JAHRESBERICHT
2013



OMBUDSMANN
für Versicherungen

Grußwort



Es gibt keinen Zweifel: Das Erfolgsprinzip „Ombudsmann“ setzt sich europaweit unaufhaltsam im öffentlichen und privaten Sektor durch. Es besticht durch vier wesentliche Vorteile, im Vergleich zu Gerichtsverfahren:

Es ist kostenlos. Beschwerdeführer können sich den oft teuren Weg durch Gerichtsinstanzen sparen. Es ist flexibel. Anstelle von „schuldig“ oder „unschuldig“ können für jeden Einzelfall Lösungen gefunden werden, mit denen beide Seiten gut leben können. Es ist effizient. Gerichtsverfahren können sich oft in die Länge ziehen, wogegen Ombudsleute mitunter ein Problem durch einen Telefonanruf lösen können. Es ist zukunftsorientiert. Ombudsleute gehen nicht nur bereits aufgetretene Probleme an und nutzen bestehende Regeln, sondern tragen auch aktiv zur Überarbeitung überholter oder fehlerhafter Verfahrensweisen bei.

In modernen Gesellschaften ist es wichtig, dass Bürger die Wahl haben: Zwischen dem Gang vor Gericht, der in vielen Fällen sicherlich der richtige ist, vor allem wenn eine rechtlich bindende Lösung angestrebt wird. Und dem zum Ombudsmann oder zu anderen außergerichtlichen Schlichtungsstellen, wenn die Chance auf eine flexible, unbürokratische und einvernehmliche Lösung besteht, ohne aufwändige Gerichtsverfahren.

Die jüngste Etappe auf dem europäischen Siegeszug der außergerichtlichen Einigung ist die Verabschiedung der Richtlinie zur alternativen Streitbeilegung in Verbraucherstreitigkeiten. Europaweit sollen alle Bürger Zugang zu einem flächendeckenden Netzwerk von Schlichtungsstellen haben.

Deutschland hat dabei eine wichtige Vorbildfunktion, nicht zuletzt wegen des Versicherungsombudsmannes, der bereits seit 2001 hervorragende Arbeit leistet. Ombudsmann Professor Dr. Günter Hirsch beschäftigt sich jährlich mit rund 18.000 Beschwerden, und bis zu einem Betrag von 10.000 EUR kann er Versicherungsunternehmen verpflichten, seine Entscheidungen umzusetzen. Weil das System so gut funktioniert, konnten Professor Hirsch und sein Team in den vergangenen Jahren nicht nur ihre Kompetenzen deutlich ausweiten, ihre Arbeit diente auch als Inspiration für andere Schlichtungsstellen.

Auch im staatlichen Bereich hat sich das Prinzip „Ombudsmann“ europaweit durchgesetzt. In fast allen EU-Ländern gibt es inzwischen einen nationalen Ombudsmann, außer in Italien und Deutschland. Deutschland hat dafür ein gut funktionierendes Netz von Petitionsausschüssen, im Bundestag und in den Landtagen.

Ich war zehn Jahre lang Ombudsfrau von Irland und außerdem zwei Jahre lang Vorsitzende des Britischen und Irischen Ombudsmann-Verbandes BIOA. In diesem Verband schließen sich Ombudsleute aus dem öffentlichen und dem privaten Sektor zusammen, um vorbildliche Verfahrensweisen, innovative Lösungswege und andere Erfahrungen auszutauschen. Aus dieser Zeit weiß ich, wie wichtig die enge Zusammenarbeit von privaten und öffentlichen Schlichtungsstellen ist, um voneinander zu lernen und Beschwerden schnell und effizient an die richtige Stelle weiterzuleiten.

Im Juli 2013 wurde ich vom Europäischen Parlament als Europäische Ombudsfrau gewählt. Ich bin in dieser Funktion nicht Vorgesetzte oder höhere Instanz für nationale Ombudsleute oder Petitionsausschüsse, sondern vielmehr Kollegin im Europäischen Verbindungsnetz der Ombudsleute. Ich beschäftigte mich ausschließlich mit Beschwerden über die EU-Behörden, wie die Europäische Kommission oder das Europäische Parlament.

Typische Beschwerden betreffen zum Beispiel einen Mangel an Transparenz, wenn EU-Institutionen den Zugang zu Dokumenten oder Informationen verweigern. Oder wenn sich Expertengruppen hinter verschlossenen Türen treffen, ohne Tagesordnungen, Teilnehmerlisten oder Protokolle zu veröffentlichen. Ich helfe außerdem Unternehmen, Städten, Gemeinden, Universitäten oder anderen Organisationen, wenn sie Probleme im Rahmen von EU-Programmen oder -Projekten haben. In jüngster Zeit erhalte ich verstärkt Beschwerden über mutmaßliche Interessenskonflikte, wenn hochrangige EU-Beamte oder Kommissare in den privaten Sektor wechseln oder umgekehrt.

Ombudsleute im privaten und öffentlichen Bereich eint, dass sie sich um unabhängige, unparteiische, transparente, effektive und faire Schlichtungen bemühen. Je mehr Wahlmöglichkeiten die Bürger bei der Suche nach einer geeigneten Schlichtungsstelle für ihre Probleme haben, desto besser. Der Erfolg des Versicherungsombudsmannes unterstreicht, wie gerne das Angebot der außergerichtlichen Problemlösung in Deutschland inzwischen angenommen wird.

In diesem Sinne wünsche ich Professor Dr. Hirsch und seinem Team auch weiterhin alles Gute.

Emily O‘Reilly
Europäische Ombudsfrau



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
1.7	Änderung der Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns (VomVO)	16
2	**Bericht des Ombudsmanns**	20
2.1	Hohes Beschwerdeaufkommen	20
2.2	Besondere Herausforderungen bei der Lebensversicherung	21
2.3	Die EU-Richtlinie zur außergerichtlichen Streitbeilegung	23
2.4	Rücknahme der Revision: neue Rechtslage	24
2.5	Regulierungsverhalten der Versicherer	24
2.6	Die Versicherungssparten in der Jahresbetrachtung	25
2.7	Beschwerdefälle	54
3	**Einzelheiten zur Schlichtungsstelle**	72
3.1	Allgemeines	72
3.2	Organisation und Personal	74
3.3	Vereinsmitglieder und Mitgliederversammlung	76
3.4	Vorstand	77
3.5	Beirat	78
3.6	Presse- und Öffentlichkeitsarbeit	80
3.7	Fachlicher Austausch	82
3.8	Finanzen	84
4	**Statistik**	86
4.1	Gesamtbetrachtung	86
4.2	Differenzierung nach Zuständigkeiten des Ombudsmanns	87
4.3	Beschwerden gegen Versicherungsunternehmen	88
4.4	Beschwerden gegen Versicherungsvermittler	90
4.5	Tabellen und Grafiken	94
5	**Anhang**	102
5.1	Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns (VomVO)	102
5.2	Verfahrensordnung für Vermittlerbeschwerden (VermVO)	108
5.3	Satzung des Vereins	110
5.4	Mitglieder des Beirats	116
5.5	Mitglieder des Vorstands, Geschäftsführer	119
5.6	Mitglieder des Vereins	120

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

1 Der Versicherungsombudsmann

1.1 Allgemeines

Außergerichtliche Streitbeilegung befindet sich in den letzten Jahren enorm im Aufwind. Viele verschiedene Einrichtungen der außergerichtlichen Streitbeilegung sind entstanden und gesetzliche Regelungen, wie das am 26. Juli 2012 in Kraft getretene Mediationsgesetz, eröffnen Alternativen zu Gerichtsverfahren. Eine einschneidende Veränderung bringt die EU-Richtlinie vom 21. Mai 2013, die bis zum 9. Juli 2015 in nationales Recht umzusetzen ist. Hiernach ist den Verbrauchern in allen Wirtschaftsbereichen nach einem Warenkauf oder der Inanspruchnahme von Dienstleistungen die Möglichkeit zu eröffnen, einen „kostengünstigen, einfachen und schnellen Rechtsschutz“ ohne Inanspruchnahme der Gerichte zu bekommen.

Konfliktlösung und Rechtsdurchsetzung nicht ausschließlich auf die staatlichen Gerichte zu beschränken, entspricht einem modernen Verständnis von Staat und Gesellschaft – und dem Interesse der Vertragsparteien. Für den Bereich hoheitlicher Verwaltung erfüllen staatliche Ombudsleute, Petitionsausschüsse und der Europäische Bürgerbeauftragte diese Funktion. Es setzt sich jedoch immer stärker die Erkenntnis durch, dass auch in vielen privatrechtlichen Bereichen die Rechte der Verbraucher dadurch sinnvoll ergänzt werden, dass zusätzlich zu dem ordentlichen Rechtsweg eine außergerichtliche Streitbeilegungsmöglichkeit besteht. Der Bedarf dafür erscheint dort besonders groß, wo eine „strukturelle Asymmetrie“ herrscht. Diese Wirtschaftsbereiche sind dadurch gekennzeichnet, dass eine „marktmächtige“ Seite dem Vertragspartner überlegen ist, insbesondere weil die angebotenen Produkte und deren Leistungsmerkmale vom Verbraucher kaum vollständig bewertet werden können oder die Bedingungen des Vertrages vom Anbieter vorgegeben werden. Dieses Ungleichgewicht kann den Ausgang des Streits beeinflussen. Ganz gleich, ob diese Verhältnisse tatsächlich so bestehen oder nur von der „unterlegenen“ Seite so wahrgenommen werden – diese Lage muss im Konfliktfall berücksichtigt werden, wenn eine Befriedung gelingen soll.

Die von der deutschen Versicherungswirtschaft gegründete Schlichtungsstelle hat zum 1. Oktober 2001 ihre Arbeit aufgenommen und befindet sich damit im zwölften Jahr ihrer Tätigkeit. Die angeschlossenen Versicherungsunternehmen repräsentieren nahezu den gesamten Markt im Privatkundengeschäft. Dem Kunden des Versicherers steht mit dem Ombudsmann eine Instanz zur Verfügung, die unabhängig und zudem in der Lage ist, berechtigte Ansprüche durchzusetzen. Das ergibt sich aus der besonderen Befugnis, die der Ombudsmann von den Versicherungsunternehmen erhalten hat: Er kann bis zu einem Beschwerdewert von 10.000 Euro verbindlich gegen den Versicherer entscheiden.

Eine weitere Aufgabe folgt aus einer gesetzlichen Zuständigkeit. Das Bundesministerium der Justiz hat den Versicherungsombudsmann e. V. mit Wirkung zum 22. Mai 2007 als Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten zwischen Versicherungsvermittlern und Versicherungsnehmern im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen anerkannt. Diese Tätigkeit übt der Ombudsmann auf der Grundlage von § 214 Absatz 1 Nr. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes sowie der darauf beruhenden Verfahrensordnung (VermVO) aus.

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 im Rahmen ihres privaten Versicherungsbedarfs die Sach- und Rechtslage für ihr Problem herausfinden können, ohne durch Kosten belastet zu werden. Zum anderen wollen die Versicherer Meinungsverschiedenheiten mit ihren Kunden vorrangig ohne Gerichtsverfahren klären. Dies nicht zuletzt deshalb, weil durch eine gerichtliche Auseinandersetzung die Kundenbeziehung weit mehr belastet wird als durch das Schlichtungsverfahren.

Der Kunde eines Versicherers erhält durch die Schlichtungsstelle die Möglichkeit, Entscheidungen seines Vertragspartners von einer unabhängigen und neutralen Stelle rechtskundig überprüfen zu lassen. Der Ombudsmann legt dabei den gleichen Maßstab an wie ein staatliches Gericht, nämlich Recht und Gesetz. So können etwaige Fehlentscheidungen, die bei der Vielzahl der in der Vertrags- und Leistungsbearbeitung anfallenden Vorgänge erfahrungsgemäß kaum zu vermeiden sind, schnell und zuverlässig korrigiert werden. War die Entscheidung des Versicherungsunternehmens rechtmäßig, wird dem Versicherungsnehmer das Ergebnis unter Angabe der maßgeblichen Gründe in verständlicher Sprache erläutert. Schließlich leistet der Ombudsmann aufgrund seiner Neutralität auch immer dann gute Dienste, wenn ein Streit durch gegenseitiges Nachgeben zu einer einvernehmlichen Lösung geführt werden kann.

Im Wettbewerb der Unternehmen kommt intelligenten Strategien zur Kundenbindung große Bedeutung zu. Das Ombudsmannverfahren kann mit seinen befriedenden Elementen dazu führen, dass der Beschwerdeführer dem Unternehmen als Kunde erhalten bleibt. Dauerhafte Kundenzufriedenheit setzt voraus, dass die Vertragsbeziehung für den Verbraucher durchschaubar ist. Oft gelingt es dem Ombudsmann, im Beschwerdeverfahren erstmals das Leistungsversprechen des Versicherers verständlich zu erläutern und so dem Kunden den Umfang des erworbenen Versicherungsschutzes zu verdeutlichen.

Die Versicherungswirtschaft hat großen Wert darauf gelegt, dass dem Kunden durch das Schlichtungsverfahren keine Nachteile entstehen. Die Ausgestaltung der Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns wird vielfach als vorbildlich angesehen. Die Inanspruchnahme des Ombudsmanns ist für den Beschwerdeführer kostenfrei und der Lauf etwaiger Verjährungsfristen wird gehemmt, sobald die Beschwerde eingeht. Damit steht dem Kunden ein einfaches und schnelles Verfahren zur Verfügung, in dem er seine Fragen fachkundig klären lassen kann, ohne dass er die staatlichen Gerichte in Anspruch nehmen muss. Angesichts von mehr als 122.000 Beschwerden, die der Ombudsmann seit 2001 juristisch geprüft und abgeschlossen hat, leistet die Versicherungswirtschaft mit der Schlichtungsstelle auch einen Beitrag, die Justiz zu entlasten.

1.3 Der Ombudsmann in Person: Professor Dr. Günter Hirsch

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



Die Unabhängigkeit des Ombudsmanns

Die persönliche und institutionelle Unabhängigkeit sowie die Neutralität sind unabdingbar, damit der Ombudsmann seine Aufgabe erfüllen kann. Die Inanspruchnahme des Verfahrens, die Annahme von Schlichtungsvorschlägen und nicht zuletzt die Akzeptanz von Entscheidungen und Empfehlungen des Ombudsmanns hängen maßgeblich davon ab, ob und wieweit Beschwerdeführer und Beschwerdegegner dem Ombudsmann Vertrauen entgegenbringen. Dies gilt sowohl hinsichtlich seiner Fachkompetenz als auch seiner persönlichen Integrität.

Eine Person muss daher besondere Voraussetzungen erfüllen, damit sie in das Amt des Ombudsmanns gewählt werden kann. Beispielsweise soll sie die Befähigung zum Richteramt und besondere Erfahrungen in Versicherungssachen vorweisen können. Sie darf dabei 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. Eine einmalige Wiederwahl ist möglich. Nur bei offensichtlichen und groben Verfehlungen gegen seine Verpflichtungen kann der Ombudsmann vorzeitig abberufen werden.

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

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

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

Dieser Grundgedanke, eine Persönlichkeit zu beauftragen und mit Kompetenzen auszustatten, damit sie in bestimmten Bereichen eine ungerechte Behandlung von Personen verhindert, breitete sich aus. Viele Länder haben Bürgerbeauftragte für verschiedene Aufgabenbereiche eingesetzt. In der Bundesrepublik wurde beispielsweise 1956 das Amt des Wehrbeauftragten des Deutschen Bundestags geschaffen und in der Verfassung verankert (Artikel 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 wurde 1972 in der Schweiz bestellt. Andere europäische Länder wie Finnland und Großbritannien folgten.

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

1.4 Das Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsunternehmen

Alle Sparten der privaten Versicherungswirtschaft, ausgenommen die Kranken-, Pflege- und Kreditversicherung, fallen in die Zuständigkeit des Versicherungsombudsmanns. Die Schlichtungsstelle steht den Kunden der Mitgliedsunternehmen offen, soweit die Beschwerde im Zusammenhang mit ihrer Eigenschaft als Verbraucher steht. Zudem kann der Ombudsmann Beschwerden von Personen in „verbraucherähnlicher Lage“ behandeln. Die vorherige Regelung, die ein Kleingewerbe voraussetzte, wurde im Berichtsjahr geändert. Nun kann auch ein Freiberufler Unterstützung durch den Ombudsmann erhalten (Einzelheiten unter 1.7 Änderung der VomVO). Durch das Ombudsmannverfahren erhalten Versicherungskunden, die in der Regel nicht über besondere Rechts- oder Versicherungskenntnisse verfügen, die Möglichkeit, ihre Meinungsverschiedenheit ohne Kostenrisiko auszutragen. Dies bedeutet zugleich einen alternativen Zugang zum Recht, der effizient und weniger formal ist als ein Gerichtsverfahren.

Den Versicherungskunden muss das Beschwerdeverfahren bekannt sein, damit sie im Bedarfsfall davon Gebrauch machen können. Musste der Versicherungsombudsmann als er seine Tätigkeit aufnahm noch an Bekanntheit gewinnen, ist er längst vielen Versicherungsnehmern ein Begriff. Berichte in den Medien, aber auch die Hinweise der Versicherer an ihre Kunden haben dies bewirkt. Viele Versicherer nutzen die Schlichtungsstelle zudem im direkten Meinungsaustausch mit ihren Kunden, wenn es ihnen wiederholt nicht gelungen ist, den Kunden von der Richtigkeit ihrer Entscheidung zu überzeugen. Dann weisen sie auf den Versicherungsombudsmann hin und regen an, ihre Entscheidung kostenfrei überprüfen zu lassen.

Die Versicherungsunternehmen, die dem Versicherungsombudsmann e. V. beitreten, verpflichten sich nach der Vereinssatzung, ihre Kunden zu Vertragsbeginn auf das Ombudsmannverfahren aufmerksam zu machen. Dieser Hinweispflicht kommen die Mitglieder überwiegend durch Information in den Unterlagen des Versicherungsvertrages nach. Zumeist befinden sich die Angaben zum Versicherungsombudsmann an der Stelle, an der auch die Information zur Versicherungsaufsichtsbehörde, in der Regel ist dies die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), untergebracht ist. Über diese Verpflichtung hinausgehend, haben einzelne Mitglieder den Hinweis auf den Ombudsmann in die Standardangaben ihrer Briefe aufgenommen.

Die Vereinsmitglieder haben mit dem Ombudsmann freiwillig und auf privatrechtlicher Basis eine neutrale Instanz geschaffen, der sie weitreichende Kompetenzen zugestehen. Durch den Beitritt zum Verein nehmen die Versicherungsunternehmen am Schlichtungsverfahren teil und erkennen die Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns (VomVO) als verbindlich an. Dies ergibt sich aus § 5 Absatz 1 der Vereinssatzung; nach Absatz 2 in Verbindung mit der Verfahrensordnung unterwerfen sich die Unternehmen den Entscheidungen des Ombudsmanns bis zu einem Beschwerdewert von 10.000 Euro. Auf

dieser Grundlage ist der Ombudsmann in der Lage, die Versicherer zur Leistung zu verpflichten.

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

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

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

legt, was befriedend wirkt. Hält der Versicherer an seiner Auffassung fest, erläutert er seinen Standpunkt im Hinblick auf das Beschwerdevorbringen. Diese Stellungnahme erhält in der Regel zugleich der Beschwerdeführer. Anschließend überprüft der Ombudsmann unter rechtlichen Gesichtspunkten die Streitfrage und nutzt eventuelle Möglichkeiten zur Schlichtung. Das Verfahren selbst ist offen ausgestaltet. Stellungnahmen und Unterlagen werden grundsätzlich jeweils der anderen Partei zur Kenntnis gebracht. Bei neuem, entscheidungserheblichem Vorbringen wird die Möglichkeit zur ergänzenden Stellungnahme gegeben. Der Sachverhalt, auf dem die Entscheidung beruht, ist damit den Beteiligten bekannt. Es werden den Parteien keine Erkenntnisse oder Erwägungen vorenthalten.

Sofern kein Schlichtungsergebnis zustande kommt, bescheidet der Ombudsmann die Beschwerde. Bis zu einem Beschwerdewert von 10.000 Euro ist eine Entscheidung für das Versicherungsunternehmen verbindlich. Bei einem höheren Beschwerdewert bis zu 100.000 Euro ergeht eine Empfehlung. Entscheidungen und Empfehlungen beruhen auf gründlichen juristischen Prüfungen, denn nach der Verfahrensordnung sind die Entscheidungsgrundlagen des Ombudsmanns Recht und Gesetz. Allerdings wird in Darstellung und Formulierung des schriftlichen Bescheids auf den Beschwerdeführer als versicherungsrechtlichen Laien Rücksicht genommen. Typisch juristische oder versicherungsübliche Begriffe werden vermieden, Zusammenhänge und maßgebliche Gründe allgemeinverständlich erläutert. Oft ist es dem Kunden erst dadurch möglich, die Rechtslage zu erfassen und die Entscheidung seines Versicherungsunternehmens nachzuvollziehen. Damit kann das Verfahren selbst für die Beschwerdeführer, deren Beschwerde rechtlich nicht begründet ist, von erheblichem Nutzen sein.

Das Ombudsmannverfahren ist für den Versicherungskunden kostenfrei. Er hat weder Verfahrenskosten zu tragen, noch läuft er Gefahr, im Falle einer erfolglosen Beschwerde die Kosten der Gegenseite übernehmen zu müssen. Lediglich eigene Auslagen, beispielsweise für Porto, die Anfertigung von Kopien oder die Hinzuziehung eines Anwalts, fallen für ihn an. Die verbraucherfreundliche Ausgestaltung des Ombudsmannverfahrens gilt auch für die Kontaktmöglichkeiten. Seit einigen Jahren stehen kostenlose Rufnummern (0800) zur Verfügung.

1.5 Das Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsvermittler

Für Beschwerden über Versicherungsvermittler oder -berater ist der Versicherungsombudsmann seit dem 22. Mai 2007 zuständig. Diese Aufgabe beruht auf verschiedenen gesetzlichen Regelungen. Das ist zum einen die sogenannte EU-Vermittlerrichtlinie (Artikel 10 der Richtlinie 2002/92/EG) sowie zum anderen die entsprechende nationale Umsetzung durch das Gesetz zur Neuregelung des Vermittlerrechts, das am 22. Dezember 2006 verkündet wurde und in wesentlichen Teilen zum 22. Mai 2007 in Kraft getreten ist. Nachdem das Versicherungsvertragsgesetz reformiert wurde, ist die genannte Aufgabe nun in § 214 Absatz 1 Nr. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) geregelt.

Das Vermittlerverfahren ist mit dem Verfahren für Unternehmensbeschwerden nicht vergleichbar. Die Zuständigkeit des Ombudsmanns für Beschwerden gegen Versicherungsvermittler beruht auf einer gesetzlichen Aufgabenzuweisung, nicht auf privatrechtlicher (vereinsrechtlicher) Grundlage. Hieraus folgen unterschiedliche Kompetenzen des Ombudsmanns. Deshalb wurde eine eigene Verfahrensordnung für Beschwerden im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen (VermVO) geschaffen, die Beirat und Mitgliederversammlung in Kraft gesetzt haben.

Nach der gesetzlichen Zuweisung ist der Ombudsmann zuständig für Streitigkeiten zwischen Versicherungsnehmern oder -interessenten und Versicherungsvermittlern oder -beratern „im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen“. Die so festgelegte Zuständigkeit führt zu gewissen Einschränkungen. So gehören Beschwerden eines Vermittlers gegen einen anderen Vermittler oder Beschwerden des Vermittlers gegen ein Unternehmen und umgekehrt nicht zur zugewiesenen Aufgabe. 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 fallen ebenfalls nicht in die Zuständigkeit des Ombudsmanns. Rügt der Beschwerdeführer ein Verhalten des Vermittlers, das – wie bei Versicherungsvertretern üblich – dem Unternehmen zuzurechnen ist, und richtet sich sein Anspruch gegen dieses, nicht gegen den Vermittler persönlich, wird ein Verfahren nach der VomVO durchgeführt.

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

Die beiden Beschwerdeverfahren des Ombudsmanns unterscheiden sich noch in weiteren Aspekten. Im direkten Vergleich fällt zum Beispiel auf, dass nach der VomVO das Verfahren ausgesetzt wird, falls bereits eine Beschwerde bei der Finanzaufsichtsbehörde (in der Regel die BaFin) anhängig ist. Dies sieht die VermVO dagegen nicht ausdrücklich vor. Der Ombudsmann prüft jedoch, ob das Verfahren geeignet ist, den Streit beizulegen (§ 4 Absatz 6 Satz 1 VermVO). Daher wird in den genannten Fällen regelmäßig kein Verfahren durchgeführt, da für einen Schlichtungsversuch kein Raum ist, wenn sich ein Gericht oder die BaFin mit dem Fall befasst.

Das Verfahren selbst ist für den Versicherungsnehmer grundsätzlich kostenfrei, er muss nur seine Auslagen, etwa für einen Rechtsanwalt, selbst tragen. Dem Versicherungsvermittler kann ein Entgelt auferlegt werden, wenn er Anlass zur Beschwerde gegeben hat. Im Fall von offensichtlich missbräuchlich eingelegten Beschwerden können auch die Beschwerdeführer zur Kostentragung herangezogen werden. Auch das Vermittlerverfahren ist schriftlich. Anders als bei Unternehmensbeschwerden ist der Sachverhalt allerdings nicht von Amts wegen zu ermitteln. Ein Unterschied besteht auch bei der Verjährungshemmung. Aus der VermVO ergibt sich diese Wirkung nicht. Um Fehlvorstellungen zu vermeiden, wird dies in § 6 klargestellt.

Die Verfahrensordnung für Vermittlerbeschwerden sieht vor, dass der Versicherungsombudsmann „in geeigneten Fällen“ einen Schlichtungsvorschlag unterbreitet. Darüber hinausgehende Befugnisse sind nicht geregelt, insbesondere können bei Vermittlerbeschwerden im Gegensatz zu Unternehmensbeschwerden keine bindenden Entscheidungen getroffen werden. Dies geht allerdings nicht auf mangelnde „Entscheidungsfreude“ des Ombudsmanns, sondern auf die unterschiedlichen Grundlagen zurück. Wie zuvor ausgeführt, wird der Ombudsmann in Vermittlerbeschwerden auf gesetzlicher Grundlage tätig. Daher könnte nur der Gesetzgeber dafür sorgen, dass Entscheidungen des Ombudsmanns Bindungswirkung zukommt. Dies ist bislang nicht vorgesehen, wird möglicherweise aber künftig diskutiert werden.

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

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

1.6 Veröffentlichung der Entscheidungen des Ombudsmanns

Sofern eine Schlichtung nicht gelingt, bescheidet der Ombudsmann den zur Prüfung gestellten Anspruch. Diese Beurteilung des Ombudsmanns ist für die Parteien des jeweiligen Verfahrens bestimmt. Je nach Adressat unterscheidet sich die Form. Bescheide zu Lasten des Versicherers ähneln 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 für die Beteiligten eines Versicherungsvertrages aufschlussreich sein können. Diese Entscheidungen werden anonymisiert und, angefangen vom Sachverhalt bis hin zum Ergebnis und den tragenden Gründen, für jedermann zugänglich auf der Webseite des Versicherungsombudsmanns eingestellt. Inzwischen haben viele Entscheidungen des Ombudsmanns Eingang in juristische Fachzeitschriften gefunden oder werden in versicherungsrechtlichen Kommentaren zitiert.

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

1.7 Änderung der Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns (VomVO)

Die Verfahrensordnung für Beschwerden gegen Versicherungsunternehmen (VomVO) wurde im Berichtsjahr geändert. Damit erhielt der Ombudsmann eine neue Zuständigkeit, es wurde die Hemmung der Verjährung ausgeweitet und an einigen Stellen der Regelungsinhalt der Verfahrensordnung klarer gestaltet. Die Änderungen wurden von der Mitgliederversammlung nach vorheriger Zustimmung des Beirats beschlossen, sie sind zum 21. November 2013 in Kraft getreten und gelten auch für im Zeitpunkt des Wirksamwerdens anhängige Beschwerden.

Neue Zuständigkeit für vertragliche Ansprüche aus einem Realkredit

In § 2 Absatz 1 Satz 2 wurde durch den neugefassten Buchstaben b) die Zuständigkeit des Ombudsmanns erweitert auf Beschwerden, die einen eigenen vertraglichen Anspruch aus einem Realkreditvertrag (§ 14 und § 16 Absatz 1 und 2 Pfandbriefgesetz) betreffen. Davor fielen Realkredite nur dann in den Zuständigkeitsbereich des Ombudsmanns, wenn sie nach § 2 Absatz 1 Satz 1 lit. a) in engem wirtschaftlichen Zusammenhang mit einem Versicherungsvertrag standen, also insbesondere dann, wenn ihre Tilgung durch die Ablaufleistung einer Lebensversicherung erfolgte. Die Regelung, dass bei Beschwerden zur Lebensversicherung versicherungstechnische Berechnungen in einer gesonderten, nur für den Ombudsmann bestimmten Anlage darzustellen sind (§ 7 Absatz 4), wurde auf Beschwerden, die im Zusammenhang mit einem Realkreditvertrag stehen, entsprechend übertragen.

Hintergrund der neuen Zuständigkeit ist die geänderte Kreditvergabepraxis der Versicherungsunternehmen. Diese haben ihr Betätigungsfeld auf grundschuldgesicherte Darlehen ohne Zusammenhang mit einem Versicherungsvertrag ausgeweitet. Die entsprechende vorvertragliche Informationspflicht umfasst nach dem „europäischen standardisierten Merkblatt“ (ESIS) jedoch auch, dass der Kreditgeber bei Fernabsatzverträgen außergerichtliche Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren anzugeben hat. Wer ein Darlehen bei einem Versicherungsunternehmen aufnimmt, muss daher einen Zugang zur außergerichtlichen Streitbeilegung auch bei solchen Annuitätendarlehen haben, die ohne eine Bindung an eine Lebensversicherung vergeben werden. Dieser Zugang besteht nun.

Mit der Ausweitung auf Realkredite erhält der Ombudsmann erstmals eine originäre Zuständigkeit über Versicherungsverträge hinaus.

Geänderte Zuständigkeit bei Kleinunternehmern

In § 2 Absatz 1 Sätze 3, 4 und 5 wurde die bisherige Zuständigkeit für Beschwerden von Kleinunternehmern (§ 2 Absatz 1 Satz 2 alte Fassung) neu geregelt. Auf dieser Grundlage kann der Ombudsmann auch bei Personen, die nicht Verbraucher im Sinne von § 13 des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) sind, ein Verfahren durchführen.

Die bisherige Fassung, die sich auf „Kleingewerbetreibende“ bezog, warf Abgrenzungsschwierigkeiten auf und differenzierte in nicht sachgerechter Weise zwischen Gewerbetreibenden und Selbständigen. Die Neufassung greift die vom Ombudsmann entwickelte Konkretisierung dieser Zuständigkeit (vgl. Jahresbericht 2010, Seite 22, 23) auf und stellt entscheidend darauf ab, ob sich der Beschwerdeführer in einer verbraucherähnlichen Lage befindet. Dies war auch bisher der eigentliche Anknüpfungspunkt für die Ausdehnung der Zuständigkeit des Ombudsmanns. Entscheidend war und ist, ob es sich um eine Person handelt, die der Unterstützung des Ombudsmanns bedarf, obwohl sie nicht den Verbraucherbegriff erfüllt.

Maßstab der Beurteilung sind Art, Umfang und Ausstattung der wirtschaftlichen Tätigkeit sowie der zugrunde liegende Versicherungsvertrag und der geltend gemachte Anspruch. Außerdem wird die Konsequenz aus der gesetzlichen Definition des Verbrauchers in § 13 BGB gezogen und bei der Erweiterung der Zuständigkeit auf Personen in einer verbraucherähnlichen Lage nicht mehr zwischen der gewerblichen und der selbständigen beruflichen Tätigkeit differenziert. Liegen die übrigen Voraussetzungen vor, werden also zum Beispiel die Beschwerden eines Bäckermeisters und eines Architekten, die nach einem Einbruchdiebstahl in ihren Geschäftsräumen Leistung vom Versicherer verlangen, gleich behandelt.

Dass beim Zugang zum Ombudsmannverfahren nun nicht mehr zwischen gewerblich oder selbständig beruflich Tätigen unterschieden wird, wenn sie sich in einer verbraucherähnlichen Lage befinden, hat erhebliche praktische Bedeutung. Dadurch entfallen Abgrenzungsprobleme und sachlich nicht begründete Differenzierungen, die die bisherige Zuständigkeit für „Kleingewerbetreibende“ aufwarf.

Konfliktbeilegung bei Zivilprozessen durch den Ombudsmann

Die Ergänzung in § 2 Absatz 3 lit. e) zieht die Konsequenz aus der mit dem Mediationsgesetz neu getroffenen Regelung in § 278a Zivilprozessordnung (ZPO). Danach kann das Gericht in einem anhängigen Zivilverfahren im Einvernehmen mit den Parteien das Verfahren zum Ruhen bringen, um eine außergerichtliche Konfliktbeilegung zu ermöglichen. Mit dieser Regelung hat der Gesetzgeber anerkannt, dass die außergerichtliche Streitbeilegung in bestimmten Fällen eine vorzugswürdige Alternative zu einem streitigen Gerichtsverfahren sein kann. Da ein ruhendes Verfahren bei Gericht anhängig bleibt, fand nach dem bisherigen Wortlaut ein Ombudsmannverfahren nicht statt. Die Neuregelung beseitigte diese Sperre.

Verjährungshemmung ausgeweitet und klarer geregelt

Der neu eingefügte § 12 Absatz 1 Satz 2 betrifft die Verjährungshemmung in Fällen, in denen Beschwerde eingelegt wurde, ohne dass der Beschwerdeführer vorher seinen Anspruch dem Unternehmen gegenüber geltend gemacht hat. Vor Eröffnung des Ombudsmannverfahrens soll der Versicherer Gelegenheit zur Prüfung seiner Entscheidung bekommen. Anderenfalls wird die Beschwerde

nach § 2 Absatz 2 Satz 1 nicht behandelt. Holt der Beschwerdeführer daraufhin unverzüglich das Erfordernis des § 2 Absatz 2 Satz 1 nach und eröffnet der Ombudsmann daraufhin das Verfahren, gilt nach der Neufassung des § 12 Absatz 1 Satz 2 die Verjährung etwaiger Ansprüche ab dem Zeitpunkt der ersten Beschwerdeeinlegung als gehemmt.

Verbraucher sind zumeist mit den Einzelheiten des Ombudsmannverfahrens und den verjährungsunterbrechenden Maßnahmen nicht vertraut. Als Folge dieser Unkenntnis könnten (durch vorzeitiges Einschalten des Ombudsmanns statt Reklamation bei dem Versicherer) ihre Ansprüche verjähren. Damit dies nicht geschieht, den Verbrauchern also keine Nachteile entstehen, verzichten die Versicherer auch in solchen Fällen, sich auf Verjährung zu berufen.

Außerdem wird mit § 12 Absatz 1 Satz 3 klargestellt, dass gesetzliche Verjährungsfristen unberührt bleiben. Dieser Hinweis zielt vorrangig auf § 204 Absatz 1 Nr. 4 BGB ab, der die Verjährungshemmung bei Verfahren vor Gütestellen regelt.

Sonstige Änderungen
In § 10 Absatz 5 fiel der Verweis auf § 12 (Verjährungshemmung) weg, der an dieser Stelle weder erforderlich war noch zum sonstigen Regelungsinhalt des Absatzes (Arten der Verfahrensbeendigung) passte.

§ 12 Absatz 1 Satz 2 entfiel, da die frühere Frist des § 12 Absatz 3 VVG in der Fassung vor 2008 inzwischen keine Bedeutung mehr hat.



2 Bericht des Ombudsmanns

2.1 Hohes Beschwerdeaufkommen

Mit insgesamt 18.740 Beschwerden gehört das Jahr 2013 zu den Jahren mit vielen Eingängen. In der öffentlichen Wahrnehmung, insbesondere in den Medien, wird das Augenmerk häufig schwerpunktmäßig auf die Entwicklung der Eingangszahlen gerichtet. Ein Anstieg der Beschwerden wird gleichgesetzt mit gestiegenem Fehlverhalten der Versicherungsunternehmen. Bei umgekehrter Entwicklung wird die entsprechende Schlussfolgerung eher von den Versicherungsunternehmen gezogen. Nach Einschätzung des Ombudsmanns sind die Zusammenhänge aber deutlich komplexer, was nachfolgend ansatzweise dargestellt werden soll.

Vergleicht man das Beschwerdeaufkommen über Jahre, so muss diesem das „Beschwerdepotenzial“ gegenübergestellt werden. Einzubeziehen sind die Zahl der Mitgliedsunternehmen und deren Verträge in den Versicherungssparten von Privatkunden, die beschwerdebefugt sind. Hier ist festzustellen, dass sich die Mitgliederzahl im Laufe der Jahre verändert. 2005 waren es zum Beispiel 269 Mitglieder, die sich der Schlichtungsstelle angeschlossen hatten, Ende 2013 betrug die Mitgliederanzahl 286. Zudem ist zu berücksichtigen, dass die Zuständigkeit des Versicherungsombudsmanns im Jahre 2007 um die Vermittlerbeschwerden erweitert wurde. Weiter ist in die Betrachtung einzubeziehen, dass nach den Erfahrungen des Ombudsmanns ein nicht unwesentlicher Teil der Beschwerden durch „externe“ Faktoren verursacht wird. Dazu gehören die Neuregelung des Versicherungsvermittlerrechts im Jahr 2007, die VVG-Reform im Jahr 2008, die verbraucherpolitischen Diskussionen um die Lebensversicherung, aber auch die hierzu ergangenen höchstrichterlichen Urteile des Bundesverfassungsgerichts und des Bundesgerichtshofs (BGH). Extreme Wetterverhältnisse wie Sturm, Hagel und Starkregen führen zu vermehrten Schadenfällen und können daher ebenfalls einen Beschwerdeanstieg beim Ombudsmann auslösen.

All diese vorgenannten Faktoren erzeugen im Vorfeld und im Nachgang Diskurse, die über die Fachkreise hinausgehen und in der Öffentlichkeit wahrgenommen werden. Dabei verlaufen diese nicht immer sehr sachgerecht. So führte beispielsweise eine TV-Berichterstattung im Januar 2010 über ein Verfahren vor dem BGH zu den sogenannten Ratenzahlungszuschlägen zu einem starken Anstieg der Beschwerden im Februar und März. Obwohl das Verfahren mit einem Anerkenntnisurteil (vom 29. Juli 2009, I ZR 22/07) geendet hatte und somit nicht auf einer sachlichen Prüfung der Klage beruhte, wurde es als allgemeingültige Entscheidung in der Sache dargestellt. In der Nachberichterstattung auf der Webseite des Senders hieß es: „Kunden, die ihre Verträge in Raten mit Zuschlag zahlen, können sich jede Menge Geld von ihrem Versicherer zurückholen.“ In der Folge erhielt die Schlichtungsstelle im Februar 1.867 und im März 2.119 Beschwerden, statt wie üblich monatlich etwa 1.500 (vgl. Jahresbericht 2010), also über 900 Beschwerden zusätzlich. Inzwischen hat der BGH entschieden (Urteil vom 6. Februar 2013, IV ZR 230/12), „die vertraglich vereinbarte unterjährige Zahlungsweise von Versicherungsprämien ist keine Kreditgewährung in Form eines entgeltlichen Zahlungsaufschubs“. Damit gab es für Rückforderungsansprüche

keine Rechtsgrundlage. Dies zeigt, dass das Beschwerdeaufkommen von vielfältigen Umständen abhängt, darunter auch von Berichten über tatsächliche oder auch nur behauptete Rechtsverstöße der Versicherer. Selten sind monokausale Zusammenhänge belegbar.

Der langjährige Vergleich weist aus, dass die Schlichtungsstelle 2013 zum fünften Mal mehr als 18.000 Eingaben erhalten hat. Diese Grenze wurde erstmalig im Jahr 2006 erreicht. Seit Beginn der Tätigkeitsaufnahme und bis einschließlich 2005 lagen die Eingaben stets unter 11.000. In den letzten acht Jahren pendeln die Beschwerden erstaunlich konstant zwischen 17.263 (2012) und 18.837 (2008). Der Eingang im Berichtsjahr ist der zweithöchste bislang. Gegenüber dem Vorjahr ergibt sich ein Anstieg von 8,6 Prozent, nachdem in beiden Jahren zuvor jeweils ein Rückgang der Beschwerden (–3,4 Prozent in 2011, –2,7 Prozent in 2012) festzustellen war. Die hohen Eingangszahlen im Berichtsjahr sind nicht erkennbar auf ein besonderes Ereignis zurückzuführen. Dies zeigt sich auch an der recht gleichförmigen Verteilung über das Jahr. Der genaue Verlauf und weitere Einzelheiten sind unter 4. Statistik dargestellt. Zusammengefasst ergibt sich grob folgendes Bild: Im ersten Halbjahr gingen viele Beschwerden zur Lebensversicherung als Folge diverser BGH-Entscheidungen ein. Im zweiten Halbjahr sind auch die Eingaben zu anderen Sparten, vor allem bei der Hausrat-, Unfall- und Rechtsschutzversicherung, angestiegen.

2.2 Besondere Herausforderungen bei der Lebensversicherung

Auch in diesem Berichtsjahr ist es angezeigt, der Lebensversicherung besonderes Augenmerk zu schenken. Anknüpfend an die Ausführungen der Vorjahre sind hier die weitere Entwicklung der höchstrichterlichen Rechtsprechung sowie deren Auswirkungen auf die Beschwerden darzustellen.

Am 25. Juli 2012 hatte der BGH Vertragsklauseln zur Lebensversicherung aus der Tarifgeneration 2001 bis 2007 für unwirksam erklärt, soweit sie vorsehen, dass die Abschlusskosten bei Kapitallebens- und aufgeschobenen Rentenversicherungen im Wege der sogenannten Zillmerung mit den ersten Prämien verrechnet werden. Außerdem wurden Regelungen zum Stornoabzug beanstandet (vgl. Jahresbericht 2012, Seite 16 ff.).

In Folge dieser Entscheidung war ein deutlicher Anstieg der Eingaben zur Lebensversicherung ab Dezember 2012 zu verzeichnen. Da der BGH seinerzeit die Frage noch offenlassen musste, ob und wie die für unwirksam erklärten Klauseln zum Rückkaufswert in den einzelnen Verträgen ersetzt werden können, und hierzu unterschiedliche Auffassungen vertreten wurden, herrschte insoweit Rechtsunsicherheit. Diese führte zu schleppender Bearbeitung der Versicherer bis weit in das Jahr 2013 hinein.

Um den Verbrauchern ein zügiges und effektives Verfahren zu ermöglichen, errechnete der Ombudsmann, welche Rückkaufswerte sich nach den unterschiedlichen Modellen der Lückenfüllung (vgl. Jahresbericht 2012, Seite 17) im

konkreten Fall ergaben. In der Regel leisteten die Unternehmen bis zur Höhe des hälftigen ungezillmerten Deckungskapitals, sofern der vertragliche Rückkaufswert nicht darüberlag. Auf dieser Basis konnten viele Beschwerdeverfahren zum Abschluss gebracht werden. Da sich durch die künftige Rechtsprechung eventuell weitere Ansprüche der Beschwerdeführer ergeben können, wurde diesen empfohlen, die rechtliche Entwicklung zu verfolgen. Um den Verbrauchern dies trotz der schwierigen Materie zu ermöglichen, wurde eine Rechtsprechungsübersicht auf der Webseite der Schlichtungsstelle erstellt. Darin werden die wesentlichen Urteile der höchstrichterlichen Rechtsprechung aktuell und verbraucherverständlich dargestellt. Der Ombudsmann wies die betroffenen Beschwerdeführer auf diese Übersicht hin und empfahl ihnen, sich dort gelegentlich zu informieren, um für sich feststellen zu können, ob sie tätig werden müssen.

Der BGH füllte die 2012 entstandene Lücke und beseitigte mit seinem Urteil vom 11. September 2013 die Rechtsunsicherheit. Er entschied im Wege der ergänzenden Vertragsauslegung, dass im Falle der vorzeitigen Vertragsbeendigung zwar nach wie vor Abschlusskosten mit den Prämien verrechnet werden dürfen, der vereinbarte Betrag der beitragsfreien Versicherungssumme und des Rückkaufswerts jedoch die Hälfte des ungezillmerten Deckungskapitals nicht unterschreiten darf. Dies entsprach der Linie des Ombudsmanns, so dass keine nachträgliche Korrektur der abgeschlossenen Beschwerden erforderlich wurde.

2005 verwendete der BGH den Begriff des ungezillmerten Deckungskapitals bei der Festlegung des Mindestrückkaufswerts. Mit Urteil vom 26. Juni 2013 stellte er klar, dass dieser ohne Berücksichtigung von Abschlusskosten zu berechnen ist. Vor dieser Klarstellung ging die Mehrzahl der Unternehmen davon aus, dass die Hälfte des ungezillmerten Deckungskapitals das Vertragsguthaben darstellt, das vorhanden gewesen wäre, wenn der Versicherer die Abschlusskosten gleichmäßig über die gesamte Laufzeit verteilt hätte.

Der Stornoabzug war ein weiteres Vertragselement, das durch die Rechtsprechung des BGH betroffen war. In seinen im Jahr 2012 ergangenen Entscheidungen erhöhte das Gericht die Anforderungen an eine wirksame Klausel. Auch wenn die Urteile zu Verträgen ergangen sind, die vor 2008, also vor Inkrafttreten des neuen VVG, abgeschlossenen wurden, ist davon auszugehen, dass die Grundsätze genauso für spätere Verträge gelten.

Diese ständige Weiterentwicklung der Rechtsprechung und deren Verarbeitung durch die Versicherungsunternehmen wirkten sich belastend auf die Beschwerdebearbeitung aus. Es bedurfte eines erheblichen Arbeits- und Organisationsaufwandes, um ein zügiges, effizientes und verbraucherverständliches Ombudsmannverfahren durchzuführen, das stets den aktuellen höchstrichterlichen Entscheidungen gerecht wird.

2.3 Die EU-Richtlinie zur außergerichtlichen Streitbeilegung

Im Mai 2013 wurden die Richtlinie der EU über alternative Streitbeilegung in Verbraucherstreitigkeiten (AS-RL) und die EU-Verordnung über Online-Streitbeilegung (OS-Verordnung) beschlossen. Zum Inhalt dieser beiden Unions-Rechtsakte wird auf den Jahresbericht 2012 (Seite 19, 20) verwiesen. Die AS-RL ist bis zum 9. Juli 2015 in nationales Recht umzusetzen. Die ersten Gesetzentwürfe sind daher im Laufe des Jahres 2014 zu erwarten.

Die Richtlinie enthält zum Teil Vorgaben, die eins zu eins umzusetzen sind, zum Teil aber auch nur Mindeststandards, über die die Mitgliedstaaten bei der Umsetzung hinausgehen können (zum Beispiel muss der Schlichter nach der AS-RL ein „allgemeines Rechtsverständnis“ besitzen; die Mitgliedstaaten können jedoch auch festlegen, dass er einen juristischen Hochschulabschluss besitzen muss). Zum Teil legt die Richtlinie einen Spielraum fest, innerhalb dessen die Mitgliedstaaten rechtspolitisch frei entscheiden können (zum Beispiel, ob der Schlichter nur Vorschläge zur Streitbeilegung machen oder verbindliche Entscheidungen treffen kann). Außerdem verwendet sie unbestimmte Rechtsbegriffe, die bei der Umsetzung in nationales Recht konkretisiert werden können (zum Beispiel, ob unter den „mit der Streitbeilegung befassten natürlichen Personen“ nur – richtigerweise – der Schlichter oder auch seine juristischen Mitarbeiter zu verstehen sind).

Die rechtspolitischen Überlegungen zur Umsetzung der Richtlinie in deutsches Recht haben bereits begonnen. Das von der AS-RL geforderte flächendeckende Angebot an außergerichtlicher Streitbeilegung soll hiernach weitgehend durch private Schlichtungsstellen sichergestellt werden. Aufbauend auf der bereits bestehenden Schlichtungslandschaft soll die Vielfalt unterschiedlich gestalteter Schlichtungsstellen erhalten bleiben und diesen größtmögliche Flexibilität bei der Ausgestaltung des Verfahrens eingeräumt werden. Im Übrigen ist im Grundsatz geplant, den (Mindest-)Standard der Richtlinie umzusetzen und nicht darüber hinauszugehen. Dies bedeutet zum Beispiel, dass keine Verpflichtung der Verbraucher oder der Unternehmer festgelegt werden soll, sich an einem AS-System zu beteiligen.

Für die Schlichtungsstelle des Versicherungsombudsmanns bedeutet die AS-RL: Die Schlichtungsstelle für Verbraucherbeschwerden im Versicherungswesen wird allgemein als Modell einer unabhängigen, effektiven und kompetenten außergerichtlichen Streitbeilegungsinstitution gesehen. Die Struktur und Organisation der Schlichtungsstelle sowie das Verfahren und die Kompetenzen des Ombudsmanns entsprechen bereits weitestgehend den Vorgaben der Richtlinie. Einzelne Regelungen der Verfahrensordnungen werden auf ihre Richtlinienkonformität hin zu überprüfen sein, sobald sich die Einzelheiten der nationalen Vorgaben abzeichnen. Problematisch könnte zum Beispiel die Bestimmung in § 8 Absatz 2 VomVO sein, dass der Ombudsmann die Befassung mit Beschwerden, die Fragen von rechtsgrundsätzlicher Bedeutung aufwerfen, ablehnen soll. Allerdings ist diese

Beschränkung die wohl zwingende Folge der Kompetenz, gegen Versicherungsunternehmen verbindlich entscheiden zu können, die das Ombudsmannverfahren im Versicherungswesen auszeichnet.

Die AS-Stellen, die den Bestimmungen der Richtlinie und des Umsetzungsgesetzes entsprechen, sind von der noch zu bestimmenden Aufsichtsbehörde zu registrieren. Damit wird für die Zukunft das Berufsbild des Ombudsmanns („Streitmittlers“) geschützt sein (vgl. auch Jahresbericht 2010, Seite 23).

2.4 Rücknahme der Revision: neue Rechtslage

Zeichnete sich im Revisionsverfahren einer Verbraucherstreitigkeit ab, dass der BGH gegen das Unternehmen entscheiden wird, verhinderte dieses mitunter ein Urteil durch Revisionsrücknahme oder Anerkennung des gegnerischen Anspruchs. Betraf das Verfahren eine rechtliche Grundsatzfrage von weitreichender Bedeutung, wurde damit deren höchstrichterliche Klärung verhindert. Ein solches Prozessverhalten stieß auf breite Kritik, insbesondere bei Verbraucherverbänden und spiegelte sich auch in versicherungsrechtlichen Fragen wider. Zwar sieht die Zivilprozessordnung (ZPO) ausdrücklich vor, dass eine unstreitige Erledigung in jeder Instanz Vorrang vor einer streitigen Entscheidung hat (§ 278 ZPO). Es erschien jedoch widersprüchlich, dass nach dem Gesetz die Revision zwar zuzulassen ist, wenn es um die Klärung einer rechtsgrundsätzlichen Frage geht, nachträglich jedoch eine der beiden Prozessparteien diese Klärung verhindern konnte. Für das Schlichtungsverfahren hatte dies die missliche Konsequenz, dass mitunter eine ganze Serie von Beschwerden im Hinblick auf die nach wie vor fehlende höchstrichterliche Klärung der rechtsgrundsätzlichen Frage nicht entschieden werden konnte (vgl. Jahresbericht 2010, Seite 19).

Inzwischen hat der Gesetzgeber sich dieses Problems angenommen und im Gesetz zum elektronischen Rechtsverkehr eine Regelung eingefügt, die die Rücknahme der Revision und das Anerkenntnis in der Revisionsinstanz einschränken. Ab dem 1. Januar 2014 kann die Revision wie bisher vor der mündlichen Verhandlung einseitig, nach deren Beginn aber nur noch mit Einwilligung des Revisionsgegners zurückgenommen werden. Ein Anerkenntnis bleibt wirkungslos, wenn der Gegner nicht ausdrücklich ein Anerkenntnisurteil beantragt. Damit scheint ein Kompromiss gefunden, der einerseits dem öffentlichen Interesse an der höchstrichterlichen Klärung von rechtsgrundsätzlichen Fragen Rechnung trägt, andererseits aber der prozessualen Dispositionsfreiheit der Parteien ausreichend Raum lässt.

2.5 Regulierungsverhalten der Versicherer

Das Bundesministerium der Justiz hat den Versicherungsombudsmann im März 2013 gebeten, sich im Rahmen einer Umfrage bei den Gerichten ebenfalls zu der Frage zu äußern, ob Versicherer zunehmend unter Ausnutzung ihrer wirtschaftlich stärkeren Position die Regulierung von Ansprüchen der Versicherten systematisch verzögerten („Zermürbungstaktik“) oder gänzlich verweigerten. Unter Hinweis auf statistische Erkenntnisse wurde mitgeteilt, dass die Bereitschaft zur

einvernehmlichen Streitbeilegung im Beschwerdeverfahren in den letzten Jahren nicht abgenommen hat und dass aus den Beschwerden und dem Verfahrensverhalten der Versicherer keine Rückschlüsse auf ein systematisch verzögerndes Regulierungsverhalten der Versicherer gezogen werden konnten. Dies deckte sich mit den Erhebungen bei den Gerichten.

2.6 Die Versicherungssparten in der Jahresbetrachtung

Nachfolgend wird die Entwicklung in den Versicherungssparten im Jahr 2013 aus Sicht der Beschwerdebearbeitung aufgezeigt. Wie in den Vorjahren werden alle Versicherungssparten dargestellt. Dies soll dem Leser ermöglichen, jede Sparte über Jahre hinweg zu verfolgen und sich ein eigenes Bild von der Entwicklung aus der Perspektive der Beschwerdebearbeitung zu machen. Alle Berichte aus den Sparten enthalten die wichtigsten statistischen Angaben, die vorwiegenden Themen und Probleme einschließlich der Erläuterungen. Darüber hinaus werden eventuell vorhandene Besonderheiten dargestellt und die langfristige Entwicklung beschrieben, sofern dies von Interesse zu sein scheint.

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

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

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

Für die Beschwerdebearbeitung reicht es aber nicht aus, das Versicherungsvertragsrecht zu beherrschen. Es sind viele weitere Gebiete im Blick zu behalten, wie etwa die gesetzlichen Rahmenbedingungen von Riester- und Basisrentenverträgen. So muss bei der Prüfung, ob ein Beratungsfehler feststellbar ist, auf die Eignung des vermittelten Vertrages abgestellt werden. Dazu sind Kenntnisse der

spezifischen Produktmerkmale, aber auch der Förder- und Zertifizierungskriterien und deren praktischer Umsetzung im Zulassungsverfahren erforderlich. Eine Tendenz zur Komplexität ist seit einiger Zeit auch in den Bedingungswerken der einzelnen Versicherungssparten festzustellen, die nach der Deregulierung 1994 erst mit erheblicher Verzögerung einsetzte. Diese Aufzählung ließe sich noch weiter fortsetzen.

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

Ein weiterer Grund für den gestiegenen Aufwand liegt in den Beschwerdeanliegen selbst. Noch bis vor einigen Jahren machten einfache rechtliche Prüfungen oder notwendige Erläuterungen wegen grundlegender Fehlvorstellungen zu den verschiedenen Versicherungsprodukten einen großen Teil der Beschwerdebearbeitung aus. Heute finden sich solche mit wenig juristischem Aufwand zu bearbeitenden Beschwerden immer seltener. Dies bedeutet neben der begrüßenswerten größeren juristischen Herausforderung und Abwechslung in der Bearbeitung aber auch eine intensivere Recherche und ein umfangreicheres Studium von Entscheidungsgrundlagen sowie ggf. interne Abstimmungen, bevor ein Rechtsstandpunkt eingenommen werden kann. Eindeutig werden die Beschwerdeziele spezieller und es treten vermehrt Einzelfragen und Sonderprobleme auf. Den Ombudsmann erstaunt immer wieder, wie intensiv sich die Verbraucher zum Teil bereits mit der Materie beschäftigt haben. Sofern sie sich dabei zutreffende Kenntnisse angeeignet haben, kann dies durchaus die Arbeit des Ombudsmanns erleichtern. Wenn aber, und dies kommt nicht selten vor, Grundlegendes verkannt wurde, führt dies regelmäßig dazu, dass umso intensivere Überzeugungsarbeit geleistet werden muss.

- **Lebensversicherung**

Im Jahr 2013 erhielt der Ombudsmann 4.323 (Vorjahr: 3.818) zulässige Beschwerden zur Lebensversicherung, das entspricht 34,3 Prozent am Gesamteingang. Unter diesem Begriff werden eine Vielzahl von Vertragsarten zusammengefasst. Die aus Beschwerdesicht häufigsten sind kapitalbildende Lebens- bzw. Rentenversicherungen, danach kommen fondsgebundene Versicherungen sowie Riesterrentenversicherungen und Verträge zur betrieblichen Altersversorgung (bAV), gefolgt von Sterbegeldversicherungen, Basisrenten- und Restschuldversicherungen.

Der Anteil der Lebensversicherung am Beschwerdeaufkommen zeigt sich im langjährigen Vergleich als recht wechselhaft. Nach den Entscheidungen des BGH vom 12. Oktober 2005 zum Rückkaufswert und zum Stornoabzug erhöhte sich im Jahr 2006 der Anteil der Lebensversicherung auf 55,4 Prozent am gesamten Beschwerdeaufkommen. Danach war ein kontinuierlicher Rückgang zu

verzeichnen. Erst seit Dezember 2012 stiegen die Beschwerden wieder deutlich an. Dieser Trend setzte sich in den ersten Monaten des Berichtsjahres fort. Der Grund dafür ist in den Urteilen des BGH zum Rückkaufswert und zum Stornoabzug im Jahr 2012 zu sehen. Zu diesem Themenkreis wird ausführlich unter 2.2 berichtet.

Auch in diesem Berichtsjahr haben sich die Gründe für die Beschwerden in der Lebensversicherung nicht wesentlich verändert. Der Ombudsmann hatte sich wieder mit vielen Beschwerden über die Höhe von Ablaufleistungen zu befassen. Meist waren diese auf Unterschiede zwischen der bei Vertragsschluss prognostizierten und der tatsächlichen Entwicklung der Überschüsse zurückzuführen. Die Entscheidungen der Versicherer wurden sowohl in juristischer als auch in versicherungsmathematischer Hinsicht überprüft. Auch Beschwerden zu Anfechtungs- und Rücktrittserklärungen der Versicherer wegen Verletzung vorvertraglicher Anzeigepflichten (Falschbeantwortung von Gesundheitsfragen) erreichten den Ombudsmann.

Zahlreiche Beschwerdeführer machten eine Falschberatung geltend. Dabei spielten die sogenannten Umdeckungsfälle wiederholt eine Rolle. Kunden beschwerten sich darüber, der Vermittler habe zur Kündigung bestehender Verträge geraten. Der Abschluss neuer Verträge habe jedoch zu Nachteilen geführt, auf die sie nicht hingewiesen worden seien. In diesen Fällen war zu prüfen, ob der Vermittler nicht nur die Vorzüge des neuen Vertrages in den Vordergrund gestellt, sondern auch über die Nachteile der Beendigung bestehender Verträge (anderer Leistungsumfang, Stornokosten, erneute Gesundheitsprüfung und Abschlusskosten) informiert hatte oder sogar vom Neuabschluss hätte abraten müssen. Oft bereitete es dem Ombudsmann Schwierigkeiten, den Sachverhalt anhand der ihm vorliegenden Unterlagen, die gemäß seiner Verfahrensordnung in der Regel die alleinige Grundlage seiner Entscheidung bilden, aufzuklären. In Einzelfällen war eine Falschberatung aber so offensichtlich, dass er schon deshalb den Beschwerdeführern helfen konnte. In diesem Zusammenhang sei erwähnt, dass die Beratungsdokumentation in vielen Fällen unzureichend war. Hier konnte im Vergleich zu den Vorjahren weiterhin keine wesentliche Verbesserung festgestellt werden.

Nicht wenige Beschwerden betrafen Riester- und Basisrentenversicherungen. Damit setzte sich ein langjähriger Trend fort, der vermutlich nicht zuletzt auch auf die anhaltende Präsenz dieses Themas in den Medien zurückzuführen ist. Den Ombudsmann beschäftigten insoweit meist Beschwerden zu behaupteten Falschberatungen. Dabei ging es vor allem um Fragen zur Eignung des Produktes für den jeweiligen Versicherungsnehmer. Zum Beispiel beklagten einige Beschwerdeführer, dass ihnen eine Basisrentenversicherung (z. T. als Rüruprente bezeichnet) empfohlen worden sei, obwohl sie aufgrund ihres eher geringen Einkommens als Angestellte kaum steuerliche Förderungen nutzen können. Andererseits wurden Riesterverträge vermittelt, obwohl die Versicherten nicht zu dem geförderten Personenkreis zählten (vgl. auch im Jahresbericht 2010, Seite 26 ff.).

Wie in den Vorjahren richteten sich Beschwerden auch gegen die Zulagengewährung. Hierbei besteht die Besonderheit, dass es dem Versicherungsnehmer selbst obliegt, die bei der Zentralen Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) geführten Daten aktuell zu halten. Die ZfA übernimmt die Berechnung, Kontrolle, Auszahlung und ggf. Rückforderung von Zulagen und wendet sich dabei direkt an Finanzämter, Versicherer, Besoldungsstellen und Familienkassen. Der Einfluss und die Verantwortung der Versicherer sind bei diesem Verfahren begrenzt (Einzelheiten vgl. Jahresbericht 2012, Seite 24).

Außerdem beschwerten sich einige Versicherungsnehmer darüber, dass es bei der Kapitalübertragung ihrer Riesterrente auf einen anderen Anbieter zu Verzögerungen oder Unregelmäßigkeiten gekommen sei. Die Versicherer begründeten dies unter anderem mit Problemen bei der technischen Ausgestaltung des Verfahrens zur Ermittlung der sogenannten AA01-Daten nach § 11 Altersvorsorge-Durchführungsverordnung (AltvDV). Dabei müssen bei einem Anbieterwechsel bestimmte Werte ermittelt werden. Es geht hier vor allem um die Aufteilung des zu übertragenden Betrages in gefördertes und ungefördertes Kapital jeweils für die einzelnen Beitragsjahre. In Fällen, in denen sich die Versicherer bereiterklärten, den finanziellen Schaden, der aufgrund der verspäteten Kapitalübertragung entstand, auszugleichen, konnte der Streit auf diese Weise beigelegt werden.

In einigen Fällen war die Ermittlung der erforderlichen Daten besonders aufwändig oder schwierig, weil bereits zuvor eine Kapitalübernahme stattgefunden hatte. Die Versicherer sind in solchen Fällen nämlich unter Umständen auf die nachträgliche Übermittlung von Daten des Erstanbieters angewiesen. In einem Beschwerdeverfahren weigerte sich der Erstanbieter, die entsprechenden Daten zu übermitteln, weshalb der Versicherer das Kapital nicht auf den neuen Anbieter übertragen konnte. Nachdem der Versicherer den Erstanbieter über das laufende Ombudsmannverfahren informiert hatte, übermittelte dieser die fehlenden Daten, so dass der Kapitalübertragung auf den neuen Anbieter nichts mehr im Wege stand.

Immer noch zahlreich waren die Beschwerden zur Beteiligung an den Bewertungsreserven. Neben der Beanstandung zu niedriger Beteiligungsergebnisse äußerten viele Versicherungsnehmer ihren Unmut, wenn die während der Laufzeit unverbindlich genannten Prognosen der Reservenbeteiligung bei Vertragsende nicht erreicht wurden. Die Gründe hierfür können sehr vielfältig sein, oft lagen sie in der Volatilität dieser Reserven, also ihrer marktbedingten Schwankungsanfälligkeit. Aus diesem Grund haben manche Versicherer von modellhaften Angaben zur Beteiligung an den stillen Reserven in Wertmitteilungen oder Ablaufankündigungen Abstand genommen oder nennen gegebenenfalls nur die im Geschäftsplan vorgesehene Sockel- oder Mindestbeteiligung. Doch auch dies führte mitunter zu Beschwerden, weil für die Sockelbeteiligung häufig ein Teil des Schlussüberschusses verwendet wurde und so die Ablaufleistung trotz Einführung der Sockelbeteiligung nicht stieg oder weil die Umstellung der Darstellungsweise die Beschwerdeführer irritierte. Ohne Angabe der volatilen Anteile war die voraussichtliche Ablaufleistung im Vergleich zur vorherigen

Mitteilung nämlich deutlich niedriger, so dass die Beschwerdeführer befürchteten, die voraussichtliche Versicherungsleistung sei willkürlich gekürzt worden.

Diese Betrachtung zeigt einen Teil der Problematik, die mit den Bewertungsreserven verbunden ist. Für andere Aspekte kann auf die Vorjahresberichte 2011 (Seite 25) und 2012 (Seite 24) verwiesen werden. Diese Ausführungen, aber auch die immer wieder aufflammenden Diskussionen in den Medien zeigen, dass die Beteiligung der Versicherungsnehmer an den Bewertungsreserven nicht rundum geglückt ist. Die Entwicklung ist in der Höhe nicht verlässlich und der auf den jeweiligen Vertrag entfallende Anteil kann von den Versicherern nicht nachvollziehbar offengelegt werden (vgl. dazu die Ausführungen der Bundesregierung, Jahresbericht 2012, Seite 25). Beides führt zu Misstrauen der Versicherungsnehmer. Die öffentlichen Diskussionen darüber, ob die aus dem Verband ausscheidenden oder die darin verbleibenden Versicherungsnehmer unangemessen benachteiligt werden, tragen nicht zur Beruhigung bei.

Während es in den vergangenen Jahren immer wieder viele Beschwerden zu den Ratenzahlungszuschlägen gab, die der Ombudsmann aber wegen der Grundsätzlichkeit der strittigen Rechtsfrage unbeschieden lassen musste, war der Anteil dieser Beschwerden im Berichtsjahr unbedeutend. Dies ist darauf zurückzuführen, dass der BGH inzwischen in der Sache entschieden hat. In seinem Urteil vom 6. Februar 2013 (Az. IV ZR 230/12) führt er aus, dass eine vertraglich vereinbarte unterjährige Zahlung von Versicherungsprämien mit Ratenzahlungszuschlägen keine Kreditgewährung im Sinne des Bürgerlichen Gesetzbuches beziehungsweise der für Verbraucher-Darlehensverträge geltenden Vorschriften ist. Ein Anspruch auf Erstattung vereinbarter Ratenzahlungszuschläge besteht somit nicht.

Eine Besonderheit besteht im Ombudsmannverfahren, wenn der geltend gemachte Anspruch direkt oder indirekt Personen betreffen kann, die selbst nicht am Verfahren beteiligt sind. Verdeutlichen lässt sich dies am folgenden Beispiel: Will der Beschwerdeführer feststellen lassen, dass ihm die Todesfallleistung aus einer Lebensversicherung zusteht, ist es denkbar, dass noch weitere „Berechtigte“ in Betracht kommen. Entscheidend ist, wer als „Bezugsberechtigter“ bestimmt wurde. Das Bezugsrecht wird spätestens mit Eintritt des Versicherungsfalls unwiderruflich.

Hat der Versicherer die Todesfallleistung bereits an einen Dritten als Bezugsberechtigten ausgezahlt, kann es vorkommen, dass die Erben des Versicherungsnehmers die Erstattung des ausgezahlten Betrags an sich verlangen. Grundsätzlich fällt die Versicherungsleistung nach dem Tod des Versicherten nicht in seinen Nachlass, sofern eine bezugsberechtigte Person benannt ist. In der Regel liegt dem Bezugsrecht jedoch ein Schenkungsversprechen zugrunde. Hatte der Versicherer das Schenkungsangebot des Verstorbenen noch nicht an den Bezugsberechtigten übermittelt, dieser also noch keine Kenntnis von seiner Begünstigung, haben die Erben nach höchstrichterlicher Rechtsprechung die Möglichkeit, den Übermittlungsauftrag zu widerrufen.

Eine Entscheidung des Ombudsmanns könnte sich in solchen Fällen nachteilig auf die nicht am Beschwerdeverfahren beteiligten Dritten auswirken, die nicht einmal die Möglichkeit hatten, Stellung zur vorliegenden Beschwerde zu nehmen. Insoweit bliebe ihnen das verfassungsrechtlich garantierte „rechtliche Gehör" versagt. Die Verfahrensordnung sieht jedoch grundsätzlich nicht vor, neben dem Beschwerdeführer und dem Beschwerdegegner weitere Personen einzubeziehen.

Wie eingangs erwähnt, gehören zur Lebensversicherung auch Beschwerden der bAV. Es gibt verschiedene sogenannte „Durchführungswege". Diese sehen vorwiegend den Abschluss eines Lebens- oder Rentenversicherungsvertrages vor (Direktversicherung, Pensionskasse etc.). Versicherungsnehmer solcher Verträge während der Betriebszugehörigkeit ist regelmäßig nicht der versorgungsberechtigte und versicherte Arbeitnehmer, sondern dessen Arbeitgeber oder eine Unterstützungskasse. Nach Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses kann die Versicherungsnehmereigenschaft auf den Arbeitnehmer übergehen. Deshalb, aber auch weil arbeits-, sozialversicherungs- und versicherungsvertragsrechtliche Belange zu berücksichtigen sind, legt der Ombudsmann ein besonderes Augenmerk auf die Zulässigkeit der Beschwerden.

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

Auf hohem Niveau blieben Beschwerden gegen die Berechnungen betrieblich finanzierter Leistungen zur Meldung an die Krankenkassen. Viele dieser Verfahren scheiterten in der Zulässigkeitsprüfung, da die auf dieser Grundlage erhobenen Kassenbeiträge selbst sozialversicherungsrechtlicher Natur und damit nach Öffentlichem Recht zu beurteilen sind. Der Ombudsmann konnte den Beschwerdeführern nur die zulässigen Berechnungsmethoden erläutern und ihnen raten, sich im Widerspruchsverfahren an die gesetzliche Krankenkasse zu wenden. Beschwerden zum Versorgungsausgleich sind leicht zurückgegangen.

- **Rechtsschutzversicherung**

Zur Rechtsschutzversicherung erhielt der Ombudsmann im Berichtsjahr 2.138 (Vorjahr: 2.019) zulässige Beschwerden. Der Anteil am Gesamtbeschwerdeaufkommen ging zwar von 17,4 Prozent auf nun 16,9 Prozent zurück, wegen des insgesamt hohen Beschwerdeeingangs handelt es sich jedoch um den bisher höchsten Beschwerdeeingang in dieser Sparte. Damit bleibt die Rechtsschutzversicherung nach der Lebensversicherung mit deutlichem Abstand die Versicherungssparte, die den Ombudsmann am meisten beschäftigt.

Grundsätzlich soll der Rechtsschutzversicherte seine rechtlichen Interessen unbelastet von den potenziellen Rechtsverfolgungskosten wahrnehmen können. Der Versicherungsschutz setzt jedoch voraus, dass der Rechtsschutzfall im versicherten Zeitraum in einer versicherten Eigenschaft auf einem versicherten Rechtsgebiet und in einer speziellen Form eingetreten ist. So sind Rechtsbereiche wie Arbeits- oder Verkehrsrechtsschutz meistens nur dann abgedeckt, wenn dies ausdrücklich vereinbart wurde. Zudem kann der Versicherungsschutz für bestimmte Rechtsstreitigkeiten ausgeschlossen sein. Dies richtet sich nach den Allgemeinen Bedingungen für die Rechtsschutzversicherung (ARB) des jeweiligen Vertrages. Oftmals werden kostenträchtige Bereiche vom Versicherungsschutz ausgenommen. Dieser Gedanke liegt den Ausschlussklauseln zum Bau- und zum Spekulationsrisiko zugrunde.

Im Berichtsjahr haben die Beschwerden zum Themenkomplex, wann ein Rechtsschutzfall in zeitlicher Hinsicht vom Versicherungsschutz erfasst ist, weiterzugenommen. Die Frage, ob der Versicherungsfall in den versicherten Zeitraum fällt, bestimmt sich sowohl nach dem zugrundeliegenden Sachverhalt als auch nach rechtlichen Aspekten und ist oft schwierig zu beantworten. Eine bedeutsame Entscheidung zur zeitlichen Einordnung des Rechtsschutzfalls traf der BGH im Berichtsjahr (IV ZR 23/12 vom 24.04.2013). Es ging dabei um die Festlegung des sogenannten verstoßabhängigen Rechtsschutzfalls. Hierfür ist maßgebend, wann der Versicherte oder der Anspruchsgegner einen Verstoß gegen Rechtspflichten oder Rechtsvorschriften begangen hat oder haben soll. Nach dem Sachverhalt der BGH-Entscheidung trug der Versicherungsnehmer vor, in der Zeit vor Abschluss des Rechtsschutzvertrages bei Abschluss einer Lebensversicherung nicht wirksam über ein bestehendes Widerrufsrecht belehrt worden zu sein. Später widerrief er seine Willenserklärung mit der Begründung, wegen der Unwirksamkeit der Belehrung laufe die Widerrufsfrist nicht. Das erkannte die Gegenseite – nun innerhalb des versicherten Zeitraumes der Rechtsschutzversicherung – nicht an.

Der Rechtsschutzfall, so der BGH, sei in diesem Fall nicht die unterlassene Widerrufsbelehrung, sondern die Weigerung des Lebensversicherers, das Widerspruchsrecht des Versicherungsnehmers anzuerkennen, da dieser „(…) sein Begehren nach Rechtsschutz von vornherein mit dem Vorwurf begründet, der Lebensversicherer bestreite vertrags- und insbesondere europarechtswidrig seine Berechtigung, dem Abschluss des Lebensversicherungsvertrages noch zu widersprechen. (…) Der Rechtskonflikt war bei Abschluss des Lebensversicherungsvertrages im Jahre 1995 noch nicht (…) vorprogrammiert. Der Kläger verfolgt einen Bereicherungsanspruch, der erst mit Ausübung seines Widerspruchsrechts (…) entstanden sein kann. Dass der Lebensversicherer bei Vertragsschluss (…) Vorgaben missachtet und bei Übersendung der Versicherungspolice nicht ordnungsgemäß über das Widerspruchsrecht belehrt hatte, wirft der Kläger ihm nicht als Pflichtenverstöße vor, die (…) durch eine Ersatzleistung des Versicherers kompensiert werden müssten. Dem Kläger geht es auch nicht darum, nachträglich die Übergabe der bei Vertragsschluss vermissten Verbraucherinformationen durchzusetzen, er möchte vielmehr den Versicherungsvertrag rückabwickeln (…)

und dazu geltend machen, ihm sei das (…) eröffnete Gestaltungsrecht (Widerspruchsrecht) erhalten geblieben."

Die Entscheidung des BGH wurde seit einiger Zeit erwartet (vgl. Jahresbericht 2012, Seite 29). Wenn gleichwohl steigende Fallzahlen beim Ombudsmann zu verzeichnen sind, könnte dies ein Hinweis dafür sein, dass die umstrittene Rechtsfrage nicht endgültig geklärt wurde, weshalb sich eine genaue Betrachtung des Problembereichs lohnt. Als mögliche Zeitpunkte für die zeitliche Einordnung des Rechtsschutzfalls kommen in Frage: die (fehlerhafte) Belehrung oder das (unberechtigte) Abstreiten des Widerrufsrechts. Beide Varianten kommen im geschilderten Sachverhalt vor und sind typisch; beide Varianten erfüllen das Erfordernis des Rechtsverstoßes. Somit kommt es darauf an, welche Variante der Prüfung zugrunde zu legen ist. Dies richtet sich nach der gefestigten Rechtsprechung des BGH allein nach dem Tatsachenvortrag des Versicherungsnehmers. Dieser muss nach der Rechtsprechung (1.) einen objektiven Tatsachenkern enthalten, mit dem er (2.) seinem Gegner einen Rechtsverstoß anlastet und worauf er dann (3.) seine Interessenwahrnehmung stützt.

Für den Versicherungsnehmer bzw. seinen Rechtsanwalt besteht nun die Notwendigkeit, ein Ereignis für den Tatsachenvortrag auszuwählen. Dies kann entweder der frühere Zeitpunkt sein, zu dem der Versicherungsnehmer vorträgt, die Belehrung sei fehlerhaft, also rechtswidrig gewesen. Er kann als Rechtsschutzfall aber auch das Abstreiten des Widerrufsrechts als rechtswidrig angeben, da es wegen der fehlerhaften Belehrung noch bestehe. Wofür er sich entscheidet, ist insbesondere in den Fällen von Bedeutung, in denen ein Ereignis innerhalb des versicherten Zeitraums, das andere außerhalb liegt. Dann kann der Versicherungsnehmer oder sein Rechtsanwalt mittels Tatsachenvortrag unter Umständen über den Versicherungsschutz bestimmen. Sofern die Folgen erkannt werden, dürfte die Entscheidung so getroffen werden, wie sie dem Versicherungsnehmer vorteilhaft erscheint. Bei nicht kundigen Versicherungsnehmern ist zu erwarten, dass das Bestehen von Versicherungsschutz vom Zufall abhängt.

Der durch die Rechtsprechung geschaffene Spielraum erscheint nicht ganz unproblematisch. Ob und, wenn ja, mit welchen Abgrenzungen sich ein solches „Wahlrecht" des Versicherungsnehmers zur gefestigten Rechtsprechung entwickelt, werden künftige Entscheidungen des BGH zeigen.

Eine ähnliche Frage stellte sich in einem Beschwerdefall, dem ein Dauerschuldverhältnis zugrunde lag. Dieses wurde vor dem Rechtsschutzvertrag begründet. In der rechtsschutzversicherten Zeit kam es zu einer Streitigkeit, die ihre Ursache in tatsächlich oder behauptet unwirksamen Vertragsklauseln hatte. Die Frage, ob als maßgeblicher Verstoß auf den Abschluss des Vertrages abzustellen ist oder auf den Zeitpunkt, zu dem sich ein Vertragspartner auf die (angeblich) unwirksame Klausel beruft, lag ebenfalls dem BGH vor. Die Revision wurde jedoch vor der Entscheidung zurückgenommen, nachdem der BGH seine Tendenz (maßgeblich sei möglicherweise allein die vom Versicherungsnehmer behauptete Pflichtver-

letzung) geäußert hatte. Eine solche Tendenzmitteilung lässt jedoch nur die vorläufige Rechtsauffassung des Gerichts erkennen und entfaltet keine Rechtskraft. Deshalb war der Ombudsmann im Berichtsjahr durchaus dabei erfolgreich, in entsprechenden Fällen einvernehmliche Lösungen zu vermitteln.

Der im Vorjahr zu verzeichnende rückläufige Trend von Beschwerden im Zusammenhang mit einem Versichererwechsel (Jahresbericht 2012, Seite 29) hat sich auch im Berichtsjahr fortgesetzt. Erwähnenswert ist, dass alle abschließend geprüften Beschwerden zur Frage der Anwendbarkeit des § 4 a Absatz 1 b) ARB berechtigt waren. Nach dieser Klausel ist die Eintrittspflicht des Nachversicherers ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Meldung des Rechtsschutzfalls beim Vorversicherer vorsätzlich oder grob fahrlässig versäumt hat. Dies konnte bei keiner der einschlägigen Beschwerden festgestellt werden. Selbst wenn der Versicherungsnehmer keinen Entschuldigungsnachweis für die Säumnis der Nachmeldefrist erbringen kann, reicht das nicht für die Annahme aus, dass er diese grob fahrlässig versäumt hat. Hierfür ist es in der Regel erforderlich, dass dem Versicherungsnehmer die Nachmeldefrist bekannt war und er trotz positiven Wissens darüber, dass und wann ein Rechtsschutzfall eingetreten ist, seiner Anzeigeobliegenheit beim Vorversicherer aus völlig unverständlichen Gründen nicht nachgekommen ist. Da die Versicherer in den betreffenden Beschwerden zur groben Fahrlässigkeit nichts oder nicht ausreichend vorgetragen hatten, konnte der Ombudsmann Abhilfen erreichen.

Ein weiterer Schwerpunkt betraf erneut die Anwendbarkeit von Risikoausschlüssen. Da diese bestimmte Bereiche aus grundsätzlich versicherten Streitigkeiten vom Versicherungsschutz ausschließen, birgt dies ein hohes Beschwerdepotenzial. Besonders betroffen war einmal mehr der sogenannte Baurisikoausschluss. Hier hatte sich der Ombudsmann etwa mit der Frage zu beschäftigen, ob es sich um ein von der Beschwerdeführerin „nicht selbstgenutztes Grundstück oder Gebäude“ handelt, wenn diese das von ihr erworbene Wohnhaus als Lagerraum nutzt und der Garten zu Erntezwecken sowie zur Erholung und zum Grillen dient. Mit Blick auf die Auslegungsgrundsätze von Allgemeinen Versicherungsbedingungen hat der Ombudsmann die Ansicht vertreten, dass nach dem Verständnis eines durchschnittlichen Versicherungsnehmers der Risikoausschluss nur dann eingreifen soll, wenn das Grundstück überhaupt nicht selbst – zu welchem Zweck auch immer – genutzt, sondern zum Beispiel vermietet wird.

Im Zusammenhang mit der ebenfalls besonders beschwerdeträchtigen Wertpapierausschlussklausel hat der BGH insoweit im Berichtsjahr Klarheit geschaffen, als er die „Prospekthaftungsklausel“ und die „Effektenklausel“ in dem Wertpapierrisikoausschluss wegen Intransparenz für unwirksam erklärt hat. Da der Ombudsmann vor dieser Klärung mehrere einschlägige Beschwerden wegen rechtsgrundsätzlicher Bedeutung unbeschieden lassen musste, regte er bei den Versicherern unter Hinweis auf diese Urteile eine nachträgliche Abhilfe an. Dem kamen diese erfreulicherweise nach.

Wie im Vorjahr gab es erneut viele Beschwerden zu der Frage, ob die Wahrnehmung rechtlicher Interessen im Zusammenhang mit einer selbständigen Tätigkeit stand und daher vom Privatrechtsschutz ausgenommen war. Auch wenn es dabei „nur“ um die Beantwortung der Fragen geht, ob eine selbständige Tätigkeit vorliegt und die rechtliche Interessenwahrnehmung mit dieser im Zusammenhang steht, wirft die Abgrenzung zwischen dem Privatbereich und der selbständigen Tätigkeit immer wieder Streitfragen auf, was auch durch die äußerst umfangreiche – und nicht immer einheitliche – Rechtsprechung belegt wird. Im Zusammenhang mit der Einordnung einer sozialrechtlichen Streitigkeit musste sich der Ombudsmann zu der Frage äußern, ob die Gewährung des Gründungszuschusses vom Privatrechtsschutz gedeckt war. Auch wenn diese von der Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit abhängen mag, spricht doch vieles dafür, dass der Privatbereich betroffen ist. Denn letztlich ist der Gründungszuschuss nichts anderes als das übliche Arbeitslosengeld, verbunden mit einer monatlichen Pauschale zur sozialen Absicherung.

Einen weiteren Themenkomplex bildeten Beschwerden über die Höhe der abgerechneten Rechtsanwaltsgebühren. Regelmäßig prüft der Ombudsmann in diesen Fällen, ob der Versicherer den versicherungsrechtlichen Anspruch des Beschwerdeführers dadurch erfüllt hat, dass er ihn von den Gebühren freistellt, die er für berechtigt hält, und ihm im Übrigen Versicherungsschutz für den Fall zusagt, dass er von seinem Rechtsanwalt darüber hinaus in Anspruch genommen wird. Ist das der Fall, erläutert der Ombudsmann dem Beschwerdeführer, dass die Wahl des Versicherers, dem Anspruch auf Rechtsschutz in Form einer Leistungszusage für den Fall der gebührenrechtlichen Inanspruchnahme durch den Rechtsanwalt nachzukommen, im Ombudsmannverfahren nicht überprüfbar ist, soweit sichergestellt ist, dass der Versicherungsnehmer im Schadenfall von sämtlichen Kosten der Rechtsverfolgung freigestellt wird.

- **Kfz-Versicherung**

Die Kraftfahrzeugversicherung gehört seit der Tätigkeitsaufnahme der Schlichtungsstelle zu den Sparten mit höheren Eingängen. Im Berichtsjahr erhielt der Ombudsmann 1.440 (Vorjahr: 1.388) zulässige Beschwerden. Dies entspricht einem Anteil am Gesamtbeschwerdeaufkommen von 11,4 (11,9) Prozent. Die Eingaben betreffen hauptsächlich Verträge zur Kfz-Haftpflicht- und zur Kaskoversicherung. Aber auch Beschwerden zur Schutzbrief- und zur Insassenunfallversicherung fallen unter die Kfz-Versicherung.

Auf die Kfz-Haftpflichtversicherung entfielen 856 (877) der zulässigen Beschwerden, dies entspricht 6,8 (7,5) Prozent am Gesamteingang. Die Kfz-Haftpflichtversicherung ist eine gesetzlich vorgeschriebene Pflichtversicherung für zulassungspflichtige Fahrzeuge. Sie schützt Führer und Halter von Fahrzeugen vor Schadensersatzansprüchen Dritter. Auch ohne eigenes Verschulden kann der Fahrzeughalter haftbar sein, da der Gesetzgeber im Straßenverkehrsgesetz eine Gefährdungshaftung vorgesehen hat. Danach haftet der Halter eines Fahrzeugs für sämtliche Personen- und Sachschäden, die beim Betrieb entstehen. Der Geschädigte muss nicht direkt gegen die Fahrzeug-

verantwortlichen vorgehen, denn aufgrund des Pflichtversicherungsgesetzes entsteht ein Direktanspruch gegen den Versicherer des Schädigerfahrzeugs.

Die Hauptthemen haben sich im Berichtsjahr im Vergleich zu den vorangegangenen Jahren nicht verändert. Maßgeblich geht es zum einen um Beschwerden im Zusammenhang mit den Schadenfreiheitsklassen. Hier können die Einstufung oder die Übertragung auf den Nachversicherer im Streit sein. Zum anderen beschweren sich Versicherungsnehmer, wenn sie von ihrem Versicherer wegen der Verletzung von Obliegenheiten in Regress genommen werden oder dieser im Rahmen des vom Geschädigten geltend gemachten Direktanspruchs den Schadenfall – aus Sicht des Beschwerdeführers zu Unrecht – reguliert.

Den Beschwerden zur Einstufung in eine bestimmte Schadenfreiheitsklasse liegt häufig die Einstufung eines Vertrages nach einem Versichererwechsel zugrunde. Da Versicherer oftmals Sondereinstufungen vornehmen, an den Nachversicherer hingegen nur die tatsächliche Anzahl an schadenfrei gefahrenen Jahren bestätigten, kommt es hierbei häufig zu einer nachträglichen Berichtigung der vom Versicherungsnehmer beantragten Schadenfreiheitsklasse. Dass dem Vorvertrag eine Sondereinstufung zugrunde lag, die bei einem Versichererwechsel nicht weitergegeben wird, ist den Beschwerdeführern zumeist nicht bekannt. Bei einem Versichererwechsel geben sie deshalb in der Regel die Schadenfreiheitsklasse an, welche sich aus der letzten Beitragsrechnung ergibt. Da diese bei einer vorgenommenen Sondereinstufung nicht den tatsächlich schadenfrei gefahrenen Jahren entspricht, führt dies dann zu einer Änderung der Schadenfreiheitsklasseneinstufung durch den Nachversicherer, nachdem dieser vom Vorversicherer die entsprechende Auskunft erhalten hat. Darüber hinaus sind die Unstimmigkeiten auch oft auf unterschiedliche Schadenfreiheitsklassentabellen der Versicherer zurückzuführen, was erst bei einem Wechsel deutlich wird. So kann die Schadenfreiheitsklassentabelle eines Versicherers als höchste Einstufung die Klasse 36 vorsehen, die Tabelle des Nachversicherers hingegen nur maximal die Schadenfreiheitsklasse 26.

Bei Beschwerden, in denen der Versicherer wegen einer Obliegenheitsverletzung einen Regressanspruch gegenüber seinem Versicherungsnehmer oder der mitversicherten Person geltend macht, geht es hauptsächlich um das unerlaubte Entfernen vom Unfallort. Die Versicherungsbedingungen sehen hierzu vor, dass der Versicherungsnehmer bei einem Schadenfall nach Kräften bei der Aufklärung des Sachverhalts mitwirken muss (siehe dazu auch die nachfolgenden Ausführungen zur Kfz-Kaskoversicherung). Nach ständiger Rechtsprechung gehört dazu, am Unfallort zu warten, damit alle Aspekte des Unfallgeschehens festgestellt werden können. Die Besonderheit bei Obliegenheitsverletzungen in der Kfz-Haftpflichtversicherung ist dabei, dass der Versicherer in solchen Fällen an den Geschädigten leisten muss, er jedoch den Versicherungsnehmer beziehungsweise die mitversicherte Person in Regress nehmen darf.

Schließlich wenden sich viele Versicherungsnehmer gegen die Regulierung eines Kfz-Haftpflichtschadenfalls mit der Begründung, dass der Versicherer den Scha-

denfall zu Unrecht oder nicht in der richtigen Höhe reguliert habe. Dem Versicherer steht in der Kfz-Haftpflichtversicherung nach der gefestigten Rechtsprechung eine umfassende Regulierungsvollmacht zu. Daher ist für die Beurteilung solcher Beschwerdefälle maßgebend, ob dem Versicherer Willkür oder völlig unsachgemäßes Handeln vorzuwerfen ist. Dies ist in den seltensten Fällen zutreffend.

Im Berichtsjahr betrafen 584 zulässige Beschwerden die Kfz-Kaskoversicherung einschließlich der Schutzbrief- und Insassenunfallversicherung (Vorjahr: 511). Dies stellt 4,6 (4,4) Prozent des Gesamtaufkommens aller zulässigen Beschwerden dar. Eine wesentliche Änderung der Hauptthemen war wiederum nicht zu verzeichnen.

Viele Beschwerdeführer wandten sich an den Ombudsmann, weil der Kaskoversicherer entweder nach einem Diebstahl des Fahrzeugs überhaupt keine Leistung erbringen wollte oder angesichts des Umstands, dass ausschließlich nicht versicherte Gegenstände aus dem Fahrzeug entwendet wurden, nur zur Regulierung über die Vollkaskoversicherung bereit war. Da dies die Vertragsbelastung und damit die Beitragssteigerung auslöst, bevorzugen die Versicherungsnehmer Leistungen aus der Teilkaskoversicherung. Der Ombudsmann bemüht sich schon seit einiger Zeit und nicht ohne Erfolg, hier Vergleiche zu vermitteln, wenn es keine konkreten Anhaltspunkte dafür gibt, dass nur nicht versichertes Gepäck oder sonstige, von außen sichtbare Gegenstände gestohlen werden sollten. Die Rechtsprechung ist in diesem Zusammenhang nicht einheitlich. Insofern wird auf die Ausführungen im Jahresbericht 2011, Seite 31, verwiesen.

Oft betrafen die Beschwerden die Frage, ob der Versicherer die Entschädigungshöhe richtig ermittelt hat. Hierfür sind der Wiederbeschaffungswert des beschädigten oder entwendeten Fahrzeugs beziehungsweise die für eine Reparatur erforderlichen Kosten maßgeblich. Immer wieder wurden Zweifel an der Objektivität der vom Versicherer beauftragten Sachverständigen geäußert. Einige Versicherer kürzten die erstattungsfähigen Reparaturkosten auch anhand sogenannter Prüfberichte. Die Probleme liegen hier in der Regel nicht im rechtlichen Bereich, sondern müssten in einem Sachverständigenverfahren weiter geklärt werden. Wenn aber zum Beispiel Widersprüche im Gutachten erkennbar oder konkrete Nachfragen des Beschwerdeführers unbeantwortet geblieben sind, fragt der Ombudsmann beim Versicherer nach und wirkt gegebenenfalls auf einen Vergleich hin. Hierzu wurde schon im Jahresbericht 2012, Seite 33, Stellung genommen.

Für die Entschädigungshöhe spielt auch die Umsatzsteuer eine Rolle. Die Bedingungen enthalten üblicherweise eine Regelung, wonach die Steuer nur erstattet wird, wenn und soweit sie bei der vom Versicherungsnehmer gewählten Schadenbeseitigung tatsächlich angefallen ist. Bei einer fiktiven Abrechnung auf der Grundlage eines Gutachtens bleibt der Steueranteil demnach unberücksichtigt. Erhebliche Auswirkungen kann dabei die Frage haben, ob ein vergleichbares Fahrzeug überwiegend auf dem Privatmarkt oder bei Händlern gehandelt wird. Bei einem Kauf von privat fällt keine Umsatsteuer an; insofern kann der Wieder-

beschaffungswert nicht in brutto und netto unterschieden werden. In einem Fall hatte der Sachverständige durch eine standardmäßige Berechnung des rechnerischen „Nettowiederbeschaffungswerts“ aus dem auf dem Privatmarkt ermittelten Wiederbeschaffungswert eine längere, letztlich überflüssige Diskussion mit dem Versicherungsnehmer über die Art der Besteuerung (Differenz- oder Regelbesteuerung) und die Höhe der erstattungsfähigen Umsatzsteuer bei einer Ersatzbeschaffung ausgelöst.

Ein Versicherer vertrat seit längerem die Ansicht, dass die bei der Anschaffung eines Ersatzfahrzeugs angefallene Steuer nicht zu ersetzen sei, wenn der Versicherungsnehmer insgesamt weniger aufwendet als den Nettowiederbeschaffungswert bezogen auf das frühere Fahrzeug. Schaffe sich der Versicherungsnehmer ein Fahrzeug an, das preislich zwischen dem Netto- und dem Bruttowiederbeschaffungswert des früheren Wagens liege, dann sei die Umsatzsteuer anteilig bis zur Höhe des investierten Gesamtbetrags zu ersetzen. Der Ombudsmann konnte sich dieser Ansicht nicht anschließen, denn sie widersprach den Versicherungsbedingungen, wie sie ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer versteht. Der Versicherer hatte allerdings auf Anregung des Ombudsmanns schon im Jahr 2011 den Antrag auf Durchführung eines Musterverfahrens gemäß § 8 Absatz 4 VomVO gestellt, so dass eine Entscheidung im Ombudsmannverfahren nicht erfolgen konnte. Das Musterverfahren führte nicht zu der erhofften Klärung der streitigen Fragen. In der ersten Instanz wies das Amtsgericht die Klage des Beschwerdeführers ab, ohne auf die relevanten rechtlichen Probleme einzugehen. Vor dem Berufungsgericht wurde in der mündlichen Verhandlung, die im Berichtsjahr stattfand, ein Vergleich geschlossen. Obwohl das Musterverfahren ohne Klärung der Streitfrage endete, erklärte sich der Versicherer bereit, seine bisherige Regulierungspraxis im Sinne der Auffassung des Ombudsmanns zu ändern.

Wie in den letzten Jahren betrafen Beschwerden häufig die sogenannte Werkstattbindung. Ist dies vertraglich vereinbart, hat der Versicherungsnehmer sich im Schadenfall zumindest telefonisch mit seinem Versicherer in Verbindung zu setzen, um die Möglichkeiten der Reparatur durch eine Partnerwerkstatt zu prüfen. Tut er das nicht, muss er den Abzug hinnehmen, der nach den Bedingungen bei einer Schadenbeseitigung durch eine andere Werkstatt zum Tragen kommt. Manchmal sind die Versicherungsbedingungen in diesem Zusammenhang aber auch überraschend. Hat der Versicherungsnehmer bei Abschluss des Vertrages keinen Tarif mit Werkstattbindung gewählt, dann rechnet er auch nicht mit Abzügen, wenn er einen Glasbruchschaden in einer von ihm ausgesuchten Werkstatt reparieren lässt. Ist im Vertrag eine solche Werkstattbindung nur für bestimmte Deckungsbereiche (etwa Glasbruch) vorgesehen, muss der Versicherungsnehmer bei Vertragsschluss darauf ausdrücklich hingewiesen werden. Besonders nachteilig wird eine Werkstattbindung für den Versicherungsnehmer, wenn bedingungsgemäß nicht nur die Reparaturrechnung der Nichtpartnerwerkstatt gekürzt werden kann, sondern bei einer fiktiven Abrechnung auch der Kostenvoranschlag der vom Versicherer vermittelten Werkstatt. Durch solche Regelungen wird der Versicherungsnehmer faktisch zu einer Reparatur in der Vertragswerk-

statt gezwungen, denn er erhält angesichts der gekürzten, von vornherein schon niedriger kalkulierten Kosten der Partnerwerkstatt keinen vollen Ausgleich für seinen Schaden am Fahrzeug. Nachdem der Ombudsmann in einem solchen Fall Zweifel an der Wirksamkeit entsprechender Versicherungsbedingungen geäußert hatte, half der Versicherer der Beschwerde ab.

Im Rahmen der Beschwerdebearbeitung wurde festgestellt, dass eine Werkstattbindung auch zu folgendem Problem führen kann: Der Versicherungsnehmer meldet den Schaden telefonisch seinem Versicherer. Dieser veranlasst, dass sich eine seiner Partnerwerkstätten bei dem Versicherungsnehmer meldet. Dort wird das Fahrzeug von einem Sachverständigen, den der Versicherer beauftragt hat, begutachtet. Es kommt zu einer Reparaturfreigabe durch den Sachverständigen oder den Versicherer. Das Fahrzeug wird von der Partnerwerkstatt repariert. Nach Rechnungslegung lehnt der Versicherer eine Regulierung dann aber ganz oder teilweise ab. Der Grund dafür kann darin liegen, dass bei der Reparatur Zweifel an dem geschilderten Schadenereignis entstanden sind oder die Werkstatt ein Neugerät, zum Beispiel ein Navigationsgerät, eingebaut hat, nach den Bedingungen aber nur der Wiederbeschaffungswert zu ersetzen ist. Aus der Sicht des Versicherungsnehmers ist diese Ablehnung im Nachhinein nicht verständlich. Da der Versicherer die Werkstatt vermittelt, gehen viele Versicherungsnehmer davon aus, dass der Versicherer die Reparatur des Fahrzeugs beauftragt. Zwar unterschreiben Versicherungsnehmer häufig eine schon vorbereitete Auftragserteilung, deren Bedeutung tritt aber zurück angesichts des Eindrucks, dass der Versicherer und seine Partnerwerkstatt Hand in Hand arbeiten. Hier kann nur eine klare Kommunikation des Versicherers mit dem Versicherungsnehmer bewirken, dass Missverständnisse vermieden werden. Schützenswert ist der Versicherungsnehmer in jedem Fall in seiner Erwartung, dass die wesentlichen Schritte zwischen Versicherer und Partnerwerkstatt abgestimmt sind. Hier kann das obige Beispiel mit dem gestohlenen Navigationsgerät aufgegriffen werden: Die Regulierung solcher Fälle führt immer wieder zu Problemen (siehe hierzu Jahresbericht 2012, Seite 34, und Jahresbericht 2011, Seite 32), was den Werkstätten, insbesondere aber auch den Versicherern bekannt ist. Wenn die Werkstatt ohne Rücksprache ein neues Navigationsgerät einbaut und keine grundsätzliche Abstimmung zwischen dem Versicherer und seiner Partnerwerkstatt bezüglich der Verwendung von Neu- und Gebrauchtgeräten erfolgt ist, wäre es unbillig, die Folgen allein dem Versicherungsnehmer aufzubürden. In einem entsprechenden Fall verhalf der Ombudsmann dem Beschwerdeführer dazu, dass der gesamte Neupreis erstattet wurde.

Auch die auf eine Obliegenheitsverletzung gestützte vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers war immer wieder Beschwerdegegenstand. Ein Versicherer vertrat in mehreren Fällen die Ansicht, dass bei einem unerlaubten Entfernen vom Unfallort, das gleichzeitig eine Verletzung der vertraglich vereinbarten Aufklärungsobliegenheiten darstellen kann, grundsätzlich von einem arglistigen Verhalten des Versicherungsnehmers auszugehen sei (siehe hierzu auch bei der Kfz-Haftpflichtversicherung). Teilweise war aber nach Aktenlage unklar, ob ein Fremdschaden entstanden und der Versicherungsnehmer überhaupt

verpflichtet gewesen war, die Polizei zu benachrichtigen. Der Ombudsmann ließ sich auf pauschale Beurteilungen nicht ein, sondern prüfte für jeden Einzelfall, ob die Voraussetzungen für eine Leistungsbefreiung vorlagen. Zwar konnten die Umstände der Schadenfälle in dem vereinfachten Verfahren nicht immer abschließend geklärt werden. In Zweifelsfällen ließen sich aber Vergleiche erreichen, welche die Aktenlage und die Beweislastverteilung angemessen berücksichtigten.

In den Bedingungen ist auch geregelt, dass der Versicherungsnehmer einen Wildschaden, der einen bestimmten Betrag übersteigt, unverzüglich bei der Polizei anzeigen muss. Ein Versicherer kürzte unter Berufung auf eine grob fahrlässige Verletzung dieser Obliegenheit seine Leistung in mehreren Fällen um 50 Prozent. Anders als bei einem Unfall mit Fremdschaden, bei dem jeder weiß, dass er am Unfallort verbleiben und gegebenenfalls die Polizei benachrichtigen muss, ist die hier maßgebliche Obliegenheit aber weniger bekannt. Insofern kann nicht ohne konkrete Anhaltspunkte von Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit ausgegangen werden, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeige unterlässt. In den Beschwerdefällen konnten letztlich Abhilfen erreicht werden.

- **Unfallversicherung**

Beschwerden zur privaten Unfallversicherung machten im Berichtsjahr mit 994 (Vorjahr: 846) zulässigen Eingaben einen Anteil von 7,9 (7,3) Prozent des Beschwerdeaufkommens aus. Damit wurde der deutliche Rückgang des Vorjahres nicht nur ausgeglichen, die zulässigen Beschwerden in dieser Sparte liegen jetzt sogar wieder höher als 2010 und 2011.

Der Unfallversicherer ist eintrittspflichtig, wenn durch einen Unfall die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt wird. Geleistet wird durch einen Kapitalbetrag oder in Form einer lebenslangen Rente. Ein typischer Versicherungsfall ist die Invalidität, die nach der vertraglich vereinbarten Gliedertaxe bemessen wird. Ferner sind Todesfallleistung und Krankenhaustagegeld üblich. Außerdem können zum Beispiel kosmetische Operationen, Bergungskosten oder Kurbeihilfe vereinbart sein.

Neben den Standardverträgen bieten die Versicherer für einzelne Gruppen von Versicherungsnehmern Verträge an, die im Versicherungsschutz abweichen. Solche Personengruppen sind zum Beispiel Kinder und Jugendliche, aber auch Selbständige (Tagegeldversicherung) oder Senioren (Assistance-Leistungen nach einem Unfall oder bei bestimmten Krankheiten).

Der Begriff des Unfalls wird im VVG definiert als ein plötzlich von außen auf den Körper der versicherten Person wirkendes Ereignis, durch das sie unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet (§ 178 Absatz 2 Satz 1). Die Versicherungsunternehmen erweitern den Versicherungsschutz regelmäßig auf Fälle, bei denen aufgrund einer erhöhten Kraftanstrengung – also ohne plötzliche Einwirkung von außen – an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Kapseln oder Bänder zerreißen (erweiterter Unfallbegriff).

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

Wie schon im Vorjahr (vgl. Jahresbericht 2012, Seite 37) nahmen auch im Jahr 2013 die Beschwerden zu den Vertragsmodellen für bestimmte Personengruppen zu. Bei den Senioren-Unfallverträgen dürfte ein Grund dafür in den Vertragsbedingungen zu finden sein, die wegen der Assistance-Leistungen oft umfangreich und wenig übersichtlich sind.

Als Folge sind der Vertragsinhalt und insbesondere der Versicherungsschutz nicht ohne weiteres ersichtlich. Ansonsten waren die Themenschwerpunkte im Vergleich zum Vorjahr unverändert. Überwiegend gab es Meinungsverschiedenheiten im Bereich der Schadenfälle und dort insbesondere zur Abrechnung von Kapitalleistungen infolge einer unfallbedingt eingetretenen Invalidität. Schwerpunkt innerhalb dieser Thematik war, wie in den Vorjahren, der Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfall und der Invalidität. In vielen Fällen konnte den Rechtsuchenden zu nichts Zählbarem verholfen werden, weil keine Anhaltspunkte bestanden, dass die ärztlichen Feststellungen, auf die der Versicherer seine Regulierungsentscheidung stützte, fehlerhaft waren. Eine Begutachtung ist im Ombudsmannverfahren nicht vorgesehen. Allerdings gelang es in Zweifelsfällen häufig, insbesondere bei widerstreitenden ärztlichen Befunden, eine Vergleichs- oder Kulanzlösung zu erreichen.

Im Vergleich zu den Vorjahren nahm der Anteil an Beschwerden zu Vertragsfragen leicht ab. Insbesondere gingen Eingaben zu Kündigungswünschen wegen aufgetretener finanzieller Probleme zurück. Etwas zugenommen haben die Beschwerden, in denen Versicherungsnehmer von Unfallversicherungsverträgen mit Beitragsrückgewähr die Überprüfung von Rückkaufswerten und Überschussanteilen in Anlehnung an die BGH-Rechtsprechung zur Kapitallebensversicherung (vgl. unter 2.2) wünschten. Da diese Entscheidungen bestimmte Klauseln in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Lebensversicherung betrafen, die nicht gleichlautend mit den Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen sind, konnte den Beschwerdeführern nur die Rechtslage erläutert werden.

- **Gebäudeversicherung**

Der Anteil der zulässigen Beschwerden in der Wohngebäudeversicherung ist mit 905 (Vorjahr: 950) zulässigen Beschwerden erneut gesunken und entspricht nun 7,2 (8,2) Prozent aller zulässigen Eingaben. Interessant ist der Vergleich mit den um die unzulässigen Beschwerden ergänzten Vorgängen. Diese lagen mit 1.230 Eingaben hingegen höher als im Vorjahr (1.153). Der wesentliche Grund für die Zunahme der unzulässigen Beschwerden liegt darin, dass viele Beschwerdeführer ihren Anspruch gegenüber dem Versicherer noch nicht angemeldet hatten oder der Versicherer über den Anspruch noch nicht entschieden hatte.

Die Standardabsicherung in der Gebäudeversicherung umfasst Schäden durch Brand, Blitzschlag und Explosion, Leitungswasser- und Rohrbruchschäden sowie Schäden durch Sturm oder Hagel. Darüber hinaus gehört die Absicherung gegen blitzbedingte Überspannungsschäden üblicherweise zum Versicherungsschutz. Häufig sind auch Elementarschäden oder besondere Kosten versichert, die durch Versicherungsfälle entstehen (zum Beispiel Wasser- und Stromkosten oder Kosten für die Beseitigung sturmbedingt umgestürzter Bäume).

Die Art der Schäden, die Gegenstand der Beschwerdeverfahren waren, haben sich nach Schwerpunkten und Häufigkeit im Vergleich zum Vorjahr nicht verändert. Nach wie vor führen Sturm-, Leitungswasser- und Rohrbruchschäden sowie Schäden durch blitzbedingte Überspannung am häufigsten zu Beschwerden. Streitigkeiten zur Feuerversicherung kamen dagegen seltener vor, was damit zusammenhängen dürfte, dass die Schäden oft über 100.000 Euro und damit außerhalb der Zuständigkeit des Ombudsmanns liegen.

Die Beschwerden der Versicherungsnehmer über die ihrer Ansicht nach unzureichende Regulierung von Schäden machten auch in diesem Berichtsjahr einen wesentlichen Anteil am Gesamtaufkommen aus. Versicherungsnehmer konnten oft den Einwand der Unterversicherung nicht nachvollziehen. Auch die vom Versicherer angesetzte oder ermittelte Schadenhöhe führte häufig zu Unzufriedenheit, insbesondere dann, wenn die Schäden nicht durch einen externen Sachverständigen oder eigenen Regulierungsbeauftragten begutachtet wurden. Aus den Beschwerden ergibt sich der Eindruck, dass die Versicherer zunehmend bei Schäden von geringer Höhe zu pauschalen Bewertungen ohne Vor-Ort-Besichtigung übergehen. Im Beschwerdeverfahren kann die Begutachtung nicht nachgeholt werden. Oft gelingt es jedoch, mit Hilfe des Ombudsmanns einen für beide Seiten akzeptablen Wert festzulegen. Dadurch kann das zumeist vertraglich vorgesehene Sachverständigenverfahren entfallen. Dieses verursacht Kosten, kann auch nicht immer alle Fragen überzeugend klären und führt erst wesentlich später zum Ergebnis. Demgegenüber befriedet ein Vergleich im Ombudsmannverfahren den Streit wirksamer, nachhaltiger und kostengünstiger. Diese Vorteile leuchten den Parteien meistens ein, weshalb sie bereit sind, zugunsten eines Vergleichs vom ursprünglichen Standpunkt abzurücken.

Ein weiterer Streitpunkt blieben die von den Versicherern eingeholten Gutachten zur Bewertung der Schadenursache und Schadenhöhe. Die Beweislast für den Versicherungsfall trägt der Versicherungsnehmer, gleichwohl ist es zumeist der Versicherer, der Gutachten in Auftrag gibt. Diese Konstellation führt nicht selten zu Problemen. Ergibt sich der erforderliche Nachweis des Versicherungsfalls oder die Höhe des Schadens nicht klar aus dem Gutachten, kann der Versicherungsnehmer Nachweisprobleme bekommen. Ließ sich keine vermittelnde Lösung erreichen, musste sich der Ombudsmann zumeist darauf beschränken, dem Rechtsuchenden diese Beweislastverteilung – und damit den häufigsten Grund des Unterliegens in Fällen dieser Art – zu erläutern. Die noch im Vorjahr

festzustellende Tendenz bei den Versicherern, Gutachten oder Berichte von Schadenregulierern nicht herauszugeben, hat sich erfreulicherweise nicht fortgesetzt.

Weiterhin ein zentrales Thema bei Frostschäden ist der Einwand von Versicherern, es sei keine hinreichende Frostvorsorge entsprechend den vertraglich vereinbarten Sicherheitsvorschriften betrieben worden. Die Tendenz, ohne erkennbar nähere Prüfung eine grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung mit hohem Abzug anzunehmen, dauerte an. Vermehrt wurden auch Leistungen verweigert mit der Begründung, der Abzug betrage wegen des besonders grob fahrlässigen Verhaltens 100 Prozent. Hier konnte der Ombudsmann in den meisten Fällen eine für beide Seiten akzeptable Einigung erzielen. Gegen Ende des Berichtsjahres erreichten die Hochwasserschäden vom Juni 2013 thematisch den Ombudsmann. Allerdings war die Zahl der Beschwerden angesichts der großen betroffenen Flächen und der zu vermutenden Fälle gering. Als Streitpunkt stellte sich dabei zunehmend die Abgrenzung von Grundwasser- und Überschwemmungsschäden heraus. Während die Versicherungsnehmer wegen dieser Abgrenzung oft in Beweisnot geraten, verkennen manche Versicherer, dass ihre Versicherungsbedingungen ein unmittelbares Einfließen von Oberflächenwasser in das versicherte Gebäude nicht fordern, sondern auch in den Boden versickertes Überschwemmungswasser, das in das Innere des versicherten Gebäudes eindringt, nach der Rechtsprechung einen versicherten Hochwasserschaden darstellen kann.

Vertragsfragen spielten wie in den Vorjahren in der Wohngebäudeversicherung nur eine geringe Rolle. Hier überwiegen Beschwerden über Kündigungszurückweisungen von Versicherern wegen Fehlens der gesetzlich vorgeschriebenen Zustimmung von Realgläubigern zur Kündigung. Ein weiterer Schwerpunkt waren Beschwerden über Kündigungen, die der Versicherer ausgesprochen hatte.

- **Hausratversicherung**

Zur Hausratversicherung erreichten den Ombudsmann im Berichtszeitraum 783 zulässige Beschwerden (Vorjahr: 700). Aufgrund des insgesamt gestiegenen Beschwerdeaufkommens führte dies im Berichtsjahr jedoch nur zu einer geringen Steigerung am gesamten Beschwerdeaufkommen auf 6,2 (6,0) Prozent. Unter der Rubrik Hausratversicherung werden auch Glasversicherungen und gewerbliche Inhaltsversicherungen erfasst. Diese machen jedoch nur einen geringen Teil der Beschwerden aus.

Im Kern schützt die Hausratversicherung die Gegenstände in einer Wohnung vor bestimmten Gefahren. Zu den versicherten Risiken gehören Einbruchdiebstahl, Raub sowie Schäden durch Leitungswasser, Sturm, Hagel und Feuer. Unter Hausrat versteht man grundsätzlich alle Sachen, die einem Haushalt zur Einrichtung, zum Gebrauch oder zum Verbrauch dienen. Durch zusätzliche Bestimmungen und Klauseln lässt sich der Versicherungsschutz den individuellen Bedürfnissen anpassen. So kann zum Beispiel der Versicherungsschutz auf Schäden durch blitzbedingte Überspannung, Fahrraddiebstahl, Diebstahl aus Kraftfahrzeugen, Elementarschäden sowie Klauseln zu erhöhten Entschädigungssummen für Wert-

sachen erweitert werden. Neben der Sachversicherung besteht auch Kostenschutz für bestimmte in den Versicherungsbedingungen geregelte Kosten, die im Zusammenhang mit Versicherungsfällen entstehen können.

Wie in den vorangegangenen Jahren betrafen auch im Berichtsjahr die Beschwerden in der Hauptsache die Schadenregulierung, wobei Einbruchdiebstähle überwogen. Hier bestand für viele Versicherungsnehmer das Problem, nachweisen zu müssen, dass jemand in die versicherten Räume eingebrochen, eingestiegen oder mit Hilfe eines Werkzeugs oder eines falschen Schlüssels eingedrungen war. Konnten keine Einbruchspuren festgestellt werden, beschwerten sich Versicherungsnehmer mitunter über diese Nachweispflicht, weil sie der Ansicht waren, durch die heutigen technischen Möglichkeiten sei auch ein Eindringen ohne Hinterlassen von sichtbaren Schäden möglich. Dies dürfte zutreffen, hat bislang aber nicht zu geänderten Anforderungen der Rechtsprechung an den Nachweis des Versicherungsfalls geführt. Da der Ombudsmann an Recht und Gesetz gebunden ist, kann er nicht von den Maßstäben der Rechtsprechung abweichen. Deshalb muss er in diesen Fällen davon ausgehen, dass ein Einbruchdiebstahl nicht bewiesen ist, und entsprechende Beschwerden als unbegründet abweisen. Es soll aber nicht unerwähnt bleiben, dass sich in einigen Fällen die Versicherer vergleichsbereit zeigten.

Dieser Problembereich spielt auch im Rahmen der Regulierung von in den Versicherungsschutz einbezogenen Diebstählen aus Kraftfahrzeugen eine Rolle. Waren keine Aufbruchspuren erkennbar, trugen die Beschwerdeführer mitunter vor, es sei mittels elektronischer Hilfsmittel das Funksignal beim Verschließen des Fahrzeugs abgefangen und dann zum Öffnen benutzt worden. Regelmäßig bezogen sie sich auf entsprechende allgemeine Angaben der Polizeibeamten, wonach ein solches Vorgehen möglich ist und verstärkt vorkomme. Wenn aber im konkreten Fall hierfür keine greifbaren Ansätze festzustellen sind, können Beschwerden keinen Erfolg haben; zum Teil konnten jedoch Vergleiche vermittelt werden.

Beispielhaft für eine Anzahl von Beschwerden ist folgender Sachverhalt: Jemand klingelte an der Wohnungstür, gab sich als Mitarbeiter der Wasserwerke aus und erklärte dem älteren, alleinstehenden Bewohner, in der Wohnung die Wasserrohre kontrollieren zu müssen, weil beim Nachbarn ein Rohr gebrochen sei. Nachdem er eingelassen worden war, bat er den Wohnungsinhaber, im Bad die Wasserhähne aufzudrehen und längere Zeit Wasser laufen zu lassen, während er selbst über sein Mobiltelefon mit einem „Kollegen“ sprach. Durch die Ablenkung konnte einem weiteren Täter der Zutritt zur Wohnung verschafft werden und in kurzer Zeit wurden Wertgegenstände gefunden und entwendet. Da Trickdiebstahl in der Wohnung meist nicht versichert ist, gehen die betroffenen Versicherungsnehmer nach der Rechtslage leer aus, wenn nicht der Versicherer zu einer Kulanzleistung bereit ist.

Wie im Vorjahr kam es auch im Berichtsjahr vermehrt zu Streitigkeiten wegen der Obliegenheit zur unverzüglichen Einreichung der Stehlgutliste und der Schwierigkeiten der Versicherungsnehmer beim Nachweis der Höhe des Schadens (vgl.

Jahresbericht 2012, Seite 39). Ferner sorgten pauschale Abzüge vom Wiederbeschaffungswert des Diebesguts zum Beispiel dann für Streit, wenn der Versicherer wegen fehlender Nachweise zum Wert der entwendeten Gegenstände den behaupteten Schaden pauschal um etwa 20 bis 40 Prozent kürzte. Die Versicherungsnehmer beanstandeten dies zumeist als willkürliche Kürzung ihrer Ansprüche, die in den Versicherungsbedingungen nicht vorgesehen sei. Zudem beschwerten sie sich oft darüber, dass der Versicherer die Umsatzsteuer vom Wiederbeschaffungswert abgezogen hatte, wenn keine Rechnung über die Wiederbeschaffung und damit kein Nachweis über die Zahlung der Umsatzsteuer vorgelegt wurde. Sie wandten ein, man habe schließlich beim damaligen Kauf Umsatzsteuer gezahlt, so dass diese nun auch bei der Entschädigung berücksichtigt werden müsse. Damit wurde jedoch verkannt, dass es um den Nachweis der tatsächlichen Aufwendungen für die Wiederbeschaffung geht, so dass hier nur die Rechtslage erläutert werden konnte.

Insbesondere in Beschwerden, in denen es um Einbruchdiebstahl ging, reichten die Versicherer häufig eine Kopie der amtlichen Ermittlungsakte ein. Den Beschwerdeführern bzw. deren Bevollmächtigten konnten diese Unterlagen aber dann nicht zur Verfügung gestellt werden, wenn personenbezogene Daten Dritter enthalten waren. Um die Beschwerden im schriftlichen Ombudsmannverfahren auf möglichst breiter Grundlage zu prüfen, berücksichtigte der Ombudsmann die dortigen Angaben und teilte dies den Beschwerdeführern mit. Bei Bedarf kann jedoch mithilfe eines Rechtsanwalts Akteneinsicht bei der Staatsanwaltschaft beantragt werden.

Schließlich gingen am Jahresende einige Beschwerden ein, die im Zusammenhang mit dem Hochwasser im Juni 2013 standen. Trotz der seinerzeit angespannten Lage war es nicht zu beanstanden, dass der Versicherer einen Beschwerdeführer um Unterlagen (zum Beispiel Fotos) bat, um seinen Anspruch der Höhe nach zu belegen. Daher konnte der Ombudsmann über das bereits vom Versicherer unterbreitete Vergleichsangebot hinaus nicht weiterhelfen. Bei einem anderen Fall war unklar, ob es sich bei der beschädigten Wohnung noch um den versicherten Ort handelte, da die Versicherungsnehmerin vor dem Schadensfall in eine – nicht vom Hochwasser betroffene – Pflegeeinrichtung eingewiesen worden war. Bei einem auf Dauer angelegten Umzug geht der Versicherungsschutz auf die neuen Räume über, so dass am früheren Versicherungsort verbliebener Hausrat allenfalls über die Außenversicherung geschützt ist.

Der Vollständigkeit halber sei noch erwähnt, dass sich ein Teil der Beschwerden auf blitzbedingte Überspannungsschäden und Sturmschäden bezog. Des Weiteren bildeten wie üblich Fragen der Leistungspflicht von Glasschäden, insbesondere ob und in welcher Höhe Cerankochfelder versichert sind, einen festen, wenn auch nicht großen Bestandteil der Beschwerden in der Sparte Hausratversicherung. Das Gleiche gilt für die Regulierung von Schäden durch die gewerbliche Inhaltsversicherung von Kleinunternehmern.

Allgemeine Haftpflichtversicherung

Zur Haftpflichtversicherung gingen im Berichtszeitraum 582 zulässige Beschwerden ein. Das entspricht einem Anteil von 4,6 Prozent am Gesamtaufkommen aller zulässigen Beschwerden. Im Vergleich zum Vorjahr (4,9 Prozent) ist der Anteil an Beschwerden in dieser Sparte etwas gesunken, in absoluten Zahlen jedoch geringfügig gestiegen (566).

Unter diese Sparte werden neben der am häufigsten betroffenen Privathaftpflichtversicherung, die auch Bestandteil einer Erweiterten Haushaltsversicherung sein kann, ebenso Beschwerden zu anderen Risikobereichen erfasst. Hier sind zum Beispiel die Haftpflicht des Tierhalters oder die des Haus- und Grundstücksbesitzers zu nennen. Dass die verschiedenen Haftpflichtversicherungen nach Risikobereichen gegliedert sind, hat sich historisch entwickelt und bewährt. Für den Versicherungsschutz kommt es, wie nachfolgend anhand mehrerer Beschwerdefälle erläutert wird, zum Teil darauf an, ob eine Person in ihrer Eigenschaft als „Tierhalter“, als „normale Privatperson“ oder als „Haus- und Grundbesitzer“ gehandelt hat. Nach der jüngeren Rechtsprechung des BGH ist der Versicherungsschutzumfang jedes Vertrages selbständig aus seinen Bedingungen heraus zu ermitteln. Dabei ist es unerheblich, ob sich Deckungslücken oder Überlappungen zwischen Verträgen verschiedener Risikobereiche ergeben. Die Vertragssystematik der Haftpflichtversicherung wirft in Verbindung mit den Auslegungskriterien der Rechtsprechung in Einzelfällen schwierige Abgrenzungsfragen auf. Lücken im Versicherungsschutz können für die Versicherungsnehmer nicht selten mit erheblichen, möglicherweise sogar mit existenzbedrohenden Folgen verbunden sein. Erschwerend kommt hinzu, dass solche Deckungslücken in der Regel für den Verbraucher nicht erkennbar sind. Es könnte daher sinnvoll sein, nach Lösungen zu suchen, um die genannten Nachteile für die Versicherungsnehmer zu vermeiden.

Gemeinsam ist diesen Versicherungsverträgen, dass sie keinen Schaden absichern, sondern das Risiko, von einem Dritten wegen eines Schadens in Anspruch genommen zu werden. Schadenfälle in der Haftpflichtversicherung sind also durch ein Dreiecksverhältnis gekennzeichnet. Dies kann zu Problemen führen, denn häufig erwarten Versicherungsnehmer, dass ihr Haftpflichtversicherer den verursachten Schaden reguliert; dieser kann seiner Leistungspflicht allerdings auch dadurch nachkommen, dass er den nach Prüfung als unbegründet angesehenen Anspruch gegenüber dem Dritten zurückweist. Viele Beschwerden hatten diese Haftungsabwehr zum Gegenstand. Der Ombudsmann kann über Haftungsfragen zwar nicht entscheiden, da sie das Schadensersatzverhältnis zum Geschädigten und nicht das Vertragsverhältnis zum Versicherer betreffen. Sofern sich aber bei der Aktenprüfung Zweifel an der Beurteilung des Versicherers ergeben, weist der Ombudsmann auf diese hin, um gleichwohl eine Befriedung des belasteten Kundenverhältnisses zu erreichen. Dies führt oft zu erfreulichen Ergebnissen. Insofern sei auch auf die umfangreicheren Ausführungen im Jahresbericht 2012, Seite 40 ff., und im Jahresbericht 2011, Seite 38 ff., verwiesen.

Häufig betrafen die Beschwerden einen Schaden in der Mietwohnung. Grundsätzlich besteht Versicherungsschutz, wenn Wände oder, was oft vorkommt, Fußböden beschädigt werden. Anders verhält es sich, wenn mitvermietete Einrichtungsgegenstände zu Schaden kommen. Einen typischen Streitfall stellt die Beschädigung einer mitvermieteten Einbauküche dar. Sofern diese nicht speziell für die Wohnung angefertigt und kaum an einem anderen Ort verwendbar ist, gilt sie als Mobiliar und nicht als Gebäudebestandteil. Damit fällt sie nicht in den Deckungsschutz der Privathaftpflichtversicherung, denn die Haftpflicht für Schäden an gemieteten Sachen ist grundsätzlich ausgenommen. Die Deckungserweiterung für Mietsachschäden erfasst regelmäßig nur Beschädigungen am gemieteten (Wohn-)Raum, also am Gebäude. Den Versicherungsnehmern ist diese Problematik oft nicht bewusst. Hier bietet sich bereits im Beratungsgespräch die Gelegenheit, spätere Konflikte zu vermeiden.

Neben dem Versicherungsnehmer sind im Rahmen eines Familientarifs auch die anderen Familienmitglieder versichert. Probleme können bei volljährigen Kindern auftreten. In einem Fall hatte die Tochter des Beschwerdeführers zwei Monate vor dem Schadenfall ihren Hauptwohnsitz in einer anderen Stadt angemeldet. Der Versicherer vertrat die Ansicht, dass damit die häusliche Gemeinschaft mit den Eltern, die bedingungsgemäße Voraussetzung für den Versicherungsschutz war, aufgehoben wurde. Es stellte sich allerdings heraus, dass die Tochter nur vorübergehend in einem WG-Zimmer zur Untermiete in der anderen Stadt wohnte und sich ausbildungsbedingt auch an anderen Orten aufhielt. Bei ihren Eltern hatte sie noch ihr Zimmer und dorthin kam auch ihre Post. Dies sprach nach Ansicht des Ombudsmanns dafür, dass die Tochter noch keinen eigenen Lebensmittelpunkt begründet hatte, sondern die Lockerung des Familienverbands bisher durch die Ausbildung bedingt wurde. Der Versicherer half ab. Regelmäßig sind die volljährigen Kinder des Versicherungsnehmers bedingungsgemäß nur so lange mitversichert, wie sie sich noch in einer Schul- oder einer sich unmittelbar anschließenden Berufsausbildung befinden.

Es war ebenfalls eine Tochter, die einem anderen Beschwerdeführer Sorgen bereitete. Die 13-Jährige hatte eine Jugendfeuerwerks-Fontäne unter den Heckscheibenwischer eines Fahrzeugs geklemmt und angezündet. Dadurch war die Heckscheibe zersprungen. Der Versicherer lehnte mit dem Hinweis, der Schaden sei vorsätzlich herbeigeführt worden, eine Regulierung ab. Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens unterbreitete er ein Vergleichsangebot. Der Ombudsmann unterstützte dieses Angebot, denn auch wenn die Beweislast für Vorsatz beim Versicherer liegt und das Mädchen mit dem Ausmaß des Schadens wohl nicht gerechnet hatte, sprach der Umstand, dass der Feuerwerkskörper im Rahmen einer Art Mutprobe oder eines Experiments bewusst an dem Fahrzeug befestigt worden war, doch dafür, dass ihr eine gewisse Schadensgefahr bewusst war. Der Vergleich kam zustande.

Wie im letzten Jahr betrafen zahlreiche Beschwerden die sogenannte Benzin- oder Fahrzeugklausel. Die Haftpflicht des Eigentümers, Besitzers, Halters

oder Führers eines Kraftfahrzeugs für Schäden, die durch den Gebrauch des Fahrzeugs verursacht werden, sind nach dieser Klausel von der Privathaftpflichtversicherung ausgenommen. In diesem Zusammenhang bestanden und bestehen noch immer Abgrenzungsschwierigkeiten. Auch die Folgen einer möglichen Doppelversicherung durch die Kfz-Haftpflichtversicherung sind noch ungeklärt. Dies wurde bereits im Jahresbericht 2012, Seite 41, beschrieben. Unter Berücksichtigung der neueren Rechtsprechung konnten Abhilfen erreicht werden, wenn der Schaden nicht beim Bedienen des Fahrzeugs oder seiner Teile eintrat, sondern andere, nicht zum Fahrzeug gehörende Gegenstände genutzt wurden und einen Schaden verursachten. Das schadenursächliche Verhalten konnte in diesen Fällen einem anderen Gefahrenbereich zugeordnet werden. Dies betraf ganz typische Sachverhaltskonstellationen, etwa dass beim Beladen des Kfz der Einkaufswagen weggerollt und gegen ein anderes Fahrzeug gestoßen war oder ein Müllcontainer, der weggeschoben worden war, um auszuparken, sich „selbständig“ gemacht hatte. Ein eher ungewöhnlicher Fall lag einer anderen Beschwerde zugrunde: Ein Pferd musste wegen einer Kolik zum Tierarzt gebracht werden. Es schlug während der Fahrt im Anhänger aus und beschädigte diesen. Es stellte sich die Frage, ob der Schaden seine überwiegende Ursache im Gebrauch des Fahrzeugs oder in solchen Umständen hatte, die zu einem anderen Gefahrenbereich gehörten. Der Ombudsmann vertrat die Ansicht, dass sich in der konkreten Reaktion die dem Pferd innewohnende Tiergefahr verwirklicht hatte. Auch dieser Beschwerde wurde abgeholfen.

Im Berichtsjahr betrafen mehrere Beschwerden die Tierhalterhaftpflichtversicherung. Hierbei kann es zu Deckungsproblemen kommen, wenn der Versicherer nach den Vertragsbedingungen keine Kosten für Haftpflichtansprüche mitversicherter Personen gegen den Versicherungsnehmer ersetzt. In einem entsprechenden Fall gehörte zu den mitversicherten Personen auch der durch den Versicherungsnehmer beauftragte Tierhüter. Dieser machte Ersatzansprüche gegen den Versicherungsnehmer geltend, für die der Versicherer aber keine Deckung gewähren musste. Auch die Halterin eines Pferdes wandte sich an den Ombudsmann. Sie hatte ihr Pferd bei der Geschädigten untergestellt. Am Schadenstag wusch sie das Pferd und nutzte hierfür das Wasser aus dem Brunnen der Geschädigten. Danach vergaß die Beschwerdeführerin, den Wasserhahn abzustellen, was zu einer Beschädigung der Pumpe führte. Der Privathaftpflichtversicherer, gegen den sich die Beschwerde richtete, lehnte eine Regulierung ab mit der Begründung, dass sich das spezifische Tierhalterhaftpflichtrisiko verwirklicht habe, das über den Vertrag bei ihm nicht gedeckt sei. Allerdings hatte die Beschwerdeführerin den Schaden auch ihrer Tierhalterhaftpflichtversicherung gemeldet. Diese gab ihr zu verstehen, dass der konkrete Fall nicht in den Deckungsbereich des Vertrages falle. Der Ombudsmann hielt die Argumentation des Privathaftpflichtversicherers für nachvollziehbar, bat ihn aber dennoch erneut um Prüfung der Lösungsmöglichkeiten, gegebenenfalls in Abstimmung mit dem Tierhalterhaftpflichtversicherer. Aus der Sicht eines Versicherungsnehmers ist es nicht verständlich, wenn seine beiden Versicherer mit gegenteiligen Argumenten eine Leistung jeweils ablehnen und ihn letztlich „im Regen stehen lassen“. Der Privathaftpflichtversicherer kam

dieser Bitte des Ombudsmanns nach, setzte sich mit dem Tierhalterhaftpflichtversicherer in Verbindung und konnte dessen Zuständigkeit klären.

Ebenfalls der Beschwerde einer Pferdehalterin zu ihrer Privathaftpflichtversicherung lag der Fall zugrunde, dass sie für ihr Pferd auf einer ihr von einem Bauern überlassenen Wiese ein Zelt als Unterstand aufgebaut hatte. Ein Unwetter riss das Zelt mit und beschädigte die Scheune des Bauern. Der Privathaftpflichtversicherer gewährte keine Deckung mit der Begründung, es habe sich ein mit dem Weidegrundstück verbundenes Risiko verwirklicht, das vom Vertrag nicht erfasst sei. Die Haftpflicht des Haus- und Grundstücksinhabers ist über die Privathaftpflichtversicherung standardmäßig nur in Bezug auf einige wenige Objekte, zum Beispiel das selbst bewohnte Einfamilienhaus, erfasst. Deshalb ist es für die Frage des Versicherungsschutzes häufig bedeutsam, ob der Schaden dem Haus- und Grundbesitzerhaftpflichtrisiko oder dem „normalen“ Privathaftpflichtrisiko zuzuordnen ist. Die Abgrenzungskriterien sind durch die Rechtsprechung noch nicht abschließend geklärt. Zum Teil wird die Ansicht vertreten, dass sich kein spezifisches Haus- oder Grundbesitzerhaftpflichtrisiko verwirklicht, wenn der Inhaber eine Tätigkeit vornimmt, die auch von einem anderen ausgeführt werden könnte, und dabei gegen Sorgfaltsanforderungen verstößt. Nach Ansicht des Ombudsmanns bestehen an einer solchen rein abstrakt-generellen Sicht jedoch Zweifel. Es gilt, auch das Handeln in einer bestimmten Eigenschaft und damit konkret-individuelle Umstände zu berücksichtigen. In dem Fall mit der Pferdeweide, die nicht zu den von den Vertragsbedingungen erfassten Objekten gehörte, erklärte sich der Versicherer im Wege des Vergleichs bereit, die Hälfte des Schadens zu übernehmen.

Wenn Bäume auf das Nachbargrundstück fallen, verlangen die Nachbarn regelmäßig auch, dass diese beseitigt werden. Über die Haftpflichtversicherung ist aber nur das Risiko gedeckt, auf Schadenersatz in Anspruch genommen zu werden. Dies kann schwierige Rechtsfragen aufwerfen. Ein Anspruch auf Beseitigung einer Störung kann dieselbe wiederherstellende Wirkung haben wie ein auf Naturalrestitution (Wiederherstellung des Ursprungszustands) gerichteter Schadenersatzanspruch. Es stellt sich insofern die Frage, wann ein Anspruch auf Ausgleich eines Schadens gerichtet ist oder „nur“ auf Beseitigung einer Störung, was in der Praxis nicht immer leicht zu beantworten ist. In einem Fall, bei dem es zu einem Wurzeleinwuchs auf das Nachbargrundstück gekommen war, konnte der Ombudsmann einen Vergleich erreichen.

■ Berufsunfähigkeitsversicherung

Zur Berufsunfähigkeitsversicherung erhielt der Ombudsmann im Berichtszeitraum 478 (Vorjahr: 427) zulässige Eingaben. Das entspricht 3,8 (3,7) Prozent der Beschwerden und bedeutet einen Zuwachs von fast 12 Prozent.

Bei der Berufsunfähigkeitsversicherung handelt es sich um eine Risikoversicherung. Sie dient der Berufsunfähigkeitsvorsorge und soll im Versicherungsfall finanzielle Verluste auffangen. Dementsprechend werden zumeist hohe Kapital-

werte vereinbart. Der Versicherungsschutz wird in Form von selbständiger Berufsunfähig- bzw. Erwerbsunfähigkeitsversicherung (beides auch als Zusatzversicherung) oder Dienstunfähigkeitsversicherung angeboten.

Viele Beschwerden betrafen – wie auch in den Vorjahren – die Frage, ob der Beschwerdeführer vorvertragliche Anzeigepflichten verletzt hatte und welche Rechtsfolgen sich daraus ggf. für den Versicherungsvertrag und für die beantragte Versicherungsleistung ergaben. Insbesondere wandten sich die Beschwerdeführer gegen die Anfechtung wegen arglistiger Täuschung, den Rücktritt vom Vertrag oder die Vertragskündigung durch den Versicherer, aber auch gegen eine einseitige Anpassung des Versicherungsvertrages, die das Versicherungsvertragsgesetz unter bestimmten Umständen zulässt. Sie kann vorgenommen werden, wenn der Versicherungsnehmer zwar seine Anzeigepflicht verletzt hat, der Vertrag jedoch auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenngleich zu anderen Bedingungen, zustande gekommen wäre. In diesen Fällen wandten sich die Beschwerdeführer überwiegend gegen den rückwirkenden Ausschluss des Versicherungsschutzes bei einer durch bestimmte Krankheiten verursachten Berufsunfähigkeit.

Das Versicherungsvertragsgesetz erlegt dem Versicherer Belehrungs- und Hinweispflichten auf, deren Erfüllung Voraussetzung dafür ist, dass er im Falle einer Verletzung vorvertraglicher Anzeigepflichten Rücktritts-, Kündigungs- oder Vertragsanpassungsrechte geltend machen kann (vgl. § 19 Absatz 5 Satz 1 VVG). Die Beurteilung, ob der Versicherer im konkreten Fall die formalen Anforderungen an diese Pflichten (etwa „gesonderte Mitteilung in Textform“) erfüllt hat, warf schwierige Abgrenzungsfragen auf.

Vor Abschluss eines Versicherungsvertrages im Bereich der Berufsunfähigkeitsversicherung kommt dem Beratungs- und Antragsgespräch große Bedeutung zu. Da das Ombudsmannverfahren mit Ausnahme des Urkundsbeweises keine Beweiserhebung vorsieht, ist es in den Fällen, in denen relevante Tatsachenfragen nicht zweifelsfrei aufgeklärt werden können, nicht möglich, eine den Versicherer verpflichtende Entscheidung zu treffen bzw. eine Empfehlung auszusprechen. Jedoch gelingen immer wieder einvernehmliche Lösungen.

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

Ein Beschwerdeführer wandte sich an den Ombudsmann, weil der Versicherer den Vertrag wegen Irrtums angefochten und sich dabei auf einen Inhalts- oder Erklärungsirrtum im Sinne von § 119 BGB berufen hatte. Der Versicherer hatte irrtümlich einen erforderlichen Risikozuschlag nicht in die Berechnung des

monatlichen Versicherungsbeitrages einbezogen. Als dies dem Versicherer nach Vertragsabschluss auffiel, wollte er diesen Fehler ohne das Einverständnis des Versicherungsnehmers korrigieren. Der Ombudsmann hatte zwar Verständnis, dass der Versicherer gern die höhere Prämie zugrunde gelegt hätte. Rechtlich ließ sich die Anfechtung jedoch nicht begründen.

Zwar sind im Massengeschäft eines Versicherers Fehler nicht auszuschließen. Diese führen jedoch nicht immer zu einem Anfechtungsrecht. Wenn sich der Versicherer entweder bei einer internen Berechnung oder hinsichtlich eines Umstandes, der der Kalkulation zugrunde zu legen ist (zum Beispiel Risikozuschlag), irrt, liegt nach der Rechtsprechung ein interner bzw. verdeckter Kalkulationsirrtum vor, der kein Anfechtungsrecht begründet. Vor Abgabe einer Erklärung muss sich der Erklärende vergewissern, ob er diese auch tatsächlich so abgeben will. Das Risiko eines fehlerhaften Versicherungsbeitrages trägt grundsätzlich der Versicherer, da der Versicherungsnehmer, der die Beitragskalkulation nicht kennt, den Irrtum nicht ohne weiteres erkennen kann.

■ Sonstige Versicherungen

Im Jahr 2013 gingen 971 zulässige Beschwerden zu den „Sonstige Versicherungen“ ein. Das sind 7,7 (Vorjahr: 7,7) Prozent des gesamten Beschwerdeaufkommens. Im Vergleich zum Vorjahr, in dem der Ombudsmann hierzu 902 zulässige Eingaben erhielt, ist ein Anstieg um 7,6 Prozent zu verzeichnen.

„Sonstige Versicherungen“ sind solche Versicherungsverträge, die nicht den „großen“ Versicherungssparten zugeordnet werden können. Viele dieser Beschwerden betrafen die verschiedenen Arten der Reiseversicherung. Vermehrt erreichten den Ombudsmann daneben Beschwerden zur Elektronik- und Technikversicherung, speziell zur Handy- und Photovoltaikversicherung. Unter die „Sonstige Versicherungen“ fallen darüber hinaus die Tier-, Bau- und Wassersportversicherung.

Auch in diesem Jahr betrafen die Beschwerden zur Reisekostenversicherung hauptsächlich die Frage, ob die Erkrankung, die den Reisenden zur Stornierung oder zum Abbruch der Reise veranlasste, unerwartet eintrat. Dieses Erfordernis sehen die den Verträgen regelmäßig zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen vor. Vielfach entstand zwischen den Reisenden und den Versicherern Streit, wenn sich bestehende Krankheiten verschlechtert hatten oder Vorerkrankungen nach einiger Zeit wieder ausbrachen. Chronische Erkrankungen oder Grunderkrankungen, die phasenweise in ein akutes Stadium treten, sind im Sinne der Bedingungen keine unerwarteten Erkrankungen, wenn jederzeit mit dem Auftreten einer solchen Phase gerechnet werden muss. Dies ist für die Beschwerdeführer nicht einfach zu akzeptieren, die ihre Krankheit vielleicht verdrängt hatten oder hofften, sie überwunden zu haben. Stellte sich jedoch der konkrete Krankheits- und Behandlungsverlauf als untypisch für die Erkrankung heraus, konnten Abhilfen erreicht werden. Wie auch im vergangenen

Jahr erstatteten die Versicherer bei Vorerkrankungen die Stornokosten, wenn der Beschwerdeführer eine ärztliche Reisetauglichkeitsbescheinigung, die sich auf den Buchungszeitpunkt der Reise bezieht, eingereicht hatte.

Darüber hinaus wandten sich wiederum nicht wenige Beschwerdeführer an den Ombudsmann, weil der Reiseversicherer zwar den Stornierungsgrund akzeptiert, jedoch nicht die gesamten angefallenen Stornokosten übernommen hatte. Stattdessen nahm er Abzüge wegen verspäteter Stornierung vor. Den Versicherungsnehmer trifft in der Reiserücktrittskostenversicherung die Obliegenheit, die Reise bei Eintritt des Versicherungsfalls und damit bei Ausbruch der Krankheit unverzüglich zu stornieren. In solchen Fällen galt es den Beschwerdeführern nachvollziehbar zu erläutern, dass sie die Kosten für ein Abwarten, etwa weil sie auf Besserung des Gesundheitszustands gehofft hatten, selbst zu tragen haben. Gründete diese Hoffnung allerdings auf der Auskunft eines Arztes, konnten für die Beschwerdeführer in der Regel Abhilfen oder Vergleiche erreicht werden.

Im Rahmen der Beschwerden zu Elektronik- und Technikversicherungen, in denen technische Geräte wie Handys, Tablets oder Notebooks gegen verschiedene Risiken versichert sind, stellte sich zumeist die Frage, ob sich ein versichertes Risiko realisiert hatte. Wegen der verstärkten Nutzung von Smartphones und Tablets betrafen Ombudsmannbeschwerden vermehrt Displayschäden. Aber auch der Verlust dieser Geräte durch Diebstahl spielte, wie schon in den vergangenen Jahren, eine zentrale Rolle. Der einfache Diebstahl wird von vielen Versicherungsverträgen nicht erfasst. Sofern doch grundsätzlich Versicherungsschutz besteht, muss das Gerät zum Zeitpunkt der Wegnahme im persönlichen Gewahrsam sicher mitgeführt worden sein. Zum Teil schließen die Versicherer den Versicherungsschutz aus, wenn das Gerät auch nur kurzfristig unbeaufsichtigt war. Letztlich ist dies eine Fallgruppe, die aufgrund der bereits im letzten Jahresbericht geschilderten Rechtsprechung (Seite 45) kaum Erfolgschancen für die Beschwerdeführer bietet.

- **Vermittlerbeschwerden**

Das Vermittlerverfahren, für das der Ombudsmann seit Mai 2007 zuständig ist, unterscheidet sich wesentlich von dem Verfahren gegen Versicherungsunternehmen (siehe unter 1.5 sowie Jahresbericht 2012, Seite 46). Die gesetzliche Grundlage des § 214 Absatz 1 Nr. 2 VVG stattet den Ombudsmann mit weniger Kompetenzen aus, als ihm die Versicherungsunternehmen in ihrer Vereinssatzung übertragen haben. Folglich arbeitet der Ombudsmann mit zwei verschiedenen Verfahrensordnungen: der Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns (VomVO) für Unternehmensbeschwerden und der Verfahrensordnung für Beschwerden im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen (VermVO). Die Wahl des durchzuführenden Verfahrens richtet sich danach, gegen wen der Beschwerdeführer sich wendet, welches Beschwerdeziel er verfolgt und was er dazu vorträgt. Allerdings ist bei Verbrauchern auch deren wohlverstandenes Interesse zu berücksichtigen, da sie in Rechts- und Verfahrensfragen Unterstüt-

zung benötigen. Dementsprechend bedarf das genannte Beschwerdeziel gelegentlich der Auslegung. Geht es in der Beschwerde um die Vermittlung eines Vertrages durch einen gebundenen Vermittler oder einen Versicherungsvermittler mit Erlaubnis nach § 34 d Absatz 1 Gewerbeordnung (GewO), dessen Handeln dem Versicherer zuzurechnen ist, wird in aller Regel ein Verfahren nach der VomVO durchgeführt, es sei denn, der Beschwerdeführer wünscht ausdrücklich ein Verfahren nur oder auch gegen den Vermittler persönlich (etwa wegen anstößigen Verhaltens). Das Verfahren nach der VomVO hat Vorteile für die Beschwerdeführer, denn nach der Einlegung der Beschwerde wird die Verjährung der geltend gemachten Ansprüche des Beschwerdeführers gehemmt, der Ombudsmann kann bis 10.000 Euro eine verbindliche Entscheidung treffen und der Versicherer kann verpflichtet werden, ein eventuelles Mahnverfahren für die Dauer des Ombudsmannverfahrens auszusetzen. Dagegen gilt zum Beispiel die Beschränkung der Beschwerdebefugnis nach der VomVO auf Verbraucher und andere Personen, die sich in einer verbraucherähnlichen Lage befinden, sowie die Beschwerdeobergrenze von 100.000 Euro im Vermittlerverfahren nicht. Ergänzend sei erwähnt, dass § 214 VVG und VermVO neben dem Vermittler auch den Versicherungsberater als Beschwerdepartei nennen. Bislang sind keine Beschwerden gegen Berater eingelegt worden. Dies dürfte daran liegen, dass Eingaben nur zulässig sind, wenn sie im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen stehen; das ist Beratern nicht gestattet.

In Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsvermittler setzt der Ombudsmann den betroffenen Vermittler über die Beschwerde in Kenntnis. Dieser ist jedoch schon nach § 214 VVG nicht zur Stellungnahme verpflichtet. Allerdings haben Vermittlerverbände zum Teil eine vereinsrechtliche Pflicht für ihre Mitglieder begründet, sich am Ombudsmannverfahren zu beteiligen und das Ergebnis zu respektieren. Ganz überwiegend sind die Vermittler an einer Konfliktlösung im Ombudsmannverfahren interessiert.

2013 erreichten den Ombudsmann insgesamt 363 (Vorjahr: 396) Eingaben, die auf der Grundlage der VermVO zu prüfen waren. Damit hat sich der rückläufige Trend bei Vermittlerbeschwerden fortgesetzt. Zu berücksichtigen ist jedoch in diesem Zusammenhang, dass sich viele Beschwerden, mit denen ein bestimmtes Verhalten eines Vermittlers gerügt wird, rechtlich gegen das Unternehmen richten, dessen Versicherungsvertrag vermittelt wurde, so dass eine Unternehmensbeschwerde durchzuführen ist (vgl. 4.2 am Ende).

Eine Besonderheit der als Vermittlerbeschwerden registrierten Vorgänge ist, dass mit 79 (94) der eingegangenen Beschwerden nur wenige den gesetzlichen Zuständigkeitsrahmen betreffen. Der Ombudsmann kann eine Beschwerde nur dann prüfen, wenn diese im Zusammenhang mit der Vermittlung eines Versicherungsvertrages steht, der Sachverhalt sich nach dem 22. Mai 2007 ereignete und ein Versicherungsnehmer oder -interessent sowie ein Versicherungsvermittler beteiligt sind. Dementsprechend fallen Beschwerden, die zum Beispiel auf eine Schadenregulierung abzielen, oder Beschwerden zwischen Vermittlern nicht in seinen Zuständigkeitsbereich.

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

Auch für das Berichtsjahr muss festgestellt werden, dass der gesetzlich vorgeschriebenen Dokumentationspflicht häufig nicht ausreichend Rechnung getragen wurde. Insbesondere zeigte sich, dass die entsprechenden Formblätter oft zu schematisch ausgefüllt wurden, also ohne auf die konkrete Lage des Antragstellers Bezug zu nehmen. Dieser Mangel fiel abermals besonders bei Umdeckungen auf. Hier trifft den Vermittler eine erhöhte Beratungspflicht, die insbesondere auch Informationen über etwaige Nachteile und Risiken des Vertragswechsels umfasst. Dazu gehört, über entstehende Kosten aufzuklären und wichtige Unterschiede im Versicherungsschutz zu erläutern. In einigen Fällen war aus der Dokumentation noch nicht einmal erkennbar, dass es sich um eine Umdeckung handelte.

Ein anderes Rechtsproblem lag Beschwerden zugrunde, bei denen es um eine Vergütung für die Vermittlung eines Versicherungsvertrages ging, bei dem keine Provision einkalkuliert wurde (sogenannte „Nettopolice“). Nach gefestigter Rechtsprechung des BGH kann ein Versicherungsmakler mit seinem Kunden wirksam vereinbaren, dass dieser bei der Vermittlung eines Lebensversicherungsvertrages mit Nettopolice (ratenweise) eine Maklerprovision zu zahlen hat. In seinem Urteil vom 12. Dezember 2013 (III ZR 124/13) hat der BGH nunmehr entschieden, dass auch ein Versicherungsvertreter mit seinem Kunden für die Vermittlung einer Lebensversicherung mit Nettopolice eine Vergütung vereinbaren kann. In solchen Fällen gelten für Versicherungsvermittler jedoch besondere Aufklärungspflichten gegenüber dem Versicherungsnehmer. Der BGH geht übrigens davon aus, dass der Abschluss einer Vergütungsvereinbarung auch dann zulässig sein dürfte, wenn die Lebensversicherung nach dem 1. Januar 2008 und somit nach Inkrafttreten des reformierten VVG abgeschlossen wurde. Im Berichtsjahr waren Kostenausgleichsvereinbarungen, die der Versicherungsnehmer neben dem Versicherungsvertrag mit dem Versicherer abschließt, noch umstritten. Der Ombudsmann hat diese Beschwerdefälle wegen rechtsgrundsätzlicher Bedeutung unbeschieden gelassen. Die Beschwerden zu diesem Themenkomplex der Nettopolicen betrafen eine Vielzahl von Einzelfragen, deren Aufzählung in diesem Rahmen zu weit führen würde.

Eingaben über das persönliche Verhalten eines Vermittlers machten nur einen geringen Anteil der Vermittlerbeschwerden aus. Die Beschwerdeinhalte unterschieden sich nicht von denen in früheren Jahren. So geht es den Beschwerdeführern insbesondere um ungebührliches Verhalten, ungenügen-

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

2.7 Beschwerdefälle

Nachfolgend wird von einzelnen Beschwerdeverfahren berichtet, die der Ombudsmann im Jahr 2013 zum Abschluss gebracht hat. Anhand der dargestellten Verfahrens- und Entscheidungspraxis des Ombudsmanns soll ein Einblick in die Beschwerdebearbeitung ermöglicht werden.

Die nachstehenden 19 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.

Hausratversicherung
Sturm in der Wohnung

Eine Beschwerdeführerin verlangte von ihrem Hausratversicherer Ersatz des Schadens, der durch Sturm und Hagel an Blumenkastenuntersetzern sowie einem Sonnenschirm auf dem Balkon ihres Hauses entstanden war. Nach den Versicherungsbedingungen waren, wie so häufig, nur solche Sachen gegen Hagel und Sturm versichert, die sich innerhalb des Gebäudes befanden. Diese Klausel leuchtete der Versicherungsnehmerin nicht ein. Sie meinte, im Haus könne es in der Regel nur in übertragenem Sinne stürmen und hageln. Der Versicherungsschutz sei insoweit für sie nutzlos.

Dieser Fall steht für eine große Anzahl vergleichbarer Beschwerden. Ein Versicherter beschrieb seine Vorstellung vom versicherten Hausrat folgendermaßen: „Wir waren bisher davon ausgegangen, dass Hausratversicherungen den Hausrat versichern, also quasi das, was runterfällt, wenn man das Haus hochhalten und umdrehen würde, mithin also auch das, was auf Balkon und Terrasse ist.“

Im Hinblick auf die eindeutige Beschreibung des Versicherungsumfangs konnte die Beschwerde keinen Erfolg haben. Dennoch war der Standpunkt der Beschwerdeführerin nach dem Sachverhalt verständlich. Will man erreichen, dass die Ablehnung aufgrund einer Klausel, deren Sinn sich nicht sogleich erschließt, akzeptiert wird, genügt die bloße Wiedergabe des Wortlauts nicht. Sturm oder Hagel können, wenngleich eher selten, durchaus bis in eine Wohnung hineinwirken und Schäden am Hausrat verursachen.

So kann der Sturm ein Fenster und durch eindringendes Regenwasser Gegenstände beschädigen.

Beschränkt sich der Versicherer jedoch darauf, nur den bloßen Wortlaut der Klausel („innerhalb des Gebäudes“) wiederzugeben, ist kaum zu erwarten, dass sich dem Versicherungsnehmer Sinn und Zweck dieser Begrenzung des Versicherungsumfangs in den „Balkonfällen“ erschließen.

Lebensversicherung

Zu wessen Lasten wirkt sich die Überlastung einer Gütestelle aus?

In einem Beschwerdeverfahren, das die Überprüfung des Rückkaufswerts eines gekündigten kapitalgebundenen Rentenversicherungsvertrages mit eingeschlossener Berufsunfähigkeitsversicherung zum Gegenstand hatte, berief sich der Versicherer u. a. auf Verjährung. Der Beschwerdeführer trug vor, der Ablauf der Verjährungsfrist sei durch einen Güteantrag bei einer anerkannten Landesgütestelle gehemmt worden. Die Hemmung während eines Güteverfahrens tritt gem. § 204 Absatz 1 Nr. 4 Halbsatz 1 BGB mit der „Veranlassung der Bekanntgabe des Güteantrags“ ein; wird die Bekanntgabe „demnächst nach der Einreichung des Antrags“ veranlasst, ist die Verjährung ab der Einreichung gehemmt. Für die Entscheidung kam es darauf an, ob die Gütestelle den Antrag noch „demnächst“ bekannt gegeben hatte, obwohl zwischen dem Eingang des Antrags bei ihr und dessen Zustellung an die Antragsgegnerin sechzehneinhalb Monate verstrichen waren.

Der Ombudsmann entschied die Rechtsfrage zugunsten des Beschwerdeführers und bezog sich auf eine Entscheidung des BGH (Urteil vom 22.09.2009, XI ZR 230/08) mit ähnlichem Sachverhalt. Das Gericht führte dort aus, es komme nicht auf eine rein zeitliche Betrachtungsweise an. Vielmehr sei § 204 Absatz 1 Nr. 4 BGB im Lichte von § 167 der Zivilprozessordnung (ZPO) auszulegen. Verzögerungen bei der Bekanntgabe des Güteantrags, die auf der starken Arbeitsbelastung der Gütestelle beruhten, könnten nicht dem Antragsteller angelastet werden. Deshalb sei es nicht entscheidend, so der BGH, wenn zwischen Eingang und Bekanntgabe des Güteantrags gut dreizehn Monate vergangen seien. Im Beschwerdefall dauerte die Zustellung zwar dreieinhalb Monate länger, dies rechtfertige aber nach Meinung des Ombudsmanns keine grundsätzlich andere Bewertung als sie der BGH bei dem ihm vorliegenden Sachverhalt vorgenommen hatte. Bei der Auslegung des Begriffes „demnächst“ im Sinne von § 204 Absatz 1 Nr. 4 BGB gebe es keine absolute zeitliche Grenze.

Diese Auffassung erläuterte der Ombudsmann, nahm noch zu anderen Argumenten Stellung und gab dem Versicherer Gelegenheit zur Abhilfe. Da der Versicherer an seiner Auffassung festhielt, entschied der Ombudsmann:

„Es wird festgestellt, dass der vom Beschwerdeführer geltend gemachte Anspruch auf Prüfung des Rückkaufswertes aus seinem Rentenversicherungsvertrag mit der Versicherungsscheinnummer (…) nicht verjährt ist.

Die Beschwerdegegnerin wird daher verpflichtet, den Rückkaufswert des vorgenannten Vertrages neu zu berechnen."

Im Zuge der Neuberechnung kam es zu einer Nachzahlung an den Beschwerdeführer.

Privathaftpflichtversicherung
Benzinklausel

In der Privathaftpflichtversicherung ist die gesetzliche Haftpflicht des Eigentümers, Halters oder Führers eines Kraftfahrzeuges wegen Schäden, die durch den Gebrauch des Fahrzeugs verursacht werden, nicht versichert. Die Tragweite dieser sogenannten Benzinklausel war Gegenstand folgender Beschwerde:

Der in den Versicherungsschutz mit einbezogene Ehemann der Beschwerdeführerin wollte der Geschädigten, deren Fahrzeug nicht ansprang, Starthilfe geben. Er fuhr sein Fahrzeug aus der Tiefgarage, stellte es neben den Wagen der Geschädigten, um bei laufendem Motor seines Fahrzeugs ein Überbrückungskabel anzulegen. Dabei verwechselte er die Pole an den Batterien, was zu einem Schaden am Fremdfahrzeug führte. Der Haftpflichtversicherer lehnte die Regulierung des Schadens unter Hinweis auf den Leistungsausschluss der Benzinklausel ab.

Der Ombudsmann konnte sich dieser Auffassung nicht anschließen. Nachdem der Versicherer nicht zur Abhilfe bereit war, erging gegen ihn eine verpflichtende Entscheidung. Die Begründung lautete auszugsweise:

„Diese Klausel ist in den Vertragsbedingungen zur Privathaftpflichtversicherung allgemein üblich. Sie grenzt den Risikobereich, der typischerweise über die Kfz-Haftpflichtversicherung versicherbar ist, von dem der Privathaftpflichtversicherung ab. Damit soll grundsätzlich vermieden werden, dass Risiken doppelt versichert sind oder Deckungslücken entstehen (vgl. Bundesgerichtshof (BGH), Versicherungsrecht (VersR) 2007, 388). Dabei sind aber die Bedingungen zur Privathaftpflichtversicherung unabhängig von denen zur Kraftfahrtversicherung auszulegen.

Die Ausschlussklausel in der Privathaftpflichtversicherung greift, wenn sich eine Gefahr verwirklicht hat, die gerade dem Fahrzeuggebrauch eigen, diesem selbst und unmittelbar zuzurechnen ist (BGH, a. a. O.). Aus der Sicht eines verständigen Versicherungsnehmers ist entscheidend, dass ‚der Anwendungsbereich der Klausel dann und nur dann eröffnet sein soll, wenn sich ein Gebrauchsrisiko gerade des Kfz verwirklicht und zu einem Schaden führt'. Das Kammergericht leitet aus dem Wortlaut ‚Schaden durch den Gebrauch des Fahrzeugs verursacht' und dem genannten BGH-Urteil ab, dass es auf eine Bedienung des Fahrzeugs selbst und einen dabei auftretenden Fehler ankommt (Recht und Schaden 2012, Seite 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'.

Zwar ist nicht von der Hand zu weisen, dass der Pkw des Ehemanns der Beschwerdeführerin in Betrieb und an dem Geschehen beteiligt war. Dies ist unter Berücksichtigung der soeben erläuterten Kriterien jedoch nicht ausreichend. Es hat sich hier nicht das Gebrauchsrisiko des ordnungsgemäß funktionierenden Fahrzeugs verwirklicht, sondern der Schaden ist infolge der falschen Handhabung des Überbrückungskabels eingetreten, weshalb der Risikoausschluss nicht greift. Dieses Ergebnis stimmt auch mit der zu dem Problembereich ersichtlichen Rechtsprechung überein. Das Amtsgericht Fürstenfeldbruck hat in dem Urteil vom 17. März 2011 (Schaden-Praxis 2011, 303) ausgeführt, dass das benutzte Starterkabel, mit dem der Anschluss falsch gesetzt wurde, kein zum Fahrzeug gehörendes Zubehörteil sei. Das Fahrzeug beziehungsweise dessen Batterie sei lediglich als austauschbare Stromquelle benutzt worden. Bei der Starthilfe handele es sich nicht um einen dem typischen Nutzungszweck entsprechenden Umgang mit dem Fahrzeug. Insofern habe sich keine unmittelbar vom Fahrzeug ausgehende Gefahr verwirklicht. Das Gericht verweist in diesem Zusammenhang auf den Zweck der Privat- oder Berufshaftpflichtversicherung.

Die Beschwerdegegnerin stellt für ihre abweichende Ansicht darauf ab, dass der Wagen an das Kfz der Geschädigten herangefahren und die Starthilfe bei laufendem Motor eingeleitet wurde. Insofern liege in Abstimmung mit der eigenen Kfz-Schadensabteilung ein eindeutiges Kfz-Risiko vor. Es muss hier allerdings nicht entschieden werden, ob für den Fall auch Versicherungsschutz aus der Kfz-Haftpflichtversicherung besteht. Der BGH hat, wie bereits angeführt, in der oben genannten Entscheidung betont, dass die Ausschlussklausel in der Privathaftpflichtversicherung aus sich heraus nach ihrem dem Versicherungsnehmer erkennbaren Sinn und Zweck auszulegen ist. Dabei hat er die Möglichkeit erwähnt, dass der Begriff des Fahrzeuggebrauchs in den Bedingungen der Kfz-Haftpflichtversicherung weiter auszulegen ist. Es kann also sein, dass Risiken doppelt versichert sind, aber auch, dass Lücken bestehen.

In der Kfz-Haftpflichtversicherung wird mit der Formulierung ‚durch den Gebrauch des Fahrzeugs' Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes beschrieben und nicht, wie in der Privathaftpflichtversicherung, ein Risikoausschluss statuiert. Dies führt zu unterschiedlichen Auslegungsmaßstäben und -ergebnissen. Hinzu kommt, dass die Kfz-Haftpflichtversicherung eine Pflichtversicherung ist, die das Risiko der Inanspruchnahme aus der gesetzlich festgelegten Gefährdungshaftung abdecken soll und insofern auch von erhöhter gesellschaftlicher Bedeutung ist. Der Versicherungsnehmer wird deshalb umfassenden Versicherungsschutz erwarten."

Gebäudeversicherung

Wann ist ein Deichbruch ursächlich für eine Überschwemmung?

Im Zusammenhang mit dem Hochwasser im Jahre 2013 stellte sich in einer Beschwerde die Frage nach der Tragweite des Leistungsausschlusses in einer Gebäudeversicherung für Schäden, die durch Deichbruch verursacht wurden.

Der Ombudsmann teilte dem Versicherer hierzu Folgendes mit:

„Sie werden mir zustimmen, dass die dramatischen Hochwasserschäden, die im Juni dieses Jahres stattfanden, auf unterschiedlichste Ursachen zurückzuführen sind. Teilweise brachen Deiche, teilweise lösten sie sich auf, teilweise traten Flüsse über die Ufer und zum Teil reichten auch schon die heftigen Witterungsniederschläge, um Grundstücke unter Wasser zu setzen. Herr … hat die örtlichen Gegebenheiten sowie die Geschehnisse in seinem Schreiben vom 6. August 2013 meiner Auffassung nach außerordentlich plastisch und nachvollziehbar dargestellt. Er hat insbesondere herausgestellt, dass hier unterschiedlichste Ursachen zu der Katastrophe führten. Wenn dem aber so ist, würde ein einziger Deichbruch an einer noch so entfernten Stelle des Katastrophengebietes dazu führen, dass ein Versicherer diesen Deichbruch als eine – vielleicht nur untergeordnete – Ursache heranziehen könnte, um seine Leistungspflicht wegen des Überschwemmungsschadens zu verneinen. Denn dass die mitwirkenden Ursachen, von denen § 11 Absatz 1 b) der Vertragsbedingungen (BBH) spricht, untergeordnet sein müssen, der Deichbruch also die überwiegende Ursache gewesen sein muss, ergibt sich aus der Vertragsregel nicht.

Ich halte es daher für kritisch, in Fällen wie diesen, in denen ein Deichbruch eine der Ursachen gewesen sein kann, die Versicherungsleistung zu verweigern. Offenkundig wurde mit dieser Leistungseinschränkung in § 11 Absatz 1 BBH auch ein anderes Ziel verfolgt. Es sollten Deichbrüche, die sich als die zentrale Schadenursache darstellten, vom Versicherungsschutz ausgenommen werden, so wie dies auch beispielsweise bei Rückstauschäden in dem Standardschutz der Gebäude- und Hausratversicherung der Fall ist. Diese Fokussierung auf eine zentrale nicht versicherte Schadenursache ist aber im vorliegenden Fall meines Erachtens nicht möglich. Ich schlage Ihnen daher vor, Herrn … entgegenzukommen und zumindest die Hälfte des mit 9.000,00 € bemessenen Schadens zu zahlen.“

Auf dieser Basis kam ein Vergleich zustande und der Streit wurde beigelegt.

Kfz-Kaskoversicherung
Der verschwiegene Kilometerstand

Der Versicherungsnehmer wählte einen Tarif, bei dem sich eine niedrige jährliche Fahrleistung für ihn günstig auf die Prämie auswirkte. Im Antrag vom 27. Juli 2012 gab er den Kilometerstand mit 175.000, die jährliche Fahrleistung mit 9.000 km an. Anlässlich der Prüfung zweier Reparaturrechnungen aus dem Jahr 2013 stellte der Versicherer fest, dass der Versicherungsnehmer das Fahrzeug offensichtlich stärker nutzte. Die Rechnungen wiesen im Juni einen Kilometerstand von 203.620 und im Juli einen Kilometerstand von 204.501 auf. Daraufhin passte der Versicherer den Beitrag rückwirkend an die sich daraus ergebende Laufleistung an. Hiergegen wandte sich der Beschwerdeführer. Seinem Vortrag nach waren seine Angaben zum Kilometerstand in seinem Antrag auf Abschluss des Kraftfahrtversicherungsvertrages wohl unzutreffend. Der Versicherer bot ihm daraufhin an, zur Überprüfung des Kilometerstandes den letzten

TÜV-Bericht oder Nachprüfbericht zu übermitteln. Dies lehnte der Beschwerdeführer ab. Andere aussagekräftige Unterlagen zum Kilometerstand des Fahrzeugs reichte der Beschwerdeführer ebenfalls nicht ein. Auch erläuterte er nicht, aus welchem Grund seine Angaben zum Kilometerstand bei der Antragstellung falsch gewesen sein sollen. Die vom Versicherer vorgenommene Anpassung der jährlichen Fahrleistung war vor diesem Hintergrund nicht zu beanstanden.

Rechtsschutzversicherung

Wette auf den Tod?

Der rechtsschutzversicherte Beschwerdeführer beteiligte sich an einer Kapitalanlage, im Rahmen derer eine Fondsgesellschaft bestimmte amerikanische Lebensversicherungen aufkaufte. Mit dem Kauf der Police trat die Fondgesellschaft als neuer Versicherungsnehmer in den laufenden Lebensversicherungsvertrag ein und übernahm die Zahlung der Prämien. Beim Tod der versicherten Person stand ihr die Versicherungsleistung zu. Dieses Geschäftsmodell beruhte auf statistischen Berechnungen zur Lebenserwartung; ein Gewinn des Policenaufkäufers fiel an, wenn die versicherte Person vor dem kalkulierten Zeitpunkt starb. Da der Anleger der Ansicht war, bei Abschluss der Kapitalanlage fehlerhaft beraten worden zu sein, verlangte er Kostenschutz für die rechtliche Interessenwahrnehmung wegen behaupteter Pflichtverletzungen des Fondsmanagements und dem Erstellen eines fehlerhaften Anlageprospektes.

Die Beschwerdegegnerin lehnte den Versicherungsschutz ab, da es sich sowohl bei dem Ankauf der Lebensversicherungen als auch bei der Beteiligung als solcher um eine klassische Wette handele und sich der Versicherungsschutz nicht auf die Wahrnehmung rechtlicher Interessen aus Wettverträgen bezieht.

Der Ombudsmann teilte die Ansicht der Beschwerdegegnerin nicht und verpflichtete diese mit folgender Begründung zur Leistung: „Weder bei dem Ankauf der Versicherungsverträge durch die Fondsgesellschaft noch bei der Beteiligung des Beschwerdeführers an der Kapitalanlage handele es sich um einen Wettvertrag. In einem Wettvertrag im Rechtssinne versprechen die Vertragspartner zur Bekräftigung bestimmter widerstreitender Behauptungen einander, dass dem, dessen Behauptung sich als richtig erweist, ein Gewinn zufallen solle. Vorliegend gebe es jedoch keine widerstreitenden Behauptungen. Die Fondsgesellschaft kaufe Versicherungsverträge ein, von welchen sie sich Gewinne verspreche, wenn die Versicherungsleistung beim Tod des Versicherten höher ist als der Preis für den Kauf der Versicherung. Selbst wenn man den Versicherungsankauf der Gesellschaft als Behauptung, dieser Kauf würde Gewinn abwerfen, verstehen wollte, fehle es an einem Bestreiten der anderen Vertragspartei, dass dies nicht der Fall sei. Auch der Beschwerdeführer habe nichts Widerstreitendes behauptet, sondern lediglich darauf gehofft, dass die Kapitalanlage Gewinne abwerfen wird.“

Lebensversicherung

Der unberechenbare Gesetzgeber

Ein Beschwerdeführer hatte 2012 in der Presse gelesen, dass die gesetzliche Regelung zur Berücksichtigung von festverzinslichen Anlagen bei der Beteiligung an den Bewertungsreserven geändert werden sollte. Die noch aktuelle Rechtslage führe demgegenüber, so der Artikel, für Versicherungsnehmer, deren Lebensversicherungsverträge vorher endeten, aufgrund der Finanzmarktsituation zu höheren Beteiligungen.

Der Beschwerdeführer überlegte, ob eine Kündigung seines Vertrages für ihn günstiger wäre als den Ablauf des Vertrages Ende 2013 abzuwarten, und befragte dazu den Versicherer. Nach schriftlichem und telefonischem Kontakt entschloss er sich zur Kündigung des Vertrages zum 1. Dezember 2012, weil er sich so einen höheren Auszahlungsbetrag versprach. Das entsprechende Gesetzesvorhaben („Sepa-Begleitgesetz“) scheiterte allerdings am 26. Februar 2013 im Vermittlungsausschuss. Daraufhin forderte der Beschwerdeführer vom Versicherer Ersatz seines durch die vorzeitige Kündigung erlittenen Schadens.

Der Ombudsmann überprüfte die Aussagen des Versicherers im Hinblick auf einen Schadensersatzanspruch. Der Versicherer hatte dem Beschwerdeführer mitgeteilt, dass der Bundestag am 8. November 2012 Änderungen des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) beschlossen hatte, und dabei ausdrücklich darauf hingewiesen, dass das Gesetz aber noch nicht verabschiedet war. In Bezug auf den vom Beschwerdeführer angefragten Kündigungstermin führte der Versicherer aus: „Die bisherige gesetzliche Regelung hat nur noch für Kündigungen zum 30. November 2012 Gültigkeit. Spätere Beendigungstermine fallen wegen der Auszahlung nach dem 21. Dezember 2012 unter die neue gesetzliche Regelung.“ Auf diese Textpassage bezog sich der Beschwerdeführer hauptsächlich bei seinem Vorwurf.

Aus der Formulierung war zwar zu schließen, dass der Versicherer erwartete, das Gesetz werde zustande kommen. Dies entspricht schließlich auch dem üblichen Gesetzgebungsverlauf. Aus der Gesamtschau ergab sich jedoch hieraus nicht die Aussage, dass das Gesetz sicher verabschiedet werden würde. Der Versicherer ließ in seinem Schreiben zudem offen, wie sich die geplante Gesetzesänderung auf die Höhe der Ablaufleistung auswirken würde. Schließlich sollte die Beteiligung an den Bewertungsreserven nicht grundsätzlich entfallen.

Der Beschwerdeführer hatte seine Kündigungsentscheidung in eigener Verantwortung zu treffen. Dazu konnte der Versicherer nur den Sachstand wiedergeben, wie er ihn einschätzte. Will ein Versicherungsnehmer darauf spekulieren, dass der Gesetzgeber eine eingebrachte Gesetzesinitiative auch unverändert verabschieden wird, macht er dies auf eigenes Risiko.

Da dem Versicherer keine unrichtigen Angaben oder gar Zusicherungen in Bezug auf das betreffende Gesetzesvorhaben nachzuweisen waren, hatte die Beschwerde keinen Erfolg.

Kfz-Haftpflichtversicherung
Nachträglich besseres Wissen des Versicherers

Der Versicherer hatte nach einem Kfz-Unfall trotz strittigen Unfallgeschehens der Geschädigten die Hälfte des Schadens ersetzt und den Schadenfreiheitsrabatt seines Versicherten entsprechend herabgesetzt. Nachträglich stellte in einem Gerichtsverfahren, in dem die Geschädigte vollen Ersatz des Schadens forderte, ein Sachverständiger fest, dass der Schaden überhaupt nicht auf den Unfall mit dem Versicherungsnehmer zurückzuführen war. Trotzdem weigerte sich der Versicherer, die Herabsetzung des Schadenfreiheitsrabatts rückgängig zu machen, da die hälftige Schadenregulierung seinerzeit im Rahmen seines Regulierungsermessens gelegen habe und daher rechtens gewesen sei.

Der Ombudsmann teilte ihm daraufhin mit:

„Ich habe Bedenken, Ihre Haltung gegenüber dem Beschwerdeführer zu stützen. Zwar kommt es bei der Beurteilung, ob Sie Ihre Regulierungsvollmacht ordnungsgemäß ausgeführt haben, auf Ihre Kenntnisse zum Zeitpunkt der Schadenregulierung an. Andererseits umfasst die Regulierungsvollmacht auch die Abwehr unbegründeter Ansprüche. In einem – wie auch hier eingeleiteten – Haftpflichtprozess müssen Sie vor diesem Hintergrund auch die Interessen Ihres Versicherungsnehmers wahren, also sich so verhalten, wie sich ein von ihm selbst beauftragter Rechtsanwalt verhalten hätte. Wenn sich in einem derartigen Prozess herausstellt, dass der geltend gemachte Schaden unbegründet ist, aber bereits teilweise Zahlungen hierzu geflossen sind, so ist schwer vorstellbar, dass es dabei im Ergebnis auch geblieben wäre, der Anwalt also beispielsweise keine Widerklage erhoben hätte. Auch Sie selbst behielten sich Einwände in Ihrem Abrechnungsschreiben des Schadenfalls für eine mögliche gerichtliche Auseinandersetzung vor. Da der Beschwerdeführer nach dem Ergebnis der Gerichtsverhandlung den Schaden am Wagen der Anspruchstellerin offensichtlich nicht verursachte, würde ich mich freuen, wenn Sie seinen Vertrag auch nicht weiter mit diesem gemeldeten Schadenfall belasten.“

Daraufhin half der Versicherer der Beschwerde ab.

Hausratversicherung
Ohne Rechnung gibt es weniger Geld

Das Standardproblem, dass der Versicherungsnehmer zum Beweis des Werts von gestohlenen Wertgegenständen keine Rechnung mehr vorlegen kann, wird in folgendem Abschlussbescheid deutlich:

„Sie haben sich insbesondere deshalb an mich gewandt, weil Sie für manche Schadenspositionen nur 75 % des bezifferten Wertes erstattet bekommen haben. Den entsprechenden Abzug von 25 % beanstanden Sie, da Sie in den Versicherungsbedingungen keine Regelung finden, die Einzelnachweise erforderlich macht, und es für nicht sachgerecht halten, für alle Gegenstände Nachweise in Form von Rechnungskopien zu verlangen.

Mir ist sicherlich bewusst, dass dies insbesondere für Erbstücke sehr oft ein Problem ist. Jedoch hat der Versicherer erläutert, dass er nach seiner Regulierungspraxis bei einem Verlust von Objekten mit einem Einzelwert unter 1.000,– Euro keine Belege mehr anfordert, sondern diese in voller Höhe anerkennt. Nur für Objekte mit einem Einzelwert von über 1.000,– Euro, für die der Versicherungsnehmer keinen Wert- oder Besitznachweis erbringen kann, nimmt der Versicherer einen Abzug von 25 % pauschal vor. Da es somit für den Versicherer nicht entscheidend auf Rechnungen ankommt, sondern auch Besitznachweise – wie etwa Fotos etc. – ausreichen, halte ich dies für recht kundenorientiert, zumal mir andere Regulierungspraxen bekannt sind. Auch die Höhe des Abzugs kann ich nicht beanstanden.

Rechtlich gesehen bitte ich insoweit Folgendes zu beachten: Wie im übrigen Zivilrecht auch ist es im Versicherungsrecht allein Sache des Anspruchstellers, also des Versicherungsnehmers, seinen Anspruch nicht nur dem Grunde nach, sondern auch der Höhe nach zu beweisen. Etwaige verbleibende Zweifel gehen somit nach dieser allgemeinen Beweislastregel zu seinen Lasten.

Vor diesem rechtlichen Hintergrund kann ich nicht beanstanden, dass der Versicherer entsprechend Ihrem Vortrag in seinen Versicherungsbedingungen keine entsprechende Regelung aufgenommen hat. Vielmehr ergibt sich die Nachweispflicht aus den allgemeinen Regelungen zur Beweislastverteilung im Zivilrecht, die – wie gesagt – im Zivilrecht allgemein gelten.“

Unfallversicherung
Wer ungenau fragt …

Der Beschwerdeführer hatte im September 2009 einen Unfall auf einer Baustelle erlitten. Der Versicherer hatte die Leistung aus der Unfallversicherung mit der Begründung abgelehnt, der Eintritt der Invalidität stünde nicht mit hinreichender Sicherheit fest. Der Arzt habe im Arztbericht vom 17. März 2010 nur eine voraussichtliche Invalidität attestiert, dies reiche nicht aus.

Der Arzt hatte seinem Bericht ein vom Versicherer vorgegebenes Formular zugrunde gelegt. Dieses enthielt unter PR1 die Frage: „Wird der Unfall voraussichtlich zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit führen?“ Diese Frage beantwortete der behandelnde Mediziner ohne Einschränkungen, Vorbehalte oder Eventualitäten mit „ja“. Auf die weitere Frage (PR2), welche Beeinträchtigungen „zu erwarten“ seien, antwortete er: „Begleitende Restsymptomatik eines organischen Psychosyndroms mit Defiziten bei der Merkfähigkeit“.

Der Ombudsmann wies darauf hin, dass dem Arztbericht offenkundig ein vom Versicherer vorgegebenes Formular zugrunde lag und führte aus, dass die entsprechenden Fragestellungen, die in diesem Arztbericht auftauchten, folglich von ihm offenbar für hinreichend präzise und eindeutig gehalten wurden, um die seine Leistungspflicht beeinflussenden Umstände zu erfragen. Sodann merkte er an:

„Ich halte es für problematisch, bei dieser selbst gewählten Fragestellung im Nachhinein mit der Rechtsprechung zu argumentieren, die Aussage, ein Dauerschaden sei zu erwarten, reiche nicht aus. Zudem hat die Neurologische Klinik … eben das nicht attestiert. Von einer ‚Erwartung' ist unter Abschnitt PR1 als Antwort keine Rede, sondern dort gab es als Antwort ein uneingeschränktes ‚ja'. Die Erwartung bezog sich stattdessen auf die Art der Beeinträchtigung, die zugegeben nur sehr diffus und unbestimmt bezeichnet wurde. Hieraus mag sich eine Nachfrageoption Ihres Hauses ergeben; hieraus abzuleiten, dass die Anforderungen an die Fristwahrung nach § 7 Absatz I (1) Satz 3 AUB nicht erfüllt wurden, halte ich für kritisch.

Ob die unbestritten verspätete Invaliditätsmeldung der Form und dem Inhalt genügt, sei an dieser Stelle dahingestellt. Mir geht es zunächst darum, auf das von Ihnen in den Fokus gestellte vermeintliche Versäumnis der Invaliditätsfeststellungsfrist einzugehen und Sie zu bitten, hierzu ergänzend vorzutragen. Es würde mich freuen, wenn ich von Ihnen in den nächsten 14 Tagen eine Antwort erhielte, die sich auch mit der Frage auseinandersetzt, ob hier ein Entgegenkommen Ihres Hauses dahingehend möglich ist, den Einwand, Fristen seien versäumt worden, fallen zu lassen."

Die Parteien einigten sich auf einen Vergleich.

Lebensversicherung
Ein irrtümlich nicht erkannter Irrtum

Es gibt durchaus Beschwerdefälle, in denen für beide Seiten gute Argumente sprechen und sich für beide Ergebnisse juristische Gründe finden. Insbesondere die Konkretisierung der Generalklausel „Treu und Glauben" führt letztlich auch wieder nur zu auslegungsbedürftigen Kategorien wie Redlichkeit und Rücksicht auf die Verkehrssitte. Dennoch muss, wenn keine einvernehmliche Lösung zustande kommt, über die Beschwerde entschieden und das Ergebnis überzeugend begründet werden. Dies kann an nachfolgendem Fall gezeigt werden:

Der Beschwerdeführer beantragte die Beitragsfreistellung seiner Riesterrentenversicherung zum 31. Dezember 2008. Der Versicherer bestätigte die Freistellung mit Schreiben vom 2. September 2008, vermerkte sie allerdings, wie er selbst einräumte, versehentlich nicht in seinem System und führte sie nicht durch. Vielmehr sandte er dem Beschwerdeführer Anfang des Jahres 2009 einen Erhöhungsnachtrag zu. Der Beschwerdeführer zahlte auf den Vertrag weitere Beiträge.

Im Laufe des Jahres 2013 beanstandete der Beschwerdeführer, dass der Versicherer den Vertrag nicht beitragsfrei gestellt hatte. Er verlangte dies rückwirkend, dazu die Erstattung der Beiträge. Er habe nur deshalb weiter gezahlt, weil ihn der Versicherer mit Zahlungsaufforderungen und der Kündigungsandrohung bezüglich seiner Zahlungsverpflichtung getäuscht habe.

Der Versicherer argumentierte, der Erhöhungsnachtrag vom 12. Februar 2009 habe ein Angebot auf beitragspflichtige Weiterführung des Vertrages dargestellt,

das der Beschwerdeführer dadurch angenommen habe, dass er der Dynamisierung nicht widersprochen, sondern die erhöhten Beiträge für die ersten drei Monate des Jahres 2009 überwiesen habe. Erst als weitere Zahlungen ausblieben, habe er, der Versicherer, gemahnt, wobei als Rechtsfolge für die Nichtzahlung die Beitragsfreistellung angekündigt worden sei. Daraufhin habe der Beschwerdeführer die Beiträge wieder überwiesen und die gezahlten Eigenbeiträge auch beim Finanzamt geltend gemacht.

Der Ombudsmann entschied, dass durch schlüssiges Verhalten des Beschwerdeführers eine Vereinbarung über die beitragspflichtige Weiterführung des Vertrages zustande gekommen war. An den Vater des Beschwerdeführers, der als Vertreter im Ombudsmannverfahren bestellt war, schrieb er:

„Natürlich ist es ärgerlich, wenn dem Versicherer bei der Durchführung des Vertrages ein Fehler unterläuft. Andererseits war dieser Fehler für Ihren Sohn durchaus erkennbar. Da er Anfang September 2008 ein Schreiben des Versicherers erhalten hatte, in dem ihm die Beitragsfreistellung zum 31. Dezember 2008 bestätigt worden war, wäre eine Nachfrage beim Versicherer geboten gewesen, als ihm ein Erhöhungsangebot zugesandt wurde. Die von Ihrem Sohn monierte absichtliche Täuschung kann ich in der Übersendung eines Dynamiknachtrags mit Widerspruchsmöglichkeit nicht erkennen.

Entscheidend erscheint mir, dass Ihr Sohn die weiteren Beiträge aktiv überwiesen hat, was anders zu bewerten ist als beispielsweise das passive Dulden von Abbuchungen im Lastschriftverfahren. Das Überweisen der weiteren Beiträge durfte der Versicherer so verstehen, dass Ihr Sohn mit einer beitragspflichtigen Fortführung des Vertrages einverstanden ist. Hinzu kommt, dass Ihr Sohn auch in der Folgezeit durch sein Handeln zum Ausdruck gebracht hat, dass er den Vertrag bewusst beitragspflichtig weiterführen möchte. Er hat seine Eigenbeiträge steuerlich geltend gemacht. Er hat die Überweisungen wieder aufgenommen, obwohl er nach dem Mahn- und Kündigungsschreiben des Versicherers die Beitragsfreistellung des Vertrages durch Nichtzahlung hätte erreichen können. Und er hat weiteren dynamischen Erhöhungen nicht widersprochen.

Wenn Ihr Sohn nun rund vier Jahre später die Erstattung der Beiträge wünscht, die er seit dem 1. Januar 2009 gezahlt hat, sieht der Versicherer darin zu Recht ein widersprüchliches Verhalten. Bitte haben Sie Verständnis, dass ich unter diesen Umständen der Beschwerde Ihres Sohnes nicht zum Erfolg verhelfen kann. Ich hoffe aber, dass meine rechtliche Einschätzung nützlich für ihn ist.“

Privathaftpflichtversicherung

Diskrepanz zwischen Versicherungsschein und Vertragsbedingungen

Die Beschwerdeführerin hatte den Schlüsselbund einer Freundin verloren und machte den Schaden bei ihrem Haftpflichtversicherer geltend. Der Vertrag sah zwar eine Absicherung des Schlüsselverlustrisikos vor, der Versicherer berief sich jedoch auf einen vereinbarten Selbstbehalt von 250 Euro und verweigerte die

Leistung, da der Schaden niedriger war. Die entsprechende Klausel in den Risikobeschreibungen und Besonderen Bedingungen zur Haftpflichtversicherung (RBH) lautet: „Es gilt die vertraglich vereinbarte Selbstbeteiligung, jedoch mindestens 250 Euro je Schadenereignis.“ Der Versicherungsschein enthielt allerdings den ausdrücklichen Hinweis „keine Selbstbeteiligung“. Der Ombudsmann teilte dem Versicherer mit, dass einzelvertragliche Bestimmungen den Versicherungsbedingungen grundsätzlich vorgehen, und erläuterte seine Auffassung wie folgt:

„Ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer erkennt hier, dass er, wenn eine Selbstbeteiligung vereinbart ist, diese, mindestens aber einen Betrag von 250,00 Euro selbst zu tragen hat. Er kann aus der Klausel vielleicht auch ableiten, dass er einen Betrag von 250,00 Euro selbst dann übernehmen muss, wenn sonst keine Vereinbarungen bezüglich eines Selbstbehalts getroffen wurden. Letztlich muss das aber nicht entschieden werden. Vorliegend enthält der Versicherungsschein den ausdrücklichen Hinweis „keine Selbstbeteiligung“. Diese Vereinbarung hat Vorrang und auch Auswirkungen auf das Verständnis von Ziffer 11.5 RBH. Es ist naheliegend, dass aus der Sicht eines durchschnittlichen Versicherungsnehmers der Eindruck entsteht, eine Selbstbeteiligung könne nie in Abzug gebracht werden. Wie bereits erwähnt, Auslegungszweifel gehen zu Ihren Lasten.“

Daraufhin half der Versicherer der Beschwerde ab.

Kfz-Kaskoversicherung
Wildschwein oder Niesanfall?

Der Beschwerdeführer war mit seinem Kraftfahrzeug in einem Wald von der Fahrbahn abgekommen und verlangte Leistung aus der Teilkaskoversicherung, da ein Wildschaden vorgelegen habe. Er sei von der Straße abgekommen, weil er einem auf der Fahrbahn befindlichen Wildschwein habe ausweichen wollen.

Zwar wurde dem Beschwerdeführer nach seinen Angaben von der Polizei eine Bescheinigung über einen „Wildunfall“ ausgestellt. Weitere Belege gab es dafür jedoch nicht. Bei den polizeilichen Feststellungen konnten Spuren, welche auf einen Wildunfall hindeuteten – etwa Blutspuren am Kfz –, nicht festgestellt werden. Auch der vom Versicherer beauftragte Sachverständige fand keine Spuren eines Wildunfalls. Des Weiteren wurde nach den Ermittlungen der Polizei ein totes Wildschwein mit starken Verletzungen aufgefunden, das aber erheblich weiter vom Unfallort entfernt lag, als der Beschwerdeführer angegeben hatte.

Daher stellte sich der Versicherer auf den Standpunkt, eine Kollision mit einem Tier im Sinne der Versicherungsbedingungen, für die der Beschwerdeführer die Beweislast trage, sei nicht nachgewiesen. Dabei wies er auch darauf hin, der Beschwerdeführer habe sich unterschiedlich zur Unfallursache geäußert. In der polizeilichen Ermittlungsakte sei vermerkt, der Beschwerdeführer habe angegeben, wegen eines Niesanfalls von der Fahrbahn abgekommen zu sein. Damit lehnte der Versicherer eine Leistung aus der Teilkaskoversicherung ab, einer Regulierung über die Vollkaskoversicherung stand jedoch nichts entgegen.

Der Ombudsmann konnte dem Beschwerdeführer nicht helfen und schloss mit dem Hinweis, dass er zwar keine Veranlassung habe, der Darstellung des Beschwerdeführers keinen Glauben zu schenken. Die Bewertung im Ombudsmannverfahren müsse sich jedoch auf eine objektive und gesicherte Grundlage stützen und könne die Beweislastverteilung und das Bestreiten des Versicherers nicht unberücksichtigt lassen. Unter diesen Umständen könne er den Versicherer nicht zu einer Leistung aus der Teilkaskoversicherung verpflichten.

Rechtsschutzversicherung
Der Hund in der Hütte

Der Beschwerdeführer betrieb eine Almhütte. Ein Gast ließ weisungsgemäß seinen Hund vor der Hütte warten, während er einkehrte. Das Tier gelangte jedoch mit Hilfe eines anderen Gastes in die Hütte, wo es unmittelbar zu einer Beißerei zwischen dem Hund des Gastes und dem Hund des Beschwerdeführers kam, der sich frei in der Almhütte bewegte. Als der Beschwerdeführer schützend eingreifen wollte, erlitt er durch den Hund des Gastes eine Bissverletzung. Seinen Antrag auf Versicherungsschutz für die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen gegen den Gast als Halter des Hundes lehnte der Versicherer mit der Begründung ab, der Almhüttengast habe dadurch, dass er seinen Hund nicht vor der Hütte angeleint und damit am Betreten der Hütte gehindert habe, eine Nebenpflicht aus dem Bewirtungs- und Gaststättenvertrag mit dem Beschwerdeführer verletzt, deshalb sei die Angelegenheit dem nicht versicherten Firmenvertragsrechtsschutz zuzuordnen.

Der Ombudsmann kam zu einem anderen Ergebnis. Da der Beschwerdeführer Ansprüche aus dem Bereich der Tierhalterhaftung geltend machte, die der Leistungsart des allgemeinen Schadenersatz-Rechtsschutzes zuzuordnen sind, sei es nicht entscheidend, ob der Beschwerdeführer privat oder in seiner Eigenschaft als Wirt der Almhütte gebissen wurde. Da eine Verletzung von vertraglichen Nebenpflichten aus dem Bewirtungsvertrag nicht streitgegenständlich war, hat der Ombudsmann die Beschwerdegegnerin zur Leistung verpflichtet.

Berufsunfähigkeitsversicherung
Diskriminierung wegen einer Behinderung?

Werden Menschen mit bestimmten Erkrankungen/Behinderungen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen, wirft dies immer wieder Fragen nach der Tragweite des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG) auf. So machte ein Beschwerdeführer, der mit beidseitigem Hörschaden geboren und deswegen zu 80 Prozent behindert war, geltend, der Versicherer habe ihn mit der wegen dieser Behinderung vereinbarten Ausschlussklausel diskriminiert. Er hatte sich bereits ohne Erfolg an die zuständige Antidiskriminierungsstelle des Bundes gewandt. Die Rechtslage, die von den Betroffenen durchweg als unbefriedigend empfunden wird, erläuterte der Ombudsmann wie folgt:

„Der Gesetzgeber verfolgt das Anliegen, Menschen vor Diskriminierung wegen ihres Alters, ihres Geschlechts oder wegen einer Behinderung zu schützen, und

zwar auch im Bereich von privaten Versicherungen. Daher kann ich gut nachvollziehen, dass Sie zu dieser Problematik nachfragen.

Dem Gesetzgeber des AGG geht es um ein reines Willkürverbot. Deshalb stellt das Gesetz hohe Anforderungen an die Rechtfertigung einer unterschiedlichen Behandlung. Eine unterschiedliche Behandlung ist nur zulässig, wenn dafür ein sachlicher Grund vorliegt (vgl. § 20 Absatz 1 Satz 1 AGG). Nach § 20 Absatz 2 Satz 2 AGG genügt es für eine unterschiedliche Behandlung wegen einer Behinderung in Bezug auf privatrechtliche Versicherungen, wenn die unterschiedliche Behandlung ‚auf anerkannten Prinzipien risikoadäquater Kalkulation beruht, insbesondere auf einer versicherungsmathematisch ermittelten Risikobewertung unter Heranziehung statistischer Erhebungen'.

Das Benachteiligungsverbot soll nach der Gesetzesbegründung zwar vor Willkür schützen, es soll jedoch nicht eine im Interesse der Versichertengemeinschaft erforderliche Differenzierung nach dem ex ante beurteilten individuellen Risiko unmöglich machen. Eine Differenzierung gehört zu den Grundprinzipien der privatrechtlichen Versicherung (vgl. BT-Drucks. 16/1780, S. 45). Unter dem Begriff ‚risikoadäquate Kalkulation' fasst der Gesetzgeber all die Grundsätze zusammen, die von Versicherungsmathematikern bei der Berechnung von Prämien und Deckungsrückstellungen anzuwenden sind. Zulässig ist es dabei, mathematische Formeln und kalkulatorische Herleitungen zu verwenden und auch statistische Grundlagen heranzuziehen. Zudem muss auf anerkannte medizinische Erfahrungswerte und Einschätzungstabellen der Rückversicherer zurückgegriffen werden (vgl. BT-Drucks. 16/1780, S. 45). Die Entscheidung des Versicherers ist regelmäßig dann gerechtfertigt, wenn hierfür nachvollziehbare und vernünftige Gründe ausschlaggebend waren, die sich an den konkreten Gesetzesrahmen halten. Erforderlich ist, dass die vom Versicherer gesehenen Risikomerkmale mit dem versicherten Risiko korrelieren. In solchen Fällen ist der Versicherer grundsätzlich nicht gehindert, diesen Beurteilungsspielraum bei seiner Risikobewertung zu nutzen. Voraussetzung ist, dass dies stets in gleicher Weise geschieht (vgl. OLG Karlsruhe vom 27.05.2010, 9 U 156/09).

In Ihrer Angelegenheit hat der Versicherer mir die Annahmerichtlinien seines Rückversicherers vorgelegt. Danach ist bei einer beidseitigen schwergradigen Minderung des Hörvermögens die Ihnen angebotene und von Ihnen angenommene Ausschlussklausel zu verwenden. Dabei gehe ich davon aus, dass Sie dem Versicherer entsprechende HNO-ärztliche Unterlagen eingereicht haben. Nach meinen bisherigen Erfahrungen habe ich auch keine Zweifel dahingehend, dass der Versicherer bei allen gleichgelagerten Risiken gleichermaßen verfährt und bei jedem Versicherten mit einer massiven beidseitigen Hörschädigung die Ihnen bekannte Ausschlussklausel zum Zuge kommt und nicht nur in Ihrem Fall. … Erst wenn Sie entsprechend Ihrer Darlegungslast mit aussagekräftigen ärztlichen Unterlagen nochmals widersprechen würden, käme unter Umständen eine Beweiserhebung über die Rechtfertigungsfähigkeit in Betracht (vgl. OLG Saarbrücken vom 09.09.2009, 5 U 26/09-9). Dies wäre jedoch nur in einem gerichtlichen Verfahren möglich.

Gern weise ich darüber hinaus zu dieser Problematik noch auf eine Expertise durch Prof. Dr. Christian Armbrüster vom 7. Mai 2010 zum ‚Benachteiligungsverbot und Rechtfertigungsgründe beim Abschluss privatrechtlicher Versicherungen' hin, die von der Antidiskriminierungsstelle des Bundes in Auftrag gegeben worden ist. Sie ist im Internet veröffentlicht."

Unfallversicherung
Betrunkener Beifahrer als Gehilfe des betrunkenen Fahrers?

Der Versicherungsnehmer kam als Beifahrer bei einem Unfall, den der betrunkene Fahrer verschuldet hatte, ums Leben. Sein Versicherer lehnte die Todesfallleistung aus der Unfallversicherung mit der Begründung ab, mit dem Einsteigen in das von einer ersichtlich alkoholisierten Person geführte Fahrzeug habe der Versicherungsnehmer Beihilfe zu einer Straftat geleistet. Der Fahrer wurde wegen fahrlässiger Tötung und eines fahrlässigen Verkehrsdelikts strafrechtlich verurteilt. Es stellte sich aber die Frage, ob der Versicherungsnehmer mit Vorsatz gehandelt hatte.

Der Ombudsmann teilte die Auffassung des Versicherers nicht und versuchte ihn mit folgendem Schreiben, das gegenüber Versicherern auch sehr juristisch formuliert werden kann, zu überzeugen:

„Ich sehe nicht, wie Sie aus dem tatbestandlich festgestellten Handeln des Haupttäters eine vorsätzlich begangene Haupttat für das Dauerdelikt der Trunkenheitsfahrt nach § 316 StGB ableiten wollen. Der Vorsatz nach § 316 StGB muss sich auch auf die Fahruntüchtigkeit oder zumindest auf die Möglichkeit der Fahruntüchtigkeit beziehen. Dabei bitte ich Sie darauf zu achten, dass sich der Vorsatz auf die Möglichkeit der Fahruntüchtigkeit beziehen muss, nicht auf die Möglichkeit, dass die Alkoholisierung die Fahrtauglichkeit beeinträchtigt. Nicht umsonst konnte das Amtsgericht Siegen diesen Nachweis nicht führen, schon weil der Haupttäter mit 0,67 Promille nicht so erheblich alkoholisiert war, dass er die Fahruntüchtigkeit erkennen konnte und trotz gegenteiliger Kenntnis das Fahrzeug führte. Sie haben dem Verstorbenen vorgehalten, bei seiner zum Tatzeitpunkt geringen Alkoholisierung von 1,00 Promille hätte er die Alkoholisierung des Fahrers erkennen können. Auch der Gehilfe muss aber vorsätzlich handeln und dieser Vorsatz sich unter anderem auch auf eine vorsätzlich begangene Haupttat beziehen, also darauf, dass der Fahrer fahruntüchtig war. Wie sollte das Herr … bei dem deutlich geringer alkoholisierten Fahrer feststellen, wenn er sich selbst sogar wieder fahrtauglich fühlte und eigentlich vorhatte, nach dem Erreichen der Wohnung des Fahrers mit dem Fahrzeug nach Hause zu fahren?"

Daraufhin half der Versicherer der Beschwerde ab.

Lebensversicherung
Beitragsfreistellung

Die Beschwerdeführerin hatte ihren Versicherer mit Schreiben vom 20. März 2010 darum gebeten, ihren Vertrag vom 1. April 2010 bis zum 31. Juli 2011 ruhend

zu stellen. Der Versicherer stellte den Vertrag daraufhin vorübergehend bis zum 1. April 2012 beitragsfrei. Er informierte die Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 24. März 2010 darüber und wies auf die Möglichkeit der Wiederaufnahme der Beitragszahlung hin. Er teilte ihr zudem mit, dass er den Vertrag beenden und abrechnen werde, wenn die Beitragszahlung nicht bis zum genannten Termin wieder aufgenommen werde. Für eine dauerhafte Beitragsfreistellung genüge das vorhandene Vertragsguthaben nämlich nicht.

Mit Schreiben vom 14. November 2011 unterbreitete der Versicherer einen Vorschlag zur Wiederinkraftsetzung des Vertrages. Da die Beschwerdeführerin auf dieses Schreiben nicht geantwortet hatte, rechnete der Versicherer den Vertrag am 10. April 2012 ab. Hiergegen richtete sich die Beschwerde.

Nachdem der Versicherer nicht zur Abhilfe bereit war, verpflichtete ihn der Ombudsmann, den Vertrag fortzuführen, und begründete dies wie folgt:

„Ein Umwandlungsverlangen ist wegen der weit reichenden Folgen nur dann als wirksam gestellt anzusehen, wenn sich aus der Erklärung des Versicherungsnehmers klar und eindeutig der Wille ergibt, dass die Versicherung in eine prämienfreie umgewandelt werden soll (OLG Hamm, Urteil vom 17. August 2011, I-20 U 69/11, r+s 8/2012, S. 403 m. w. N.). Aus dem Schreiben vom 20. März 2010 geht ein solcher Wille der Beschwerdeführerin nicht hervor. Sie bat ausdrücklich um eine Ruhendstellung für einen begrenzten Zeitraum.

…

Auch der Umstand, dass sie auf das Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 24. März 2010, in dem auf die Folgen einer Beitragsfreistellung hingewiesen wurde, nicht reagiert hat, führt zu keinem anderen Ergebnis. Für die Wirksamkeit der Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung ist ein ausdrückliches Umwandlungsverlangen des Versicherungsnehmers als einseitige empfangsbedürftige Gestaltungserklärung unabdingbar. Sie kommt nicht durch Angebot und Annahme zustande, schon gar nicht kann ein rechtsverbindliches Angebot auf Prämienfreistellung vom Versicherer ausgehen (OLG Hamm, Urteil vom 17. August 2011, I-20 U 69/11, r+s 8/2012, S. 403, 405).

Da eine Beitragsfreistellung nicht beantragt wurde, ist der Vertrag nicht nach § 165 Absatz 1 S. 2 VVG erloschen.“

Rechtsschutzversicherung

Wann ist ein Grundstück „selbstgenutzt“?

Die rechtsschutzversicherte Beschwerdeführerin hatte aufgrund eines notariellen Übergabevertrages von ihrer Großmutter ein bebautes Anwesen als Gegenleistung für deren Pflege erhalten. Inzwischen lebte die Großmutter in einem Seniorenzentrum, die Kosten trug der Sozialleistungsträger. Dieser machte Schenkungsrückforderungsansprüche gegen die Beschwerdeführerin geltend, gegen die sich diese zur Wehr setzen wollte. Ihr Rechtsschutz-

versicherer lehnte die Übernahme der Kosten hierfür unter Berufung auf den sogenannten Baurisikoausschluss ab. Die einschlägige Vertragsklausel lautet: „Rechtsschutz besteht nicht für die Wahrnehmung rechtlicher Interessen … in ursächlichem Zusammenhang mit … dem Erwerb oder der Veräußerung eines vom Versicherungsnehmer nicht selbstgenutzten Grundstückes, Gebäudes oder Gebäudeteiles."

Nachdem der Rechtsschutzversicherer nicht abhalf, verpflichtete ihn der Ombudsmann dazu, „der Beschwerdeführerin Kostenschutz für die rechtliche Interessenwahrnehmung zur Abwehr einer finanziellen Ablösungsforderung aufgrund einer behaupteten Grundstücksschenkung durch ihre Großmutter zu erteilen."

Die Begründung lautete:

„Unbestritten hat die Beschwerdeführerin dieses Grundstück in einem gewissen Umfang selbst genutzt. Das Wohnhaus wurde von ihr dauerhaft als Lagerraum genutzt, während der umliegende Garten zu Erntezwecken sowie zur Erholung und zum Grillen diente. Es ist daher entscheidend, welche Anforderungen aufgrund des zitierten Risikoausschlusses an die ‚Selbstnutzung' des Grundstückes zu stellen sind.

Nach ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes sind Allgemeine Versicherungsbedingungen so auszulegen, wie ein durchschnittlicher, um Verständnis bemühter Versicherungsnehmer sie bei verständiger Würdigung, aufmerksamer Durchsicht und unter Berücksichtigung des erkennbaren Sinnzusammenhangs verstehen kann. Dabei ist im Regelfall auf die Verständnismöglichkeiten eines Versicherungsnehmers ohne versicherungsrechtliche Spezialkenntnisse und auch auf seine Interessen abzustellen (zum Beispiel, BGH, VersR 2006, S. 1067).

Während in anderen Bedingungswerken auch der Beschwerdegegnerin (zum Beispiel ARB 2009 – gültig ab dem 1. Oktober 2009) eine Angelegenheit dem Wortlaut der Regelung nach schon dann ausgeschlossen sein soll, wenn der Versicherungsnehmer das erworbene Gebäude nicht dauerhaft selbst zu Wohnzwecken nutzt, fordert § 3 Absatz 1 b) cc) ARB 2002 allein, dass das Grundstück nicht selbstgenutzt ist. Der durchschnittliche Versicherungsnehmer wird diese Formulierung so verstehen können, dass der Risikoausschluss nur dann eingreifen soll, wenn er das Grundstück überhaupt nicht selber – zu welchem Zweck auch immer – nutzt, wenn er es also etwa fremdvermietet. Da eine erweiternde Auslegung des Risikoausschlusses über den Wortlaut hinaus nicht möglich ist (vergleiche zur gebotenen engen Auslegung von Risikoausschlüssen BGH, VersR 2004, S.1596), ist der Risikoausschluss nicht erfüllt.

Weil der vorgenannte Risikoausschluss schon nach seinem Wortlaut nicht eingreift, kann die Frage offen bleiben, ob der für den Baurisikoausschluss grundsätzlich notwendige ursächliche Zusammenhang der Schenkungsrückforderung mit dem Grundstückserwerb besteht.

Da andere Leistungshindernisse oder Risikoausschlüsse seitens der Beschwerdegegnerin nicht vorgebracht werden, ist der Beschwerdeführerin antragsgemäß Kostenschutz zu gewähren.“

Gebäudeversicherung
Bestreiten mit Nichtwissen reicht nicht immer

Der Versicherer verweigerte die Leistung aus der Gebäudeversicherung. Dies begründete er damit, der Versicherungsnehmer habe die Reparaturarbeiten durchführen lassen, bevor er den Schaden habe besichtigen können. Der Versicherte wandte ein, er habe vor der Reparatur mit einer Mitarbeiterin des Versicherers telefoniert und diese habe mitgeteilt, es werde kein Sachverständiger zur Prüfung des Schadens entsandt. Dem hielt der Versicherer lediglich entgegen, die Mitarbeiterin könne sich an dieses Telefonat nicht erinnern.

Der Ombudsmann wies darauf hin, dass ein Bestreiten mit Nichtwissen nach § 138 Absatz 4 ZPO nur im Hinblick auf Tatsachen möglich ist, die weder eigene Handlungen der Partei noch Gegenstand ihrer eigenen Wahrnehmung gewesen sind. Da der Versicherte schlüssig geschildert hatte, wie das Telefonat verlaufen war, genüge es nicht, dessen Inhalt mit dem bloßen Hinweis zu bestreiten, es fehle die Erinnerung. Es sei der Sachbearbeiterin zuzumuten gewesen, über das Telefonat einen Vermerk anzufertigen, um später das Gesagte ebenso rekapitulieren zu können, wie gleichzeitig das, was nicht gesagt wurde, ausschließen zu können. Dass solch ein Vermerk nicht angefertigt wurde, könne dem Versicherungsnehmer nicht zum Nachteil gereichen.

Der Versicherer half daraufhin der Beschwerde ab.

3 Einzelheiten zur Schlichtungsstelle

3.1 Allgemeines

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

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

Zweck des Vereins bei Gründung war die Förderung der außergerichtlichen Streitbeilegung zwischen Versicherungsunternehmen und Verbrauchern (Versicherungsnehmern). Wegen der vom Gesetzgeber übertragenen Aufgabe für Vermittlerbeschwerden haben die Mitglieder im Jahr 2007 den Vereinszweck auf die Förderung der außergerichtlichen Streitbeilegung zwischen Versicherungsvermittlern oder Versicherungsberatern und Versicherungsnehmern im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen erweitert.

Nach der Vereinssatzung (siehe 5.3) können der GDV und dessen Mitgliedsunternehmen in den Verein aufgenommen werden. Zum 31. Dezember 2013 hatte der Verein 286 (Vorjahr: 285) Mitglieder.

Die Organe eines Vereins sind der Vorstand und die Mitgliederversammlung, so auch beim Versicherungsombudsmann e. V. Der Beirat ist ein weiteres Gremium, das jedoch nicht vereinsrechtlicher Natur ist. Gleichwohl sind die Besetzung des Gremiums und seine Befugnisse in der Satzung des Vereins geregelt. Der Beirat setzte sich im Berichtsjahr aus Vertretern der Mitgliedsunternehmen, von Verbraucherorganisationen, der Versicherungsaufsicht, der Wissenschaft sowie der Bundestagsfraktionen zusammen (siehe 3.5). Seit 2009 sind auch zwei Vertreter der Versicherungsvermittler Mitglieder im Beirat.

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

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

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

Die Tätigkeit des Versicherungsombudsmanns beruht inzwischen auf verschiedenen Grundlagen. Das Verhältnis zu den Mitgliedsunternehmen ist privatrechtlicher Natur. Die Versicherer, die dem Verein angehören, akzeptieren die 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 das Verfahren in Anspruch nehmen, ohne selbst durch die Einlegung der Beschwerde eine Verpflichtung oder ein Kostenrisiko einzugehen.

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

Die zweite auf gesetzlicher Grundlage übertragene Aufgabe ist das Verfahren für Beschwerden über Versicherungsvermittler. Nach der Vermittlerrichtlinie der Europäischen Union (Richtlinie 2002/92/EG) hatten die Mitgliedsstaaten für die Einrichtung von Verfahren zu sorgen, die es Kunden ermöglichen, Beschwerden über Versicherungsvermittler einzulegen (Artikel 10) sowie die Einrichtung angemessener und wirksamer Beschwerde- und Abhilfeverfahren zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten zwischen Versicherungsvermittlern und Kunden zu fördern (Artikel 11). Der deutsche Gesetzgeber kam diesem Auftrag mit dem Gesetz zur Neuregelung des Vermittlerrechts (dem sogenannten Vermittlergesetz) nach, das in wesentlichen Teilen zum 22. Mai 2007 in Kraft getreten ist. In dem seit 2008 reformierten VVG ist die Aufgabe jetzt in § 214 Absatz 1 Nr. 2 genannt. Danach können privatrechtlich organisierte Einrichtungen als Schlichtungsstellen zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten zwischen Versicherungsvermittlern oder Versicherungsberatern und Versicherungsnehmern im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen anerkannt werden. Wie bereits in der Begründung des Regierungsentwurfs zum Vermittlergesetz erwähnt,

wurde der Versicherungsombudsmann e. V. mit dieser Aufgabe betraut. Die Mitgliederversammlung hat nach vorherigem Beschluss des Beirats eine eigene Verfahrensordnung für Beschwerden gegen Versicherungsvermittler (VermVO) beschlossen. Dies war notwendig, da sich dieses Verfahren in der Ausgestaltung erheblich von dem Beschwerdeverfahren unterscheidet, das die Mitgliedsunternehmen ihren Kunden ermöglichen (siehe 1.5).

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

Der Versicherungsombudsmann e. V. ist Mitglied im FIN-NET (Consumer Complaints Network for Financial Services) der Europäischen Kommission. Nur solche Einrichtungen können Mitglied im FIN-NET werden, die den Mindestanforderungen an Schlichtungseinrichtungen, festgelegt in einer unverbindlichen Empfehlung aus dem Jahr 1998, genügen. Diesen Kriterien entsprachen die Konstruktion der Schlichtungsstelle mit einem unabhängigen Ombudsmann sowie seine Verfahrensordnung (VomVO) 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 Funktion 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 (siehe 1.7).

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 ca. 18.000 Eingaben kann er jedoch nicht jede Beschwerde selbst bearbeiten. Im Gegensatz zu einigen anderen größeren Einrichtungen der alternativen Streitbeilegung ist diese Kompetenz nicht auf mehrere Personen übertragen worden. Stattdessen stellt der Verein dem Ombudsmann geeignete Mitarbeiter und Sachmittel zur Verfügung, damit er seine Aufgabe erfüllen kann. Über die Mitarbeiter übt er ein fachliches Weisungsrecht aus und hat zudem Einfluss auf deren Einstellung und Entlassung. Mit der Vergabe von Zeichnungsrechten sowie Vorlagepflichten stellt der Ombudsmann sicher, dass die Beschwerden in der von ihm vorgegebenen Weise bearbeitet werden.

Die laufenden Vereinsgeschäfte obliegen dem Geschäftsführer. Seit 2003 nimmt Dr. Horst Hiort diese Aufgabe wahr. Er ist besonderer Vertreter des Vereins im

Sinne von § 30 BGB sowie Personalvorgesetzter aller Mitarbeiter und verantwortlich für die Organisation. Auch die Überwachung der Beschwerdebearbeitung im Verständnis des Ombudsmanns gehört zu seinen Aufgaben.

Die Beschwerdebearbeitung findet in zwei Bereichen des Vereins statt, nämlich im Servicecenter und in der juristischen Abteilung. Im Servicecenter des Versicherungsombudsmanns waren im Berichtsjahr 13 Versicherungskaufleute mit der Annahme und der Aufbereitung der Beschwerden befasst. Die Mitarbeiter nehmen die Beschwerden entgegen, legen dazu Akten an und erfassen die Angaben im EDV-System. Sie helfen den Beschwerdeführern bei der Formulierung des Beschwerdeziels und der Zusammenstellung der für die Beschwerde notwendigen Unterlagen. Zudem prüfen sie die Zulässigkeit der Beschwerde im Sinne der Verfahrensordnungen und teilen den Beschwerdeführern, deren Anliegen nicht in den Aufgabenbereich des Ombudsmanns gehört, dies mit.

In der juristischen Abteilung unterstützen Volljuristen (Referenten) den Ombudsmann bei der Beurteilung der Beschwerden. Sie prüfen die Ansprüche der Beschwerdeführer in rechtlicher Hinsicht, führen die juristische Korrespondenz, loten Einigungsmöglichkeiten aus und entscheiden in Abstimmung mit dem Ombudsmann und in seinem Auftrag darüber, ob die einzelne Beschwerde berechtigt ist. Da die Referenten nach fachlichen Schwerpunkten entsprechend den Versicherungssparten arbeiten, sammeln sie im Laufe der Zeit wertvolle Erfahrungen und besonderes Fachwissen. Zum Ende des Berichtszeitraums haben 18 juristische Referenten den Ombudsmann unterstützt.

Weiter beschäftigt der Verein Mitarbeiter im Sekretariat und in der Verwaltung. Einschließlich der Teilzeit- und Aushilfskräfte waren zum Ende des Berichtsjahres 43 Personen beim Versicherungsombudsmann e. V. angestellt (Mitarbeiter in Elternzeit sind unberücksichtigt). Seit einer im Jahr 2006 vollzogenen Neuorganisation der Schlichtungsstelle sind sämtliche Tätigkeiten im Verein konzentriert.

Die effiziente Bearbeitung von jährlich ca. 18.000 Beschwerden erfordert eine gute Organisation. Dazu gehört ein EDV-Programm, das alle wichtigen Informationen zu einem Beschwerdeverfahren aufnimmt und den Mitarbeitern schnell und zuverlässig zugänglich macht. Dadurch wird gewährleistet, dass keine relevanten Erkenntnisse verlorengehen und den Beteiligten des Beschwerdeverfahrens bei Bedarf zügig die zutreffende Auskunft erteilt werden kann. Diese Anforderungen erfüllt das eigens für die Schlichtungsstelle entwickelte EDV-Programm „Ombudat“. Es unterstützt die Mitarbeiter bei allen Schritten der Beschwerdebearbeitung und informiert über sämtliche ein- und ausgehenden Mitteilungen. Außerdem ermöglicht das Programm den Referenten, frühere Beschwerdefälle zu finden, die bei einer aktuell anstehenden Entscheidung berücksichtigt werden sollten. All das trägt zur hohen Bearbeitungsqualität der Beschwerden bei und sorgt auch für die notwendige Effizienz.

3.3 Vereinsmitglieder und Mitgliederversammlung

Der Versicherungsombudsmann e. V. ist der Trägerverein der Schlichtungsstelle. Nach der Vereinssatzung (siehe 5.3) können der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) und dessen Mitgliedsunternehmen in den Verein aufgenommen werden. Am 31. Dezember 2013 hatte der Verein 286 (Vorjahr: 285) Mitglieder. Vereinsbeitritte waren auch im Berichtsjahr zu verzeichnen. Ansonsten beruhen Veränderungen im Mitgliederbestand zumeist auf den Folgen von Fusionen, Übertragungen von Versicherungsbeständen und Neugründungen.

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

Die Mitglieder tragen den Verein in wirtschaftlicher Hinsicht. In einem Umlageverfahren wird von ihnen ein Jahresbeitrag erhoben. Die Höhe der Umlage bestimmt sich nach dem durch einen Wirtschaftsplan festgestellten Finanzbedarf. Diese Umlage wird auf alle Mitglieder aufgeteilt, wobei die Beitragshöhe für jedes einzelne Mitglied von dem Verhältnis der jährlichen Bruttobeitragseinnahmen aller Mitgliedsunternehmen zueinander abhängig ist. Darüber hinaus zahlen die Versicherungsunternehmen eine Fallpauschale für nach der VomVO zulässige Beschwerden (Einzelheiten dazu unter 3.8).

Am 20. November 2013 fand die ordentliche Mitgliederversammlung unter Leitung des Vorstandsvorsitzenden, Dr. Wolfgang Weiler, in Berlin statt. Professor Hirsch berichtete über die Beschwerdebearbeitung der zurückliegenden 12 Monate, informierte über Änderungen der Rechtsprechung und über nationale wie internationale Entwicklungen in der Gesetzgebung. Danach nahm die Mitgliederversammlung den Bericht des Geschäftsführers, Dr. Hiort, entgegen. Die Entwicklung der Beschwerdebearbeitung aus statistischer Sicht und verschiedene organisatorische Fragen der Schlichtungsstelle bildeten den Schwerpunkt seiner Ausführungen.

Anschließend wurden die Änderungsvorschläge zur VomVO behandelt (vgl. 1.7). Dr. Hiort erläuterte den Hintergrund der vom Vorstand eingebrachten Passagen und beschrieb deren Anwendungsbereich. Sämtlichen Vorschlägen stimmte die Mitgliederversammlung zu. Auch die übrigen Tagesordnungspunkte wurden antragsgemäß beschlossen. Die Mitglieder genehmigten den Jahresabschluss 2012 und entlasteten den Vorstand sowie den Geschäftsführer. Weiter beschlossen sie den vom Vorstand aufgestellten Wirtschaftsplan und die Mitgliederumlage für das Geschäftsjahr 2014.

3.4 Vorstand

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

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

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

Vorstandssitzungen fanden am 18. April und am 11. Juli 2013 statt. Der Vorstand stellte den Jahresabschluss des Vereins für das Geschäftsjahr 2012 auf, prüfte eingetretene Entwicklungen im Hinblick auf notwendige Maßnahmen und beriet über die Weiterentwicklung der Schlichtungsstelle. In Vorbereitung der Mitgliederversammlung beschloss der Vorstand den vorgelegten Wirtschaftsplan 2014 und bereitete die Änderung der Verfahrensordnung VomVO vor.

3.5 Beirat

Dem Beirat kommen nach der Satzung wichtige Aufgaben und Kompetenzen zu. So hat er maßgeblichen Einfluss auf Änderungen der Verfahrensordnungen, aber auch auf die Bestellung des Ombudsmanns, den der Beirat bei dessen Arbeit begleitet und berät.

Daraus ergibt sich eine Funktion, die vielleicht auf den ersten Blick nicht leicht zu erkennen ist, jedoch vielfach als die bedeutendste des Beirats angesehen wird: Das Gremium sichert die Unabhängigkeit des Ombudsmanns in der Ausübung seiner Tätigkeit. Die Ungebundenheit des Ombudsmanns bei der Entscheidung von Beschwerden sowie seine von den Beschwerdeparteien wahrgenommene Neutralität sind unverzichtbar zur Erfüllung der Schlichtungsaufgabe. Die Satzung regelt die Unabhängigkeit uneingeschränkt und grundlegend: Der Ombudsmann ist hinsichtlich seiner Entscheidungen sowie seiner Verfahrens- und Amtsführung im Rahmen der Verfahrensordnungen unabhängig und keinen Weisungen unterworfen.

Die Versicherungswirtschaft hat bereits bei Gründung der Schlichtungsstelle durch Einrichtung des Beirats darauf geachtet, dass die Unabhängigkeit nach innen wie nach außen gesichert ist. Die Mitglieder des Beirats, unter anderem Abgeordnete des Deutschen Bundestags und Vertreter von Verbraucherschutzorganisationen, begleiten die Arbeit des Ombudsmanns und haben dadurch Einblick in seine Amtsausübung. Es gehört zu den satzungsgemäßen Aufgaben des Beirats, den Bericht des Ombudsmanns entgegenzunehmen und ihn zu beraten. Zusammen mit anderen Elementen sorgt dies für Vertrauen in den Ombudsmann, in das von ihm geleitete Beschwerdeverfahren und in seine Entscheidungen. Dies ist die notwendige Voraussetzung dafür, dass Ombudsmannbescheide den im Verfahren „Unterlegenen“ zu überzeugen vermögen.

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

Die Amtszeit der Beiratsmitglieder beträgt nach der Satzung fünf Jahre. Die aktuelle Beiratsperiode begann im Februar 2012. Im Berichtsjahr entfiel ein Beiratssitz, da die FDP-Fraktion mit Beginn der neuen Legislaturperiode nicht mehr im Deutschen Bundestag vertreten ist.

Dementsprechend bestand der Beirat zum Ende des Berichtsjahres aus 27 Personen, darunter sieben Vertretern der Mitgliedsunternehmen und ebenfalls sieben Vertretern von Verbraucherorganisationen (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. – vzbv, Stiftung Warentest und der Bund der Versicherten e. V. –

BdV). Zwei Vertreter der Versicherungsaufsicht, drei Vertreter der Wissenschaft sowie sechs Vertreter der Bundestagsfraktionen (SPD, CDU/CSU, Bündnis 90/Die Grünen und Die Linke.) und zwei Vertreter von Versicherungsvermittlerorganisationen vervollständigten den Beirat.

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

Der Beirat tagte am 24. Oktober 2013 in Berlin. Er nahm zunächst den Bericht von Professor Hirsch entgegen und diskutierte verschiedene Fragen und Probleme, die sich im Zusammenhang mit der Beschwerdebearbeitung gezeigt hatten. Nach dem Bericht von Dr. Hiort befasste sich das Gremium mit den Änderungsvorschlägen zur Verfahrensordnung VomVO (vgl. 1.7) und stimmte diesen in einstimmigen Beschlüssen zu.

Als Nachfolger von Dr. Peter Lischke, Verbraucherzentrale Berlin e. V., übernahm Andreas Gernt, Verbraucherzentrale Niedersachsen e. V., den Sitz im Beirat.

Im Zusammenhang mit den Änderungen innerhalb der Geschäftsführung des BdV kam es kurzzeitig auch im Beirat zu einer Nachbesetzung durch Tobias E. Weissflog. Axel Kleinlein wurde im Oktober aber erneut Vorstandsvorsitzender des BdV und damit auch wieder dessen Vertreter im Beirat.

Dr. Volker Wissing schied, wie zuvor ausgeführt, als Vertreter der FDP aus dem Beirat aus.

Zum Ende des Berichtsjahres gab es auch einen Wechsel bei den Vertretern der Versicherungsaufsicht. Das Mandat von Dr. Burkhard Lehmann, Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, übernahm Rainer Schacht.

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

3.6 Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

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

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

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

Im Übrigen geht die Initiative zur Berichterstattung regelmäßig von den Medienvertretern aus. Der Versicherungsombudsmann ist bei den Journalisten längst eine feste Größe, wenn Versicherungsthemen behandelt werden. Journalisten befragen Professor Hirsch häufig zu den von ihnen recherchierten Themen. Vielfach benötigen sie eine unabhängige Stellungnahme, nachdem sie von der Anbieterseite einerseits und von Verbraucherorganisationen andererseits verschiedene Standpunkte gehört haben. Im Ombudsmann finden sie einen Fachmann für Versicherungsrecht, der zudem die praktischen Auswirkungen für die Verbraucher und den Versicherungsmarkt kennt. Im Berichtsjahr gab Professor Hirsch Interviews u. a. für die dpa, den Hessischen Rundfunk und das Bundespresseamt. Darüber hinaus wirkte er an einer TV-Aufnahme für eine Sendung des SWR mit, in denen Rechtsanwalt Hajo Köster Versicherungsfälle untersuchte.

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

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

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

3.7 Fachlicher Austausch

Die von der Versicherungswirtschaft eingerichtete Ombudsstelle ist längst ein wichtiges Element sowohl im Versicherungsmarkt wie 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 Konstruktion, Arbeitsweise und Tätigkeit des Versicherungsombudsmanns sowie Berichte über bestimmte einzelne Aspekte der Tätigkeit prägen den fachlichen Austausch. Nachfolgend werden die bedeutendsten Begegnungen des Berichtsjahres dargestellt.

Auf Fachtagungen und Symposien wurden die Berichte und Erfahrungen des Versicherungsombudsmanns gern einbezogen. Professor Hirsch hielt auf verschiedenen Veranstaltungen Vorträge oder nahm bei Podiumsdiskussionen zu aktuellen Versicherungsthemen und Fragen der außergerichtlichen Streitschlichtung Stellung. Herauszuheben ist der Vortrag bei der Tagung des Bundesministeriums der Justiz „Schlichtung und Mediation – Erfahrungen und Perspektiven“, die von der damaligen Bundesjustizministerin Frau Leutheusser-Schnarrenberger eröffnet wurde. Dr. Hiort erläuterte vor Führungskräften im Versicherungsvertrieb das Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsvermittler und referierte bei einer Unfallfachtagung über Erfolgsfaktoren und Fehlerquellen bei der Verständigung mit Kunden.

Im Vorfeld der Bundestagswahl, die im Herbst des Berichtsjahres stattfand, gab es diverse Veranstaltungen, in denen die politischen Parteien ihr Konzept der Verbrauchpolitik präsentierten und zur Diskussion stellten. Professor Hirsch und Dr. Hiort brachten bei Bedarf Erkenntnisse aus der Schlichtungstätigkeit ein.

Den Versicherungsombudsmann erreichen immer wieder Anfragen ausländischer Delegationen, die sich über die privat organisierte Schlichtungsstelle, den genauen Verfahrensablauf sowie die Erfahrungen informieren wollen. Zumeist handelt es sich um Vertreter staatlicher Stellen oder Verbände der örtlichen Versicherer, die an der Tätigkeit insgesamt oder bezogen auf einzelne Sparten interessiert sind. Nicht selten besteht der Anlass darin, dass im jeweiligen Heimatland Überlegungen zur außergerichtlichen Streitschlichtung angestellt werden. In diesem Zusammenhang nahm Professor Hirsch im Oktober an der von der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) und der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH organisierten „Regional Conference On Investor Protection In Capital Markets“ in Mumbai (Indien) teil, referierte dort über die Arbeit der Schlichtungsstelle und beteiligte sich an der Podiumsdiskussion „Dispute Resolution Regime & Mediation and Arbitration“.

Aber auch noch in der Planung oder bereits im Aufbau befindliche Schlichtungsstellen aus Deutschland fragen gelegentlich beim Versicherungsombudsmann an. Zum Teil befinden sich die Gesprächspartner noch in Vorüberlegungen für eine

Streitschlichtungseinrichtung ihrer Branche, kurz vor oder nach der Tätigkeitsaufnahme oder sie wollen einfach nur den Kontakt zum Versicherungsombudsmann aufnehmen. Besonders interessieren die Konstruktion, die Organisation sowie Aspekte des personellen und finanziellen Aufwands. Es wird aber auch zu technischen, formellen oder finanziellen Punkten angefragt. Gerne wird von Seiten des Versicherungsombudsmanns der Dialog geführt; im Rahmen der zeitlichen Kapazitäten werden solche Initiativen unterstützt, zumal in den Anfragen eine Bestätigung der erfolgreichen Tätigkeit der Schlichtungsstelle der deutschen Versicherungswirtschaft gesehen werden kann.

Der Austausch mit anderen etablierten Schlichtungsstellen im Finanzdienstleistungsbereich und darüber hinaus gewann weiter an Bedeutung. Zu den traditionell guten Kontakten mit anderen Ombudsleuten und Verantwortlichen kam hinzu, dass die EU Regelungen zur flächendeckenden Verbreitung der außergerichtlichen Streitbeilegung verabschiedete (siehe 2.3). Die sich daraus ergebenden Auswirkungen und organisatorischen oder formalen Anpassungen, waren nur einige der Themen, die diskutiert wurden.

Im Rahmen der hausintern veranstalteten „Expertengespräche“ berichtete u. a. Richter am BGH Dr. Christoph Karczewski, Mitglied des Versicherungssenats, über die aktuelle Rechtsprechung des Senats und diskutierte hierüber mit den Juristen der Schlichtungsstelle.

Professor Hirsch ist Mitglied im Fachbeirat der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungen (BaFin). Das 24-köpfige Gremium berät die BaFin bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und unterstützt sie bei der Weiterentwicklung aufsichtsrechtlicher Grundsätze. Im FIN-NET der Europäischen Kommission vertrat, wie schon in den Vorjahren, Dr. Hiort die Schlichtungsstelle. Dr. Hiort übernahm einen Sitz im Beirat des „Ehrbare Versicherungskaufleute e. V.“ (VEVK), der u. a. den Zweck verfolgt, die Tugenden des „Ehrbaren Kaufmanns“ bei Versicherungsvermittlern wieder aufleben zu lassen. Die konstituierende Sitzung fand im Berichtsjahr statt.

§ 8 des Finanzdienstleistungsaufsichtsgesetzes regelt, dass zudem ein weiterer Beirat die BaFin bei der Erfüllung ihrer Aufsichtsaufgaben auch aus Verbrauchersicht beraten soll. Dieses Gremium wurde neu geschaffen und besteht aus zwölf Mitgliedern. Wissenschaft, Verbraucher- und Anlegerschutzorganisationen, Mitarbeiter außergerichtlicher Streitschlichtungssysteme sowie das (damals so bezeichnete) Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz sollen angemessen vertreten sein. Der Versicherungsombudsmann wurde vom Bundesminister der Finanzen zum Mitglied dieses Verbraucherbeirates bestellt, der im Berichtsjahr seine Tätigkeit aufnahm.

3.8 Finanzen

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

Die Fallpauschalen betreffen Beschwerden, die gegen die Unternehmen eingelegt werden. Für nach der Verfahrensordnung (VomVO) 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 Ombudsmanns 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, 108,00 Euro, für auf andere Weise beendete Verfahren 72,00 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 Vorschüsse bilden ein Guthaben der Mitgliedsunternehmen auf die künftige Umlage, sofern die Mitgliederversammlung dafür keine andere Verwendung beschließt.

Den Jahresabschluss des Vereins für das Jahr 2013, dessen Bestandteil die dargestellte Gewinn-und-Verlust-Rechnung ist, hat Geschäftsführer Dr. Hiort vorbereitet und der Vorstand per Beschluss aufgestellt. Dieser Abschluss wurde der Deloitte & Touche GmbH, Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, vorgelegt. Die Wirtschaftsprüfer erstellten einen Bericht und erteilten darin den uneingeschränkten Bestätigungsvermerk. Jahresabschluss und Wirtschaftsprüfungsbericht sind den von den Mitgliedsunternehmen gewählten ehrenamtlichen Rechnungsprüfern vorzulegen.



Gewinn-und-Verlust-Rechnung [1.]	2013 TEUR	2012 TEUR
Mitgliedsumlagen einschließlich verrechneter Beitragsvorauszahlungen	2.588	2.571
Umsatzerlöse	965	978
Bestandsveränderung [2.]	14	– 34
Sonstige Zinsen und ähnliche Erträge	8	26
Sonstige Erträge	23	88
Erträge	**3.598**	**3.629**
Personalaufwand	2.267	2.234
Raumkosten	366	370
Honorare, Gutachten, Beiträge, Gebühren	400	310
Kommunikationskosten	61	57
Reise-, Sitzungs- und Tagungskosten	38	35
Abschreibung auf immaterielle Vermögenswerte des Anlagevermögens und Sachanlagen	53	105
Zinsen und ähnliche Aufwendungen	9	8
Sonstige Aufwendungen	87	87
Steuern von Einkommen und Ertrag	3	6
Aufwendungen	**3.284**	**3.212**
Differenz Erträge und Aufwendungen	**314**	**417**
Entnahme/Zuführung Abschreibungsrücklage	47	21
Zuführung zur zweckgebundenen Rücklage	0	0
Entnahme Mitgliederguthaben	0	0
Überschuss/Mitgliederguthaben	**361**	**438**

Anmerkungen:

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

Rechnungsprüfer für das Geschäftsjahr sind Dr. Hans Bücken, Vorsitzender des Vorstands der VPV Versicherungsgruppe, und Dr. Frederic Roßbeck, Vorsitzender des Vorstands der Feuersozietät Berlin Brandenburg Versicherung AG.

4 Statistik

4.1 Gesamtbetrachtung

Im Jahr 2013 sind insgesamt 18.740 Beschwerden (Vorjahr: 17.263) bei der Schlichtungsstelle eingegangen. Gegenüber dem Jahr 2012 bedeutet dies eine Steigerung um 8,6 Prozent. Bezogen auf die beiden Zuständigkeitsbereiche des Ombudsmanns zeigt sich folgende Tendenz: Die Zahl der Unternehmensbeschwerden stieg um 8,9 Prozent auf 17.935 (16.468). Die Beschwerden gegen Versicherungsvermittler verringerten sich um 8,3 Prozent auf 363 (396). Den Ombudsmann erreichten außerdem 442 (399) Eingaben, die keinem der beiden Bereiche zugeordnet werden konnten und in der Statistik als „Sonstige“ ausgewiesen werden.

Die Betrachtung auf Spartenebene zeigt zum Teil deutliche Steigerungen im Vergleich zum Vorjahr. Nur in zwei Versicherungssparten gingen die zulässigen Beschwerden gegenüber 2012 zurück. Diese Werte werden nachfolgend dargestellt; der Gesamteingang je Sparte, also einschließlich der unzulässigen Eingaben, steht in Klammern. Die Reihenfolge ergibt sich aus den Veränderungen.

Den stärksten Rückgang zeigt die Statistik mit minus 4,7 Prozent in der Gebäudeversicherung. 905 (1.230) Eingaben bedeuten den zweiten Rückgang in Folge, nachdem 1.093 Beschwerden im Jahr 2011 eingingen. Die andere rückläufige Sparte war die Kfz-Haftpflichtversicherung. Hier erhielt der Ombudsmann 856 (1.604) Beschwerden. Dies sind 2,4 Prozent weniger als 2012 und zugleich vier Beschwerden mehr als 2011.

Von den Sparten, die einen Zuwachs aufweisen, entfällt der geringste Anstieg mit 2,8 Prozent auf die Allgemeine Haftpflichtversicherung. 582 (1.153) Eingaben sind jedoch deutlich weniger als noch im Jahr 2011, als es 654 waren. Die Rechtsschutzversicherung gehört mit 2.138 (2.505) Beschwerden, dies sind 5,9 Prozent mehr als im Vorjahr, zu den Sparten, die unterproportional zugelegt haben. Zugleich wurde damit aber ein neuer Höchststand markiert.

Die nun folgenden Sparten stiegen zweistellig. Sowohl in der Berufsunfähigkeitsversicherung als auch in der Hausratversicherung gingen 11,9 Prozent mehr Beschwerden als im Vorjahr ein. Die Berufsunfähigkeitsversicherung erhielt 478 (677) Eingaben, was gegenüber dem Jahr 2011 mit 496 Beschwerden gleichwohl einen Rückgang bedeutet; die Eingaben zur Hausratversicherung stiegen auf 783 (954). Die zahlenmäßig bedeutendste Sparte beim Ombudsmann ist seit Beginn der Tätigkeitsaufnahme die Lebensversicherung. Hier gab es seit mehreren rückläufigen Jahren im Berichtsjahr wieder einen Zuwachs um 13,2 Prozent. In Zahlen ausgedrückt sind dies 4.323 (6.220) Vorgänge.

Im Jahr 2013 kam eine neue Sparte hinzu. Die Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns (VomVO) wurde mit Wirkung zum 21. November um die Zuständigkeit für Beschwerden aus Realkreditverträgen erweitert (siehe 1.7). Hierzu gingen in den restlichen Wochen des Jahres drei (unzulässige) Beschwerden

ein. In der Statistik werden diese Eingänge unter „Sonstige“ geführt. Ab 2014 werden diese Beschwerden separat ausgewiesen.

Die Verteilung der Sparten über den Berichtszeitraum verlief recht unterschiedlich. Im ersten Quartal bis einschließlich April waren die Eingaben zur Lebensversicherung, ausgelöst durch die diversen Entscheidungen des BGH im Vorjahr (siehe unter 2.2), noch recht hoch und erreichten zeitweilig bis zu 41 Prozent am Gesamteingang. Danach sanken diese Beschwerden zum Teil auf unter 30 Prozent. In der zweiten Jahreshälfte stiegen dagegen die Eingänge in anderen Sparten, insbesondere diejenigen mit zweistelligen Zuwachsraten, stark an. Diese Effekte waren ungefähr gegenläufig, so dass sich über das Jahr hinweg ein relativ gleichförmiger Verlauf der Eingangsmengen ergab.

18.803 (17.735) Beschwerden wurden 2013 abschließend bearbeitet. Dies ist die bislang höchste Zahl überhaupt. Im Jahr 2008 wurde mit 18.801 fast die gleiche Zahl an Eingaben beendet, damals lag der Anteil der zulässigen Beschwerden sogar noch höher.

Mit 18.803 Beschwerden konnten mehr Verfahren beendet werden als eingegangen waren. Der Arbeitsstand wurde also weiter verbessert. Die durchschnittliche Verfahrensdauer der zulässigen Beschwerden vom Vorjahr konnte mit 2,7 (3,5) Monaten signifikant verringert werden und ist die kürzeste Bearbeitungsdauer seit Bestehen der Schlichtungsstelle. Von den beendeten Beschwerden waren 5.558 (5.026) unzulässig, dies entspricht 29,6 (28,3) Prozent.

4.2 Differenzierung nach Zuständigkeiten des Ombudsmanns

Die im Jahr 2007 übernommene Zuständigkeit für Beschwerden gegen Vermittler machte eine Abgrenzung zum Verfahren gegen Versicherungsunternehmen notwendig. Zuvor gab es nur die Kategorien „zulässig“ und „unzulässig“. Seit Ausübung der gesetzlich definierten Aufgabe muss festgelegt werden, welches Verfahren durchzuführen ist. Es kommt in wenigen Fällen sogar in Betracht, zwei Verfahren (eines gegen das Mitgliedsunternehmen, das andere gegen den Vermittler) zu eröffnen. Auch im Falle der Nichtzuständigkeit für Beschwerden gilt es zu differenzieren, weil entschieden werden muss, für welches Verfahren die Unzulässigkeit gilt: Handelt es sich um eine unzulässige Unternehmensbeschwerde (Beispiel: Beschwerde gegen einen Versicherer, deren Wert 100.000 Euro überschreitet), eine unzulässige Vermittlerbeschwerde (Beispiel: Vermittler beschwert sich über einen anderen Vermittler) oder einen Vorgang, der weder der einen noch der anderen Kategorie zugeordnet werden kann (Beispiel: Beschwerde gegen ein Handelsunternehmen, weil die dort gekaufte Waschmaschine defekt ist). Vorgänge der letzten Art waren ursprünglich den unzulässigen Unternehmensbeschwerden zugeordnet und gehören seit 2008 der Kategorie „Sonstige“ an.

Bei Betrachtung der Statistik ist zu berücksichtigen, dass Beschwerden im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen gegen ge-

bundene Vermittler in der Regel die Voraussetzungen der VomVO, der Verfahrensordnung für Unternehmensbeschwerden, erfüllen, da sich das Beschwerdeziel gegen den Versicherer richtet. Solche Eingaben wurden überwiegend nach der für den Beschwerdeführer vorteilhaften VomVO behandelt, es sei denn, er machte deutlich, dass er ausschließlich ein Verhalten des Vermittlers beanstanden wollte. Dementsprechend sind in den Unternehmensverfahren auch Beschwerden gegen Vermittler enthalten, die jedoch nicht als solche ausgewiesen werden. Deshalb gilt es bei der Rubrik „Vermittlerverfahren“ zu bedenken, dass die unter dem 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 18.740 (Vorjahr: 17.263) im Berichtsjahr eingegangenen Beschwerden betrafen 17.935 (16.468) die Kategorie Unternehmensbeschwerden. Dies bedeutet eine Steigerung um 8,9 Prozent. 2012 war dagegen eine Verringerung um 2,5 Prozent zu verzeichnen.

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

18.000 (16.901) Beschwerden gegen Versicherungsunternehmen wurden im Berichtsjahr beendet. In 611 (508) Fällen haben die Beschwerdeführer ihr Anliegen nicht weiterverfolgt. Bei vielen dürfte der Grund darin liegen, dass das Versicherungsunternehmen in der Zwischenzeit der Beschwerde bereits abgeholfen hatte. Die Zulässigkeitsprüfung hat in diesen Fällen nicht stattgefunden bzw. konnte nicht abgeschlossen werden.

12.550 Verfahren (12.064) wurden als zulässig beendet. Davon konnten 260 (467) inhaltlich nicht entschieden werden, da entscheidungserhebliche Fragen zur Klärung im vereinfachten Ombudsmannverfahren nicht geeignet waren (§ 8 VomVO). Dies war zum Beispiel der Fall, wenn eine streitige, höchstrichterlich noch nicht entschiedene Frage vorlag, deren rechtliche Lösung der Autorität der Gerichte überlassen werden sollte, oder die Sachlage im Urkundsbeweis nicht abschließend geklärt werden konnte. Diese Vorgänge gingen weiter zurück; noch im Jahr 2010 waren hierzu 1.285 Verfahren gezählt worden. Grund dafür sind mehrere kürzlich ergangene Urteile des Bundesgerichtshofs zur Lebensversicherung, die viele offene rechtsgrundsätzliche Fragen geklärt haben. Davor

war dem Ombudsmann eine Entscheidung vielfach nicht möglich. Das ist nun auf Basis der aktuellen Rechtsprechung anders, wenngleich noch immer nicht alle Detailfragen beantwortet sind. Diese sind in der Regel nicht von rechtsgrundsätzlicher Bedeutung, so dass dadurch ein Ombudsmannspruch nicht gehindert wird.

Von den übrigen 12.290 (11.597) Verfahren beendete der Ombudsmann 8.221 (7.987) Fälle mit einer Entscheidung oder Empfehlung. In 2.686 (2.227) Verfahren half das Versicherungsunternehmen ab. Das bedeutet, der Versicherer rückte von der vom Beschwerdeführer beanstandeten Entscheidung ganz oder teilweise ab. Die Veränderung stellt eine Steigerung von über 20 Prozent dar und ist im Sinne des Schlichtungsgedankens sehr erfreulich. Ein Entgegenkommen beider Seiten, also ein Vergleich, kam in 660 (639) Fällen zustande. In 723 (744) Verfahren zog der Beschwerdeführer seine Beschwerde zurück.

Bei 4.839 (4.329) Eingaben musste der Ombudsmann die Befassung ablehnen. Die Zulässigkeit richtet sich nach der hierfür vorgesehenen Verfahrensordnung (VomVO), nach der die Zulässigkeitsfrage zu entscheiden ist. Beschwerden, mit denen sich der Ombudsmann nicht befassen kann, sind zum Beispiel:

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

Davon zu unterscheiden sind Unzulässigkeitsgründe, die nicht von dauerhafter Natur sind. Ein solcher nur vorübergehender Hinderungsgrund für die Durchführung eines Beschwerdeverfahrens liegt zum Beispiel vor, wenn Beschwerdeführer sich sogleich an den Ombudsmann wenden und nicht zuvor die Entscheidung bei dem betroffenen Versicherungsunternehmen beanstandet haben. Dann bittet der Ombudsmann den Beschwerdeführer, zunächst dem Unternehmen die Möglichkeit zur Bereinigung zu geben. Damit sollen Meinungsverschiedenheiten auf der niedrigsten Konfliktstufe beendet werden. Gelingt dies, entsteht ein Streit erst gar nicht. Hilft der Versicherer der Beschwerde nicht ab oder erhält der Beschwerdeführer innerhalb von sechs Wochen keine Antwort, fällt dieses Verfahrenshindernis weg und der Ombudsmann kann tätig werden. Ein weiterer vorübergehender Unzulässigkeitsgrund liegt vor, wenn zeitgleich Beschwerde bei einer Versicherungsaufsichtsbehörde eingelegt wird.

Im Berichtsjahr hatten 43,7 (36,4) Prozent der Beschwerden Erfolg, sofern sie nicht die Lebensversicherung betrafen. Dieser auf den ersten Blick starke Anstieg relativiert sich ein wenig, da dieser Wert im Jahr 2011 bei 40,0 Prozent gelegen hatte. Da, wie zuvor bereits ausgeführt, dieses Ergebnis vor allem auf dem Entgegenkommen der Unternehmen beruht, handelt es sich um eine erfreuliche Entwicklung. Als erfolgreich in diesem Sinne werden solche Beschwerdeverfahren angesehen, die dem Versicherungsnehmer vollständig oder zum Teil den gewünschten rechtlichen oder wirtschaftlichen Vorteil bringen. Dies kann der Fall

sein, wenn die Vertragszeit entsprechend dem Wunsch des Versicherungsnehmers angepasst wird, diese also je nach Beschwerdeziel früher oder später als vom Versicherer entschieden endet. Wirtschaftliche Vorteile können eine höhere Schadenzahlung in der Gebäudeversicherung oder die Übernahme der Kosten für die rechtliche Interessenvertretung in der Rechtsschutzversicherung sein.

Beschwerden aus der Lebensversicherung haben zwangsläufig vergleichsweise geringere Erfolgsaussichten. Sie richten sich oft gegen Standmitteilungen, die Höhe der Überschüsse oder gegen die Ablaufleistungen. Der Ombudsmann kann das Anliegen der Beschwerdeführer durchaus nachvollziehen, denn die Darstellungen sind für Verbraucher oft unklar oder missverständlich. Auch können die mitgeteilten Werte enttäuschen, wenn sie unter den Erwartungen liegen, sie sind jedoch in der Regel weder hinsichtlich der Berechnung noch unter rechtlichen Gesichtspunkten zu beanstanden. Die Erfolgsquote in der Lebensversicherung steigt seit einigen Jahren. Bis einschließlich 2011 lag sie unter 20 Prozent, 2012 überschritt sie erstmals diese Grenze und erreichte 23,3 Prozent. Im Berichtsjahr stieg sie nun sogar auf 34,0 Prozent. Dieser hohe Wert ist maßgeblich durch die Schwierigkeiten bei der rechnerischen Umsetzung der BGH-Entscheidungen zum Mindestrückkaufswert und zum Stornoabzug zurückzuführen. Die Unternehmen wiesen die Ansprüche der Kunden nicht zurück, brauchten jedoch einige Zeit, um die Nachzahlungsbeträge zu berechnen. Das jeweilige Verfahren war demnach als Erfolg des Beschwerdeführers zu werten. Besonders viele dieser Beschwerden wurden im ersten Halbjahr gezählt. Danach gingen diese Vorgänge und damit auch die Erfolgsquote zurück.

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. In die Erfolgsquote findet dieser Effekt jedoch keinen Eingang, da er sich statistisch nicht erfassen lässt. Gleichwohl tragen solche Verfahrensergebnisse maßgeblich dazu bei, dass der Ombudsmann seinen Auftrag als Schlichter erfüllt, wie es die Vereinssatzung in § 15 Absatz 2 vorsieht. Danach soll der Ombudsmann in bestimmten Fällen die Beilegung des Streits durch Bescheidung mit verständlicher Erläuterung der Rechtslage fördern. Eine befriedende Wirkung tritt in aller Regel ein, wenn die zuvor unzufriedene Partei nach der Prüfung des Ombudsmanns die Zusammenhänge versteht und erkennt, dass sich der Verfahrensgegner vertragsgemäß und gesetzeskonform verhalten hat.

4.4 Beschwerden gegen Versicherungsvermittler

Das Vermittlerverfahren unterscheidet sich erheblich von dem Beschwerdeverfahren gegen Unternehmen. Insoweit wird auf die Erläuterungen unter 1.5 und 4.2 verwiesen. Einige der Besonderheiten haben Auswirkung auf die statistische Betrachtung. So gibt es Beschwerden, die durchaus in den Aufgabenbereich fallen, sich jedoch nicht mit rechtlichen Maßstäben bewerten lassen. Dies soll an folgendem Beispiel verdeutlicht werden: Beschwert sich etwa ein Versicherungsnehmer, weil der Vermittler beim Abschluss des Hausratvertrages zu spät

gekommen oder unfreundlich gewesen sein soll, so liegen alle vier Voraussetzungen vor, die nach der gesetzlichen Regelung für diese vom Bundesministerium der Justiz übertragene Aufgabe erforderlich sind. Es handelt sich um einen Versicherungsnehmer (1.), der eine Beschwerde (2.) über einen Versicherungsvermittler (3.) einreicht, die im Zusammenhang mit der Vermittlung eines Versicherungsvertrages steht (4.). Dennoch kann der Ombudsmann die Beschwerde nicht nach Recht und Gesetz entscheiden, wie es die Verfahrensordnung für Vermittlerbeschwerden (VermVO) in § 5 vorsieht. Dies ist zum einen für derartige Fälle ein ungeeigneter Maßstab, zum anderen würde eine darauf gerichtete Bewertung nicht die Beilegung des Streits fördern.

Obwohl sich der geschilderte Sachverhalt einer streng juristischen Prüfung entzieht, fällt dennoch eine solche Beschwerde eindeutig in den vom Gesetzgeber übertragenen Aufgabenbereich, wie zuvor erläutert. Dementsprechend nimmt sich der Ombudsmann der Beschwerde an und beantwortet sie. Allerdings führt er kein Verfahren gemäß der VermVO durch, denn dafür wäre ein konkreter Antrag erforderlich (§ 2 Absatz 1 VermVO), der sich nach dem vorgegebenen Maßstab von Recht und Gesetz prüfen lässt. Dies hat zur Folge, dass bei den Vermittlerbeschwerden zwischen justiziablen und nicht justiziablen Beschwerdegegenständen zu unterscheiden ist. Eine solche Differenzierung, dass zwar der Aufgabenbereich betroffen ist, dennoch nicht immer ein rechtsförmliches Verfahren nach der VermVO durchgeführt werden kann, ist dem Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsunternehmen fremd. Diese Unterschiede zwischen Vermittler- und Unternehmensbeschwerden gilt es bei Betrachtung der statistischen Darstellung zu bedenken. Zudem ist zu berücksichtigen, dass die Anzahl der Beschwerden gegen Versicherungsvermittler für eine statistische Auswertung zu gering ist. Dementsprechend fehlt es insbesondere bei Teilmengen an einer hinreichenden Datengrundlage, um zuverlässige Aussagen treffen zu können. Daher wird empfohlen, Schlussfolgerungen nur mit der gebotenen Vorsicht zu ziehen.

Im Berichtsjahr hat der Ombudsmann 363 (Vorjahr: 396) Eingaben in diesem Zuständigkeitsbereich erhalten. Dies entspricht einem Rückgang von 8,3 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Dies ist der niedrigste Eingang seit der Aufnahme der Tätigkeit in diesem Bereich.

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

361 (433) Vermittlerbeschwerden beendete der Ombudsmann im Berichtsjahr. In 4 (13) Fällen haben die Beschwerdeführer ihr Anliegen nicht weiterverfolgt. 277 (296) Beschwerden ließen sich nicht dem vom Ombudsmann schon weit ausgelegten Aufgabenbereich zurechnen, waren also unzulässig. Häufigster Grund, weshalb ein Verfahren nicht durchgeführt werden konnte, war mit 32 (32) Prozent der Vermittlungszeitpunkt, denn der Auftrag des Gesetzgebers für Vermittlerbeschwerden gilt nicht rückwirkend. Daher können Beschwerden, die im Zusammenhang mit einer Vermittlung vor dem 22. Mai 2007, also vor Übertragung der Aufgabe stehen, nicht Gegenstand eines Beschwerdeverfahrens gegen den Vermittler sein. Zweithäufigste Kategorie war mit 30 (34) Prozent ein fehlender Zusammenhang mit einer Vertragsvermittlung.

Von den beendeten Beschwerden fielen 80 (124) 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 1,3 (2,4) 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 13,8 (8,1) Prozent ausmachten, und Rücknahmen mit einem Anteil von 8,7 (5,6) Prozent. In 71,2 (76,7) Prozent dieser Fälle bewertete der Ombudsmann gegenüber den Parteien die Beschwerde abschließend.

Beschwerden, die zwar den Aufgabenbereich betrafen, jedoch nicht justiziabel waren, machten einen Anteil von 5,0 (7,2) Prozent der zulässig beendeten Beschwerden aus. Hier teilte der Ombudsmann seine Auffassung zum Beschwerdegegenstand mit und versuchte, auf die Beteiligten befriedend zu wirken. Alle Beschwerden, auch die nicht justiziablen, wurden „beantwortet“, wie dies in § 214 VVG vorgesehen ist. 24,4 (22,2) Prozent der zulässig beendeten Vermittlerbeschwerden waren ganz oder zum Teil erfolgreich. In diese Kategorie fällt auch die Bewertung allein auf der Grundlage des vom Beschwerdeführer vorgetragenen Standpunktes, worauf die Erfolgsquote im Wesentlichen zurückzuführen sein dürfte. In den wenigen Fällen, in denen der Beschwerdegegner nicht geantwortet hatte, konnte die Beschwerde nur auf dieser Basis geprüft werden. Ob der Streit tatsächlich in der vom Ombudsmann bewerteten Weise beendet wird oder die Parteien ihn weiter vor Gericht austragen, wird in diesen Fällen nicht immer bekannt.



4.5 Tabellen und Grafiken

1. Gesamtbetrachtung der Eingänge im Berichtsjahr

Diese Auswertungen geben die **in 2013 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

	2013	2012	2011	2010	2009
Beschwerden gesamt	18.740	17.263	17.733	18.357	18.145
Veränderung zum Vorjahr	+ 8,6 %	– 2,7 %	– 3,4 %	+ 1,2 %	– 3,7 %
Zulässige Beschwerden	12.614	11.616	12.259	12.720	12.371
Veränderung zum Vorjahr	+ 8,6 %	– 5,2 %	– 3,6 %	+ 2,8 %	– 7,5 %
Unzulässige Beschwerden	5.523	5.128	4.852	5.034	5.045
Veränderung zum Vorjahr	+ 7,7 %	+ 5,7%	– 3,6 %	– 0,2 %	+ 6,4 %
Keine Weiterverfolgung durch Beschwerdeführer	603	519	622	603	729
Veränderung zum Vorjahr	+ 16,2 %	– 16,6 %	+ 3,2 %	– 17,3 %	+ 1,0 %

Eingang zulässiger Beschwerden im Vergleich zum Vorjahr

	2013	2012	Veränderung Absolut	Veränderung in Prozent
Leben	4.323	3.818	+ 505	+ 13,2
Rechtsschutz	2.138	2.019	+ 119	+ 5,9
Kfz-Haft	856	877	– 21	– 2,4
Kfz-Kasko	584	511	+ 73	+ 14,3
Unfall	994	846	+ 148	+ 17,5
Gebäude	905	950	– 45	– 4,7
Hausrat	783	700	+ 83	+ 11,9
Allgemeine Haftpflicht	582	566	+ 16	+ 2,8
Berufsunfähigkeit	478	427	+ 51	+ 11,9
Sonstige*	971	902	+ 69	+ 7,6
Gesamt	**12.614**	**11.616**	**+ 998**	**+ 8,6**

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



Entwicklung der Eingänge nach Zuständigkeitsbereichen

	2013	2012	2011	2010	2009
Unternehmensbeschwerden	17.935	16.468	16.884	17.555	17.326
Veränderung zum Vorjahr	+ 8,9 %	– 2,5 %	– 3,8 %	+ 1,3 %	– 3,5 %
Vermittlerbeschwerden	363	396	449	455	479
Veränderung zum Vorjahr	– 8,3 %	– 11,8 %	– 1,3 %	– 5,0 %	+ 3,9 %
Sonstige	442	399	400	347	340
Veränderung zum Vorjahr	+ 10,8 %	– 0,2 %	+ 15,3 %	+ 2,1%	– 20,7 %
Gesamt	18.740	17.263	17.733	18.357	18.145
Veränderung zum Vorjahr	+ 8,6 %	– 2,7 %	– 3,4 %	+ 1,2 %	– 3,7 %

* Keine gleichartige Vorjahrestätigkeit, da Zuständigkeit für Beschwerden gegen Versicherungsvermittler ab 22. Mai 2007.

Verteilung der zulässigen Unternehmensbeschwerden nach Sparten

	2013 in Prozent	2012 in Prozent	2011 in Prozent	2010 in Prozent	2009 in Prozent
Leben	34,2	32,8	32,4	38,4	39,1
Rechtsschutz	17,0	17,5	16,6	15,3	14,1
Kfz-Haft	6,8	7,5	6,9	7,1	5,6
Kfz-Kasko	4,7	4,4	4,4	4,1	3,6
Unfall	7,2	7,3	7,7	7,5	9,0
Gebäude	7,9	8,2	9,0	7,0	6,9
Hausrat	6,2	6,0	6,1	5,0	5,1
Allgemeine Haftpflicht	4,6	4,9	5,4	4,9	4,9
Berufsunfähigkeit	3,8	3,7	4,0	3,2	2,9
Sonstige*	7,6	7,7	7,5	7,5	8,8

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

Verteilung der zulässigen Vermittlerbeschwerden nach Sparten

	2013 in Prozent	2012 in Prozent	2011 in Prozent	2010 in Prozent	2009 in Prozent
Leben	51,9	46,9	53,9	46,5	50,0
Rechtsschutz	6,3	7,5	4,9	6,5	3,7
Kfz-Haft	12,7	12,8	14,7	7,1	9,0
Kfz-Kasko	1,3	1,0	1,4	3,2	6,8
Unfall	1,3	3,2	0,7	1,9	0,5
Gebäude	3,8	1,0	2,1	1,9	2,1
Hausrat	2,5	3,2	0,7	1,3	1,1
Allgemeine Haftpflicht	3,8	1,0	4,2	1,9	1,6
Berufsunfähigkeit	3,8	6,4	5,5	3,9	2,6
Sonstige*	12,6	17,0	11,9	25,8	22,6

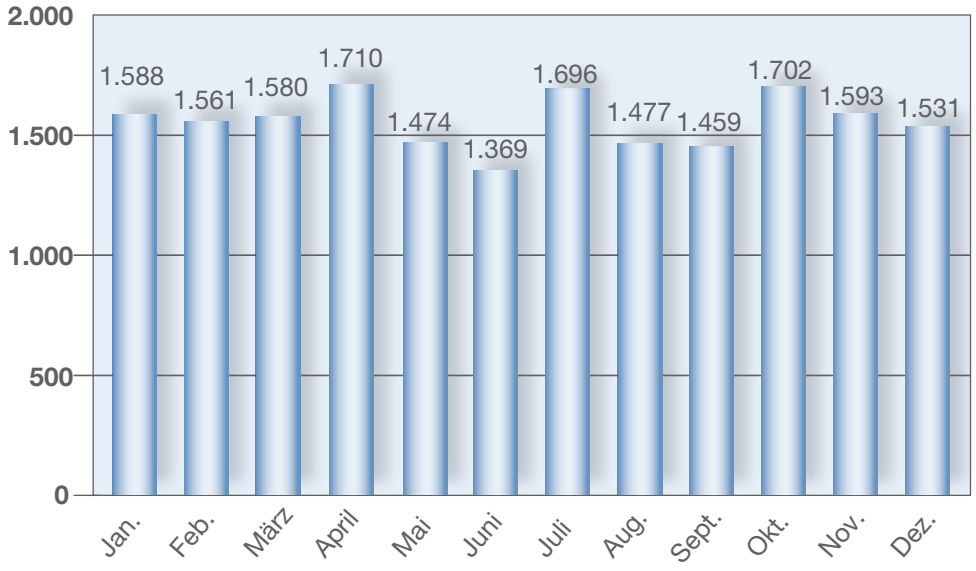
* Enthält Sparten mit geringem Beschwerdeaufkommen und Eingaben, die mehrere Sparten betreffen.

*Verteilung nach Aufgabenbereichen und Zulässigkeit**

2013	gesamt	zulässig	unzulässig	keine Weiterverfolgung
Unternehmensbeschwerden	17.935	12.535	4.802	598
Anteil in Prozent	100,0	69,9	26,8	3,3
Vermittlerbeschwerden	363	79	279	5
Anteil in Prozent	100,0	21,8	76,9	1,3
Sonstige	442	0	442	0
Anteil in Prozent	100,0	0,0	100,0	0,0
Gesamt	**18.740**	**12.614**	**5.523**	**603**
Anteil in Prozent	100,0	67,3	29,5	3,2

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

Beschwerdeeingänge 2013 dargestellt nach Monaten



Kommunikationseingänge zu den Beschwerden

	2013	2012	2011	2010	2009
Telefon	9.032	9.330	10.332	10.950	10.543
Anteil in Prozent	11,3	12,8	13,7	14,6	14,5
Brief	50.804	45.617	47.378	47.096	46.543
Anteil in Prozent	63,6	62,4	62,7	62,6	64,1
Fax	7.861	7.755	8.041	8.152	8.447
Anteil in Prozent	9,8	10,6	10,6	10,8	11,6
E-Mail	12.220	10.337	9.866	8.991	7.091
Anteil in Prozent	15,3	14,2	13,0	12,0	9,8
Gesamt	**79.917**	**73.039**	**75.617**	**75.189**	**72.624**

2. Gesamtbetrachtung der 2013 beendeten Beschwerden

Diese Auswertungen geben die in **2013 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

	2013	2012	2011	2010	2009
Zulässige Beschwerden	12.630	12.188	12.715	12.982	12.491
Unzulässige Beschwerden	5.558	5.026	4.739	5.016	5.028
Keine Weiterverfolgung durch Beschwerdeführer	615	521	602	611	742
Gesamt	**18.803**	**17.735**	**18.056**	**18.609**	**18.261**

Verteilung der Beschwerden nach der Höhe des Beschwerdewerts

	2013 in Prozent	2012 in Prozent	2011 in Prozent	2010 in Prozent	2009 in Prozent
Bis 5.000 €	84,4	82,9	81,6	86,1	85,5
Bis 10.000 €	7,6	7,6	8,5	5,2	6,4
Bis 20.000 €	3,2	3,9	4,4	3,5	3,6
Bis Zuständigkeitsgrenze*	4,8	5,6	5,5	5,2	4,5

* Bis 17.11.2010: 80.000 €, danach 100.000 €.

Durchschnittliche Dauer der Beschwerdeverfahren

	2013 in Monaten	2012 in Monaten	2011 in Monaten	2010 in Monaten	2009 in Monaten
Zulässige Beschwerden	2,7	3,5	3,4	4,4	4,1
Unzulässige Beschwerden	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3
Beschwerden gesamt*	**1,9**	**2,5**	**2,5**	**3,2**	**3,0**

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

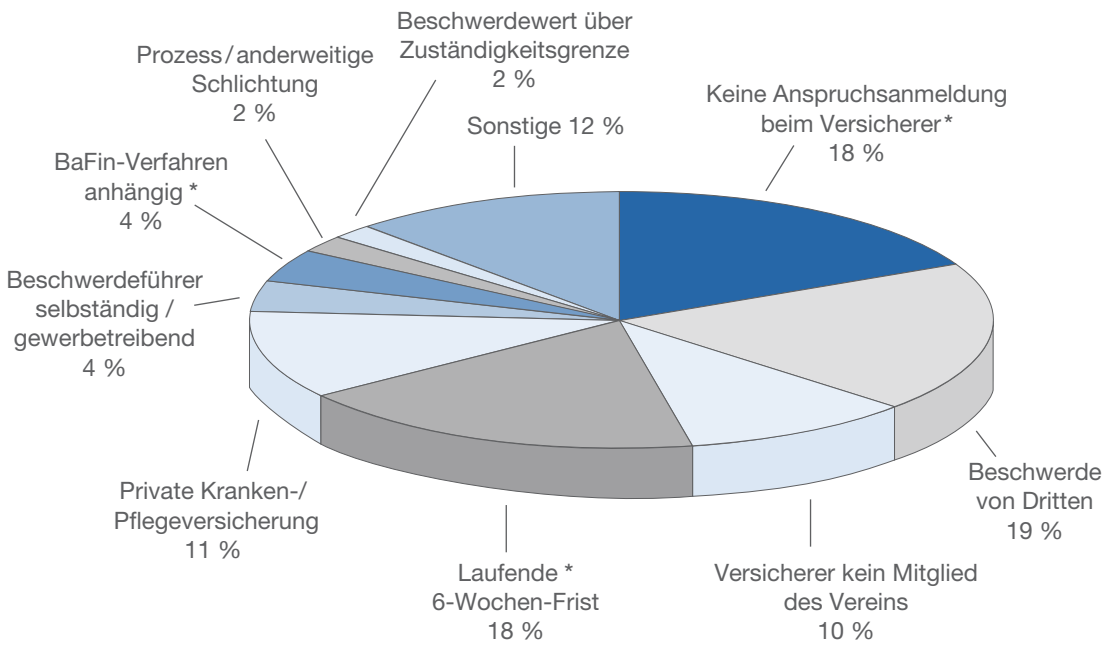
3. Unternehmensbeschwerden

Diese Auswertungen geben die in **2013 beendeten Beschwerden** wieder, die nach der Verfahrensordnung für Beschwerden gegen Versicherungsunternehmen (VomVO) bearbeitet wurden. Erläuterungen dazu enthält 4.3. Bei dem Vergleich mit Vorjahren ist zu beachten, dass sich die Zuständigkeit für Vermittlerbeschwerden ausgewirkt haben kann.

Beendete Beschwerden

	Absolut	In Prozent
Zulässige Beschwerden	12.550	69,7
Unzulässige Beschwerden	4.839	26,9
Keine Weiterverfolgung durch Beschwerdeführer	611	3,4
Gesamt	**18.000**	**100,0**

Verteilung der Unzulässigkeitsgründe von Unternehmensbeschwerden



* Mit Stichtag 31.12.2013. 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	70,4	7,9	15,8	1,9	1,2	2,8
Veränderung zum Vorjahr	+ 5,8	– 3,8	+ 2,1	– 0,5	– 3,2	– 0,4
Rechtsschutz	51,9	2,6	28,4	5,1	4,3	7,7
Veränderung zum Vorjahr	– 4,1	+ 0,8	+ 5,9	+ 0,9	– 3,6	+ 0,1
Kfz-Haft	51,5	0,3	32,2	3,7	0,2	12,1
Veränderung zum Vorjahr	– 10,3	+ 0,1	+ 8,8	+ 2,3	– 0,4	– 0,5
Kfz-Kasko	53,7	2,8	27,6	7,5	2,4	6,0
Veränderung zum Vorjahr	– 5,4	– 1,6	+ 6,2	+ 2,2	– 0,4	– 1,0
Unfall	67,2	2,8	14,7	7,7	0,3	7,3
Veränderung zum Vorjahr	– 1,4	– 1,4	+ 1,1	+ 1,3	– 0,4	+ 0,8
Gebäude	55,6	5,2	21,0	9,7	0,9	7,6
Veränderung zum Vorjahr	– 5,4	– 0,7	+ 4,4	+ 0,4	– 0,2	+ 1,5
Hausrat	53,3	6,7	21,3	11,1	3,0	4,6
Veränderung zum Vorjahr	– 8,3	– 0,4	+ 5,5	+ 2,4	+ 1,4	– 0,6
Allg. Haftpflicht	50,9	2,0	27,7	14,0	0,4	5,0
Veränderung zum Vorjahr	– 3,0	– 0,1	+ 2,6	+ 1,4	– 0,4	– 0,5
Berufsunfähigkeit	24,1	39,8	12,4	5,1	13,3	5,3
Veränderung zum Vorjahr	+ 5,1	– 7,6	+ 2,1	+ 0,6	– 0,6	+ 0,4
Sonstige	53,5	2,3	28,1	6,5	0,9	8,7
Veränderung zum Vorjahr	+ 3,3	– 0,3	– 0,6	– 2,5	– 0,6	+ 0,7
Gesamt	**59,3**	**6,2**	**21,4**	**5,3**	**2,1**	**5,7**
Veränderung zum Vorjahr	+ 0,7	– 1,4	+ 2,9	+ 0,0	– 1,7	– 0,5

* Zur Abweisung als ungeeignet siehe 4.3.

*Erfolgsquote der zulässigen Unternehmensbeschwerden**

Verfahrensausgang zugunsten der Beschwerdeführer					
	2013 in Prozent	**2012** in Prozent	**2011** in Prozent	**2010** in Prozent	**2009** in Prozent
Leben	34,0	23,3	19,8	19,3	18,1
Übrige Sparten	43,7	36,4	40,0	38,2	37,7

* Zur Bewertung der Erfolgsquote siehe 4.3.

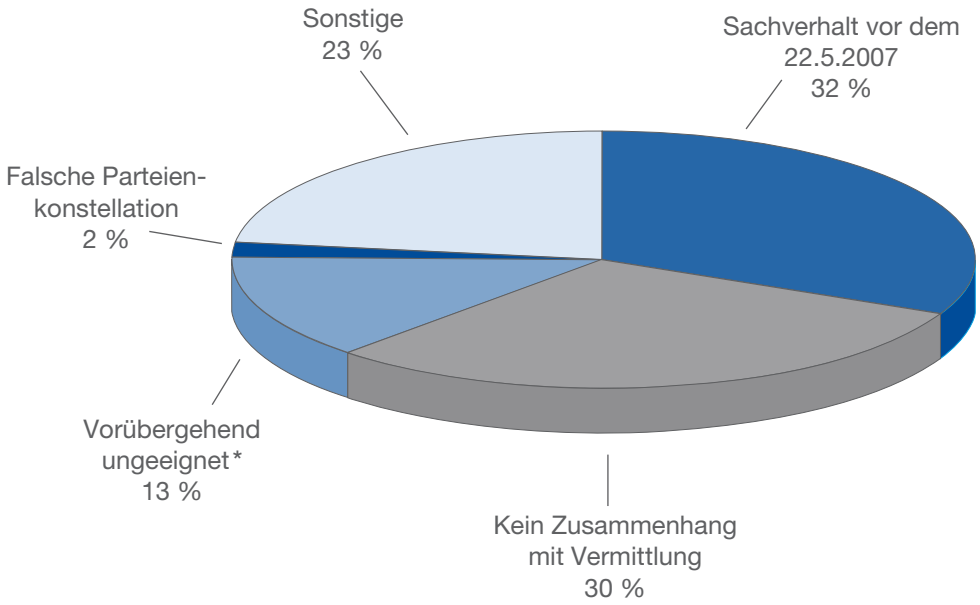
4. Vermittlerbeschwerden

Diese Auswertungen geben die in **2013 beendeten Beschwerden** wieder, die in Ausübung der Aufgabe nach § 214 Absatz 1 Nr. 2 VVG bearbeitet wurden. Erläuterungen dazu enthalten 4.2 und 4.4.

Beendete Beschwerden

	Absolut	In Prozent
Zulässige Beschwerden	80	22,2
Unzulässige Beschwerden	277	76,7
Keine Weiterverfolgung durch Beschwerdeführer	4	1,1
Gesamt	**361**	**100,0**

Verteilung der Unzulässigkeitsgründe von Vermittlerbeschwerden



* Mit Stichtag 31.12.2013.

*Verteilung der Beendigungsarten von zulässigen Beschwerden in Prozent**

	Bewertung	Abhilfe	Vergleich	Rücknahme	Gesamt
Justiziabel	71,2	13,8	1,3	8,7	95,0
Veränderung zum Vorjahr	– 5,5	+ 5,7	– 1,1	+ 3,1	+ 2,2
Nicht justiziabel	1,3	1,3	0,0	2,4	5,0
Veränderung zum Vorjahr	– 0,3	+ 1,3	– 0,8	– 2,4	–2,2
Gesamt	**72,5**	**15,1**	**1,3**	**11,1**	**100,0**
Veränderung zum Vorjahr	– 5,8	+ 7,0	– 1,9	+ 0,7	0,0

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

*Erfolgsquote der zulässigen Vermittlerbeschwerden**

	2013 in Prozent	**2012** in Prozent	**2011** in Prozent	**2010** in Prozent	**2009** in Prozent
Verfahrensausgang zugunsten der Beschwerdeführer	24,4	22,2	33,7	22,2	26,4

* Zur Bewertung der Erfolgsquote siehe 4.4.

5 Anhang

Die folgenden Angaben beziehen sich auf den Stand zum Ende des Berichtsjahrs 2013. Die aktuellen Daten sind im Internet unter www.versicherungsombudsmann.de einzusehen oder können bei der Geschäftsstelle erfragt werden.

5.1 Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns (VomVO)

Stand: 21. November 2013

Präambel

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

§ 1 Anwendungsbereich

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

§ 2 Zulässigkeit der Beschwerde

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

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

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

(2) Der Ombudsmann behandelt die Beschwerde erst dann, wenn der Beschwerdeführer seinen Anspruch zuvor gegenüber dem Versicherer geltend gemacht und dem Versicherer sechs Wochen Zeit gegeben hat, den Anspruch abschließend zu bescheiden. Fehlt es an einer dieser Voraussetzungen, unterrichtet der Ombudsmann den Beschwerdeführer, aus welchem Grund das Verfahren nicht eröffnet werden kann.

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

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

---

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

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

§ 3 Einlegung der Beschwerde

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

§ 4 Vertretung

Der Beschwerdeführer kann sich in jeder Lage des Verfahrens auf eigene Kosten vertreten lassen.

§ 5 Prüfung der Zulässigkeit

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

§ 6 Beteiligung des Beschwerdegegners

(1) Ist der Gegenstand der Beschwerde geklärt und die Beschwerde zulässig, fordert der Ombudsmann den Beschwerdegegner zu einer Stellungnahme auf und setzt ihm dafür eine Frist von einem Monat. Die Frist kann um bis zu einen Monat verlängert werden, wenn dies sachdienlich erscheint. Der Beschwerdeführer ist hierüber zu informieren.
(2) Der Ombudsmann leitet die Beschwerde derjenigen Stelle des Beschwerdegegners zu, die dieser als Kontaktstelle für den Ombudsmann benannt hat.
(3) Die Stellungnahme des Beschwerdegegners wird in der Regel dem Beschwerdeführer zugeleitet.
(4) Von der Anforderung einer Stellungnahme kann der Ombudsmann absehen, wenn der geltend gemachte Anspruch anhand der vom Beschwerdeführer eingereichten Unterlagen beurteilt werden kann und offensichtlich unbegründet ist.

§ 7 Verfahren

(1) Hat der Beschwerdegegner nicht innerhalb der Monatsfrist Stellung genommen (§ 6 Abs. 1 S. 1) und auch keinen Antrag auf Fristverlängerung gestellt (§ 6 Abs. 1 S. 2), ist allein der Vortrag des Beschwerdeführers die Entscheidungsgrundlage. Gibt der Beschwerdegegner vor Abschluss des Verfahrens eine verspätete Einlassung ab, berücksichtigt der Ombudsmann sie, sofern die Verspätung entschuldigt ist. Wann eine Verspätung entschuldigt ist, entscheidet der Ombudsmann.
(2) Der Ombudsmann ermittelt von Amts wegen. Er klärt den Sachverhalt in jeder Lage des Verfahrens weiter auf, soweit dies zur Entscheidungsfindung erforderlich ist.
(3) Der Ombudsmann gewährleistet eine zügige Bearbeitung der Beschwerden. Er bestimmt in der Geschäftsordnung interne Bearbeitungsfristen und überprüft deren Einhaltung.
(4) Bei Beschwerden, die im Zusammenhang mit versicherungstechnischen Berechnungen in der Lebensversicherung – einschließlich Pensions- und Sterbekassen – sowie in der Unfallversicherung mit Beitragsrückgewähr (UBR) stehen, sind die Berechnungen in nachprüfbarer Form mit allen erforderlichen Angaben (z. B. technische Vertragsdaten; Berechnungsformeln mit Zahlenwerten; jeweilige Überschussdeklarationen und Ansammlungszinssätze; gegebenenfalls Genehmigungsdaten des entsprechenden Geschäftsplans; Grundsätze für die Berechnung der Prämien- und Deckungsrückstellungen) in einer gesonderten, nur für den Ombudsmann bestimmten Anlage darzustellen. Darüber hinaus sollten gegebenenfalls die dem Versicherungsschein beigegebene Garantiewerttabelle sowie die letzte Unterrichtung des Versicherungsnehmers über die Höhe des

Überschussguthabens beigefügt werden. Bei Beschwerden, die im Zusammenhang mit einem Realkreditvertrag stehen, sind die Berechnungen in nachprüfbarer Form mit allen erforderlichen Angaben (z. B. Kreditsumme, Beleihungswert, Zinssatz, effektiver Jahreszins, Laufzeit, Tilgungsverlauf) in einer gesonderten, nur für den Ombudsmann bestimmten Anlage darzustellen.
(5) Der Ombudsmann kann eine ergänzende Stellungnahme der Parteien zur Klärung des Sach- und Streitstandes anfordern, wenn ihm dies erforderlich erscheint. Er gibt der anderen Partei Gelegenheit, sich in angemessener Frist zu neuem Vortrag zu äußern. Unentschuldigt verspätete Einlassungen bleiben unberücksichtigt. Wann eine verspätete Einlassung entschuldigt ist, entscheidet der Ombudsmann.
(6) Der Ombudsmann ist in seiner Beweiswürdigung frei. Er erhebt keine Beweise, mit Ausnahme des Urkundenbeweises.

§ 8 Ungeeignete Beschwerden

(1) Der Ombudsmann kann die Befassung mit der Beschwerde in jeder Lage des Verfahrens ablehnen, wenn diese ihm für eine Entscheidung in einem Ombudsmannverfahren ungeeignet erscheint, sofern der Umfang der Urkundenbeweisaufnahme so außergewöhnlich hoch wäre, dass die Kapazitäten des Ombudsmanns und seiner Mitarbeiter in unzumutbarer Weise beansprucht wären.
(2) Der Ombudsmann soll die Befassung mit der Beschwerde in jeder Lage des Verfahrens ablehnen, wenn diese eine entscheidungserhebliche, streitige, höchstrichterlich noch nicht entschiedene Frage betrifft, um deren rechtliche Lösung der Autorität der Gerichte zu überlassen. Das Antragsrecht des Beschwerdegegners nach Abs. 4 bleibt unberührt.
(3) Der Ombudsmann kann die Befassung mit der Beschwerde in jeder Lage des Verfahrens ablehnen, wenn entscheidungserhebliche Fragen besondere Rechtsgebiete (z. B. Steuerrecht) oder ausländisches Recht betreffen.
(4) Der Beschwerdegegner kann in jeder Lage des Verfahrens beantragen, dass der Ombudsmann eine Beschwerde als Musterfall unbeschieden lässt, sofern er plausibel machen kann, dass es sich um eine Frage von rechtsgrundsätzlicher Bedeutung handelt. Der Beschwerdegegner hat sich jedoch zu verpflichten, dem Beschwerdeführer die erstinstanzlichen Gerichts- und Anwaltskosten zu erstatten, und zwar auch, falls der Beschwerdegegner vor Gericht obsiegen sollte.
(5) Der Ombudsmann kann die Befassung mit der Beschwerde ablehnen, wenn der Vertrag für die Klärung von Meinungsverschiedenheiten über den Beschwerdegegenstand ein geeignetes Verfahren vorsieht und dieses noch nicht in Anspruch genommen wurde.

§ 9 Beurteilungsmaßstab

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

§ 10 Verfahrensbeendigung

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

(2) Der Ombudsmann weist die Beschwerde als ungeeignet ab, wenn sie nach Maßgabe von § 8 Abs. 1 bis 3 nicht geeignet ist, um durch den Ombudsmann entschieden zu werden, oder wenn es sich um einen Musterfall nach Maßgabe von § 8 Abs. 4 handelt.
(3) Eignet sich die Beschwerde nicht für einen Schlichtungsversuch, ist ein solcher erfolglos oder kann der Streit nicht anderweitig beigelegt werden, bescheidet der Ombudsmann die Beschwerde. Bei einem Beschwerdewert von bis zu 10.000 Euro erlässt er eine Entscheidung und bei einem Beschwerdewert von mehr als 10.000 Euro bis zu 100.000 Euro eine Empfehlung.
(4) Die Abweisung, die Entscheidung und die Empfehlung des Ombudsmanns ergehen schriftlich und sind mit Gründen zu versehen. Sie werden beiden Parteien unverzüglich übermittelt. In geeigneten Fällen kann im Einverständnis mit den Parteien von der Schriftform abgesehen werden.
(5) Verfahrensbeendende Maßnahmen sind Rücknahme, Abhilfe, Vergleich sowie Abweisung oder Bescheidung der Beschwerde. Die Beendigungswirkung tritt ein mit Kenntnisnahme von der abschließenden Mitteilung, spätestens drei Tage nach deren Versand.

§ 11 Bindungswirkung des Bescheids

(1) Die Entscheidung ist für den Beschwerdegegner bindend. Die Empfehlung ist für beide Parteien nicht bindend.
(2) Dem Beschwerdeführer steht immer der Weg zu den ordentlichen Gerichten offen. Dem Beschwerdegegner steht der Weg zu den ordentlichen Gerichten nur in dem Fall des Abs. 1 S. 2 offen.

§ 12 Hemmung der Verjährung

(1) Während der Dauer des gesamten Verfahrens gilt gegenüber dem Beschwerdegegner die Verjährung für streitbefangene Ansprüche des Beschwerdeführers als gehemmt. Eröffnet der Ombudsmann das Verfahren, nachdem der Beschwerdeführer das Erfordernis nach § 2 Abs. 2 Satz 1 unverzüglich nachgeholt hat, gilt die Verjährung ab dem Zeitpunkt der ersten Beschwerdeeinlegung als gehemmt. Gesetzliche Verjährungsregelungen bleiben unberührt.
(2) Sofern wegen des Anspruchs auf die Versicherungsprämie des Vertrags, der durch die Beschwerde betroffen ist, das Mahnverfahren eingeleitet wurde, wird das Versicherungsunternehmen auf Veranlassung des Ombudsmanns das Ruhen des Mahnverfahrens bewirken.

§ 13 Zinsen

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

§ 14 Kosten des Verfahrens

(1) Das Verfahren ist für den Beschwerdeführer kostenfrei.
(2) Die Beteiligten des Verfahrens haben ihre eigenen Kosten selbst zu tragen.

§ 15 Besondere Verfahren

Bedient sich das Versicherungsunternehmen zur Erfüllung seiner vertraglichen Leistungen aus dem Versicherungsvertrag eines Dritten, beispielsweise eines Schadenabwicklungsunternehmens im Sinne von § 8 a VAG, gelten folgende Regelungen:
(1) Das Versicherungsunternehmen hat sicherzustellen, dass der Dritte daran mitwirkt, die eingegangenen Verpflichtungen aus der Satzung und der Verfahrensordnung in den Beschwerdeverfahren zu erfüllen. Dies gilt insbesondere für die Abgabe von Stellungnahmen, die Umsetzung von Entscheidungen und den Eintritt der Verjährungshemmung. Soweit das Versicherungsunternehmen keine Einzelfallweisung für den Beschwerdefall abgeben kann oder will, hat es durch eine allgemeine Weisung sicherzustellen, dass die Verpflichtungen erfüllt werden.
(2) Der Ombudsmann wirkt im Beschwerdeverfahren daran mit, dass Trennungsgrundsätze, wie sie sich aus § 8 a Abs. 4 S. 2 VAG ergeben, beachtet werden.

§ 16 Verschwiegenheit

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

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

Stand: 27. November 2008

Präambel

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

§ 1 Anwendungsbereich

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

§ 2 Einlegung der Beschwerde

(1) Der Beschwerdeführer soll einen klaren und eindeutigen Antrag stellen und alle zur Beurteilung des Falles geeigneten und erforderlichen Tatsachen mitteilen sowie die erforderlichen Unterlagen beifügen.
(2) Die Beschwerde muss sich auf einen konkreten Einzelfall beziehen.

§ 3 Vertretung

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

§ 4 Verfahren vor dem Ombudsmann

(1) Das Beschwerdeverfahren ist ein schriftliches Verfahren.
(2) Ist die Beschwerde nicht offensichtlich unbegründet, gibt der Ombudsmann dem Beschwerdegegner Gelegenheit zur Stellungnahme. Der Ombudsmann kann von der Aufforderung zur Stellungnahme absehen, wenn anderenfalls das Ziel der Streitbeilegung gefährdet wird.
(3) Der Ombudsmann ist in der Beweiswürdigung frei.
(4) In geeigneten Fällen unterbreitet der Ombudsmann einen Schlichtungsvorschlag.
(5) Der Ombudsmann antwortet auf jede Beschwerde. Liegt vom Beschwerdegegner keine Stellungnahme vor, antwortet der Ombudsmann auf der Grundlage des Beschwerdevorbringens (§ 2 Abs. 1).

---

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

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

§ 5 Beurteilungsmaßstab

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

§ 6 Verjährung

Die Verjährung wird durch die Einlegung der Beschwerde nicht gehemmt.

§ 7 Kosten des Verfahrens

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

§ 8 Verschwiegenheit

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

5.3 Satzung des Vereins Versicherungsombudsmann e. V.

Stand: 16. November 2011 / Gültig ab 28. Februar 2012

§ 1 Name und Sitz des Vereins

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

§ 2 Zweck

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

§ 3 Mitglieder

(1) Mitglied des Vereins können der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. und dessen Mitgliedsunternehmen werden.
(2) Die Mitgliedschaft wird durch schriftliche Beitrittserklärung gegenüber dem Vorstand erworben.
(3) Die Mitgliedschaft endet durch Verlust der Mitgliedschaft beim Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. oder durch Austritt. Die Austrittserklärung ist schriftlich gegenüber dem Vorstand abzugeben. Sie wirkt zum Ende des Geschäftsjahres. Es ist eine Frist von sechs Monaten einzuhalten.
(4) Durch Beschluss der Mitgliederversammlung kann ein Mitglied ausgeschlossen werden, wenn es wiederholt oder schwer gegen die Satzung des Vereins verstößt, dem Zweck des Vereins zuwiderhandelt oder seinen finanziellen Verpflichtungen gegenüber dem Verein trotz Mahnung nicht nachkommt. Der Vorstand kann bis zum Beschluss der Mitgliederversammlung das Ruhen der Mitgliedschaft nach vorheriger Androhung anordnen.

§ 4 Beschwerdeverfahren

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

---

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



§ 5 Pflichten der Mitglieder

(1) Die Mitglieder erkennen die für die Aufgabe nach § 2 Abs. 1 durch die Mitgliederversammlung beschlossene Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns als für sie verbindlich an. Sie lassen auch eine für die Dauer des Verfahrens angeordnete Verjährungshemmung gegen sich gelten.
(2) Sie unterwerfen sich den Entscheidungen des Versicherungsombudsmanns im Rahmen dieser Verfahrensordnung.
(3) Die Mitglieder verpflichten sich, ihre Kunden bei Vertragsschluss oder bei Zusendung der Vertragsunterlagen auf die Mitgliedschaft im Verein und die Möglichkeit des Streitschlichtungsverfahrens vor dem Versicherungsombudsmann hinzuweisen.

§ 6 Organe des Vereins

Organe des Vereins sind der Vorstand und die Mitgliederversammlung.

§ 7 Vorstand, Geschäftsführung

(1) Der Vorstand im Sinne des § 26 BGB besteht aus mindestens fünf und höchstens elf Mitgliedern.
(2) Der Vorstand wählt seinen Vorsitzenden aus dem Kreis seiner Mitglieder. Eine Wiederwahl ist zulässig. Der Vorstand kann außerdem einen oder mehrere Stellvertreter wählen. Der Vorsitzende des Vorstands leitet die Sitzungen des Vorstands und die Mitgliederversammlungen. Der Vorstand kann sich eine Geschäftsordnung geben. Er stellt die Geschäftsordnung für die Geschäftsführung auf.
(3) Der Verein wird durch zwei Mitglieder des Vorstands gemeinsam vertreten.
(4) Der Vorstand ist für alle Angelegenheiten des Vereins zuständig, soweit sie nicht durch die Satzung einem anderen Organ, dem Beirat oder der Geschäftsführung übertragen sind. Er hat insbesondere folgende Aufgaben:

a) Vertretung des Vereins nach außen,
b) Vorschlag zur Wahl des Ombudsmanns,
c) Regelung der Aufgabenbereiche des Ombudsmanns (§ 4 Abs. 1), soweit diese nicht durch übereinstimmende Beschlüsse der Mitgliederversammlung und des Beirats festgelegt wurden,
d) Abberufung des Ombudsmanns durch Beschluss nach vorherigem Beschluss des Beirats (§§ 12 Abs. 5 lit. a, 13 Abs. 3 S. 2),
e) Vorbereitung und Einberufung der Mitgliederversammlung,
f) Ausführung der Beschlüsse der Mitgliederversammlung,
g) Aufstellung des Wirtschaftsplans,
h) Bestellung und Abberufung eines oder mehrerer Geschäftsführer, die Beaufsichtigung der Geschäftsführung,
i) Beschlussfassung über die Reisekostenordnung.

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

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

§ 8 Mitgliederversammlung

(1) Die ordentliche Mitgliederversammlung findet jedes Kalenderjahr statt. Sie wird vom Vorstand oder der Geschäftsführung unter Einhaltung einer Frist von einem Monat schriftlich unter Angabe der Tagesordnung einberufen. Die Frist beginnt mit dem der Absendung der Einladung folgenden Tag. Die Tagesordnung setzt der Vorstand fest.
(2) Jedes Mitglied sowie der Beirat können bis spätestens zwei Wochen vor der Mitgliederversammlung beim Vorstand schriftlich die Ergänzung der Tagesordnung verlangen. Der Versammlungsleiter hat zu Beginn die Ergänzung bekannt zu geben. Über Anträge auf Ergänzung, die in der Versammlung gestellt werden, beschließt diese selbst.
(3) Die Mitglieder des Beirats sind zur Teilnahme an der Mitgliederversammlung berechtigt.

§ 9 Außerordentliche Mitgliederversammlung

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

§ 10 Beschlussfassung der Mitgliederversammlung

(1) Die Mitgliederversammlung wird vom Vorsitzenden des Vorstands, bei Verhinderung durch seinen Stellvertreter oder durch das dienstälteste anwesende Vorstandsmitglied geleitet.
(2) Jedes Mitglied hat eine Stimme. Vollmachtserteilung an ein anderes Mitglied ist möglich, jedoch darf kein Mitgliedsunternehmen außer den mit ihm verbundenen Konzernunternehmen mehr als fünf andere Mitglieder vertreten. Vertretene Mitglieder sind ihrerseits zur Vertretung nicht berechtigt. Beschlüsse werden mit einfacher Mehrheit der vertretenen Mitglieder gefasst.
(3) Änderungen der Satzung sowie der Verfahrensordnungen und Beschlüsse über die Bestellung des Ombudsmanns sowie über den Ausschluss eines Mitglieds bedürfen einer Mehrheit von drei Vierteln der vertretenen Mitglieder.
(4) Beschlüsse der Mitgliederversammlung werden von einem Schriftführer protokollarisch festgehalten.

§ 11 Aufgaben der Mitgliederversammlung

Die Mitgliederversammlung hat insbesondere folgende Aufgaben:

a) Wahl des Vorstands,
b) Bestellung des Ombudsmanns durch Beschluss nach vorherigem Beschluss des Beirats (§ 12 Abs. 5 lit. a),

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

§ 12 Beirat

(1) Es wird ein Beirat gebildet. Dem Beirat gehören an: sieben Mitgliedervertreter (Vorsitzender des Vorstands und sechs von der Mitgliederversammlung gewählte Vertreter der Vereinsmitglieder), sieben Verbrauchervertreter (vier Vertreter des Verbraucherzentralen Bundesverbandes und seiner Mitgliedsverbände, zwei Vertreter der Stiftung Warentest, ein Vertreter des Bundes der Versicherten), zwei Vertreter der Versicherungsaufsicht, drei Vertreter der Wissenschaft und sieben Vertreter des öffentlichen Lebens (zwei Vertreter der SPD-Bundestagsfraktion, zwei Vertreter der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, ein Vertreter der FDP-Bundestagsfraktion, ein Vertreter der Bündnis 90/Die Grünen-Bundestagsfraktion, ein Vertreter der Die Linke.-Bundestagsfraktion) sowie zwei Vertreter der Versicherungsvermittler (Vertreter von Vermittlerverbänden).
(2) Die Amtszeit der Beiratsmitglieder beträgt fünf Jahre. Eine Wiederwahl ist möglich.
(3) Die Auswahl der Mitgliedervertreter sowie der Vermittlerverbände erfolgt durch Wahl in der Mitgliederversammlung. Die Vertreter der Wissenschaft werden für den ersten Beirat durch die Mitgliederversammlung bestimmt; bei späteren Wahlen durch den zuvor amtierenden Beirat mit einer Mehrheit von zwei Dritteln seiner Mitglieder. Die übrigen Mitglieder des Beirats werden von den jeweiligen Institutionen und Parteien entsandt.
(4) Der Beirat wählt aus dem Kreis seiner Mitglieder einen Vorsitzenden.
(5) Der Beirat hat die folgenden Aufgaben:

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

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

§ 13 Wahl des Ombudsmanns

(1) Der Ombudsmann wird nach Vorschlag des Vorstands durch Beschluss der Mitgliederversammlung (§ 10 Abs. 3) und vorherigem Beschluss des Beirats (§ 12 Abs. 5 lit. a) bestellt.
(2) Die Amtszeit des Ombudsmanns beträgt höchstens fünf Jahre. Eine einmalige erneute Bestellung ist zulässig.
(3) Die Abberufung ist nur bei offensichtlichen und groben Verfehlungen des Ombudsmanns gegen seine Verpflichtungen aus § 15 oder seinen Dienstvertrag möglich. Sie erfolgt durch Beschluss des Vorstands und Beschluss einer Mehrheit von zwei Dritteln der Mitglieder des Beirats.

§ 14 Persönliche Voraussetzungen des Ombudsmanns

(1) Der Ombudsmann muss die für seine Aufgabe erforderliche Befähigung, Fachkompetenz und Erfahrung haben. Er soll die Befähigung zum Richteramt besitzen und über besondere Erfahrungen in Versicherungssachen verfügen. Er soll seinen Wohnsitz in Deutschland haben. Er darf in den letzten drei Jahren vor Antritt des Amtes weder hauptberuflich für ein Versicherungsunternehmen, eine Interessenvertretung der Branche oder ihrer Mitarbeiter noch als Versicherungsvermittler oder -berater tätig gewesen sein.
(2) Während der Amtsdauer darf eine solche Tätigkeit nicht aufgenommen werden. Auch ist jede sonstige Tätigkeit untersagt, die geeignet ist, die Unparteilichkeit der Amtsausübung zu beeinträchtigen. Der Ombudsmann darf wissenschaftliche Arbeiten erstellen und Vorträge halten, sofern diese nicht die Unparteilichkeit seiner Amtsführung beeinträchtigen.

§ 15 Aufgaben des Ombudsmanns

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

einen Schlichtungsvorschlag, im Übrigen durch Bescheidung mit verständlicher Erläuterung der Rechtslage fördern.
(3) Über die Mitarbeiter der Schlichtungsstelle übt der Ombudsmann ein fachliches Weisungsrecht und eine fachliche Aufsicht aus.

§ 16 Finanzierung

(1) Die Mitglieder finanzieren den Verein durch Mitgliedsbeiträge und Fallpauschalen. Von anderen Verfahrensbeteiligten können Entgelte erhoben werden, sofern die Verfahrensordnung dies vorsieht.
(2) Die Mitgliedsbeiträge werden in Form einer jährlichen Umlage erhoben, deren Höhe die Mitgliederversammlung aufgrund des vom Vorstand aufgestellten Wirtschaftsplans zunächst vorläufig festsetzt. Der Verein erhebt die vorläufige Umlage zu Beginn des Geschäftsjahres. Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.
(3) Die Höhe der Umlage wird endgültig festgesetzt, wenn das Geschäftsjahr abgeschlossen ist und die in ihm entstandenen Kosten feststehen. Am Jahresschluss nicht verbrauchte Vorschüsse bilden als Guthaben der Mitgliedsunternehmen Vorauszahlungen auf die Umlage des Geschäftsjahres, das der Beschlussfassung der Mitgliederversammlung über die Genehmigung der Jahresrechnung folgt, sofern die Mitgliederversammlung keine andere Verwendung beschließt.
(4) Die Berechnung der Mitgliedsbeiträge und die Entgelte für durchgeführte Verfahren bestimmen sich nach einer Kostenordnung, die von der Mitgliederversammlung beschlossen wird.

§ 17 Rechnungsprüfer, Jahresabschluss und Rechnungsprüfung

(1) Die Rechnungsprüfer werden für die Dauer von zwei Jahren gewählt.
(2) Der Vorstand hat binnen vier Monaten nach Schluss des Geschäftsjahres einen Jahresabschluss aufzustellen.
(3) Dieser Jahresabschluss ist von den Rechnungsprüfern rechtzeitig vor der ordentlichen Mitgliederversammlung zu prüfen. Über das Ergebnis der Prüfung ist in der Mitgliederversammlung zu berichten.

§ 18 Ehrenamtlichkeit

(1) Die Mitglieder des Vorstands und des Beirats üben ihre Tätigkeiten grundsätzlich ehrenamtlich aus, sie erhalten dafür keine Vergütung.
(2) Der Vorstand erlässt eine Reisekostenordnung, die Umfang und Höhe einer Sitzungspauschale sowie die Erstattung von Reisekosten regelt. Darin kann für den Vorsitzenden des Beirats eine jährliche Aufwandsentschädigung festgesetzt werden.

§ 19 Auflösung des Vereins

(1) Die Auflösung des Vereins kann nur durch eine Mitgliederversammlung mit einer Mehrheit von drei Vierteln aller vertretenen Mitglieder beschlossen werden.
(2) Diese Mitgliederversammlung hat über die Verwendung des Vereinsvermögens zu entscheiden.

5.4 Mitglieder des Beirats

(Stand zum 31.12.2013)

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
Vorsitzender des Vorstands
Bund der Versicherten e.V. (BdV)

Susanne Meunier
Stiftung Warentest

Jochen Weisser
VerbraucherService Bayern im KDFB e.V.

Vertreter der Wissenschaft

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

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

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



Vertreter des öffentlichen Lebens

Bernhard Brinkmann
Mitglied des Bundestags*, SPD

Michael Hennrich
Mitglied des Bundestags, CDU/CSU

Ingrid Hönlinger
Mitglied des Bundestags*, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Harald Koch
Mitglied des Bundestags*, DIE LINKE.

Ute Kumpf
Mitglied des Bundestags*, SPD

Max Straubinger
Mitglied des Bundestags, CDU/CSU

Vertreter der Vereinsmitglieder

Dr. Alexander Erdland
Vorsitzender des Vorstands
Wüstenrot & Württembergische AG

Dr. Jörg Frhr. Frank von Fürstenwerth
Vorsitzender der Hauptgeschäftsführung
Gesamtverband der Deutschen
Versicherungswirtschaft e. V.

Dr. K.-Walter Gutberlet
Mitglied des Vorstands
Allianz Versicherungs-AG

Dipl.-Math. Michael Petmecky
Mitglied der Vorstände
SIGNAL IDUNA Gruppe

Dr. Norbert Rollinger
Vorsitzender des Vorstands
R+V Allgemeine Versicherung AG

Dr. Wolfgang Weiler
Sprecher der Vorstände
HUK-COBURG Versicherungsgruppe

Michael Westkamp
Vorsitzender der Vorstände
AachenMünchener Versicherungen

* Bezieht sich auf den 17. Bundestag.

Vertreter der Versicherungsaufsicht

Rainer Schacht
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

Dr. Heinz Siegel
Vorsitzender des Arbeitskreises der Versicherungsaufsichtsbehörden der Länder
Finanzministerium des Landes Nordrhein-Westfalen

Vertreter der Versicherungsvermittler

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

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

In der Amtsperiode ausgeschieden:

Dr. Burkhard Lehmann (30.11.)
Abteilungsleiter Q2
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

Dr. Peter Lischke (13.06.)
Verbraucherzentrale Berlin e. V.

Dr. Volker Wissing (22.10.)
Mitglied des Bundestags
FDP

5.5 Mitglieder des Vorstands, Geschäftsführer

(Stand zum 31.12.2013)

Vorstand

Dr. Wolfgang Weiler (Vorsitzender des Vereinsvorstands)
Sprecher der Vorstände
HUK-COBURG Versicherungsgruppe

Dr. K.-Walter Gutberlet (stellv. Vorsitzender des Vereinsvorstands)
Mitglied des Vorstands
Allianz Versicherungs-AG

Dr. Alexander Erdland
Vorsitzender des Vorstands
Wüstenrot & Württembergische AG

Dr. Jörg Frhr. Frank von Fürstenwerth
Vorsitzender der Hauptgeschäftsführung
Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V.

Uwe Laue
Vorsitzender der Vorstände
Debeka-Versicherungsgruppe

Dr. Norbert Rollinger
Vorsitzender des Vorstands
R+V Allgemeine Versicherung AG

Ulrich-Bernd Wolff von der Sahl
Vorsitzender des Vorstands
SV SparkassenVersicherung Holding AG

Prof. Dr. Wolfram Wrabetz
Hauptbevollmächtigter und Vorsitzender der Vorstände
Helvetia Versicherungen in Deutschland

Geschäftsführer

Dr. Horst Hiort

5.6 Mitglieder des Vereins

(Stand zum 31.12.2013)

A
AachenMünchener Lebensversicherung AG
AachenMünchener Versicherung AG
ACE European Group Ltd., Direktion für Deutschland
ADLER Versicherung AG
Admiral Insurance Company Limited (AICL)
Advocard Rechtsschutzversicherung AG
Aegon Niederlassung Deutschland der Aegon Ireland plc
AGILA Haustierversicherung AG
AIG Europe Limited, Direktion für Deutschland
Aioi Nissay Dowa Insurance Company of Europe Limited, Niederlassung Deutschland
Aioi Nissay Dowa Life Insurance of Europe AG
Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse AG
Allianz Global Life Ltd., Niederlassung für Deutschland
Allianz Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft
Allianz Pensionsfonds AG
Allianz Pensionskasse AG
Allianz Versicherungs-AG
AllSecur Deutschland AG
ALTE LEIPZIGER Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit
ALTE LEIPZIGER Versicherung AG
Ammerländer Versicherung VVaG
ARAG Allgemeine Versicherungs-Aktiengesellschaft
ARAG Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft
ARAG SE
ASSTEL Lebensversicherung AG
ASSTEL Sachversicherung AG
ATLANTICLUX Lebensversicherung S. A., Niederlassung Deutschland
AUXILIA Rechtsschutz-Versicherungs-AG
AXA Art Versicherung AG
AXA easy Versicherung AG
AXA Lebensversicherung AG
AXA Life Europe Ltd., Niederlassung Deutschland der AXA Life Europe Limited
AXA Versicherung AG

B
Baden-Badener Versicherung AG
Badische Allgemeine Versicherung AG
Badische Rechtsschutzversicherung AG
Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG
Barmenia Lebensversicherung a. G.
Basler Lebensversicherungs-AG
Basler Leben AG, Direktion für Deutschland
Basler Sachversicherungs-AG
Bayerische Beamten Lebensversicherung a. G.

B Bayerische Beamten Versicherung AG
Bayerische Hausbesitzer-Versicherungs-Gesellschaft a. G.
Bayerische Landesbrandversicherung Aktiengesellschaft
Bayerischer Versicherungsverband Versicherungsaktiengesellschaft
Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG
BGV-Versicherung AG
BRUDERHILFE Sachversicherung AG im Raum der Kirchen
BVAG Berliner Versicherung Aktiengesellschaft

C Canada Life Assurance Europe Limited, Niederlassung für Deutschland
Cardif Allgemeine Versicherung, Zweigniederlassung für Deutschland
Cardif Lebensversicherung, Zweigniederlassung für Deutschland
CNA Insurance Company Limited, Direktion für Deutschland
Concordia Lebensversicherungs-AG
Concordia Rechtsschutz-Versicherungs-AG
Concordia Versicherungs-Gesellschaft auf Gegenseitigkeit
Condor Allgemeine Versicherungs-Aktiengesellschaft
Condor Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft
Continentale Lebensversicherung AG
Continentale Sachversicherung Aktiengesellschaft
Cosmos Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft
Cosmos Versicherung Aktiengesellschaft
Credit Life AG

D DA Deutsche Allgemeine Versicherung Aktiengesellschaft
DARAG Deutsche Versicherungs- und Rückversicherungs-AG
D.A.S. Deutscher Automobil Schutz Allgemeine Rechtsschutz-Versicherungs-AG
DBV Deutsche Beamtenversicherung Aktiengesellschaft
Debeka Allgemeine Versicherung AG
Debeka Lebensversicherungsverein a. G.
Debeka Pensionskasse AG
Delta Lloyd Lebensversicherung AG
DEURAG Deutsche Rechtsschutz-Versicherung AG
Deutsche Ärzteversicherung Aktiengesellschaft
Deutsche Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft
Deutsche Steuerberater-Versicherung Pensionskasse des steuerberatenden Berufs VVaG
DEVK Allgemeine Lebensversicherungs-AG
DEVK Allgemeine Versicherungs-AG
DEVK Deutsche Eisenbahn Versicherung Lebensversicherungsverein a. G.
DEVK Deutsche Eisenbahn Versicherung Sach- und HUK-Versicherungsverein a. G.
DEVK Rechtsschutz-Versicherungs-AG
DFV Deutsche Familienversicherung AG
Dialog Lebensversicherungs-AG
Direct Line Versicherung AG
DIREKTE LEBEN Versicherung AG
DMB Rechtsschutz-Versicherung AG
DOCURA VVaG
Domestic & General Insurance PLC Versicherungsgesellschaft, Direktion für Deutschland

E
ERGO Direkt Lebensversicherung AG
ERGO Direkt Versicherung AG
ERGO Lebensversicherung Aktiengesellschaft
ERGO Pensionskasse AG
ERGO Versicherung AG
EUROP ASSISTANCE Versicherungs-Aktiengesellschaft
EUROPA Lebensversicherung AG
EUROPA Versicherung AG
European Warranty Partners SE

F
Fahrlehrerversicherung Verein auf Gegenseitigkeit
FAMILIENFÜRSORGE Lebensversicherung AG im Raum der Kirchen
Feuer- und Einbruchschadenkasse der BBBank VVaG
Feuersozietät Berlin Brandenburg Versicherung AG
Financial Assurance Company Limited Lebensversicherung, Niederlassung Deutschland
Financial Insurance Company Limited, Niederlassung Deutschland
Friends Life Limited

G
GARANTA Versicherungs-AG
Gartenbau-Versicherung VVaG
Gemeinnützige Haftpflicht-Versicherungsanstalt Darmstadt
Generali Deutschland Pensionskasse AG
Generali Lebensversicherung AG
Generali Versicherung AG
Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V.
Gothaer Allgemeine Versicherung AG
Gothaer Lebensversicherung AG
Gothaer Pensionskasse AG
Gothaer Versicherungsbank VVaG
GRUNDEIGENTÜMER-VERSICHERUNG VVaG
GVO Gegenseitigkeit Versicherung Oldenburg VVaG
GVV-Privatversicherung AG

H
Haftpflichtkasse Darmstadt VVaG
Haftpflichtversicherungsanstalt Braunschweig
Häger Versicherungsverein a. G.
Hamburger Feuerkasse Versicherungs-AG
Hamburg-Mannheimer Pensionskasse AG
Hannoversche Direktversicherung AG
Hannoversche Lebensversicherung AG
HanseMerkur Allgemeine Versicherung AG
HanseMerkur Lebensversicherung AG
HanseMerkur Reiseversicherung AG
HanseMerkur24 Lebensversicherung AG
HDI Lebensversicherung AG
HDI Pensionskasse AG
HDI Versicherung AG
Heidelberger Lebensversicherung AG
HELVETIA Schweizerische Lebensversicherungs-AG

H Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft, Direktion für Deutschland
Hiscox Insurance Company Ltd., Niederlassung für Deutschland
Hübener Versicherungs-AG
HUK-COBURG-Allgemeine Versicherung AG
HUK-COBURG Haftpflicht-Unterstützungs-Kasse kraftfahrender Beamter Deutschlands a. G. in Coburg
HUK-COBURG-Lebensversicherung AG
HUK-COBURG-Rechtsschutzversicherung AG
HUK24 AG

I Ideal Lebensversicherung a. G.
Ideal Versicherung AG
IDUNA Vereinigte Lebensversicherung aG für Handwerk, Handel und Gewerbe
INTER Allgemeine Versicherung AG
INTER Lebensversicherung AG
Interlloyd Versicherungs-AG
InterRisk Lebensversicherungs-AG, Vienna Insurance Group
InterRisk Versicherungs-AG, Vienna Insurance Group
Isselhorster Versicherung V. a. G.
Itzehoer Lebensversicherungs-AG
Itzehoer Versicherung / Brandgilde von 1691 VVaG

J Janitos Versicherung AG
Jurpartner Rechtsschutz-Versicherung AG

K Karlsruher Lebensversicherung AG
KRAVAG-ALLGEMEINE Versicherungs-Aktiengesellschaft
KRAVAG-LOGISTIC Versicherungs-AG

L Landesschadenhilfe Versicherung VaG
Lippische Landes-Brandversicherungsanstalt
Lloyd´s Versicherer London, Niederlassung für Deutschland
LVM Landwirtschaftlicher Versicherungsverein Münster a. G.
LVM Lebensversicherungs-AG

M mamax Lebensversicherung AG
Mannheimer AG Holding
Mannheimer Versicherung AG
Mecklenburgische Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft
Mecklenburgische Versicherungs-Gesellschaft a. G.
Medien-Versicherung a. G. Karlsruhe, vorm. Buchgewerbe-Feuerversicherung, gegr. 1899
Monuta Versicherungen, Niederlassung Deutschland der Monuta Verzekeringen N.V. Apeldoorn
MÜNCHENER VEREIN Allgemeine Versicherungs-AG
MÜNCHENER VEREIN Lebensversicherung a. G.
MyLife Lebensversicherung AG

N Neckermann Versicherung AG
Neue Bayerische Beamten Lebensversicherung AG
neue leben Lebensversicherung AG
neue leben Pensionskasse AG
neue leben Unfallversicherung AG
Neue Rechtsschutz Versicherungsgesellschaft AG

N
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
oeco capital Lebensversicherung AG
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
Optima Pensionskasse Aktiengesellschaft
ÖRAG Rechtsschutzversicherungs-AG
Ostangler Brandgilde Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit (VVaG)
Ostfriesische Landschaftliche Brandkasse
OVAG Ostdeutsche Versicherung AG

P
PB Lebensversicherung AG
PB Pensionskasse AG
PB Versicherung AG
PLUS Lebensversicherungs AG
Pro bAV Pensionskasse AG
ProTect Versicherung AG
Protektor Lebensversicherungs-AG
Provinzial Nord Brandkasse AG
Provinzial NordWest Lebensversicherung Aktiengesellschaft
Provinzial Rheinland Lebensversicherung AG
Provinzial Rheinland Versicherung AG
PRUDENTIA Lebensversicherungs-AG
PVAG Polizeiversicherungs-Aktiengesellschaft

Q
QBE Insurance (Europe) Limited, Direktion für Deutschland

R
R+V Allgemeine Versicherung AG
R+V Direktversicherung AG
R+V Lebensversicherung a. G.
R+V Lebensversicherung AG
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
Schweizer-National Versicherungs-AG in Deutschland
SHB Allgemeine Versicherung VVaG
SIGNAL IDUNA Allgemeine Versicherung AG
SIGNAL IDUNA Pensionskasse Aktiengesellschaft
Skandia Lebensversicherung AG
Societé Générale Insurance SOGECAP S. A., Deutsche Niederlassung
Sompo Japan Nipponkoa Insurance Company of Europe Ltd., Niederlassung Deutschland
Sparkassen DirektVersicherung AG
Sparkassen Pensionskasse AG
Sparkassen-Versicherung Sachsen Allgemeine Versicherung AG
Sparkassen-Versicherung Sachsen Lebensversicherung AG
Standard Life Versicherung, Zweigniederlassung Deutschland der The Standard Life Ass. Co.
Stonebridge International Insurance Ltd.
Stuttgarter Lebensversicherung a. G.
Stuttgarter Versicherung AG
Süddeutsche Allgemeine Versicherung a. G.
Süddeutsche Lebensversicherung a. G.
SV SparkassenVersicherung Gebäudeversicherung AG
SV SparkassenVersicherung Lebensversicherung AG
Swiss Life AG, Niederlassung für Deutschland

T
TARGO Lebensversicherung AG
TARGO Versicherung AG
Tokio Marine Europe Insurance Ltd., Niederlassung Deutschland

U
Uelzener Allgemeine Versicherungsgesellschaft a. G.
Uelzener Lebensversicherungs-AG
uniVersa Allgemeine Versicherung AG
uniVersa Lebensversicherung a. G.

V
VEREINIGTE POSTVERSICHERUNG VVaG
Vereinigte Tierversicherung Gesellschaft a. G.
Versorgungsausgleichskasse Pensionskasse VVaG
VGH Landschaftliche Brandkasse Hannover
VGH Provinzial Lebensversicherung Hannover
VHV Allgemeine Versicherung AG
VHV Lebensversicherung AG
VICTORIA Lebensversicherung AG
Volkswagen Versicherung AG
VOLKSWOHL BUND LEBENSVERSICHERUNG a. G.
VOLKSWOHL BUND SACHVERSICHERUNG AG
Vorsorge Lebensversicherung AG
VPV Allgemeine Versicherungs-AG
VPV Lebensversicherungs-AG
VRK Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit im Raum der Kirchen

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 Plc, Direktion für Deutschland

Z Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung Aktiengesellschaft
Zurich Insurance plc., Niederlassung Deutschland
Zurich Life Assurance plc.



BESCHWERDE - KONTAKT

Versicherungsombudsmann e. V.
Postfach 080632, 10006 Berlin

Telefon: 0800 3696000
Telefax: 0800 3699000

www.versicherungsombudsmann.de
beschwerde@versicherungsombudsmann.de

IMPRESSUM

Herausgeber
Versicherungsombudsmann e. V.
Postfach 080632, 10006 Berlin
Leipziger Straße 121, 10117 Berlin
Telefon: 030 206058-0
Telefax: 030 206058-58
www.versicherungsombudsmann.de
info@versicherungsombudsmann.de

Gestaltung
Martina Büttel, Berlin

Foto
Martina Büttel, Berlin / Seite 8

Druck
Druckerei Bloch & Co. GmbH, Berlin


OMBUDSMANN
für Versicherungen