat dieser in der Allgemeinen Haftpflichtversicherung auf, die in den Beschwerden vor allem über die Privat- und die Tierhalterhaftpflichtversicherung angesprochen wird. Diese Sparte verzeichnete 646 (1.186) Eingaben, was einer Verringerung von 0,8 Prozent entspricht. Der Anteil unzulässiger Vorgänge ist ähnlich hoch wie bei der Kfz-Haftpflichtversicherung; Schadenersatzansprüche Dritter sind auch hier häufig der Grund. Beschwerden in der Rechtsschutzversicherung waren im Berichtsjahr mit einem Rückgang von 6,0 Prozent erstmals seit 2014 wieder rückläufig und fielen mit 3.773 (4.158) ungefähr auf das Niveau von 2016 zurück, nachdem sie im Vorjahr auf 4.015 (4.545) gestiegen waren. Dem gingen in den Jahren 2015 und 2016 starke Zuwächse von jeweils mehr als 30 Prozent voraus. Dadurch löste die Rechtsschutzversicherung im Jahr 2016 erstmals die Lebensversicherung als eingangsstärkste Sparte ab. Die Gründe dieser Entwicklung werden in Kapitel 2 erläutert. Die als „Sonstige“ in der Statistik geführten Beschwerden beinhalten kleinere Sparten, wie die Reiseversicherungen und solche Beschwerden, die mehrere Sparten betreffen, weil es sich beispielsweise um kombinierte Verträge handelt. Während 2017 diesbezüglich 1.362 Beschwerden eingelegt wurden, erhielt der Ombudsmann hierzu im Berichtsjahr 1.176 (1.739) Eingaben. Dies entspricht einem Minus von 13,7 Prozent.

Der Rückgang in der Lebensversicherung fiel mit 19,7 Prozent auffallend hoch aus. In absoluten Zahlen ausgedrückt gab es im Berichtsjahr 3.115 (3.748) Eingaben für diese Sparte, nach 3.877 (4.642) im Vorjahr. Diese Entwicklung wurde nur noch

4 STATISTIK

von den Beschwerden zu Realkreditverträgen übertroffen. Bei deren Betrachtung ist allerdings zu bedenken, dass die Entwicklung auf niedrigem Niveau stattfand. Nach nur 62 zulässigen Eingaben 2017 betrafen im Berichtsjahr 8 Beschwerden diesen Bereich. Anzumerken ist, dass hierfür die Zuständigkeit erst im Jahr 2013 begründet wurde; schließlich handelt es sich nicht um eine Versicherungssparte. Anteilmäßig sanken die Eingaben um 87,1 (Vorjahr: 21,5) Prozent.

Im Berichtsjahr wurden 14.329 (Vorjahr: 15.599) zulässige Beschwerden abschließend bearbeitet. Zusammen mit den unzulässigen und den von den Beschwerdeführern nicht weiterverfolgten Vorgängen wurden 19.216 (20.429) Verfahren beendet. Die durchschnittliche Verfahrensdauer der zulässigen Beschwerden konnte auf 2,6 Monate reduziert werden und ist der kürzeste Wert seit Bestehen der Schlichtungsstelle.

4.2 Differenzierung nach Zuständigkeiten des Ombudsmanns

Die im Jahr 2007 übernommene Zuständigkeit für Beschwerden gegen Vermittler machte eine Abgrenzung zum Verfahren gegen Versicherungsunternehmen notwendig. Zuvor gab es nur die Kategorien „zulässig“ und „unzulässig“. Seit Ausübung der gesetzlich definierten Aufgabe muss festgelegt werden, welches Verfahren durchzuführen ist. 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 gegen einen Versicherer, deren Wert 100.000 Euro überschreitet), eine unzulässige Vermittlerbeschwerde (Beispiel: Vermittler beschwert sich über einen anderen Vermittler) oder einen Vorgang, der weder der einen noch der anderen Kategorie zugeordnet werden kann (Beispiel: Beschwerde gegen ein Handelsunternehmen, weil die dort gekaufte Waschmaschine defekt ist)? Vorgänge der letzten Art waren vor der neuen Zuständigkeit den unzulässigen Unternehmensbeschwerden zugeordnet. Jetzt gehören sie der Kategorie „Anderweitige“ an.

Bei Betrachtung der Statistik ist zu berücksichtigen, dass Beschwerden im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen gegen gebundene Vermittler in der Regel die Voraussetzungen der VomVO, der Verfahrensordnung für Unternehmensbeschwerden, erfüllen, da sich das Beschwerdeziel gegen den Versicherer richtet. Solche Eingaben wurden überwiegend nach der für Verbraucher vorteilhaften VomVO behandelt, es sei denn, 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. Folglich gilt es bei der Rubrik „Vermittlerverfahren“ zu bedenken, dass die unter diesem Begriff ausgewerteten Beschwerden nur einen Teil der Beschwerden gegen Vermittler darstellen.



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

4.3 Beschwerden gegen Versicherungsunternehmen

Von den 14.147 (Vorjahr: 14.910) im Berichtsjahr eingegangenen zulässigen Beschwerden betrafen 14.044 (14.765) die Kategorie Unternehmensbeschwerden, was einem Rückgang von 4,9 Prozent entspricht. In den Jahren davor waren jeweils Anstiege zu verzeichnen, zuletzt um 1,7 Prozent.

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

14.232 (15.440) zulässige Beschwerden gegen Versicherungsunternehmen wurden im Berichtsjahr beendet. In 867 (1.047) 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 hat in diesen Fällen nicht stattgefunden bzw. konnte nicht abgeschlossen werden.

746 (844) Verfahren konnten nicht in der Sache entschieden werden, da die endgültige Bewertung von Fragen abhing, deren Behandlung den effektiven Betrieb der Schlichtungsstelle ernsthaft beeinträchtigen würde (§ 9 Absatz 1 VomVO). Soweit möglich, ergingen jedoch Schlichtungsvorschläge gemäß § 9 Absatz 2 VomVO.

Von den übrigen 13.486 (14.596) Verfahren beendete der Ombudsmann 8.192 (9.254) Fälle mit einer Entscheidung oder Empfehlung. In 3.308 (3.234) Verfahren half das Versicherungsunternehmen ab. Das bedeutet, der Versicherer rückte von der vom Beschwerdeführer beanstandeten Entscheidung ganz oder teilweise ab. Ein beiderseitiges Entgegenkommen, also ein Vergleich, kam in 900 (947) Fällen zustande. In 1.086 (1.161) Verfahren zog der Beschwerdeführer seine Beschwerde zurück.

In 3.366 (3.237) Fällen musste der Ombudsmann die Befassung mit der Beschwerde ablehnen. Die Zulässigkeitsfrage ist nach der hierfür geltenden Verfahrensordnung (VomVO) zu entscheiden. Beschwerden, mit denen sich der Ombudsmann nicht befassen kann, sind zum Beispiel:

4 STATISTIK

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

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

Im Berichtsjahr hatten 44,1 (43,0) 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, denn die hohe Quote kommt überwiegend durch Abhilfen zustande. Wenn der Versicherungsnehmer das Entgegenkommen des Versicherers erkennt und deshalb mit ihm das Vertragsverhältnis fortsetzt, kann dies auch zum Vorteil des Versicherers sein.

Beschwerden aus der Lebensversicherung haben zwangsläufig vergleichsweise geringere Erfolgsaussichten. Sie richten sich oft gegen Standmitteilungen, die Höhe der Überschüsse oder gegen die Ablaufleistungen. Der Ombudsmann kann die diesbezüglichen Anliegen der Beschwerdeführer durchaus verstehen, denn die Werte sind für Verbraucher rechnerisch nicht nachvollziehbar; zudem erscheinen die Darstellungen der Versicherer oft unklar oder missverständlich. Auch können die mitgeteilten Werte enttäuschen, wenn sie unter den Erwartungen liegen. Die Angaben sind jedoch in der Regel weder hinsichtlich der Berechnung noch unter rechtlichen Gesichtspunkten zu beanstanden.

Die Erfolgsquote in der Lebensversicherung bewegte sich bis einschließlich 2011 unter 20 Prozent. 2012 lag sie mit 23,3 Prozent erstmals darüber und erreichte



2013 den Höchststand von 34,0 Prozent. Dieser Anstieg beruht maßgeblich auf der Entwicklung der Rechtsprechung sowie deren Umsetzung durch die Unternehmen und wurde im Bericht 2013 an gleicher Stelle kommentiert. Im Berichtsjahr waren 26,2 (23,6) Prozent in dem beschriebenen Sinn erfolgreich.

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

4.4 Beschwerden gegen Versicherungsvermittler

Das Vermittlerverfahren unterscheidet sich erheblich von dem Beschwerdeverfahren gegen Unternehmen. Insoweit wird auf die Erläuterungen unter 1.5 und 4.2 verwiesen. Einige der Besonderheiten haben Auswirkung auf die statistische Betrachtung. So gibt es Beschwerden, die durchaus in den Aufgabenbereich fallen, sich jedoch nicht mit rechtlichen Maßstäben bewerten lassen. Dies soll an folgendem Beispiel verdeutlicht werden: Beschwerzt sich ein Versicherungsnehmer, weil der Vermittler ihn anlässlich eines Beratungstermins für einen Hausratvertrag 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 die Verfahrensordnung für Vermittlerbeschwerden (VermVO) in § 5 Absatz 4 vorsieht. Dies ist zum einen für derartige Fälle ein ungeeigneter Maßstab, zum anderen würde eine darauf gerichtete Bewertung nicht die Beilegung des Streits fördern.

Da eine solche Beschwerde eindeutig in den vom Gesetzgeber übertragenen Aufgabenbereich fällt, nimmt sich der Ombudsmann gleichwohl ihrer an und beantwortet sie. Weil eine rechtliche Bewertung nicht in Betracht kommt, wird bei den Vermittlerbeschwerden zwischen justiziablen und nicht justiziablen Beschwerdegegenständen unterschieden. Diese Differenzierung ist dem Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsunternehmen fremd. Solche Unterschiede zwischen Vermittler- und Unternehmensbeschwerden gilt es bei Betrachtung der statistischen Darstellung zu bedenken. Zudem ist zu berücksich-

4 STATISTIK

tigen, 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 283 (Vorjahr: 297) Eingaben in diesem Zuständigkeitsbereich erhalten. Das entspricht einem Rückgang von 4,7 Prozent gegenüber dem Vorjahr.

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

297 (304) Vermittlerbeschwerden beendete der Ombudsmann im Berichtsjahr. In 25 Fällen (1) hat der Beschwerdeführer sein Anliegen nicht weiterverfolgt. 175 (144) Beschwerden ließen sich nicht dem vom Ombudsmann schon weit ausgelegten Aufgabenbereich zurechnen, waren somit unzulässig. Häufigster Grund, weshalb ein Verfahren nicht durchgeführt werden konnte, war mit 55 (60) Prozent ein fehlender Zusammenhang mit einer Vertragsvermittlung. Zweithäufigste Fallgruppe war mit 31 (24) Prozent die fehlende Anspruchsanmeldung.

Von den beendeten Beschwerden fielen 97 (159) 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 3,1 (4,4) 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 17,5 (4,4) Prozent ausmachten, und Rücknahmen mit einem Anteil von 2,0 (6,3) Prozent. In 62,9 (65,4) Prozent dieser Fälle bewertete der Ombudsmann gegenüber den Parteien die Beschwerde abschließend. In 6,2 (10,1) 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 Abs. 1 Nr. 7 VermVO).

Beschwerden, die zwar den Aufgabenbereich betrafen, jedoch nicht justiziabel waren, machten einen Anteil von 8,3 (9,4) 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 „beantwortet“, wie dies § 214 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) vorsieht. 31,4 (19,8) 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 wird oder die Parteien ihn weiter vor Gericht austragen, lässt sich nicht immer feststellen.

4 STATISTIK

4.5 Tabellen und Grafiken

1. Gesamtbetrachtung der Eingänge im Berichtsjahr

Diese Auswertungen geben die im Jahr **2018 erhaltenen Eingaben** wieder, unabhängig vom Zeitpunkt ihrer Bearbeitung. Enthalten sind Unternehmens- und Vermittlerbeschwerden sowie Eingaben, die keinem dieser Bereiche zugeordnet werden konnten.

Eingaben an den Ombudsmann

	2018	2017	2016	2015	2014
Beschwerden gesamt	18.956	19.754	19.579	20.827	19.897
Veränderung zum Vorjahr	- 4,0 %	+ 0,9 %	- 6 %	+ 4,7 %	+ 6,2 %
Zulässige Beschwerden	14.147	14.910	14.659	13.805	12.815
Veränderung zum Vorjahr	- 5,1 %	+ 1,7 %	+ 6,2 %	+ 7,7 %	+ 1,6 %
Unzulässige Beschwerden	3.941	3.785	4.225	6.373	6.398
Veränderung zum Vorjahr	+ 4,1 %	- 10,4 %	- 33,7 %	- 0,4 %	+ 15,8 %
Keine Weiterverfolgung durch Beschwerdeführer	868	1.059	695	649	684
Veränderung zum Vorjahr	- 18,0 %	+ 52,4 %	+ 7,1 %	- 5,1 %	+ 13,4 %

Eingang zulässiger Beschwerden im Vergleich zum Vorjahr

	2018	2017	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Leben	3.115	3.877	- 762	- 19,7
Rechtsschutz	3.773	4.015	- 242	- 6,0
Kfz-Haft	940	885	+ 55	+ 6,2
Kfz-Kasko	1.107	1.034	+ 73	+ 7,1
Gebäude	1.456	1.167	+ 289	+ 24,8
Unfall	716	699	+ 17	+ 2,4
Hausrat	818	778	+ 40	+ 5,1
Allgemeine Haftpflicht	646	651	- 5	- 0,8
Berufsunfähigkeit	392	380	+ 12	+ 3,2
Realkredit	8	62	- 54	- 87,1
Sonstige*	1.176	1.362	- 186	- 13,7
Gesamt	14.147	14.910	- 763	- 5,1

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



Entwicklung der Eingänge nach Zuständigkeitsbereichen

	2018	2017	2016	2015	2014
Unternehmensbeschwerden	18.218	19.105	18.821	18.943	17.965
Veränderung zum Vorjahr	- 4,6 %	+ 1,5 %	- 0,6 %	+ 5,4 %	+ 0,2 %
Vermittlerbeschwerden	283	297	344	336	354
Veränderung zum Vorjahr	- 4,7 %	- 13,7 %	+ 2,4 %	- 5,1 %	- 2,5 %
Anderweitige	455	352	414	1.548	1.578
Veränderung zum Vorjahr	+ 29,3 %	- 15,0 %	- 73,3 %	- 1,9 %	+ 257,0 %
Gesamt	18.956	19.754	19.579	20.827	19.897
Veränderung zum Vorjahr	- 4,0 %	+ 0,9 %	- 6,0 %	+ 4,7 %	+ 6,2 %

Verteilung der zulässigen Unternehmensbeschwerden nach Sparten

	2018 in Prozent	2017 in Prozent	2016 in Prozent	2015 in Prozent	2014 in Prozent
Leben	21,9	25,7	25,0	26,3	29,1
Rechtsschutz	26,8	27,2	26,2	20,3	16,6
Kfz-Haft	6,6	6,0	5,8	6,4	5,8
Kfz-Kasko	7,8	6,9	6,6	6,4	5,2
Gebäude	10,3	7,8	8,5	8,8	9,4
Unfall	5,1	4,7	5,6	6,1	7,2
Hausrat	5,8	5,3	5,4	6,1	6,4
Allgemeine Haftpflicht	4,5	4,4	4,2	4,7	4,9
Berufsunfähigkeit	2,8	2,5	2,6	2,9	3,2
Realkredit*	0,1	0,4	0,5	1,4	1,3
Sonstige**	8,3	9,1	9,6	10,6	10,9

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

Verteilung der zulässigen Vermittlerbeschwerden nach Sparten

	2018 in Prozent	2017 in Prozent	2016 in Prozent	2015 in Prozent	2014 in Prozent
Leben	43,7	58,6	55,4	36,0	45,9
Rechtsschutz	8,7	3,4	5,1	5,0	1,2
Kfz-Haft	8,7	4,1	2,2	16,0	7,1
Kfz-Kasko	11,7	8,3	3,7	6,0	4,7
Gebäude	3,9	2,1	2,2	3,0	4,7
Unfall	5,8	1,4	1,4	1,0	1,2
Hausrat	3,9	1,4	5,8	2,0	5,9
Allgemeine Haftpflicht	1,9	2,8	3,7	7,0	3,5
Berufsunfähigkeit	4,9	4,1	3,7	4,0	5,9
Sonstige*	6,8	13,8	16,8	20,0	19,9

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

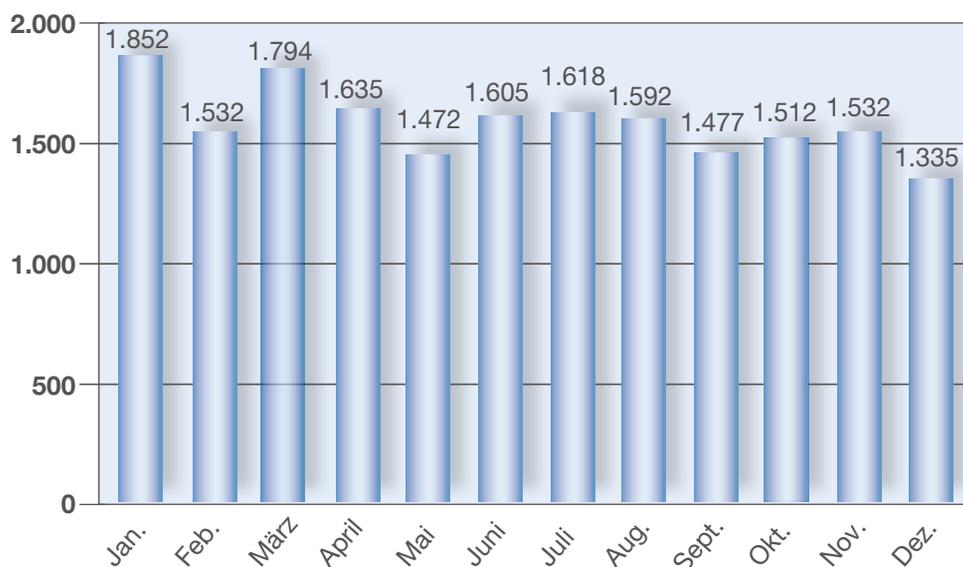
4 STATISTIK

Verteilung nach Aufgabenbereichen und Zulässigkeit*

2018	gesamt	zulässig	unzulässig	keine Weiterverfolgung
Unternehmensbeschwerden	18.218	14.044	3.318	856
Anteil in Prozent	100,0	77,1	18,2	4,7
Vermittlerbeschwerden	283	103	168	12
Anteil in Prozent	100,0	36,4	59,4	4,2
Anderweitige	455	0	455	0
Anteil in Prozent	100,0	0,0	100,0	0,0
Gesamt	18.956	14.147	3.941	868
Anteil in Prozent	100,0	74,6	20,8	4,6

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

Beschwerdeeingänge 2018 dargestellt nach Monaten



Kommunikationseingänge zu den Beschwerden

	2018	2017	2016	2015	2014
Telefon	8.329	9.353	9.379	9.637	9.944
Anteil in Prozent	8,7	9,7	10,5	10,9	12,1
Brief	35.700	46.367	49.276	51.237	47.449
Anteil in Prozent	37,1	48,2	55,2	58,0	58,0
Fax	11.744	12.228	10.794	10.931	9.861
Anteil in Prozent	12,2	12,7	12,1	12,4	12,1
E-Mail	26.228	25.439	19.785	16.515	14.568
Anteil in Prozent	27,2	26,5	22,2	18,7	17,8
Web*	14.235	2.769	–	–	–
Anteil in Prozent	14,8	2,9	–	–	–
Gesamt	96.236	96.156	89.234	88.320	81.822

* ab 23.5.2017



2. Gesamtbetrachtung der 2018 beendeten Beschwerden

Diese Auswertungen geben die im Jahr **2018 beendeten Beschwerden** wieder, unabhängig davon, in welchem Jahr sie eingegangen sind. Enthalten sind Unternehmens- und Vermittlerbeschwerden sowie Eingaben, die keinem dieser Bereiche zugeordnet werden konnten.

Beendete Beschwerden

	2018	2017	2016	2015	2014
Zulässige Beschwerden	14.329	15.599	14.288	14.014	12.515
Unzulässige Beschwerden	3.995	3.782	4.150	6.318	6.326
Keine Weiterverfolgung durch Beschwerdeführer	892	1.048	677	648	666
Gesamt	19.216	20.429	19.115	20.980	19.507

Verteilung der Beschwerden nach der Höhe des Beschwerdewerts

	2018 in Prozent	2017 in Prozent	2016 in Prozent	2015 in Prozent	2014 in Prozent
Bis 5.000 €	82,8	80,0	79,5	84,4	85,1
Bis 10.000 €	8,8	10,9	12,2	7,7	6,9
Bis 20.000 €	3,8	3,9	3,5	3,6	3,3
Bis 100.000 €	4,6	5,2	4,8	4,3	4,7

Durchschnittliche Dauer der Beschwerdeverfahren

	2018 in Monaten	2017 in Monaten	2016 in Monaten	2015 in Monaten	2014 in Monaten
Zulässige Beschwerden	2,6	2,8	2,8	3,0	2,9
Unzulässige Beschwerden	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Beschwerden gesamt*	2,0	2,3	2,2	2,1	2,0

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

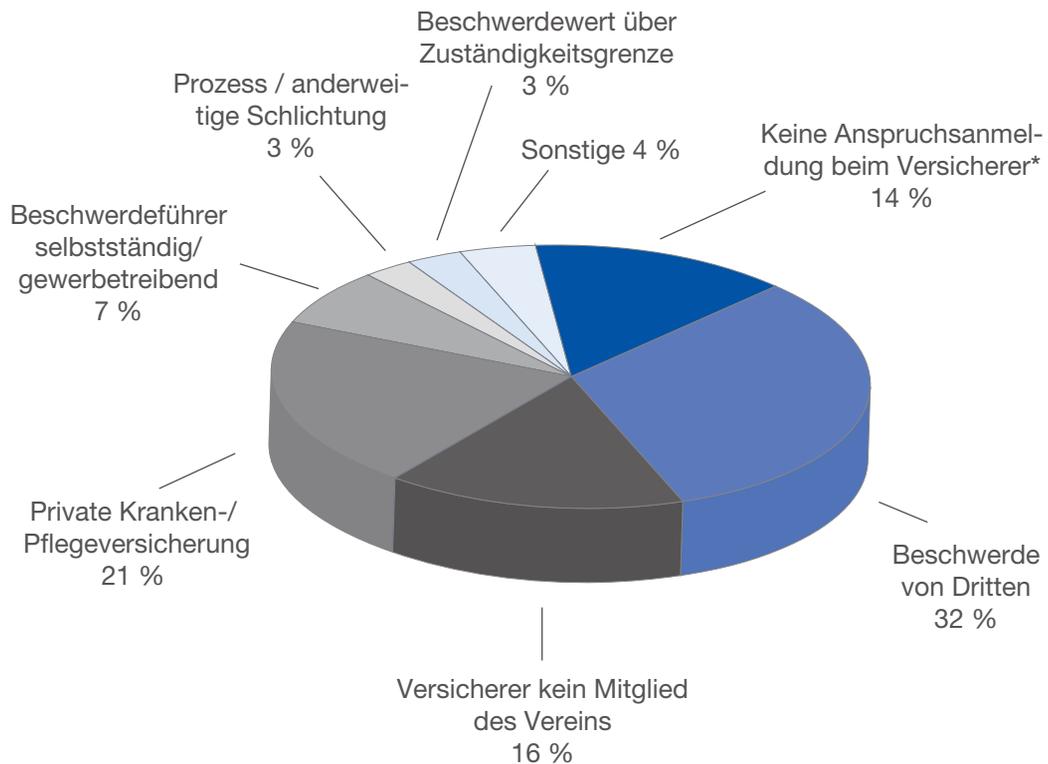
3. Unternehmensbeschwerden

Diese Auswertungen geben die im Jahr **2018 beendeten Beschwerden** wieder, die nach der Verfahrensordnung für Beschwerden gegen Versicherungsunternehmen (VomVO) bearbeitet wurden. Erläuterungen dazu enthält 4.3.

Beendete Beschwerden

	absolut	in Prozent
Zulässige Beschwerden	14.232	77,1
Unzulässige Beschwerden	3.366	18,2
Keine Weiterverfolgung durch Beschwerdeführer	867	4,7
Gesamt	18.465	100,0

Verteilung der Unzulässigkeitsgründe von Unternehmensbeschwerden



*Mit Stichtag 31.12.2018. Diese Verfahren können nach Wegfall des Verfahrenshindernisses von den Beschwerdeführern wieder in Gang gesetzt werden.



Verteilung der Beendigungsarten von zulässigen Beschwerden je Sparte in Prozent

	Entscheidung	Empfehlung	Abhilfe	Vergleich	Ungeeignet*	Rücknahme
Leben	55,0	12,5	14,4	4,3	9,6	4,2
Veränderung zum Vorjahr	- 3,7	+ 0,4	+ 2,0	+ 1,4	+ 0,7	- 0,8
Rechtsschutz	55,0	0,8	27,1	2,1	7,0	8,0
Veränderung zum Vorjahr	- 4,1	- 0,3	+ 1,7	- 0,8	+ 2,2	+ 1,3
Kfz-Haft	49,9	0,0	33,7	3,3	0,4	12,7
Veränderung zum Vorjahr	+ 1,7	- 0,3	+ 0,4	- 2,4	+ 0,4	+ 0,2
Kfz-Kasko	47,3	2,4	36,6	5,3	0,6	7,8
Veränderung zum Vorjahr	- 4,6	- 1,2	+ 3,7	+ 1,5	+ 0,6	0,0
Gebäude	56,6	5,8	17,8	11,1	0,0	8,7
Veränderung zum Vorjahr	- 0,1	- 3,2	- 0,7	+ 2,0	- 0,1	+ 2,1
Unfall	63,0	0,9	18,1	8,4	0,1	9,5
Veränderung zum Vorjahr	- 3,1	0,0	+ 1,9	+ 0,5	+ 0,1	+ 0,6
Hausrat	48,2	6,9	15,3	19,9	2,9	6,8
Veränderung zum Vorjahr	+ 4,3	- 0,4	- 0,2	- 0,9	- 2,1	- 0,7
Allg. Haftpflicht	56,7	1,8	23,3	9,4	1,3	7,5
Veränderung zum Vorjahr	+ 4,0	+ 0,2	- 4,4	- 1,0	+ 0,5	+ 0,7
Berufsunfähigkeit	18,1	28,9	11,9	3,0	28,6	9,5
Veränderung zum Vorjahr	- 2,3	- 4,3	+ 1,8	- 0,4	+ 4,8	+ 0,4
Realkredit	4,8	38,1	33,3	14,3	0,0	9,5
Veränderung zum Vorjahr	- 15,2	+ 11,0	+ 26,2	+ 1,4	- 10,0	- 13,4
Sonstige	42,3	1,7	33,9	10,8	1,1	10,2
Veränderung zum Vorjahr	+ 6,0	- 0,7	+ 8,9	- 3,2	- 7,8	- 3,2
Gesamt	52,2	5,4	23,2	6,3	5,3	7,6
Veränderung zum Vorjahr	- 1,6	- 0,8	+ 2,3	+ 0,2	- 0,2	+ 0,1

* Zur Abweisung als ungeeignet siehe 4.3.

Erfolgsquote der zulässigen Unternehmensbeschwerden*

Verfahrensausgang zugunsten der Beschwerdeführer					
	2018	2017	2016	2015	2014
	in Prozent				
Leben	26,2	23,6	23,2	24,1	28,3
Übrige Sparten	44,1	43,0	46,9	44,3	42,1

* Zur Bewertung der Erfolgsquote siehe 4.3.

4 STATISTIK

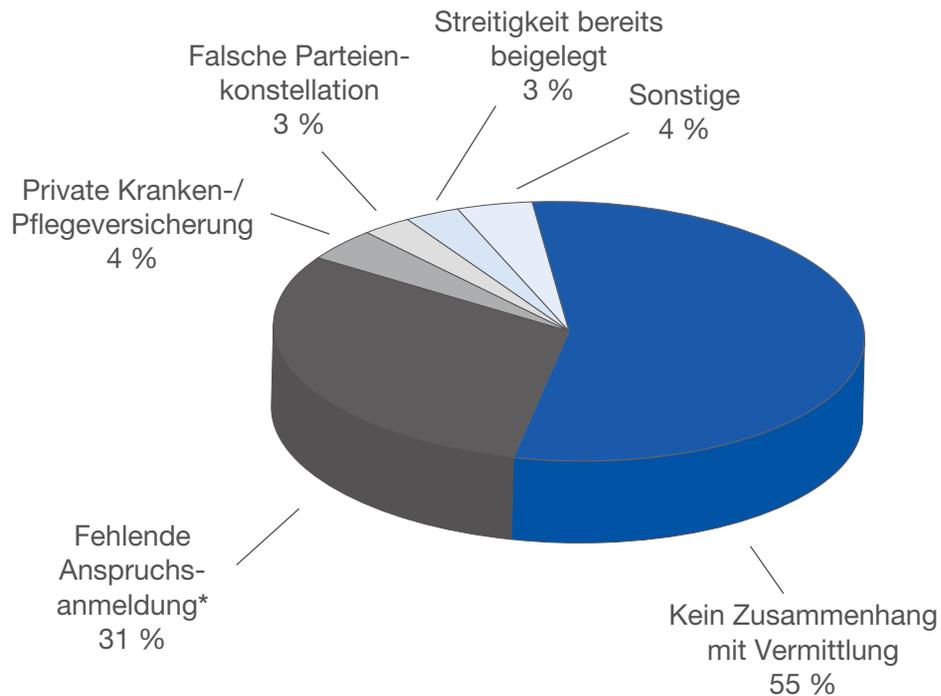
4. Vermittlerbeschwerden

Diese Auswertungen geben die im Jahr **2018 beendeten Beschwerden** wieder, die in Ausübung der Aufgabe nach § 214 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 VVG bearbeitet wurden. Erläuterungen dazu enthalten 4.2 und 4.4.

Beendete Beschwerden

	Absolut	In Prozent
Zulässige Beschwerden	97	32,7
Unzulässige Beschwerden	175	58,9
Keine Weiterverfolgung durch Beschwerdeführer	25	8,4
Gesamt	297	100,0

Verteilung der Unzulässigkeitsgründe von Vermittlerbeschwerden



*Mit Stichtag 31.12.2018. Diese Verfahren können nach Wegfall des Verfahrenshindernisses von den Beschwerdeführern wieder in Gang gesetzt werden.



Verteilung der Beendigungsarten von zulässigen Beschwerden in Prozent*

	Bewertung	Abhilfe	Vergleich	Abweisung	Rücknahme	Gesamt
Justiziabel	62,9	17,5	3,1	6,2	2,0	91,7
Veränderung zum Vorjahr	- 2,5	+ 13,1	- 1,3	- 3,9	- 4,3	+ 1,1
Nicht justiziabel	2,1	1,0	0,0	0,0	5,2	8,3
Veränderung zum Vorjahr	+ 1,5	+ 0,4	0,0	0,0	- 3,0	- 1,1
Gesamt	65,0	18,5	3,1	6,2	7,2	100,0
Veränderung zum Vorjahr	- 1,0	+ 13,5	- 1,3	- 3,9	- 7,3	0,0

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

Erfolgsquote der zulässigen Vermittlerbeschwerden*

	2018 in Prozent	2017 in Prozent	2016 in Prozent	2015 in Prozent	2014 in Prozent
Verfahrensausgang zugunsten der Beschwerdeführer	31,4	19,8	25,0	35,3	36,0

* Zur Bewertung der Erfolgsquote siehe 4.4.

5 Anhang

Die folgenden Angaben beziehen sich auf den Stand zum Ende des Berichtsjahres 2018. Die aktuellen Daten sind im Internet unter www.versicherungsombudsmann.de einzusehen oder können bei der Geschäftsstelle erfragt werden.

5.1 Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns (VomVO)

Stand: 23. November 2016

Präambel

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

§ 1 Anwendungsbereich

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

§ 2 Zulässigkeit der Beschwerde

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

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

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

betrifft oder das Bestehen eines solchen Vertrages zum Gegenstand hat.

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

(4) Ein Verfahren vor dem Ombudsmann findet nicht statt

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

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



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

§ 3 Einlegung der Beschwerde

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

§ 4 Vertretung

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

§ 5 Prüfung der Zulässigkeit

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

§ 6 Grundsätze des Verfahrens

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

§ 7 Ablauf des Verfahrens

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



§ 8 Beschwerden im Zusammenhang mit mathematischen Berechnungen

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

§ 9 Ungeeignete Beschwerden

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

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

kann der Ombudsmann die Durchführung oder Fortführung des Verfahrens ablehnen.

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

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

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

§ 10 Verfahrensbeendigung

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 11 Bindungswirkung des Bescheids

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

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

§ 12 Hemmung der Verjährung

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



nachgeholt hat, gilt die Verjährung ab dem Zeitpunkt der ersten 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 Ableh-

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



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

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

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

§ 3 Einlegung der Beschwerde

(1) Verfahrenssprache ist Deutsch.

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

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

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

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

§ 4 Vertretung

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

§ 5 Grundsätze des Verfahrens

(1) Der Ombudsmann antwortet auf jede Beschwerde.

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

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

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

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

§ 6 Ablauf des Verfahrens

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

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

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

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

§ 7 Verfahrensbeendigung

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

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

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

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

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

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



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

§ 8 Kosten des Verfahrens

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

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

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

5.3 Satzung des Vereins Versicherungsombudsmann e. V.

Beschlossen auf der Mitgliederversammlung vom 22. November 2016

Der Verein ist anerkannte Verbraucherschlichtungsstelle nach dem Verbraucherstreitbeilegungsgesetz

§ 1 Name und Sitz des Vereins

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

§ 2 Zweck

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

§ 3 Mitglieder

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

§ 4 Beschwerdeverfahren

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

§ 5 Pflichten der Mitglieder

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

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



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

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

§ 6 Organe des Vereins

Organe des Vereins sind der Vorstand und die Mitgliederversammlung.

§ 7 Vorstand, Geschäftsführung

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

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

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

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

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

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

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

§ 8 Mitgliederversammlung

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

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

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

§ 9 Außerordentliche Mitgliederversammlung

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

§ 10 Beschlussfassung der Mitgliederversammlung

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

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

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

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

§ 11 Aufgaben der Mitgliederversammlung

Die Mitgliederversammlung hat insbesondere folgende Aufgaben:

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



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

§ 12 Beirat

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

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

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

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

(5) Der Beirat hat die folgenden Aufgaben:

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

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

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

§ 13 Aufgaben des Ombudsmanns

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

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

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

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

§ 14 Wahl des Ombudsmanns

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

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

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

§ 15 Persönliche Voraussetzungen des Ombudsmanns

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



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

§ 16 Finanzierung

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

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

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

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

§ 17 Rechnungsprüfer, Jahresabschluss und Rechnungsprüfung

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

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

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

§ 18 Ehrenamtlichkeit

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

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

§ 19 Auflösung des Vereins

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

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

5 ANHANG

5.4 Stellvertreter des Ombudsmanns

Heinz Lanfermann
Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung

5.5 Mitglieder des Beirats

(Stand zum 31.12.2018)

Vertreter der Verbraucherorganisationen

Beate-Kathrin Bextermöller
Stiftung Warentest

Lars Gatschke
Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)

Andreas Gernt
Verbraucherzentrale Niedersachsen e. V.

Andrea Heyer
Verbraucherzentrale Sachsen e. V.

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

Susanne Meunier
Stiftung Warentest

Jochen Weisser
VerbraucherService Bayern im KDFB e. V.

Vertreter der Wissenschaft

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

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

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



**Vertreter der
Vereinsmitglieder**

Thomas Flemming

Vorsitzender der Vorstände
Mecklenburgische Versicherungsgruppe

Dr. Jörg Frhr. Frank von Fürstenwerth

Vorsitzender der Geschäftsführung
Gesamtverband der Deutschen
Versicherungswirtschaft e. V.

Gerhard Müller

Vorsitzender der Vorstände
Sparkassen-Versicherung Sachsen

Dr. Klaus-Peter Röhler

Vorstandsvorsitzender
Allianz Deutschland AG

Dr. Norbert Rollinger

Vorsitzender des Vorstands
R+V Versicherung AG

Christoph Schmallenbach

Vorsitzender der Vorstände
AachenMünchener Versicherungen

Dr. Wolfgang Weiler

Präsident
Gesamtverband der Deutschen
Versicherungswirtschaft e. V.

**Vertreter der
Versicherungsaufsicht**

Carsten Müller

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)

Dr. Ulf Steenken

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

**In der Amtsperiode
ausgeschieden:**

Rainer Schacht (Mai 2018)

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)

**Vertreter des
öffentlichen Lebens**

Metin Hakverdi

Mitglied des Bundestags, SPD

Michael Hennrich

Mitglied des Bundestags, CDU/CSU

Sarah Ryglewski

Mitglied des Bundestags, SPD

Dr. Gerhard Schick

Mitglied des Bundestags, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Bettina Stark-Watzinger

Mitglied des Bundestags, FDP

Max Straubinger

Mitglied des Bundestags, CDU/CSU

Hubertus Zdebel

Mitglied des Bundestags, DIE LINKE.

**Vertreter der
Versicherungsvermittler-
verbände**

Michael H. Heinz

Präsident

Bundesverband Deutscher
Versicherungskaufleute e. V. (BVK)

Dr. Hans-Georg Jenssen

Geschäftsführender Vorstand

Bundesverband Deutscher Versicherungsmakler (BDVM)

**In der Amtsperiode
ausgeschieden:**

Susanna Karawanskij, (Juni 2018)

Mitglied des Bundestags, DIE LINKE.

Nicole Maisch, (Juni 2018)

Mitglied des Bundestags, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Mechthild Rawert, (April 2018)

Mitglied des Bundestags, SPD

Petra Rode-Bosse, (April 2018)

Mitglied des Bundestags, SPD



5.6 Mitglieder des Vorstands, Geschäftsführer

(Stand zum 31.12.2018)

Vorstand

Thomas Flemming (Vorsitzender des Vereinsvorstands)

Vorsitzender der Vorstände

Mecklenburgische Versicherungsgruppe

Dr. Jörg Frhr. Frank von Fürstenwerth

Vorsitzender der Geschäftsführung

Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V.

Klaus-Jürgen Heitmann

Vorstandssprecher

HUK-COBURG Versicherungsgruppe

Hermann Kasten

Vorsitzender der Vorstände

VGH Versicherungen

Uwe Laue

Aufsichtsrats-Vorsitzender

Debeka-Versicherungsgruppe

Dr. Klaus-Peter Röhler

Vorstandsvorsitzender

Allianz Deutschland AG

Dr. Norbert Rollinger

Vorsitzender des Vorstands

R+V Versicherung AG

Dr. Wolfgang Weiler

Präsident

Gesamtverband der Deutschen

Versicherungswirtschaft e. V.

Geschäftsführer

Dr. Horst Hiort

5 ANHANG

5.7 Mitglieder des Vereins

(Stand zum 31.12.2018)

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



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

5 ANHANG

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



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

5 ANHANG

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



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

5 ANHANG

- V** 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** Waldenburger Versicherung AG
WERTGARANTIE AG
Westfälische Provinzial Versicherung Aktiengesellschaft
WGV-Lebensversicherung AG
WGV-Versicherung AG
Württembergische Gemeinde-Versicherung a. G.
Württembergische Lebensversicherung AG
Württembergische Versicherung AG
Würzburger Versicherungs-AG
WWK Allgemeine Versicherung AG
WWK Lebensversicherung a. G.
WWK Pensionsfonds AG
- X** XL Insurance Company SE, Direktion für Deutschland
- Z** Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung Aktiengesellschaft
Zurich Insurance plc., Niederlassung Deutschland
Zurich Life Assurance plc.



5.8 Abkürzungsverzeichnis

a. F.	alte Fassung
a. G.	auf Gegenseitigkeit
AG	Aktiengesellschaft
AHB	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung
AltvVerbG	Altersvorsorge-Verbesserungsgesetz
ARB	Allgemeine Rechtsschutzversicherungsbedingungen
Az.	Aktenzeichen
BaFin	Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
bAV	betriebliche Altersversorgung
BdV	Bund der Versicherten
BetrAVG	Gesetz zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung
BfJ	Bundesamt für Justiz
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGBI	Bundesgesetzblatt
BGH	Bundesgerichtshof
BMJV	Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz
BT-Drs.	Bundestagsdrucksache
BvR	Registerzeichen beim Bundesverfassungsgericht
EDV	elektronische Datenverarbeitung
EGZPO	Einführungsgesetz zur Zivilprozessordnung
EStG	Einkommensteuergesetz
EU	Europäische Union
FamFG	Gesetze über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit
FinDAG	Finanzdienstleistungsaufsichtsgesetz
FIN-NET	Netzwerk der Schlichtungsstellen für Finanzdienstleistungen
GDV	Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft
GewO	Gewerbeordnung
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GMG	GKV-Modernisierungsgesetz
IDD	Insurance Distribution Directive
IMD	Insurance Mediation Directive
i. S. v.	im Sinne von
ITWM	Fraunhofer-Institut für Techno- und Wirtschaftsmathematik
KG	Kammergericht
Kfz	Kraftfahrzeug
MdB	Mitglied des Bundestags
m. w. N.	mit weiteren Nachweisen
NetzDG	Netzwerkdurchsuchungsgesetz
OLG	Oberlandesgericht
PIA	Produktinformationsstelle Altersversorgung gGmbH
Pkw	Personenkraftwagen
SVU	Außergerichtliche Streitbeilegungsstelle für Verbraucher und Unternehmer e. V.
VermVO	Verfahrensordnung für Beschwerden im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen
VersAusglG	Versorgungsausgleichsgesetz
VersR	Versicherungsrecht
VersVermV	Versicherungsvermittlungsverordnung
VEVK	Verein Ehrbare Versicherungskaufleute e. V.



VomVO	Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns
VOTUM	Verband Unabhängiger Finanzdienstleistungs-Unternehmen in Europa e. V.
VSBG	Verbraucherstreitbeilegungsgesetz
VSInfoV	Verbraucherstreitbeilegungs-Informationspflichtenverordnung
VVG	Versicherungsvertragsgesetz
vzbv	Bundesverband der Verbraucherzentralen und Verbraucherverbände – Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.
ZfA	Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen

BESCHWERDE - KONTAKT

Versicherungsombudsmann e. V.

Postfach 080632, 10006 Berlin

Telefon: 0800 3696000

Telefax: 0800 3699000

www.versicherungsombudsmann.de

beschwerde@versicherungsombudsmann.de

IMPRESSUM

Herausgeber

Versicherungsombudsmann e. V.

Postfach 080632, 10006 Berlin

Leipziger Straße 121, 10117 Berlin

Telefon: 030 206058-0

Telefax: 030 206058-58

www.versicherungsombudsmann.de

info@versicherungsombudsmann.de

Gestaltung

Katja Trapp

Fotos

© Dietmar Gust / Seiten 8, 81

Druck

Druckerei Bloch & Co. GmbH, Berlin

