

JAHRESBERICHT
2011



OMBUDSMANN
für Versicherungen

Grußwort



Der Versicherungsombudsmann hat im vergangenen Oktober seinen ersten runden Geburtstag gefeiert! Seit nunmehr zehn Jahren können sich Versicherungskunden vertrauensvoll, unbürokratisch und kostenlos an die Schlichtungsstelle Versicherungsombudsmann wenden. Ein Jubiläum, auf das Versicherer, Politiker und Verbraucherschützer in seltener Einigkeit gemeinsam das Glas zum Toast erhoben haben.

In dem vorliegenden Jahresbericht finden Sie einen Rückblick auf den Festakt zum 10-jährigen Bestehen des Ombudsmanns. Daneben gibt der Bericht, wie in den Vorjahren, Einblick in die Arbeit der Schlichtungsstelle und in die Zahl und Art der Beschwerden, die dem Ombudsmann vorgetragen wurden. Besonders erfreulich: die Zahl der Beschwerden ist im vergangenen Jahr zurückgegangen.

Der Versicherungsombudsmann wird von allen Seiten anerkannt und geschätzt. Dies ist keineswegs selbstverständlich und zeugt von der hohen Qualität und Ernsthaftigkeit, mit der der Versicherungsombudsmann die ihm zugetragenen Fälle bearbeitet.

Professor Wolfgang Römer hat mit seiner Persönlichkeit der Institution Ombudsmann in den Anfangsjahren Gewicht und Richtung gegeben. Professor Dr. Günter Hirsch hat die Schlichtungsstelle weiterentwickelt und ihr Ansehen weiter gemehrt. Ohne diese beiden Persönlichkeiten ist die Erfolgsgeschichte des Versicherungsombudsmanns nicht vorstellbar. Unterstützt wird der Versicherungsombudsmann von einem engagierten und hoch qualifizierten Team.

Längst ist der Versicherungsombudsmann zum Vorbild für Schlichtungsstellen anderer Branchen geworden. Bei Aspekten wie: institutionelle Unabhängigkeit, Einbindung von Verbraucherschützern oder Verbindlichkeit der Entscheidungen setzen Satzung und gelebte Praxis des Versicherungsombudsmanns Standards.

Der Erfolg des Versicherungsombudsmanns hat dazu geführt, dass seine Kompetenzen im Laufe der Jahre stetig ausgeweitet wurden. Seit 2007 können sich auch Kleingewerbetreibende an den Ombudsmann wenden. Seit demselben Jahr sind auch Beschwerden gegen Vermittler zulässig. Im Jahr 2010 haben wir die Schwelle, bis zu der der Ombudsmann verbindlich entscheiden kann, auf 10.000 Euro verdoppelt. Diese Kompetenzerweiterungen sind der Beleg für das Vertrauen der Branche in diese Institution.



Es soll nicht verschwiegen werden, dass es vor der Gründung des Versicherungsombudsmanns unter den Versicherern auch Befürchtungen gegeben hat, die Schlichtungsstelle könnte sich angesichts ihrer großen Unabhängigkeit zum Eigentor für die Branche entwickeln. Solche Stimmen sind schnell verstummt. Heute können wir mit großer Befriedigung feststellen, dass sich das Wagnis Ombudsmann gelohnt hat.

Ich erinnere an die Geschichte, da die Versicherungswirtschaft auch heute wieder vor der Aufgabe steht, eine überzeugende Antwort auf die Herausforderungen des Verbraucherschutzes zu geben. Der Versicherungsombudsmann lehrt uns, dass am Ende diejenigen belohnt werden, die den Mut haben, einen ganzen Schritt nach vorne zu gehen.

Ihr

Rolf-Peter Hoenen

Präsident Gesamtverband der deutschen Versicherungswirtschaft e. V.





Inhalt

1	Der Versicherungsombudsmann	6
1.1	Allgemeines	6
1.2	Sinn und Zweck der Schlichtungsstelle	7
1.3	Der Versicherungsombudsmann in Person: Professor Dr. Günter Hirsch	8
1.4	Das Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsunternehmen	10
1.5	Das Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsvermittler	13
1.6	Veröffentlichung der Entscheidungen des Ombudsmanns	15
2	Bericht des Ombudsmanns	16
2.1	Nicht an das neue Recht angepasste Versicherungsbedingungen	16
2.2	Hinweis- und Informationssystem	17
2.3	Produktinformationsblatt	19
2.4	Nachlese Ineas	21
2.5	Die Versicherungssparten in der Jahresbetrachtung	21
2.6	Beschwerdefälle	46
3	Einzelheiten zur Schlichtungsstelle	64
3.1	Allgemeines	64
3.2	10-jähriges Jubiläum	66
3.3	Organisation und Personal	68
3.4	Vereinsmitglieder und Mitgliederversammlung	69
3.5	Vorstand	70
3.6	Beirat	71
3.7	Presse- und Öffentlichkeitsarbeit	72
3.8	Fachlicher Austausch	74
3.9	Finanzen	76
4	Statistik	78
4.1	Gesamtbetrachtung	78
4.2	Differenzierung nach Zuständigkeiten des Ombudsmanns	78
4.3	Beschwerden gegen Versicherungsunternehmen	79
4.4	Beschwerden gegen Versicherungsvermittler	81
4.5	Tabellen und Grafiken	84
5	Anhang	92
5.1	Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns (VomVO)	92
5.2	Verfahrensordnung für Vermittlerbeschwerden (VermVO)	98
5.3	Satzung des Vereins	100
5.4	Mitglieder des Vorstands	106
5.5	Mitglieder des Beirats	107
5.6	Mitglieder des Vereins	110

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

Vor allem in den letzten Jahren sind verschiedene Institute der außergerichtlichen Streitbeilegung entstanden und bekannt geworden, denn es entspricht einem modernen Verständnis von Staat und Gesellschaft, Konfliktlösung und Rechtsdurchsetzung nicht ausschließlich auf die Gerichte zu beschränken. Für den Bereich hoheitlicher Verwaltung erfüllen staatliche Ombudsleute, Petitionsausschüsse und der Europäische Bürgerbeauftragte diese Funktion. Es setzt sich jedoch immer stärker die Erkenntnis durch, dass auch in vielen privatrechtlichen Bereichen die Rechte der Verbraucher dadurch sinnvoll ergänzt werden, dass zusätzlich zu dem ordentlichen Rechtsweg eine außergerichtliche Streitbeilegungsmöglichkeit besteht. Der Bedarf dafür scheint dort besonders groß zu sein, wo eine „strukturelle Asymmetrie“ herrscht. Diese Wirtschaftsbereiche sind dadurch gekennzeichnet, dass eine „marktmächtige“ Seite dem Vertragspartner überlegen ist. Beispielsweise können angebotene Produkte und deren Leistungsmerkmale vom Verbraucher kaum vollständig bewertbar sein oder es werden die Bedingungen des Vertrages vom Anbieter vorgegeben. Auch sieht sich der Einzelne bei Meinungsverschiedenheiten nicht selten ganzen Abteilungen gegenüber, was dazu führen kann, dass dieses Ungleichgewicht letztlich den Ausgang des Streits mehr beeinflusst als die Sach- und Rechtsfragen, die im Raum stehen. Unabhängig davon, ob diese Verhältnisse tatsächlich so bestehen oder nur von der „unterlegenen“ Seite so wahrgenommen werden – die 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 elften Jahr ihrer Tätigkeit. Die angeschlossenen Versicherungsunternehmen repräsentieren nahezu den gesamten Markt im Privatkundengeschäft. Sie ermöglichen ihren Versicherten ein Beschwerdeverfahren, das die Klärung auf Augenhöhe vorsieht. Dem Kunden, der sich über seinen Versicherer beschweren will, steht mit dem Ombudsmann eine unabhängige Instanz zur Verfügung, die auch in der Lage ist, bestehende Ansprüche durchzusetzen. Dies folgt aus der Kompetenz, die ihm die Versicherungsunternehmen verliehen haben: Der Ombudsmann kann inzwischen 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. als Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten zwischen Versicherungsvermittlern und Versicherungsnehmern im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen anerkannt. Der Ombudsmann ist daher neben seiner vereinsrechtlich begründeten Zuständigkeit auch Schlichtungsstelle für Meinungsverschiedenheiten zwischen Versicherungsvermittlern oder -beratern und Versicherungsnehmern, soweit diese im Zusammenhang mit der Versicherungsvermittlung stehen. 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 befriedigenden 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 zu konkretisieren 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 rechtlicher Fristen 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 inzwischen etwa 100.000 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 DER VERSICHERUNGSOMBUDSMANN

1.3 Der Versicherungsombudsmann in Person: Professor Dr. Günter Hirsch

Herr Professor Dr. Günter Hirsch ist seit dem 1. April 2008 Ombudsmann für Versicherungen. Er war vor der Übernahme des Amtes 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 wie weit 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. Die 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 hinsichtlich seiner Entscheidungen, seiner Verfahrens- und Amtsführung im Rahmen der



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

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

Dieser Grundgedanke, eine Person 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 Aufgabengebiete eingesetzt. In der Bundesrepublik wurde beispielsweise 1956 das Amt des Wehrbeauftragten des Deutschen Bundestags geschaffen und in der Verfassung verankert (Art. 45 b Grundgesetz). Seit 1995 ist der Bürgerbeauftragte (oder Ombudsmann) der Europäischen Union für Beschwerden von Bürgern zuständig, die Missstände bei der Tätigkeit europäischer Organe rügen.

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

Kompetenzen und Verfahrensgrundsätze der Ombudsleute sind nicht einheitlich geregelt. Im Vergleich mit anderen Einrichtungen zeigt es sich als durchaus nicht 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 auch Beschwerden von Kleingewerbetreibenden behandeln. Versicherungskunden, die in der Regel nicht über besondere Rechts- oder Versicherungskennnisse verfügen, erhalten damit eine Lösungsmöglichkeit für ihre Versicherungsprobleme, die kein Kostenrisiko enthält. 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 Meinungs austausch 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 nehmen sie die Angaben zum Versicherungsombudsmann an der gleichen Stelle auf, 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) an. Rechtlich wird dies sichergestellt, indem die Vereinsmitglieder nach § 5 Absatz 1 der Vereinssatzung die Verfahrensordnung als verbindlich bestätigen. Damit unterwerfen sie sich nach § 5 Absatz 2 der Satzung den Entscheidungen des Ombudsmanns bis zu einem Beschwerdewert von 10.000 Euro. Auf dieser Grundlage ist der Ombudsmann in der Lage, in bestimmten Fällen verbindlich gegen Versicherer zu entscheiden.



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 ihnen 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, weshalb 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 Spezialkenntnisse 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, liegt nicht an seiner mangelnden Neutralität. Vielmehr bedürfen sie wegen ihrer fachlichen und personellen Möglichkeiten seines Beistands nicht.

Eine weitere wichtige Komponente des modernen Schlichtungsverfahrens ist Transparenz. Diese Voraussetzung wurde bei der Ausgestaltung des Ombudsmannverfahrens in besonderem Maße berücksichtigt. Nachdem der Beschwerdeführer sich an den Ombudsmann gewandt hat, erhält zunächst der Versicherer von der Beschwerde Kenntnis und kann daraufhin seine Entscheidung noch einmal prüfen. Hilft er ab, wird der Streit ohne Entscheidung des Ombudsmanns beigelegt, was befriedend wirkt. Hält der Versicherer an seiner Auffassung fest, erläutert er seinen Standpunkt im Hinblick auf das Beschwerdevorbringen. Diese Stellungnahme erhält in der Regel zugleich der Beschwerdeführer, anschließend überprüft

1 DER VERSICHERUNGSOMBUDSMANN

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. Eine Entscheidung ist für das Versicherungsunternehmen verbindlich, sofern der Beschwerdewert 10.000 Euro nicht übersteigt. Darüber und bis zu einem Beschwerdewert von 100.000 Euro ergehen Empfehlungen. 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.

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

Die beiden Beschwerdeverfahren des Ombudsmanns unterscheiden sich noch in weiteren Aspekten. Im direkten Vergleich fällt zum Beispiel auf, dass nach der Verfahrensordnung für Unternehmensbeschwerden (VomVO) das Verfahren ausgesetzt wird, falls bereits eine Beschwerde bei der Finanzaufsichtsbehörde (in der

1 DER VERSICHERUNGSOMBUDSMANN

Regel die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht – 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. Anders als bei Beschwerden gegen Versicherungsunternehmen hemmt eine Vermittlerbeschwerde nicht den Lauf der Verjährung. 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. Das Verfahren ist schriftlich. Anders als bei Unternehmensbeschwerden ist der Sachverhalt nicht von Amts wegen zu ermitteln.

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 nicht auf mangelnde „Entscheidungsfreude“ des Ombudsmanns zurück. Die Vermittler haben, anders als die Versicherungsunternehmen, nicht vorab und freiwillig dem Ombudsmann Kompetenzen übertragen. Daher könnte nur der Gesetzgeber dafür sorgen, dass dem Ombudsmannspruch 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 zu befrieden. Er führt jedoch kein förmliches Verfahren durch.



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 den Beschwerdeführer und den Beschwerdegegner 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. Dieser kann die tragenden Argumente nur aufnehmen, wenn ihm in einer für ihn verständlichen Sprache die Rahmenbedingungen, die Rechtsgedanken und auch die möglichen Beweislastfragen dargelegt werden. Gelingt dies dem Ombudsmann, kann er den Beschwerdeführer von der Richtigkeit seiner 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 zu dem Ergebnis und den tragenden Gründen, für jedermann zugänglich auf der Homepage des Versicherungsombudsmanns veröffentlicht. Inzwischen haben viele Entscheidungen des Ombudsmanns Eingang in juristische Fachzeitschriften gefunden oder werden in versicherungsrechtlichen Kommentaren zitiert.

Vor allem die auf der Homepage 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 Falles 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, sodass es eines Spruchs durch den Ombudsmann nicht mehr bedarf.

2 Bericht des Ombudsmanns

Im letzten Geschäftsjahr waren spektakuläre Entwicklungen oder Ereignisse nicht zu verzeichnen. Die Anwendung der seit dem 1. Januar 2008 geltenden neuen Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) wirft im Beschwerdealltag nach wie vor viele Einzelfragen, aber kaum schwerwiegende, über allgemeine Umstellungsschwierigkeiten hinausgehende Auslegungsprobleme auf.

So hat sich inzwischen etwa zur Quotelungsproblematik bei grober Fahrlässigkeit eine gefestigte, zum Teil auch bereits höchstrichterliche Rechtsprechung gebildet, die in den wesentlichen Grundfragen für Rechtssicherheit sorgt. Die Versicherer orientieren sich in aller Regel an diesen Vorgaben, so dass ihre Kürzungsentscheidungen im konkreten Fall nur selten zu beanstanden sind.

2.1 Nicht an das neue Recht angepasste Versicherungsbedingungen

Seit Inkrafttreten des reformierten VVG am 1. Januar 2008 war umstritten, ob sich der Versicherer noch auf eine in Altverträgen vereinbarte grob fahrlässige Verletzung einer Obliegenheit berufen kann, wenn er von der Möglichkeit nach Artikel 1 Absatz 3 des Einführungsgesetzes zum VVG, die Rechtsfolge („alles oder nichts“) an das neue Recht (quotenmäßige Kürzung nach § 28 Absatz 2 Satz 2 VVG) anzupassen, keinen Gebrauch gemacht hat (siehe auch Jahresbericht 2009, Seite 20). Eine Anzahl dieser Beschwerden erledigte sich gütlich; zum Teil kam es auf die Nichtumstellung der Vertragsklausel nicht an, da die Voraussetzungen einer Kürzung nach § 81 Absatz 2 VVG (grob fahrlässige Herbeiführung des Versicherungsfalls) vorlagen. In den verbleibenden einschlägigen Beschwerden hatte der Ombudsmann nach ausführlicher Darstellung der Problematik und des Streitstandes wegen Rechtsgrundsätzlichkeit gemäß § 8 Absatz 2 der Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns (VomVO) von einer Entscheidung abgesehen.

Der Bundesgerichtshof hat am 12. Oktober 2011 entschieden, dass sich der Versicherer nicht mehr auf die Verletzung einer vertraglich vereinbarten Obliegenheit berufen kann, wenn daran eine völlige Leistungsbefreiung bei grober Fahrlässigkeit geknüpft ist. Er verwarf damit die Gegenmeinung, dass die vertraglich vereinbarte Obliegenheitspflicht weiter Bestand hat, sich die Rechtsfolgen ihrer Verletzung jedoch nach § 28 Absatz 2 Satz 2 VVG richten. Unter Hinweis auf diese Entscheidung bat der Ombudsmann in einschlägigen, nach § 8 Absatz 2 der VomVO beendeten Beschwerdeverfahren die Versicherer um Prüfung, ob sie an ihrer Regulierungsentscheidung festhalten. Dies führte in einem Teil der Fälle zu einem nachträglichen Erfolg für die Versicherungsnehmer, teilweise beriefen sich die Versicherer allerdings darauf, dass das Verhalten des Versicherten nicht nur den Tatbestand der Verletzung einer vertraglichen, sondern auch einer gesetzlichen Obliegenheit (etwa der grob fahrlässigen Herbeiführung des Versicherungsfalls nach § 81 Absatz 2 VVG) erfülle. Die nachträgliche Berufung auf eine Leistungskürzung nach § 81 Absatz 2 VVG hat der BGH ausdrücklich zugelassen, so dass gegen diese rechtliche Argumentation nichts einzuwenden ist.



2.2 Hinweis- und Informationssystem

- Der Zweck einer Versicherung, das Risiko des Einzelnen auf die Versicherten-gemeinschaft zu übertragen und mit den Beiträgen aller Mitglieder abzudecken, kann nur erreicht werden, wenn die Versicherungsprämien den jeweils abzu-sichernden Risiken entsprechen. Eine dem Risiko nicht entsprechende Tarifierung und erschlichene Versicherungsleistungen führen zu höheren Prämien als zur Risikoabsicherung erforderlich und gehen damit zu Lasten der Versichertenge-meinschaft. Im Versicherungsalltag stellt Versicherungsmissbrauch ein gravie-rendes Problem mit erheblichen finanziellen Auswirkungen dar und belastet die Versichertengemeinschaft nach Schätzungen jährlich mit mehreren Milliarden Euro. Das Interesse und das Recht der Versicherer, vor Abschluss des Vertrages auf eine richtige Risikobewertung zu achten sowie Leistungsansprüche auf ihre Berechtigung hin zu prüfen, sind daher unbestreitbar. Hinzu kommt die general-präventive Wirkung eines effektiven Sicherungssystems. Diese Ziele lassen sich nur mit Hilfe einer elektronischen Sammlung von Erkenntnissen erreichen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten.

Der GDV betrieb deshalb seit 1993 ein Hinweis- und Informationssystem (HIS, früher Uniwagnis), das diesem Zweck diene. Mit zunehmender Bedeutung des Datenschutzes wuchsen jedoch die Bedenken gegen die konkrete Ausgestaltung dieser zum Teil als „schwarze Liste“ bezeichneten Datei.

Deshalb wurde zum 1. April 2011 das HIS grundlegend reformiert. Mit dem neuen HIS sollten insbesondere die datenschutzrechtlichen Bedenken gegen das bisherige System ausgeräumt und die technischen Anforderungen fortentwickelt werden. Der Betrieb des neuen Systems durch ein externes Unternehmen, der Informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH (IIRFP), deren einziger Geschäftszweck der Betrieb dieser Datei ist, sowie die einzelnen Abläufe und Inhalte der Datenübermittlung, -speicherung und -auskunft sind mit den Daten-schutzaufsichtsbehörden abgestimmt. Der Betrieb wird von dem zuständigen Landesbeauftragten für den Datenschutz Baden-Württemberg regelmäßig auf Rechtskonformität hin geprüft. Die IIRFP ist rechtlich eine Auskunftstei im Sinne von § 28 a Bundesdatenschutzgesetz (BDSG). Der betroffene Versicherungsnehmer muss der Datenübermittlung und -auskunft daher nicht zustimmen. Mit der Neu-gestaltung des HIS steht diese Datei auf sicherem datenschutzrechtlichen Grund.

Das HIS erfasst die Sparten Kfz-, Unfall-, Rechtsschutz-, Sach-, Lebens- und Berufsunfähigkeits-, Transport- und Reiserücktritts- sowie Haftpflicht-versicherung. Meldungen an das HIS erfolgen nach vordefinierten, feststehenden Kriterien (atypische Schadenhäufigkeit, besondere Schadenfolgen, erschwerte Risiken, Auffälligkeiten im Schaden- oder Leistungsfall). Es können Versicherungs-nehmer, Geschädigte, versicherte Personen, Zeugen, Fahrzeuge oder Gebäude gemeldet werden. Die Meldungen sind spartenspezifisch, separiert und nicht miteinander vernetzt.

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Im alten HIS waren etwa 3,5 Mio. Einträge gespeichert. Diese Eintragungen wurden nicht automatisch in das neue System übernommen, sondern nur soweit der alte Meldegrund auch nach den neuen Regeln eine Mitteilung auslöste. Meldungen, die vor 2009 erfolgten, wurden nicht in das neue System transferiert. Die Übertragung der Meldungen aus dem alten HIS in das neue System ist noch nicht abgeschlossen.

Jede Meldung an das HIS muss dem Betroffenen vom Versicherer mitgeteilt werden. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, jederzeit bei der IIRFP Auskunft über die ihn betreffenden Eintragungen zu verlangen. Diese Selbstauskunft wird einmal pro Jahr unentgeltlich erteilt. Mitgeteilt wird auch, wann welche Daten über den Anfragenden innerhalb der letzten 12 Monate an welchen Versicherer übermittelt wurden. Ist eine Meldung zu Unrecht erfolgt, besteht ein Anspruch auf Berichtigung oder Löschung. Nach fünf Jahren werden Eintragungen gelöscht, wenn nicht zwischenzeitlich neue Meldungen erfolgten.

Auskünfte aus dem HIS werden im Übrigen nur Versicherern und nur bei Vorliegen eines berechtigten Interesses erteilt. Ein Eintrag im HIS hat nicht automatisch die Ablehnung eines erhobenen Versicherungsanspruchs oder eines Versicherungsantrags durch den Versicherer zur Folge. Vielmehr geben Einträge Anlass, näher in die individuelle Prüfung einzutreten, ob der Leistungsanspruch berechtigt ist bzw. der Vertragsantrag angenommen werden sollte oder ob noch weitere Aufklärung erforderlich ist.

■ Für den Ombudsmann stellt sich als erstes die Frage, ob er für Beschwerden gegen Eintragungen im HIS zuständig ist. Dies ist der Fall, wenn mit der Beschwerde ein eigener vertraglicher Anspruch aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherer geltend gemacht wird (§ 2 Absatz 1 a) VomVO). Die Einhaltung der datenschutz- und versicherungsrechtlichen Vorgaben ist nebenvertragliche Pflicht des Versicherers gegenüber dem Versicherungsnehmer. Beschwerden gegen vermeintlich unrechtmäßige Meldungen fallen daher in die Kompetenz des Ombudsmanns. Dies gilt auch dann, wenn aufgrund eines Eintrags im HIS kein Vertrag zustande kam, da der Ombudsmann auch für Ansprüche im Zusammenhang mit der Anbahnung eines Versicherungsvertrages zuständig ist (§ 2 Absatz 1 b) VomVO).

Bisher gab es nur wenige derartige Beschwerden. Bei Grenzfällen helfen die Versicherer in der Regel ab und veranlassen die Löschung des Eintrags. Werden mit der Beschwerde grundsätzliche datenschutzrechtliche Bedenken gegen das neue HIS geltend gemacht, weist der Ombudsmann darauf hin, dass das System mit den Datenschutzbeauftragten abgestimmt ist und die Praxis laufend auf die Einhaltung der Datenschutzvorschriften hin kontrolliert wird und er deshalb keinen Verstoß gegen Datenschutzbestimmungen sieht.

Wird mit einer Beschwerde eine Eintragung gerügt, die noch im alten HIS erfolgt ist, und steht nicht fest, dass diese Meldung in das neue System übernommen



ist, geht eine auf Löschung gerichtete Beschwerde ins Leere, da das alte HIS seit 1. April 2011 nicht mehr existiert.

- Der Datenschutz spielt auch unabhängig vom HIS bei Beschwerden mitunter eine Rolle. So begehrte ein Beschwerdeführer etwa in einer Maklerbeschwerde u. a. die Löschung seiner persönlichen Daten nach § 20 Absatz 2 Bundesdatenschutzgesetz, nachdem er die Vertragsbeziehungen gelöst hatte. Der Makler berief sich darauf, dass für diese Daten insbesondere nach dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und versicherungsaufsichtsrechtlichen Bestimmungen Aufbewahrungsfristen gelten. Dies war rechtlich nicht zu beanstanden.

2.3 Produktinformationsblatt

- Seit dem 1. Januar 2008 hat der Versicherer dem Versicherungsnehmer rechtzeitig vor Abgabe von dessen Vertragserklärung nach § 7 Absatz 2 VVG i. V. mit § 4 VVG-Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV) ein Produktinformationsblatt zur Verfügung zu stellen. Inhalt desselben müssen alle Informationen sein, die für den Abschluss oder die Erfüllung des Versicherungsvertrages von besonderer Bedeutung sind (§ 4 Absatz 1 VVG-InfoV). Um welche Informationen es sich hierbei handelt, ist in § 4 Absatz 2 VVG-InfoV aufgezählt. Die Informationen müssen „in übersichtlicher und verständlicher Form knapp dargestellt werden“ (§ 4 Absatz 5 VVG-InfoV). Aus diesen tendenziell gegenläufigen Vorgaben (einerseits Mitteilung aller Umstände, denen besondere Bedeutung zukommt, andererseits kurze und prägnante Darstellung) kann ein Zielkonflikt entstehen, der nur beschränkt mit juristischen Mitteln gelöst werden kann.

- Zwar ist das Produktinformationsblatt nur selten Gegenstand von Beschwerden, inzwischen konnte jedoch nach Aktenlage ein Überblick über die praktische Handhabung dieser Informationspflicht gewonnen werden. Es zeigt sich eine Tendenz, die Produktinformationsblätter mit Detailinformationen zu überfrachten. Im Vordergrund steht zum Teil ersichtlich nicht das Bestreben, den Versicherungsnehmer in die Lage zu versetzen, „sich anhand einer knappen, verständlichen und daher auch keinesfalls abschließend gewollten Darstellung einen Überblick über die wesentlichen Merkmale des Vertrages zu verschaffen“ (so die amtliche Begründung zur VVG-InfoV), sondern das Absicherungsinteresse des Versicherers. Zwar ist nachvollziehbar, dass ein Versicherer im Hinblick auf die Auslegungsspielräume und rechtlichen Zweifelsfragen eher zu viele als zu wenige Informationen in das Produktinformationsblatt aufnimmt. Dadurch darf jedoch der Normzweck nicht in Frage gestellt werden. Teilweise wird auch der Sinn und Zweck des Produktinformationsblattes verkannt. Beispielsweise führte ein Produktinformationsblatt zur Wohngebäudeversicherung unter dem Stichwort „Leistungsausschlüsse“, auf die nach § 4 Absatz 2 Ziff. 4 VVG-InfoV hinzuweisen ist, zwar den gesetzlichen, produktunspezifischen Risikoausschluss der Herbeiführung des Versicherungsfalles (§ 81 VVG) auf, jedoch keinen der spezifischen Leistungsausschlüsse nach den vereinbarten Allgemeinen Bedingungen für die Wohngebäudeversicherung (VGB); insoweit wurde lediglich darauf verwiesen, dass die Versicherungsbedingungen weitere Leistungsausschlüsse enthielten.

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

- Das Produktinformationsblatt ist nach herrschender Auffassung als Teil der vertraglichen Unterlagen justiziabel. Dies gilt für falsche Angaben und fehlende Pflichtangaben nach § 4 Absatz 2 VVG-InfoV. Bei einem Übermaß an Detailinformationen stößt die rechtliche Kontrolle jedoch an ihre Grenzen. Ausmaß und Dichte der gerichtlichen Überprüfung und damit auch der Kontrolle durch den Ombudsmann sind noch weitgehend ungeklärt. Dies zeigen die folgenden Beispiele einschlägiger Beschwerden:

Gegenstand einer Beschwerde war die Frage, ob ein Widerruf des Versicherungsvertrages nach Ablauf der Widerrufsfrist noch möglich ist, wenn die Prämienhöhe nicht, wie in § 4 Absatz 2 Ziff. 3 VVG-InfoV ausdrücklich festgelegt, in Euro im Produktinformationsblatt selbst angegeben wird, sondern pauschal auf die Vertragsunterlagen verwiesen wird. Außerdem fehlte das Datum des Beginns und des Endes des Versicherungsschutzes (§ 4 Absatz 2 Ziff. 8 VVG-InfoV) im Produktinformationsblatt, stattdessen wurde auch insoweit auf die Vertragsunterlagen Bezug genommen. Nach § 8 Absatz 2 Ziff. 1 VVG beginnt die Widerrufsfrist nicht zu laufen, wenn das Produktinformationsblatt nicht die in § 4 Absatz 2 VVG-InfoV geforderten Pflichtangaben enthält. Nachdem der Ombudsmann den Versicherer darauf hingewiesen hatte, dass nach seiner vorläufigen Auffassung die Pflichtangaben nach § 4 Absatz 2 VVG-InfoV im Produktinformationsblatt selbst enthalten sein müssen und ein Hinweis auf die Vertragsunterlagen nicht genügt, half er der Beschwerde ab.

Dagegen enthielt sich der Ombudsmann einer Entscheidung über die Frage, ob im Hinblick auf die „sonstigen Kosten“ nach § 4 Absatz 4 i. V. mit § 4 Absatz 2 Ziff. 3 VVG-InfoV ein pauschaler Verweis auf die entsprechende Bestimmung in den Versicherungsbedingungen zulässig ist. Zu dieser Sonderregelung für die Lebens-, Berufsunfähigkeits- und Krankenversicherung ist in der juristischen Literatur umstritten, ob sämtliche Abschluss-, Vertriebs- und insbesondere alle (potentiellen) sonstigen Kosten in Euro im Produktinformationsblatt selbst anzugeben sind oder ob die exemplarische Nennung einiger bedeutsamerer Kosten und ein ergänzender Hinweis auf die Vertragsbedingungen genügt. Der Wortlaut der Vorschrift scheint für die Angabe aller sonstigen Kosten in Euro im Produktinformationsblatt zu sprechen, der Sinn und Zweck (eine übersichtliche, verständliche und knappe Information über die wesentlichen Aspekte des Vertrages zu geben) spricht eher dagegen.

Die gegebenen Informationen müssen sachlich richtig und eindeutig sein. Zwei Beschwerden, denen eine unzutreffende, den vertraglichen Vereinbarungen widersprechende Angabe zur Möglichkeit der Kündigung eines Basisrentenversicherungsvertrages gegen Einmalbeitrag zugrunde lag, konnten wegen der Besonderheiten des jeweiligen Einzelfalls zwar nicht entschieden werden, der Ombudsmann teilte jedoch seine Rechtsauffassung mit, dass von den Vertragsbedingungen abweichende Angaben im Produktinformationsblatt eine Vertragsverletzung des Versicherers darstellen können.



Eine Beschwerde wirft die Frage auf, ob die „gesonderte Mitteilung in Textform“ nach § 19 Absatz 5 VVG über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung auch im Produktinformationsblatt erfolgen kann. Dies erscheint zweifelhaft. Denn Sinn und Zweck der Belehrungspflicht nach § 19 Absatz 5 VVG sowie der Informationspflichten nach § 4 VVG-InfoV sind unterschiedlich. Die Mitteilung nach § 19 Absatz 5 VVG soll dem Kunden die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung deutlich vor Augen führen und hat eine präventive Funktion. Das Produktinformationsblatt dagegen soll dem Versicherungsinteressenten den wesentlichen Inhalt der Versicherung erschließen und ihm eine informierte Entscheidung ermöglichen.

2.4 Nachlese Ineas

Im Jahresbericht 2010 wurde ausführlich über die Insolvenz des Kfz-Versicherers Ineas und LadyCarOnline und die dadurch aufgeworfenen Rechtsfragen berichtet (siehe Jahresbericht 2010, Seite 16). In der Folgezeit war über nachwirkende Probleme der Insolvenz zu lesen, Beschwerden hierzu waren jedoch nicht zu verzeichnen.

So wurde etwa im März 2011 bekannt, dass der Insolvenzverwalter ehemals Versicherte, die nach Bekanntwerden der finanziellen Schwierigkeiten der Unternehmen unter Berufung auf ein Sonderkündigungsrecht ihre Verträge fristlos gekündigt hatten, aufgefordert hatte, die Prämien bis August 2010, dem Ende sämtlicher Verträge, nachzuzahlen. Der Bund der Versicherten e. V. (BdV) erklärte diese Forderungen für unbegründet. Auch der Versicherungsombudsmann hatte sich im Sommer 2010 für das Bestehen eines Sonderkündigungsrechts ausgesprochen.

Rechtlich und wirtschaftlich gravierender sind Forderungen einiger Krankenversicherer gegen ehemals bei Ineas Versicherte, über die im Juni 2011 berichtet wurde. Diese Versicherer hatten die Kosten von Unfallopfern übernommen und fordern diese nun von den Unfallgegnern, die bei Ineas versichert waren, persönlich zurück. Diese Forderungen sind rechtlich nicht von der Hand zu weisen. Die Versicherten können nur hoffen, einen Teil ihrer Schadenersatzleistung aus der Konkursmasse von Ineas erstattet zu bekommen.

2.5 Die Versicherungssparten in der Jahresbetrachtung

Nachfolgend wird die Entwicklung in den Versicherungssparten im Jahr 2011 aus Sicht der Beschwerdebearbeitung aufgezeigt. Anders als in den Vorjahren, in denen nur über eine Auswahl an Sparten berichtet wurde, werden nun alle Versicherungssparten dargestellt. Dies soll es 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. Diese 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 scheint. Außerdem wird von diesem

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Jahresbericht an ein eigener Abschnitt hinzugenommen, in dem einzelne Beschwerdefälle behandelt werden, die von allgemeinem Interesse sind oder ein Schlaglicht auf die Arbeit des Ombudsmanns werfen.

Angesichts der Vielzahl an Themen und Ereignissen kann eine Darstellung an dieser Stelle trotz des inzwischen gestiegenen Umfangs des 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 also nur dort zwischen Beschwerden gegen Versicherungsunternehmen und Versicherungsvermittlern unterschieden, wo dies angemerkt ist.

Auf eine grundlegende Tendenz, die sich schon seit einigen Jahren in allen Sparten zeigt, ist auch an dieser Stelle wieder hinzuweisen: 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. Noch immer ist hier das „alte“ Recht von Bedeutung, das „neue“ enthält jedoch viele offene Fragen oder Streitfälle, die längst noch nicht abgearbeitet sind. Nur vereinzelt klären sich diese Rechtsfragen, wie zum Beispiel bei den Folgen der unterlassenen Umstellungen von Versicherungsbedingungen auf das neue VVG.

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, denn bei der Prüfung, ob ein Beratungsfehler feststellbar ist, muss 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 Erkenntnisstand 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.

Die Beschwerdeeingänge waren in den letzten Jahren recht konstant. Seit 2006 erreichten die Schlichtungsstelle jährlich etwa 18.000 Beschwerden. Auch nach Erhalt der Zuständigkeit für Vermittlerbeschwerden im Jahr 2007 wurden es nicht wesentlich mehr. Die Verteilung der Versicherungssparten untereinander ist dagegen weiterhin in Bewegung, größere Sprünge innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Berichtsjahren sind jedoch selten.

■ Lebensversicherung

Auch wenn die Beschwerdeeingänge zur Lebensversicherung (zu der als eine besondere Form die Rentenversicherung gehört) seit Jahren zurückgehen, ist sie nach wie vor und mit großem Abstand die Sparte mit den höchsten Beschwerdezahlen. Im Jahr 2011 erhielt der Ombudsmann 4.006 zulässige Beschwerden (Vorjahr: 4.892), das sind 32,7 (38,5) Prozent am Gesamtvolumen der zulässigen Beschwerden. Der Trend mag zunächst verwundern. Betrachtet man jedoch die Entwicklung der Beschwerden über einen längeren Zeitraum, ist zu erkennen, dass letztlich nur ein zwischenzeitlicher Anstieg wieder zurückgegangen ist. 2004 erreichten den Ombudsmann 37,1 Prozent und 2003 sogar nur 34,7 Prozent der zulässigen Beschwerden in dieser Sparte.

Die Besonderheit dieser Sparte ergibt sich daraus, dass nicht nur Risikoverträge abgeschlossen werden können, sondern eine Kombination der Risikoabsicherung mit einer Kapitalanlage gewählt werden kann. Je nach Interesse der Versicherungsnehmer kann die Kapitalanlage oder die Risikoabdeckung im Vordergrund stehen. Hierfür steht den Versicherungsnehmern eine Vielfalt von Vertragstypen zur Verfügung. Aufgrund verschiedener Vertragsgestaltungen und Tarife wird von Sterbegeldversicherung, Ausbildungs- oder Aussteuerversicherung gesprochen, von einer sofort beginnenden oder einer aufgeschobenen Rentenversicherung, von Versicherungen auf verbundene Leben, mit oder ohne Einschluss einer Dynamisierung von Versicherungsleistung und Beitrag. Es besteht darüber hinaus

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

die Möglichkeit, Zusatzversicherungen, wie zum Beispiel eine Unfall-, Berufsunfähigkeits- oder Pflegeversicherung, einzuschließen. Die Riester- und Basisrentenversicherungen gehören zu den kapitalbildenden Rentenversicherungen, die ebenfalls mit Zusatzversicherungen abgeschlossen werden können.

Zu den Hauptthemen in den Beschwerden gehörten im Jahr 2011, wie auch bereits in den Jahren zuvor, die Höhe der Ablaufleistungen und Rückkaufswerte, die in der Regel unter den bei Vertragsschluss vorgenommenen Hochrechnungen lagen und damit hinter den Erwartungen der Versicherungsnehmer zurückblieben. Zur Höhe der Rückkaufswerte ging ein Teil der Beschwerdeführer von der Höhe der eingezahlten Beiträge aus und bedachte nicht, dass u. a. Abschluss- und Verwaltungskosten anfallen, die nicht erstattet werden. Andere Beschwerdeführer wünschten eine Überprüfung, ob der Rückkaufswert den Vorgaben des Bundesgerichtshofs entsprach (Urteil vom 12. Oktober 2005, vgl. hierzu ausführlich Jahresbericht 2006, Seite 20 ff.).

Zahlreiche Beschwerden, in denen es um eine Falschberatung ging, erreichten den Ombudsmann auch im Zusammenhang mit sogenannten Umdeckungsfällen. Das heißt, es wurde ein bestehender Vertrag gekündigt und ein neuer Vertrag abgeschlossen. Der Vermittler ist in solchen Fällen gehalten, nicht nur über die Vorzüge des neuen Vertrages zu beraten, sondern auch über die Nachteile der Beendigung bestehender Verträge. Auch wenn es in einem schriftlichen Verfahren häufig Schwierigkeiten bereitet, den Sachverhalt zum Vorwurf einer Falschberatung aufzuklären, konnte der Ombudsmann in Einzelfällen, in denen eine Falschberatung auf der Hand lag, den Beschwerdeführern helfen.

Viele Beschwerden erhielt der Ombudsmann zu behaupteter Falschberatung von Riester- und Basisrentenversicherungen. Einige Beschwerdeführer gaben an, ihnen sei nicht bewusst gewesen, eine Riester- oder Basisrente abgeschlossen zu haben. Für andere Beschwerdeführer war eine Riesterrente nicht geeignet, da sie nicht zu dem geförderten Personenkreis zählten (weitere Erläuterungen hierzu vgl. Jahresbericht 2010, Seite 26 ff.) In solchen Fällen konnte der Ombudsmann, wie bereits in der Vergangenheit, Abhilfen bei den Versicherern erreichen. Zum Teil gab es auch Unklarheiten bei der Zulagengewährung von Riesterverträgen, die unterschiedliche Ursachen hatten. Zu Beginn des Jahres wurde die Verunsicherung der Versicherungsnehmer von Basisrentenversicherungen spürbar, die auf die neu eingeführte Zertifizierung der Verträge, auch von bereits bestehenden Verträgen, zurückzuführen war. Beschwerdeführer zögerten mit ihrer notwendigen Zustimmung zu entsprechenden Vertragsänderungen, die im Zusammenhang mit der Zertifizierung standen, da sie Nachteile durch die Änderungen der Versicherungsbedingungen befürchteten.

Im ersten Halbjahr musste sich der Ombudsmann zum Thema Falschberatung besonders häufig mit Beschwerden zu sogenannten Ausbildungsversicherungen beschäftigen. Dabei handelt es sich um Rentenversicherungen, die von den Eltern oder Großeltern abgeschlossen werden und in denen die Kinder bzw. Enkel als



versicherte Personen eingesetzt werden. Dadurch sollen Mittel für die Ausbildung und somit in einem bestimmten Alter der versicherten Person zur Verfügung stehen. Eine Falschberatung lag dann nahe, wenn die Rentenleistungen erst mit Erreichen des Rentenalters der Kinder bzw. Enkel fällig wurden, auch wenn der Vertrag eine sogenannte Liquiditätsoption enthielt, die eine Teilauszahlung im Ausbildungsalter ermöglichte. Eindeutig fehlerhaft war die Beratung, wenn die versicherte Person, wie in einigen Fällen, bei Abschluss schon in einem Alter war, in dem die Ausbildung nicht mehr in weiter Ferne lag. Aufgrund der hohen Abschlusskosten, die sich nach der langen Beitragszahlungsdauer bis zum Rentenbeginn richteten, waren die Vertragsguthaben zum Zeitpunkt des Ausbildungsbeginns entsprechend niedrig, so dass der angestrebte Zweck nicht erreichbar war. In derartigen Fällen halfen die Versicherer ab.

Einige typische Probleme, die den Ombudsmann in den letzten Jahren beschäftigten, verloren im Berichtszeitraum zahlenmäßig an Bedeutung. So nahmen die Eingänge von Beschwerden zu den Ratenzahlungszuschlägen ab, ebenso wie Beschwerden zur Transparenz von Rückkaufwertklauseln. Hierzu wurde in den Jahresberichten von 2009 (Seite 30) und 2010 (Seite 19) informiert.

Wieder zugenommen haben Beschwerden zu den sogenannten stillen Reserven (Bewertungsreserven). Nach § 153 Absatz 3 VVG sind die Versicherer verpflichtet, die Bewertungsreserven jährlich neu zu ermitteln und nach einem verursachungsorientierten Verfahren den Verträgen rechnerisch zuzuordnen. Bei Vertragsbeendigung wird der für diesen Zeitpunkt zu ermittelnde Betrag zur Hälfte zugeteilt und ausgezahlt. Den Versicherungsnehmern ist der Charakter der Bewertungsreserven häufig nicht bewusst, so dass sie deren starke Schwankungen nicht nachvollziehen können. Anlass zur Beschwerde sehen die Versicherungsnehmer daher dann, wenn sich innerhalb eines sehr kurzen Zeitraumes von nur wenigen Monaten die Bewertungsreserven erheblich verringern, wenn also der Versicherer in der jährlichen Wertmitteilung noch einen höheren Betrag ausgewiesen hat, als letztendlich zur Auszahlung kam. Der Ombudsmann kann nicht genau beurteilen, ob die Höhe der ausgezahlten Bewertungsreserven korrekt ist, da er nicht die Bilanzen der Versicherungsunternehmen prüfen kann. Er muss sich insoweit auf eine Plausibilitätsprüfung beschränken. Durch verständliche Erläuterungen, was Bewertungsreserven sind und wie diese unmittelbar von den Kapitalmärkten abhängen, kann der Ombudsmann dennoch viel zu einer Streitschlichtung beitragen.

Das 2008 in Kraft getretene VVG beinhaltet Neuerungen, die sich auch in den Beschwerden des Ombudsmanns niederschlagen. Nachfolgend seien einige Themen kurz angerissen. Schwierigkeiten bereiteten in der Beschwerdebearbeitung die Ausgestaltung der Widerrufsbelehrung gemäß § 8 VVG sowie das „ewige Widerrufsrecht“ und die Anwendbarkeit von § 9 VVG (Rechtsfolgen des Widerrufs). Die Beratungsdokumentation, die der Ombudsmann in kritischen Fällen zu prüfen hatte, war oft unzureichend (vgl. hierzu auch Jahresbericht 2010, Seite 41) oder sie stand im Widerspruch zu der Stellungnahme des Vermittlers, was in einzelnen Fällen aber einen Ansatz für den Ombudsmann bot, Abhilfen oder Ver-

gleiche anzustreben. Einige Beschwerden waren darauf gerichtet, eine Offenlegung der Kostenstruktur bei Altverträgen zu erreichen. Die Versicherungsnehmer gingen mitunter davon aus, dass die neuen Informationspflichten für die Versicherer, die sich jedoch hinsichtlich der Kostenoffenlegung auf den Zeitpunkt bei Vertragsabschluss beziehen, auch auf Altverträge anwendbar sind.

Auch Beschwerden zur betrieblichen Altersversorgung (bAV) und zur Restschuldversicherung fallen unter die Sparte Lebensversicherung. Daraus ergeben sich jeweils besondere Schwerpunkte für die Beschwerdebearbeitung. In der bAV gewährt ein Arbeitgeber seinem Arbeitnehmer aus Anlass eines Arbeitsverhältnisses Versorgungsleistungen bei Alter, Invalidität und/oder Tod (vgl. Jahresbericht 2010, Seite 38 ff.). Das Betriebsrentengesetz (BetrAVG) regelt die einzelnen Voraussetzungen. Eine sich aus der Vertragskonstruktion ergebende Besonderheit ist, dass der Arbeitgeber die Stellung des Versicherungsnehmers einnimmt. Dies führt häufig zu Problemen bei der Verfahrenszulässigkeit, denn das Ombudsmannverfahren ist nur eröffnet, wenn der Beschwerdeführer einen eigenen vertraglichen Anspruch geltend macht. Daher kommt es im Einzelfall darauf an, welcher Anspruch geltend gemacht wird und wer Anspruchsinhaber und Verfügungsberechtigter ist. Wendet sich der Arbeitgeber als Versicherungsnehmer an den Ombudsmann, ist regelmäßig zu prüfen, ob die Voraussetzungen des Kleingewerbes im Sinne von § 2 Absatz 1 Satz 2 der Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns (VomVO) erfüllt sind.

Ähnliche Problemstellungen zeigen sich bei der Restschuldversicherung, da bei diesen Verträgen überwiegend der finanzierenden Bank oder Bausparkasse die Stellung als Versicherungsnehmer eingeräumt wurde. Eine Restschuldversicherung (auch als Restkreditversicherung oder Kredit-Lebensversicherung bezeichnet) ist eine Risikolebensversicherung mit gleichbleibender oder fallender Versicherungssumme. Sie bietet einem Kreditnehmer Absicherung bei Krankheit oder Arbeitslosigkeit und seinen Hinterbliebenen eine Absicherung für den Todesfall. Ein wesentlicher Teil der Beschwerden geht darauf zurück, dass sich die Beschwerdeführer falsch beraten fühlen. Einige führen an, ihnen sei gar nicht bewusst gewesen, neben dem Darlehensvertrag einen Versicherungsvertrag abgeschlossen zu haben, oder es habe bereits eine andere Lebensversicherung bestanden, die als Absicherung hätte dienen können. Soweit der Kredit (vorfällig) getilgt und die Versicherung gekündigt wurde, beanstandeten die Beschwerdeführer oft, die Höhe der einbehaltenen Beiträge stünde nicht im Verhältnis zur kurzen Laufzeit.

■ Rechtsschutzversicherung

Im Berichtszeitraum erreichten den Ombudsmann zu dieser Sparte 2.021 zulässige Beschwerden. Am Gesamtbeschwerdeaufkommen hat die Rechtsschutzversicherung damit einen Anteil von 16,5 Prozent. Im Vergleich zu den Vorjahren ist wiederholt ein Anstieg zu verzeichnen. Im Jahr 2009 waren es 1.723 (13,9 Prozent) und 1.933 (15,2 Prozent) Beschwerden in 2010.

Die Rechtsschutzversicherung besteht im Kern in der Verpflichtung des Versicherers, gegen Prämienzahlung dem Versicherten im vereinbarten Umfang die



erforderlichen Leistungen für die Wahrnehmung seiner rechtlichen Interessen zu erbringen. Vereinbart werden kann Rechtsschutz für bestimmte Lebensbereiche, wie zum Beispiel Privat-, Verkehrs-, Arbeits-Rechtsschutz oder Wohnungs- und Grundstücks-Rechtsschutz. Unterschieden wird zudem zwischen Nichtselbständigen und Selbständigen. Die Inhalte und Grenzen des Versicherungsschutzes können positiv beschrieben, aber auch durch Ausschlüsse formuliert werden. Diese Systematik ist für Versicherungsnehmer oftmals schwer durchschaubar, was sich an den Beschwerden zeigt.

Eine Besonderheit dieser Sparte besteht darin, dass ein Versicherungsunternehmen, das Rechtsschutzversicherungen anbietet, entweder keine anderen Sparten betreiben darf oder die Leistungsbearbeitung in der Rechtsschutzversicherung auslagern muss (§ 8 a Absatz 1 Versicherungsaufsichtsgesetz – VAG). Damit sollen Interessenkonflikte bei der Deckungszusage verhindert werden, falls der Versicherte einmal gegen den Versicherungskonzern vorgehen will. Als Folge betreibt ein Unternehmen entweder ausschließlich die Rechtsschutzversicherung oder die Schadenregulierung wird einem Dritten, dem sogenannten Schadenabwicklungsunternehmen, übertragen.

Bei der Frage, ob ein Versicherungsfall vorliegt, ist zu unterscheiden, um welche Art von Rechtsschutz es sich handelt. Besondere Regelungen gelten für Schadenersatz- sowie für Beratungsrechtsschutz im Familien- und Erbrecht. Ansonsten tritt der Versicherungsfall in dem Zeitpunkt ein, in dem „der Versicherungsnehmer oder ein anderer einen Verstoß gegen Rechtspflichten oder Rechtsvorschriften begangen hat oder begangen haben soll“. Neben der Frage, ob ein Rechtsschutzfall eingetreten ist, kommt es auch häufig darauf an, wann er sich im Sinne der Definition ereignet hat, denn davon kann abhängen, ob er im versicherten Zeitraum eingetreten ist. Nach wie vor wird in fast jeder dritten Beschwerde über die zeitliche Einordnung gestritten. Zu berücksichtigen ist hier die sogenannte Wartezeit, die festlegt, dass für bestimmte Leistungsarten erst drei (oder sechs) Monate nach Abschluss des Vertrages Versicherungsschutz besteht. Damit soll verhindert werden, dass die Kosten absehbarer Streitfälle auf die Versichertengemeinschaft abgewälzt werden.

Umfasst der Vertrag nur Privat-Rechtsschutz, taucht nicht selten die Frage auf, ob die Wahrnehmung rechtlicher Interessen im Zusammenhang mit einer selbständigen Tätigkeit steht und damit von der Deckung ausgeschlossen ist. Die Voraussetzungen einer selbständigen Tätigkeit liegen vor, wenn es sich um eine fortgesetzte Tätigkeit in bestimmter Größenordnung handelt, die sich als Beteiligung am Wirtschaftsleben darstellt, sich in einem nach außen selbständigen, von der privaten Lebenssphäre abgrenzbaren Lebensbereich vollzieht und einen planmäßigen Geschäftsbetrieb erfordert. Der Ausschluss erfordert weiter, dass der Versicherungsfall in einem inneren sachlichen Zusammenhang mit einem Betriebsgeschehen steht. Ein bloß zufälliger Zusammenhang reicht nicht aus. Die Beschreibung lässt schon erkennen, dass die Zuordnung nicht immer einfach vorzunehmen ist.

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Auch andere Risikoausschlüsse waren häufig Gegenstand der Beschwerde. In erster Linie sind hier die Baurisiko- und die Wertpapierausschlussklauseln zu nennen. Die Tragweite dieser Klauseln ist mitunter sowohl in tatsächlicher als auch in rechtlicher Hinsicht schwierig zu bestimmen, so dass die betreffenden Beschwerden regelmäßig großen Bearbeitungsaufwand verursachen. Probleme bereiten hier bereits die komplexen Sachverhalte, die oftmals umfangreichen Unterlagen entnommen werden müssen. Die rechtlichen Prüfungen werden dadurch erschwert, dass sich die Klauseln in den verschiedenen Bedingungs-generationen, und seit einiger Zeit auch von Versicherer zu Versicherer, zum Teil erheblich unterscheiden. Deshalb liegen auch noch nicht zu allen Ausschlussklauseln Gerichtsentscheidungen vor.

Im Berichtsjahr hatte der Ombudsmann zu prüfen, ob der seltene Ausschlussgrund, dass die rechtliche Interessenwahrnehmung in ursächlichem Zusammenhang mit einem Erdbeben steht, erfüllt war. Die Beschwerdeführerin wollte gegen den Reiseveranstalter vorgehen, nachdem dieser Reiseleistungen wegen einer Aschewolke, die vom isländischen Vulkan Eyjafjallajökull stammte, nicht erbracht hatte. Der Rechtsschutzversicherer lehnte ab, weil die Aschewolke durch ein Erdbeben ausgelöst worden sei. Dieses hatte zwar unstreitig stattgefunden, Ursache des Erdbebens und damit der Aschewolke war jedoch vermutlich eine vulkanische Aktivität im Erdinneren. Da Rechtsschutzversicherer für Risikoausschlüsse darlegungs- und beweisbelastet sind, ging diese Unklarheit zu seinen Lasten. Nachdem der Ombudsmann dies erläutert hatte, half der Versicherer der Beschwerde ab. In einem anderen Fall forderte der Dienstherr die gezahlte Feldjägerzulage zurück. Zwar bestand Versicherungsschutz für verwaltungsrechtliche Streitigkeiten. Jedoch griff ein Ausschlussstatbestand, da ein Zusammenhang mit einer vorsätzlich begangenen Straftat bestand. Der Beschwerdeführer war im europäischen Ausland wegen Verstößen gegen das Waffengesetz und das Kriegswaffenkontrollgesetz strafrechtlich verurteilt worden.

In der Rechtsschutzversicherung waren Beschwerden zur Falschberatung selten. Die wenigen Fälle betrafen den konkreten Rechtsschutzbedarf, zumeist anlässlich eines eingetretenen Schadenfalls. Andere Beschwerden zielten auf Vertragsänderungen, die nach Ansicht der Beschwerdeführer nicht zutreffend umgesetzt wurden. Auch Vertragskündigungen führten zu Beschwerden. Es handelte sich überwiegend um Kündigungen des Versicherers zum Ablauf, die rechtlich nicht zu beanstanden waren.

Der Grund für Neuformulierungen von Ausschlussklauseln in Versicherungsbedingungen liegt häufig in der fortschreitenden technischen oder gesellschaftlichen Entwicklung. Bei der Anwendung nicht angepasster älterer Klauseln ist zu prüfen, ob der durchschnittliche Versicherungsnehmer das Verständnis entwickeln kann, das der Versicherer der Auslegung zugrunde legt. Dabei kommt es schon vor, dass Versicherer die Verständnismöglichkeiten überschätzen. Jedoch auch die Neuformulierung von Klauseln führt gelegentlich zu neuen Auslegungsproblemen. Sofern diesbezügliche Beschwerden keine Frage von rechtsgrundsätzlicher



Bedeutung betreffen, die den Obergerichten überlassen bleiben sollen, entscheidet der Ombudsmann darüber.

Zur Frage, ob die Interessenvertretung im Zusammenhang mit dem Betrieb von Fotovoltaikanlagen auf Hausdächern vom Privat-Rechtsschutz gedeckt ist (vgl. Jahresbericht 2010, Seite 33), sah sich der Ombudsmann im Berichtsjahr veranlasst, seine Entscheidungspraxis zu ändern. Anlass dazu gab das erste obergerichtliche Urteil, das diese Tätigkeit dem privaten Bereich zuordnete (OLG Celle, Urteil vom 02.12.2010, AZ: 8 U 131/10). Zwar vermögen nicht alle Erwägungen des Gerichts zu überzeugen, dennoch half das Urteil bei der Auslegung, wo die Grenze zwischen dem gewerblichen und privaten Betrieb derartiger Anlagen zu ziehen ist. Danach sind Fotovoltaikanlagen bis zu einer bestimmten Kapazität auf Dächern selbst bewohnter Häuser vom Privat-Rechtsschutz erfasst, auch wenn der Anlagenbetreiber durch die Stromeinspeisung im gesetzlich geregelten Rahmen (Gesetz für den Vorrang Erneuerbarer Energien – EEG) wirtschaftlich tätig wird. Weitere Abgrenzungen wird der Ombudsmann vornehmen, wenn dies die Beschwerdefälle erfordern.

■ Kfz-Versicherung

Die Kraftfahrzeugversicherung gehört von Beginn an zahlenmäßig zu den größeren Sparten der Schlichtungsstelle. Im Berichtsjahr erhielt der Ombudsmann 1.393 (Vorjahr: 1.420) zulässige Beschwerden. Dies entspricht einem Anteil am Gesamtbeschwerdeaufkommen von 11,4 (11,2) Prozent. Die Eingaben betreffen hauptsächlich Verträge zur Kfz-Haftpflicht- und zur Kaskoversicherung. Während die Kfz-Haftpflichtversicherung Schutz gegen das Risiko bietet, aufgrund eines Verkehrsunfalls von einem geschädigten Dritten in Anspruch genommen zu werden, handelt es sich bei der Kaskoversicherung um eine Versicherung gegen Schäden am Fahrzeug des Versicherten, die im Versicherungsfall zu Ansprüchen des Versicherten gegen den Versicherer führen. Aber auch Beschwerden zur Schutzbrief- und zur Insassenunfallversicherung fallen unter die Kfz-Versicherung. Diese werden seit dem Jahr 2008 statistisch zusammen mit der Kaskoversicherung ausgewiesen.

Auf die Kfz-Haftpflichtversicherung entfielen 852 (904) der zulässigen Beschwerden. Dies entspricht 7,0 (7,1) Prozent. In dieser Sparte ist das Interesse der Versicherungsnehmer im Schadenfall regelmäßig auf den Schutz vor Inanspruchnahme durch Dritte gerichtet. Das bedeutet Befriedigung berechtigter sowie Abwehr unberechtigter Ansprüche. Bei den Hauptthemen, mit denen sich der Ombudsmann in der Kfz-Haftpflichtversicherung im Berichtsjahr beschäftigte, ist keine Veränderung festzustellen. Im Wesentlichen ging es auch 2011 um drei Problemfelder. Dazu gehört die Einstufung und Übertragung von Schadenfreiheitsrabatten bei Wechsel des Versicherungsunternehmens. Versicherer stufen bei Neuverträgen den Rabatt regelmäßig unter Vorbehalt ein und fordern dann beim Vorversicherer eine entsprechende Erklärung an. Fällt diese anders aus, als die auf der Angabe des Versicherungsnehmers beruhende Ersteinstufung, wird die Schadenfreiheitsklasse korrigiert. Diese Abweichungen sind nicht selten Folge

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

von unternehmensspezifischen Sonderrabatten, die der Versicherungsnehmer nicht berücksichtigt hat. In diesem Zusammenhang wird gelegentlich auch das Verhalten des Versicherungsvermittlers vom Beschwerdeführer beanstandet und vorgetragen, der Vermittler – in diesen Fällen nicht selten Mitarbeiter eines Autohauses – habe die Zusage für eine bestimmte Schadenfreiheitsklasse gegeben (siehe Seite 61 f.).

Ein weiterer Problembereich betrifft (behauptete) Obliegenheitsverletzungen des Versicherten, wie zum Beispiel das Führen eines Fahrzeugs in alkoholisiertem Zustand und das unerlaubte Entfernen vom Unfallort. Obliegenheitsverletzungen führen zwar nicht zur Leistungsfreiheit gegenüber dem Geschädigten, können jedoch einen Regressanspruch gegen den Versicherten begründen. Im Streit steht oftmals, ob eine solche Pflichtverletzung nach den jeweiligen Voraussetzungen überhaupt vorliegt. Die Beschwerdeführer beanstanden auch gelegentlich die Rückstufung der Schadenfreiheitsklasse und meinen, mit der Regresszahlung hätten sie die Schadenaufwendungen des Versicherers, zumindest zum Teil, erstattet. Da diese Zahlung aber nicht freiwillig erfolgt, sondern sich als Konsequenz der Obliegenheitsverletzungen aus dem Vertrag ergibt, führt sie nicht zur Entlastung des Vertrages.

Schließlich beanstanden Versicherungsnehmer immer wieder, dass der Versicherer bei der Regulierung von gegnerischen Schäden zu Unrecht oder jedenfalls zu hoch entschädigt und deshalb die Schadenfreiheitsklasse nicht zu Recht herabgestuft habe. Regelmäßig prüft der Ombudsmann in diesen Fällen, ob der Versicherer die ihm zustehende Regulierungsvollmacht nach pflichtgemäßem Ermessen ausgeübt hat. Ist dies der Fall, erläutert er dem Beschwerdeführer die Reichweite der in den Versicherungsbedingungen regelmäßig enthaltenen Regulierungsvollmacht des Versicherers. Die Rechtsprechung gewährt den Versicherern einen nicht geringen und wohl auch notwendigen Spielraum bei der Prüfung und Befriedigung von gegnerischen Ansprüchen.

Das bereits erwähnte Urteil des Bundesgerichtshofs vom 12. Oktober 2011 zu nicht an das neue VVG angepassten Versicherungsbedingungen (siehe 2.1) wirkte sich auch in der Kfz-Haftpflichtversicherung aus. Gegen Ende des Berichtszeitraums konnten noch einige Beschwerden abschließend bearbeitet werden, die vor der Entscheidung des Bundesgerichtshofs wegen rechtsgrundsätzlicher Bedeutung des grundlegenden Beschwerdegegenstands unbeschieden gelassen werden mussten. Dies betraf Beschwerden zu Regressforderungen des Versicherers wegen Verletzung von Anzeigepflichten.

In einer eher seltenen Fallkonstellation wurde bei einem Fahrzeuggespann das Zugfahrzeug durch den Anhänger beschädigt. Der Beschwerdeführer war nur Eigentümer des Zugfahrzeugs, so dass er die Haftpflichtversicherung des Anhängers in Anspruch genommen hatte. Nachdem dieser Versicherer zunächst eine Entschädigungsleistung abgelehnt hatte, half er jedoch nach Intervention des Ombudsmanns der Beschwerde ab.



Auf die Kasko- und sonstige Kfz-Versicherung, wie Schutzbrief- und Insassenunfallversicherung, entfielen 541 (Vorjahr: 516) der zulässigen Beschwerden. Dies entspricht 4,4 (4,1) Prozent am Beschwerdeaufkommen. In der Kaskoversicherung ist seit Jahren ein Anstieg zu verzeichnen. Ein großer Teil der Beschwerden betrifft, wie bereits in den Vorjahren, die Entwendung von Fahrzeugen, von Fahrzeugteilen oder von im Fahrzeug verwahrtem Gepäck. Die in früheren Jahresberichten bereits geschilderten Probleme, auf welche Weise der Versicherungsnehmer einen Diebstahl beweisen kann und welche Möglichkeit der Versicherer hat, diesem Beweis entgegenzutreten, setzten sich auch im Berichtsjahr fort. Zunehmend trat in den Beschwerden die Frage auf, ob ein Versicherungsnehmer einen Anspruch aus der Teilkaskoversicherung hat, wenn das Fahrzeug durch einen Einbruch zwar beschädigt wurde, aber nur nichtversicherte Teile oder nichtversichertes Gepäck abhanden kamen. Die Rechtsprechung hierzu ist nicht einheitlich. Es kommt hinzu, dass der Wortlaut in den jeweiligen Allgemeinen Bedingungen für die Kfz-Versicherung (AKB) in diesem Punkt oftmals nicht eindeutig ist. Fehlten Anhaltspunkte dafür, dass es die Täter ausschließlich auf das im Fahrzeug befindliche Gepäck abgesehen hatten, konnte der Ombudsmann zwischen den Beschwerdeparteien in der Regel Vergleiche vermitteln.

Kaskoversicherungsverträge beinhalten heute nicht selten eine sogenannte Werkstattbindung. Die AKB sehen dann zumeist für den Fall, dass der Schaden in einer anderen Werkstatt als der vom Versicherer vorgegebenen repariert wird, einen höheren Selbstbehalt vor. Auch wenn die Versicherer in einzelnen Fällen ihren Versicherungsnehmern entgegengekommen sind und auf einen höheren Abzug verzichtet haben, kann dieser unterschiedliche Ansatz an sich rechtlich nicht beanstandet werden. Anders verhält sich dies, wenn der Versicherungsnehmer dem Versicherer eine Erhöhung der Jahreskilometerleistung nicht angegeben hatte und der Versicherer bei der Schadenabrechnung eine höhere Selbstbeteiligung ansetzt. Diese Verknüpfung wird von der Rechtsprechung als unzulässig angesehen.

Auch Wetterverhältnisse können sich auf die Versicherungsfälle in der Kaskoversicherung auswirken. So führte der strenge Winter vermehrt zu Schäden an Fahrzeugen durch von Dächern abgehende Schneemengen. Dass es sich dabei nicht um eine von der Teilkaskoversicherung umfasste „Schneelawine“ handelt, ist zum Teil in neueren Bedingungswerken festgelegt. So kann es darin zum Beispiel heißen: „Schneelawinen sind an Berghängen niedergehende Schnee- oder Eismassen. Dachlawinen sind keine Schneelawinen.“ Dann ist die Rechtslage eindeutig: Es besteht kein Versicherungsschutz. Sofern der Begriff der „Schneelawine“ in den AKB nicht näher definiert wird, können aber auch solche Schäden über die Teilkaskoversicherung gedeckt sein. Jedenfalls besteht als Folge der Unklarheit Verhandlungsspielraum.

Weitere Themen, mit denen sich der Ombudsmann im letzten Jahr beschäftigte, betrafen die Frage, ob Kunststoffheckfenster in Cabriooverdecken, zumeist Folien, über die Glasbruchversicherung in der Kaskoversicherung mitversichert sind.

Dies musste anhand der Bedingungen verneint werden. Anders ist dies, und so auch die Regulierungspraxis der Versicherer, bei Plexiglasteilen, die in Lampenabdeckungen zunehmend verbaut werden. Auch herstellereits in Fahrzeuge eingebaute Navigationsgeräte führten wiederholt zum Streit zwischen den Versicherern und den Versicherungsnehmern. Hohe Preise in der Neuanschaffung sowie die Schwierigkeit, gebrauchte Geräte auf seriöse Weise zu erhalten und von Vertragswerkstätten einbauen zu lassen, sind ungünstige Rahmenbedingungen für eine zufriedenstellende Regulierung nach dem Diebstahl des Geräts. Den Beschwerdeführern war häufig nicht bewusst, dass es bei der Schadenregulierung Probleme geben kann, wenn nach einem Diebstahl ein Neugerät eingebaut wird. In diesem Zusammenhang wird auch über eine diesbezügliche Hinweispflicht des Versicherers diskutiert.

Einige Beschwerdefälle betrafen die sogenannte Quotelung. Wie bereits dargestellt, können die Versicherer nach dem reformierten VVG in bestimmten Fällen bei grob fahrlässigem Verhalten die Leistung nach der Höhe des Verschuldens kürzen. Die Sachverhalte betrafen u. a. Trunkenheitsfahrten mit relativer und absoluter Fahruntüchtigkeit, im Zündschloss vergessene oder in Kleidungsstücken aufbewahrte Fahrzeugschlüssel. Der Ombudsmann überprüft diese Entscheidung anhand der hierzu ergangenen Rechtsprechung. Die Kürzung ist stets nach den Umständen des Einzelfalls vorzunehmen. Hält sich die Kürzungsquote des Versicherers im Rahmen des Vertretbaren, sieht der Ombudsmann keinen Raum für deren Korrektur.

■ Gebäudeversicherung

Zur Gebäudeversicherung erhielt der Ombudsmann im Berichtszeitraum 1.093 zulässige Beschwerden; dies stellt eine erhebliche Steigerung des Beschwerdeingangs zu den Vorjahren dar. 2010 erreichten den Ombudsmann 887 Beschwerden, 2009 waren es 849. Dadurch wuchs der Anteil der Sparte am Gesamtaufkommen von 6,9 Prozent im Jahr 2009, über 7,0 Prozent im Jahr 2010 auf nun 8,9 Prozent an.

Die Gebäudeversicherung bietet Versicherungsschutz gegen bestimmte Gefahren: Brand, Blitzschlag und Explosion, Leitungswasserschäden, Frost und Rohrbruch sowie Sturm und Hagel. In der Wohngebäudeversicherung besteht die Möglichkeit, den standardisierten Versicherungsschutz zu verändern und zu erweitern, um ihn so den persönlichen Wünschen anzupassen. Eingeschlossen werden können zum Beispiel Elementarschäden, Versicherungsschutz für Ableitungsrohre der Leitungswasserversorgung außerhalb des Hauses oder Regenfallrohre.

Über alle Risiken hinweg betrafen die Beschwerden häufig die aus Sicht der Beschwerdeführer unzureichende Regulierung des Versicherers. Andere Gründe werden nachfolgend zu den versicherten Gefahren angesprochen.

Der Anstieg der Beschwerdezahlen in dieser Sparte ist zu einem Teil auf die vermehrt auftretenden extremen Wetterverhältnisse zurückzuführen, zum Beispiel



häuften sich die Schneedruckschäden. Der Grund für Meinungsverschiedenheiten lag insoweit vielfach in der Definition von Schneedruck in den Versicherungsbedingungen. Versicherter Schneedruck ist demnach die Last von Schnee- oder Eismassen. Dass es sich um ruhende Schnee- oder Eismassen handeln muss, wie von der Rechtsprechung bestätigt, wird nicht in allen Bedingungen deutlich. Daher meinen Versicherungsnehmer, dass auch Schäden durch Dachlawinen gedeckt seien. Fehlte die Klarstellung in den Versicherungsbedingungen, konnte der Ombudsmann in der Regel vermittelnde Lösungen erreichen.

Auch Beschwerden aufgrund von Sturmschäden nahmen zu. Die vom Versicherer beauftragten Gutachter konnten die Beschwerdeführer nicht immer überzeugen, insbesondere wenn sie trotz unstrittiger Schäden am Haus zu dem Ergebnis gelangten, Winddruck könne nicht die Ursache gewesen sein. Der Vorwurf gegen den Gutachter lautete etwa, er sei nicht gründlich vorgegangen und hätte den Schaden am Dach gar nicht aus der Nähe untersucht. Die vom Ombudsmann vermittelte Einigung ging häufig dahin, dass der Versicherer einen weiteren Gutachter beauftragte, was den Beschwerdeführer zufriedenstellte.

Leitungswasserschäden führten in den letzten Jahren zu zahlreichen Beschwerden. Diese Eingaben gingen im Berichtsjahr zurück. Den Beschwerdeführern war häufig der Unterschied zwischen einer Leitungswasser- und einer Rohrbruchversicherung nicht geläufig. In der Rohrbruchversicherung ist die Beschädigung von Leitungswasserrohren, die zur Versorgung des Hauses dienen, versichert, wobei nur ganz bestimmte Risiken unter den Versicherungsschutz fallen. Die Leitungswasserversicherung bietet Versicherungsschutz für den Fall, dass Wasser aus den Rohren der Wasserversorgung des Hauses austritt; anders als in der Rohrbruchversicherung spielen Risiken keine Rolle. In solchen Fällen kann schon die verständliche Erläuterung der Rechtslage zur Befriedung beitragen.

Oftmals sind Beweisfragen zu klären, bevor der Streit rechtlich entschieden werden kann. Dies wirkt sich eher zum Nachteil des Versicherungsnehmers aus. Lassen sich beispielsweise Rost als Ursache des Rohrbruchs und der Aufwand für den Austausch des Rohres noch gut dokumentieren und beweisen, wird es etwa bei einem durch Sturm beschädigten Dach schon schwieriger. Hier zu differenzieren, welche Schäden tatsächlich durch den Sturm verursacht wurden oder welche Ziegel nicht bereits vorher beschädigt waren, ist nur selten möglich, da Versicherungsnehmer ihr Dach nicht regelmäßig fotografieren oder durch Zeugen aufmerksam betrachten lassen. Aus diesem für den Versicherungsnehmer bestehenden Dilemma kann der Ombudsmann nur selten heraushelfen, da eigene Feststellungen zur Schadenhöhe aufgrund der in der Verfahrensordnung verankerten eingeschränkten Beweiserhebungsmöglichkeit in der Regel nicht durchführbar sind. Ansätze für vermittelnde Lösungen nutzt der Ombudsmann, er ist jedoch letztlich immer auf die Vergleichsbereitschaft der Beteiligten angewiesen.

Nach dem reformierten VVG können die Versicherer in bestimmten Fällen bei grob fahrlässigem Verhalten die Leistung nach dem Grad des Verschuldens kürzen. Im

Großen und Ganzen machten die Versicherer von diesem Recht mit Augenmaß Gebrauch. War dies nicht der Fall, half mitunter als Argument das Urteil des Bundesgerichtshofs vom 25. Juni 2008, wonach vertraglich vereinbarte Sicherheitsvorschriften den Schadeneintritt nicht vollkommen ausschließen sollen. Ihr Sinn liegt vielmehr darin, das Eintrittsrisiko zu verringern. So erachtete der Ombudsmann beispielsweise den Kontrollrhythmus von 10 Tagen für ein leerstehendes Haus bei Temperaturen von minus 6 bis plus 2 Grad Celsius im Monat Dezember als nicht grob fahrlässige Verletzung der Sicherheitsvorschriften. Der Versicherer half der Beschwerde ab, nachdem der Ombudsmann seine Rechtsauffassung mitgeteilt hatte.

Auch auf die Gebäudeversicherung wirkt sich das bereits an anderer Stelle erwähnte Urteil des Bundesgerichtshofs vom 12. Oktober 2011 zur unterlassenen Umstellung der Bedingungen (siehe 2.1) aus. Es waren nicht wenige Versicherer, die ihre Versicherungsbedingungen nicht an die Regelungen des neuen VVG angepasst hatten.

■ Unfallversicherung

Die Unfallversicherung hat mit insgesamt 932 (Vorjahr: 942) zulässigen Beschwerden im Berichtsjahr zu 7,6 (7,4) Prozent zum Beschwerdeaufkommen beigetragen. Damit ist das Beschwerdeaufkommen in dieser Sparte im Vergleich zum letzten Jahr etwa gleich hoch geblieben, gegenüber 2009 (1.099 zulässige Beschwerden, entspricht 8,9 Prozent Anteil am Gesamtaufkommen) jedoch gesunken.

Versichert ist in der privaten Unfallversicherung im Wesentlichen das Risiko der dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit durch einen Unfall. Im Leistungsfall zahlt der Versicherer Kapital- oder Rentenleistungen, wobei neben einer Invaliditätsleistung auch eine Übergangsleistung, Tagegelder, Krankenhaustage- und Genesungsgeld sowie Todesfallleistung vereinbart werden können.

Der Begriff des Unfalls ist in den Bedingungen häufig dahingehend festgelegt, dass „der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung“ erleiden muss. Soweit der sogenannte erweiterte Unfallbegriff im Vertrag zugrunde gelegt wird, gewährt der Versicherer auch dann Versicherungsschutz, wenn die Gesundheitsschädigung durch eine erhöhte Kraftanstrengung eingetreten ist.

Die Themen in den Beschwerdeverfahren von 2011 haben sich im Vergleich zu den Vorjahren nicht geändert. Anlass für zahlreiche Meinungsverschiedenheiten waren die Leistungsfälle. Oft wird schon darüber gestritten, ob überhaupt ein Unfall vorliegt, was nicht immer einfach zu entscheiden ist. Kleine Unterschiede im Ablauf können große Auswirkungen haben. Daher muss das Ereignis im Detail nicht selten genau ermittelt und von Sachverständigen nachvollzogen werden. So ist für die Annahme eines Unfalls etwa entscheidend, ob ein Sturz, der zu Verletzungen oder zum Tode führte, durch eine Ohnmacht oder durch ein Ausrutschen verursacht wurde.



Wurde das Ereignis vom Versicherer als Unfall anerkannt, kommt es noch darauf an, welche körperlichen Beeinträchtigungen durch den Unfall eingetreten sind. Erforderlich ist, dass der Körper durch dieses Ereignis in seiner Funktionsfähigkeit ärztlich nachweisbar beeinträchtigt ist. In der privaten Unfallversicherung muss die körperliche Beeinträchtigung nicht zu einer Beschränkung in der Berufsausübung führen. Die Feststellung der Invalidität muss zumeist auf der Grundlage ärztlicher Gutachten beurteilt werden. Dann wird geprüft, ob und welche bedingungsgemäßen Versicherungsleistungen zu erbringen sind.

Ein weiteres wiederkehrendes Problemfeld sind die verschiedenen Fristen, die vom Versicherungsnehmer bei Eintritt des Versicherungsfalles zu beachten sind. Die überwiegend verwendeten Vertragsbedingungen in der Unfallversicherung regeln, dass ein Anspruch wegen Invalidität voraussetzt, dass diese innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten ist sowie spätestens vor Ablauf einer Frist von weiteren drei Monaten ärztlich festgestellt und geltend gemacht wird. Betroffene Versicherungsnehmer achten hierauf zum Teil nicht und sind dann erstaunt, dass die Säumnis der Invaliditätsentstehungs- und Feststellungsfrist den vollständigen Fortfall des Leistungsanspruchs zur Folge hat. Verbesserungen sind hier aber schon durch die mit der Reform des VVG eingeführte Hinweispflicht in § 186, der die Versicherer regelmäßig nachkommen, zu erkennen.

Sehr oft stößt auch die Anrechnung unfallfremder Mitwirkungsfaktoren, wie zum Beispiel von Vorerkrankungen oder Vorinvalidität, auf heftigen Widerstand der Beschwerdeführer. Die Unfallversicherer sichern jedoch nur gegen die unmittelbaren Folgen von Unfällen ab. Werden Unfallfolgen von Vorerkrankungen oder einer Vorinvalidität verstärkt, können diese, in der Regel ab einem Mitwirkungsanteil von 25 Prozent, leistungsmindernd berücksichtigt werden. Für versicherte Personen, die bis zum Unfall keine Beeinträchtigungen in der entsprechenden Körperregion verspürt haben, ist es häufig schwer zu akzeptieren, dass eine Anrechnung rechtens ist.

Auch außerhalb der Leistungsregulierung gab es im Jahr 2011 häufig wiederkehrende Streitpunkte. So kann das zunehmend verwendete sogenannte elektronische Antragsverfahren, bei dem die Antragsdaten am Computer eingegeben werden, zu Beweisproblemen führen. Beschwerdegegenstand waren auch immer wieder Streitigkeiten wegen Vertragskündigungen aufgrund finanzieller Schwierigkeiten der Versicherungsnehmer, die regelmäßig in solchen Fällen von einem (nicht vorhandenen) Sonderkündigungsrecht ausgehen. In vielen Fällen waren die Versicherer jedoch bereit, in Form von Vertragsänderungen oder Stundungen entgegenzukommen. Wie die Jahre zuvor birgt auch die Frage Konfliktstoff, ob und seit wann eine Person nicht mehr durch den Unfallversicherungsvertrag versicherbar ist. Eine Versicherungsunfähigkeit ist gegeben, wenn eine Person geisteskrank oder dauerhaft pflegebedürftig ist. Regelungen dieser Art sind stets in den Versicherungsbedingungen enthalten. Ist eine Versicherungsunfähigkeit nachgewiesen, hat der Versicherer die gezahlten Beiträge zu erstatten. Oft stellt sich erst im Zuge der Leistungsprüfung heraus, dass die versicherte Person seit

Jahren nicht mehr versicherbar war, da es die Versicherungsnehmer beziehungsweise die Angehörigen versäumt haben, den Versicherer zeitnah zu informieren.

■ Hausratversicherung

Zur Hausratversicherung erreichten den Ombudsmann im Berichtszeitraum 743 zulässige Beschwerden (Vorjahr: 629). Das entspricht 6,1 (4,9) Prozent des gesamten Beschwerdeaufkommens. Damit ist nach relativ gleichbleibenden Zahlen der Jahre 2008 bis 2010 nun ein Anstieg zu verzeichnen.

Versichert ist der Hausrat gegen bestimmte Gefahren, und zwar gegen Einbruchdiebstahl, Raub sowie Schäden durch Leitungswasser, Sturm, Hagel sowie Feuer. Unter Hausrat versteht man grundsätzlich alle Sachen, die einem Haushalt zur Einrichtung, zum Gebrauch oder zum Verbrauch dienen. Durch zusätzliche Bestimmungen und Klauseln kann der Versicherungsschutz den individuellen Bedürfnissen angepasst werden. So kann zum Beispiel der Versicherungsschutz auf Schäden durch blitzbedingte Überspannung, Fahrraddiebstahl, Elementarschäden sowie Klauseln zu erhöhten Entschädigungssummen für Wertsachen erweitert werden. Neben der Sachversicherung besteht auch Kostenschutz für bestimmte in den Versicherungsbedingungen geregelte Kosten, die im Zusammenhang mit Versicherungsfällen entstehen können.

Überwiegend erreichten den Ombudsmann, wie auch bereits in der Vergangenheit, Beschwerden, die mit einem Schadenfall in Verbindung standen. Die Beschwerdeführer beanstandeten meistens, dass sie keine oder eine zu geringe Entschädigungsleistung erhalten haben.

Ein Hauptthema der Beschwerden betraf, wie seit Jahren, Einbruchdiebstähle, vorwiegend Wohnungseinbrüche, in denen insbesondere Schmuck und Bargeld gestohlen wurden. Für die Höhe der Versicherungsleistung waren häufig die vertraglich vereinbarten Versicherungssummen entscheidend. Nicht selten befanden sich die Versicherungsnehmer außerdem in Beweisnot, weil etwa keine Belege über die Höhe der in der Wohnung aufbewahrten Bargeldsumme vorhanden waren. Insbesondere bei geerbten Schmucksachen fehlte es oft an Anschaffungsrechnungen oder Zertifikaten.

In vielen Fällen war es schwer, dem Sachverhalt eindeutig zu entnehmen, ob ein versicherter Raub bzw. Einbruch oder ein nicht versicherter Trickdiebstahl vorlag. Es verwundert daher nicht, dass die Beschwerdeführer angesichts dieser abstrakt nachvollziehbar definierten, in der Praxis aber fließenden Grenze Verständnisprobleme haben und teilweise „Tricks der Versicherer“ dahinter vermuten. Diese Unterscheidung greift jedoch auf strafrechtliche Tatbestände zurück. In einschlägigen Fällen suchten die Täter offensichtlich bevorzugt ältere Menschen aus, denen sie vermeintliche Hilfe anboten oder Handwerkerarbeiten vortäuschten. Dadurch gelangten die Täter in die Wohnung, aus der sie unbemerkt Gegenstände entwendeten. Um einen versicherten Einbruchdiebstahl handelte es sich dann aber nicht, sondern zumeist um einen Trickdiebstahl, der von der Hausratversicherung nicht gedeckt ist. Gaben die Versicherungsnehmer an, beraubt worden zu



sein, musste nachgewiesen werden, dass der Täter körperliche Gewalt angedroht oder ausgeübt hatte.

Auch Beschwerden zu Leitungswasser- und Elementarschäden sind seit Jahren eine nicht unwesentliche Fallgruppe. Diese Eingaben haben im Berichtsjahr erkennbar zugenommen.

Quotelungsfälle, wonach der Versicherer seine Leistung im Verhältnis zur Schwere der Schuld bei der Verletzung von vertraglichen Obliegenheiten oder bei der Herbeiführung des Versicherungsfalls kürzen kann, beschäftigten den Ombudsmann zwar nicht täglich, aber doch regelmäßig. Das bereits an anderer Stelle erwähnte Urteil des Bundesgerichtshofs vom 12. Oktober 2011 (Nichtanpassung alter Versicherungsbedingungen, siehe 2.1) wirkte sich auch in der Hausratversicherung aus, wobei häufig zunächst bei den Versicherern nachgefragt werden musste, ob die Versicherungsbedingungen an das neue Versicherungsvertragsgesetz angepasst worden waren. Im Übrigen stand die Quotenbildung selbst eher nicht im Streit. Die Beschwerdeführer waren vielmehr der Ansicht, nicht grob fahrlässig gehandelt zu haben und stellten damit eine Quotelung überhaupt in Frage.

In einigen Beschwerdefällen machten Beschwerdeführer geltend, falsch beraten worden zu sein. Es ging insbesondere um die Höhe der Versicherungssumme, die Mitversicherung von Elementarschäden oder um die Folgen einer Umdeckung, wenn nach dem neuen Vertrag nicht mehr sämtliche Risiken, wie sie der alte Vertrag beinhaltete, abgesichert waren. Besonders sind in diesem Zusammenhang Versicherungsverträge zur erweiterten Haushaltversicherung zu erwähnen, die auf Bedingungswerken beruhen, die von der Staatlichen Versicherung der DDR übernommen wurden und im Gegensatz zu den aktuellen Versicherungsbedingungen regelmäßig eine Elementarschadenversicherung beinhalteten. Bei einer Vertragsumstellung muss daher auf diesen Aspekt geachtet bzw. hingewiesen werden.

Ein weiterer Problembereich betraf den Einwand der Unterversicherung durch den Versicherer. Hausratversicherungsverträge, in denen sogenannte Unterversicherungsverzichtsklauseln vereinbart sind, führen insoweit nicht zu Meinungsverschiedenheiten. Ist eine solche Klausel nicht vereinbart, kann jedoch der Versicherer Unterversicherung einwenden.

Auch vertragsrechtliche Fragen beschäftigten den Ombudsmann im letzten Jahr. So gaben Vertragskündigungen wiederholt Anlass zur Beschwerde. Zum Teil stand die rechtzeitige Absendung durch den Versicherungsnehmer im Streit oder der Versicherer bestritt den Eingang bei sich, oder es ging um eine unwirksame Kündigung, die nicht zeitnah zurückgewiesen wurde. Neben der Frage, in welcher Frist der Versicherer zu reagieren hat, sind auch die Rechtsfolgen einer unterlassenen Zurückweisung nicht vollständig geklärt. Einige Gerichte gehen davon aus, dass die für den genannten Zeitpunkt an sich unwirksame Kündigung

dann wirksam wird. Andere Gerichte sprechen den Versicherungsnehmern einen Schadenersatzanspruch zu. Allerdings gelten diese rechtlichen Überlegungen nur für den Versicherungsnehmer, der von der Unzulässigkeit seiner Kündigung keine Kenntnis hat. Einige Versicherer haben dazu eine Regelung in die Versicherungsbedingungen aufgenommen.

Schließlich beschäftigten den Ombudsmann auch in der Hausratversicherung eher seltene Fallkonstellationen. So kündigte ein Beschwerdeführer aus außerordentlichem Grund, nachdem der Versicherer sein Schadens- und Unfallgeschäft nach Irland verlegt hatte. Er war der Meinung, dort seien die Versichertengelder nicht ebenso sicher wie in Deutschland. Seine gegen die Zurückweisung der Kündigung gerichtete Beschwerde blieb ohne Erfolg. Nach einigen Jahren Pause trieb wieder einmal ein Marder sein Unwesen (vgl. Jahresbericht 2003, Seite 19 f.). Er sei in seine Wohnung „eingebrochen“, so der Beschwerdeführer, und habe dort einen nach seiner Auffassung versicherten Vandalismusschaden angerichtet.

■ Allgemeine Haftpflichtversicherung

Zur Haftpflichtversicherung gingen im Berichtszeitraum 654 zulässige Beschwerden ein. Das ist ein Anteil von 5,3 Prozent am Gesamtaufkommen aller zulässigen Beschwerden im Jahr 2011. Im Vergleich zum Vorjahr sind sowohl der Anteil als auch die absolute Zahl an Beschwerden in dieser Sparte leicht gestiegen. 2010 erhielt der Ombudsmann in der Haftpflichtversicherung 618 Beschwerden (4,9 Prozent).

Die Haftpflichtversicherung bietet im Grundsatz Versicherungsschutz für die Absicherung gesetzlicher Haftpflichtrisiken. Am bekanntesten ist die Privathaftpflichtversicherung, die zugleich die am meisten verbreitete Vertragsart ist. Sie bietet für Einzelpersonen und Familien Versicherungsschutz gegen die Haftungsrisiken des täglichen Lebens. Hierzu gehen beim Ombudsmann die meisten Beschwerden ein. Gegen weitere Risiken sichern die Tierhalterhaftpflicht, die Bauherrenhaftpflicht, die Haus- und Grundbesitzerhaftpflicht sowie die Berufs- oder Betriebshaftpflicht ab, um nur einige aufzuzählen.

Geprägt sind die Rechtsbeziehungen in der Haftpflichtversicherung von einem Dreiecksverhältnis: dem Vertragsverhältnis zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer auf der einen Seite und dem Schadenersatzanspruch des Geschädigten gegen den Versicherungsnehmer oder eine mitversicherte Person auf der anderen Seite. Der Versicherungsnehmer hat im Versicherungsfall einen Freistellungsanspruch gegen seinen Haftpflichtversicherer in Bezug auf den gegen ihn oder die versicherte Person geltend gemachten Schadenersatzanspruch. Der Versicherer prüft, inwieweit der geltend gemachte Anspruch rechtlich gerechtfertigt ist, und gewährt Versicherungsschutz in Form der Zahlung oder der Anspruchsabwehr (sogenannter passiver Rechtsschutz). Der Schadenersatzanspruch richtet sich nach den Regelungen des deliktischen Haftungsrechts; hierfür ist der Ombudsmann nicht zuständig.



Wie schon zuvor haben sich auch im Berichtsjahr viele Beschwerdeführer an den Ombudsmann gewandt, weil sie meinten, der Haftpflichtversicherer müsse den Anspruch des Geschädigten erfüllen. Der Versicherer hatte sich aber für die Anspruchsabwehr entschieden oder nur einen Teil der erhobenen Forderungen befriedigt, zum Beispiel eine Zeitwertentschädigung gezahlt. Diesen Beschwerdeführern ist in der Regel die Grundstruktur einer Haftpflichtversicherung und damit die Möglichkeit, die Leistungspflicht durch passiven Rechtsschutz zu erfüllen, nicht bekannt. Sie gehen vielmehr von der Zahlungspflicht des Versicherers aus. Hinzu kommt, dass die Anspruchsabwehr häufig nicht im Interesse des Beschwerdeführers liegt, weil er sich im persönlichen Bereich mit dem Geschädigten auseinandersetzen muss, der eine Zahlung erwartet. Häufig geht es um Schäden an Brillen, Handys und Laptops im Bekanntenkreis. Hat der Beschwerdeführer den Ersatzanspruch des Dritten schon befriedigt, wandelt sich der Freistellungsanspruch um in einen Erstattungsanspruch gegen den Versicherer, aber nur soweit der befriedigte Anspruch tatsächlich begründet war. Seit der Abschaffung des gesetzlichen Anerkenntnis- und Befriedigungsverbots ist auch die Haftungsfrage Prüfungsgegenstand im Ombudsmannverfahren.

Haftpflichtversicherungsverträge sind geprägt durch zahlreiche Ein- und Ausschlüsse in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AHB), Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen (BBR). So sind Schäden an gemieteten Sachen grundsätzlich vom Versicherungsschutz ausgenommen, allerdings Mietsachschäden an Wohnräumen wieder mit eingeschlossen. Diese Erweiterungen sind nicht selten mit Abgrenzungsproblemen verbunden: beispielsweise, ob die Wohnräume in Gebäuden liegen müssen oder auch ein Wohnwagen unter diese Klausel fallen kann. Zu Letzterem tendierte der Ombudsmann in einem Einzelfall, woraufhin der Versicherer der Beschwerde abhalf. Erweiterungen können wiederum Ausschlüsse enthalten, wie die übermäßige Beanspruchung der Mietsache oder Schäden an Elektrogeräten und Heizungen. Glasschäden sind nicht mitversichert, soweit sich der Versicherungsnehmer gegen Glasschäden anderweitig versichern kann. Dies führt häufig zu Meinungsverschiedenheiten, denn den Versicherungsnehmern ist zumeist nicht bekannt, dass sich ein Mieter einer Wohnung gegen Schäden an Glasteilen versichern kann, die Eigentum des Vermieters sind. Allgemein stellt sich die Frage, ob bei Vertragsabschluss zu dieser Problematik beraten werden muss.

Insgesamt ist festzustellen, dass der Aufbau von Vertragsbedingungen, die in einen allgemeinen Teil sowie in Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen gegliedert sind, immer wieder zu Schwierigkeiten führt. Es dient nicht der Transparenz und der Verständlichkeit beim Verbraucher, wenn zwischen diesen Bedingungen hin- und hervewiesen wird und Ein- oder Ausschlüsse durch Ausnahmen und Erweiterungen wieder abgeändert werden. Es ist daher zu begrüßen, dass der Branchenverband (GDV) diese seit Jahrzehnten übliche Bedingungstechnik mit dem Ziel überprüft, verständliche Bedingungen zu schaffen.

Probleme bereitet häufig auch die Auslegung von Ausschlussklauseln. So sind in der Privathaftpflichtversicherung ungewöhnliche und gefährliche Beschäftigungen nicht versichert. Der Anwendungsbereich des Risikoausschlusses wurde im Laufe der Jahre durch die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs stark eingeschränkt. Offen blieb jedoch zum Beispiel noch, ob der Ausschluss greift, wenn der Versicherungsnehmer auf seinem Grundstück mehrere hohe Bäume selbst fällt und dabei ein Drittschaden, zum Beispiel am Nachbargrundstück, entsteht. Häufig verweigerten Versicherer den Versicherungsschutz mit der Begründung, das Fällen hoher Bäume sei eine „ungewöhnliche und gefährliche Beschäftigung“. Die Beschwerden wurden bisher vergleichsweise erledigt. Am 9. November 2011 hat nun aber der Bundesgerichtshof (Aktenzeichen IV ZR 115/10) entschieden, dass beim Fällen dreier großer Bäume der Ausschluss nicht greift, da es sich dabei nicht um eine „Beschäftigung“ handle; eine solche erfordere begrifflich eine auf längere Zeit angelegte Betätigung.

Für den Ombudsmann ist es immer wieder erstaunlich, dass sogenannte qualifizierte Mahnungen, mit denen der Folgebeitrag gemäß § 38 Versicherungsvertragsgesetz angemahnt wird, den formalen Anforderungen, die der Gesetzgeber und die Rechtsprechung stellen, nicht entsprechen und Versicherungsschutzversagungen daher zu beanstanden waren (siehe Seite 60 f.).

Regelmäßig Thema in den Beschwerden ist die Aufhebung einer Doppelversicherung. Nach dem Versicherungsvertragsgesetz kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der später geschlossene Vertrag für die Zukunft aufgehoben wird. An die (unverbindlichen) Richtlinien des HUK-Verbands (Verband der Haftpflicht-, Unfall-, Auto- und Rechtsschutzversicherer – aufgegangen im Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V.), in Kraft getreten am 1. April 1966, den Zweitvertrag rückwirkend zum Beginn der laufenden Versicherungsperiode aufzuheben, halten sich nicht mehr alle Versicherer.

Die Quotelungsproblematik, wie sie in anderen Versicherungssparten bei grober Fahrlässigkeit besteht, gibt es so in der Haftpflichtversicherung nicht. Grobe Fahrlässigkeit ist mitversichert. Die Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles spielten eine untergeordnete Rolle. Wenn doch, stand die bewusste Falschangabe, der Versicherungsbetrug, im Raum.

■ Berufsunfähigkeitsversicherung

Zur Berufsunfähigkeits(zusatz)versicherung (BU-Versicherung) gingen beim Ombudsmann 496 zulässige Beschwerden im Jahr 2011 ein. Das sind 4,0 Prozent des gesamten Beschwerdeaufkommens. Damit hat sich die ansteigende Tendenz der letzten Jahre fortgesetzt. 2010 erhielt der Ombudsmann 413 zulässige Beschwerden (3,2 Prozent), 2009 waren es 359 (2,9 Prozent).

Die BU-Versicherung kann entweder als eigenständiger Vertrag oder als Zusatzversicherung einer Lebens- oder Rentenversicherung abgeschlossen werden. Als Leistung wird regelmäßig eine Rentenzahlung vereinbart und/oder auch die



Zahlung der Beiträge zur Hauptversicherung, der Lebens- oder Rentenversicherung. Die BU-Versicherung sichert die individuelle berufliche Leistungsfähigkeit des Versicherungsnehmers ab. Sie tritt ein, wenn die Fähigkeit, den Beruf auszuüben, aus gesundheitlichen Gründen in der Regel um mindestens 50 Prozent gemindert ist. Maßstab ist entweder der zuletzt ausgeübte Beruf oder eine andere Tätigkeit, die der Versicherungsnehmer (mittlerweile) tatsächlich ausübt.

Trotz des Anstiegs liegt die Bedeutung der Sparte nicht in den Zahlen. Sie ergibt sich vielmehr aus der Situation, in der sich die Beschwerdeführer befinden. Lehnt der Versicherer Leistungen ab, kommen in der Regel verschiedene schwerwiegende Probleme zusammen: gesundheitliche Beeinträchtigungen mit Folgen für den Arbeitsplatz und finanzielle Schwierigkeiten in teilweise existenzieller Größenordnung. Die sich daraus ergebenden Belastungen führen nicht selten zu negativen Auswirkungen auf die seelische Gesundheit oder die privaten Beziehungen. Dies hat der Ombudsmann bei Beschwerden aus dieser Sparte stets im Blick.

Die BU-Versicherung ist eine der Versicherungsarten, die uneingeschränkt auch von Verbraucherorganisationen empfohlen werden. Allerdings gelingt es nicht allen Interessenten, einen Vertrag abzuschließen. Antragsteller sind oft verärgert, ja verbittert, wenn der Versicherer den Antrag nicht oder nur unter Ausschluss bestimmter Risiken annimmt, da Vorerkrankungen vorliegen. Versicherer sind jedoch wegen des Grundsatzes der Vertragsfreiheit rechtlich nicht zur Vertragsannahme verpflichtet. Es entspricht der Grundidee privater Versicherungen, dass die Versicherer eine Risikoauswahl treffen können, um die Leistungszahlungen nicht ausufern zu lassen. Da es für diejenigen, die privat vorsorgen wollen, aber abgelehnt wurden, unter Umständen keine alternative Möglichkeit der Absicherung der Berufsunfähigkeit gibt, werden zu Recht politische bzw. gesellschaftliche Ansätze diskutiert.

Wie bereits in den Jahren zuvor ging es in einem Großteil der Beschwerden, die den Ombudsmann erreichten, um Verletzungen der vorvertraglichen Anzeigepflicht, die häufig erst im Zusammenhang mit einer Leistungsprüfung zu Tage traten. Insoweit brachte das neue VVG auch für die Prüfungspraxis des Ombudsmanns einige Änderungen mit sich. Lag die Pflichtverletzung vor dem Inkrafttreten des VVG, wirkte sich aber zum Beispiel der Rücktritt und damit die Rechtsfolge nach dem Inkrafttreten des Gesetzes aus, musste zunächst das anzuwendende Recht bestimmt werden. Inzwischen liegen hierzu zwar einige Gerichtsentscheidungen vor, diese sind aber recht unterschiedlich ausgefallen, eine höchstrichterliche Klärung steht noch aus.

Die VVG-Reform hatte noch weitere Auswirkungen. Eine davon ist die Vertragsanpassung. Der Versicherer muss sich nicht mehr vom Vertrag lösen, er kann unter bestimmten Voraussetzungen bei verschwiegenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen einen Beitragszuschlag erheben oder bestimmte Risiken ausschließen. Deshalb umfasst die Prüfung des Ombudsmanns nun unter Umständen auch die Prüfung der Risiko- und Vertragsannahmerichtlinien der Versicherer. Eine weitere

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Folge der Neuregelung sind differenziertere Verschuldensgrade in den zu prüfenden Tatbeständen.

In einer Vielzahl von Beschwerden war zu prüfen, ob bzw. wann der Versicherungsfall eingetreten ist. Auch Fragen zum Leistungsbeginn bei verspäteter Leistungsanzeige durch den Versicherungsnehmer und zur Rechtmäßigkeit einer Leistungseinstellung im Nachprüfungsverfahren lagen dem Ombudsmann vor. Weiter beschwerten sich Versicherte wegen behaupteter Falschberatung des Versicherungsvermittlers, insbesondere zur Abgrenzung der Berufsunfähigkeitsversicherung gegenüber der Dienstunfähigkeitsversicherung bei Beamten, oder über die Kündigung bestehender Verträge sowie bei Umdeckungen. Häufig verwiesen Beschwerdeführer dann, wenn sie erklären sollten, wie es zu der vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung kommen konnte, auf das Verhalten des Vermittlers. Sie hätten ihn durchaus über ihre gesundheitlichen Umstände informiert, dieser habe die Antworten jedoch falsch in den Antrag eingetragen bzw. darauf hingewiesen, dass die betreffenden Beschwerden oder Arztbesuche im Antrag nicht angegeben werden müssten. Die Beratungsprotokolle gaben nur selten Aufschluss über die den Ombudsmann interessierenden Punkte. Anhand der schriftlichen Stellungnahmen konnten aber die Gespräche teilweise hinreichend nachvollzogen werden. Auf dieser Basis konnte der Ombudsmann entscheiden oder Vergleichsvorschläge unterbreiten. War wegen der eingeschränkten Beweismöglichkeiten keine Entscheidung möglich, musste sich der Ombudsmann auf die Darstellung der Rechts- und Beweislage beschränken.

■ Sonstige Versicherungen

Versicherungssparten, zu denen nur verhältnismäßig wenige Beschwerden eingehen, werden unter der Kategorie „Sonstige Versicherungen“ geführt. Einen Schwerpunkt bilden die Reiseversicherungen sowie die Elektronik- und Technikversicherungen. Diese sonstigen Versicherungen trugen mit insgesamt 921 (Vorjahr: 986) zulässigen Beschwerden zum Beschwerdeaufkommen bei. Dies macht einen Anteil von 7,5 (7,7) Prozent am Gesamtbeschwerdevolumen aus.

In der Reiseversicherung sind die Reisegepäck-, Reiseabbruch- und Reiserücktrittsversicherung zusammengefasst. Beschwerden im Zusammenhang mit dem Verlust oder der Beschädigung von Gepäckstücken spielten im Berichtszeitraum, wie auch bereits in der Vergangenheit, keine große Rolle. Ganz überwiegend richteten sich die Beschwerden gegen die Reiserücktritts- und die Reiseabbruchversicherung. Zu den beherrschenden Themen gehörte, ob die Erkrankung, die Grund des Rücktritts von der Reise bzw. des Abbruchs der bereits angetretenen Reise war, unerwartet auftrat und als schwere Erkrankung anzusehen war. Hier spielten besonders Vorerkrankungen eine Rolle. Einige Versicherungsnehmer schließen eine Reiserücktrittsversicherung in Kenntnis einer bestehenden Vorerkrankung ab und erwarten, auch bei einem Krankheitsschub versichert zu sein. Das ist in der Regel nicht der Fall. Nach einer Vorerkrankung kann eine Folgeerkrankung nur dann zum Versicherungsfall werden, wenn diese unerwartet auftritt, also ein außergewöhnlicher Verlauf vorliegt. Da bei vielen Grunderkrankungen



mit Rückfällen und Schüben etc. gerechnet werden muss, auch wenn deren Zeitpunkt nicht vorhersehbar ist, besteht insoweit häufig kein Versicherungsschutz. Die „Wahrscheinlichkeit“ der Erkrankung versuchte der Ombudsmann im Einzelfall anhand der medizinischen Unterlagen nachzuvollziehen. In Grenzfällen konnten in der Regel Abhilfen oder Vergleiche erreicht werden.

Bei einer weiteren Fallgruppe besteht zwar über den Stornierungsgrund Einigkeit, streitig ist aber der richtige Zeitpunkt der Stornierung. Die Stornierungskosten der Reiseveranstalter steigen mit der Nähe zum Reisebeginn, so dass Versicherer dann, wenn der Versicherte nicht unmittelbar bei Ausbruch der Krankheit, sondern erst später zurücktritt, nicht alle angefallenen Kosten übernehmen. Beschwerdeführer verfolgen dann die Differenz beim Ombudsmann. Auch wenn durchaus verständlich ist, dass Versicherte im Krankheitsfall die Reise zunächst (noch) nicht stornieren, sondern auf Besserung bzw. rechtzeitige Genesung hoffen, muss zügig gehandelt werden. Abwarten in der vagen Hoffnung auf Genesung kann zur Minderung bis hin zum Verlust der Versicherungsleistung führen, denn nach den Versicherungsbedingungen bzw. nach der Rechtsprechung ist die Reise unverzüglich zu stornieren. Dies erfordert kein sofortiges Handeln, denn eine gewisse Bedenkzeit wird zugestanden. Diese feine juristische Unterscheidung können nicht alle Versicherten nachvollziehen. Letztlich ist dies eine Fallgruppe, die wenig Erfolgchancen für die Beschwerdeführer bietet.

Auch über die Dauer des Versicherungsschutzes entsteht immer wieder Streit. Mit Antritt der Reise ist ein Rücktritt nicht mehr möglich. Es ist den Reisenden oft nicht bewusst, wann sie die Reise „antreten“. Dies ist mit Inanspruchnahme der ersten Reiseleistung der Fall. Bei Flugreisen ist dies zum Beispiel die Aufgabe des Gepäcks. Dann fällt der Versicherungsschutz vollständig weg. Diese harte Grenze können Versicherte oft schwer verstehen, auch wenn der Moment des Reisebeginns nicht vom Versicherer, sondern durch das Bürgerliche Gesetzbuch festgelegt wird.

Mit einer Elektronik- oder Technikversicherung können technische Geräte, zum Beispiel Handys, Notebooks, MP3-Player, Fernseher, Waschmaschinen, Geschirrspüler, gegen verschiedene Risiken abgesichert werden. Beschädigte bzw. entwendete Handys und Notebooks waren am häufigsten Gegenstand von Ombudsmannbeschwerden. Hier kann es insbesondere bei Diebstählen zu Problemen kommen. Entscheidend sind jeweils die Umstände des Einzelfalls und die zugrundeliegenden Versicherungsbedingungen, die sehr unterschiedlich sind. So besteht bei einigen Verträgen nur Versicherungsschutz bei Raub oder Einbruchdiebstahl (sogenannter qualifizierter Diebstahl). Bei anderen Verträgen ist einfacher Diebstahl zwar mitversichert, aber nur wenn das Gerät im persönlichen Gewahrsam sicher mitgeführt wurde. Diese Kriterien gelten übrigens auch entsprechend in der Reisegepäckversicherung. Andere Versicherungsbedingungen bieten dann keinen Versicherungsschutz für einfachen Diebstahl, wenn das Gerät (nur) kurzfristig unbeaufsichtigt oder in einer abgestellten Tasche aufbewahrt war.

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Weitere Vertragsarten, mit denen sich der Ombudsmann unter dieser Rubrik zu befassen hatte, sollen nachfolgend aufgezählt werden: Bauversicherungen (als Bauleistungs-, Bauwesen- oder Baufertigstellungsversicherung), Betriebsunterbrechungsversicherung, Campingversicherung, Fahrradschutzversicherung, Gehaltsschutzbrief, Jagdwaffenversicherung, Kunstversicherung, Maschinenversicherung, Transportversicherung, Tierversicherung (als Tierkranken-, Tierlebens- oder Tieroperationsversicherung), Valorenversicherung oder Wassersportversicherung (als Wassersporthaftpflicht- oder -kaskoversicherung).

■ Vermittlerbeschwerden

Für Beschwerden über Versicherungsvermittler oder -berater ist der Versicherungsombudsmann auf der gesetzlichen Grundlage von § 214 Absatz 1 Nr. 2 VVG seit dem 22. Mai 2007 zuständig (siehe 1.5). Auch vorher hatte der Ombudsmann Beschwerden gegen Versicherungsvermittler bereits im Rahmen des Beschwerdeverfahrens gegen Versicherungsunternehmen bearbeitet, denn nach der VomVO ist eine Beschwerde auch zulässig, wenn es sich um einen Anspruch aus der Vermittlung oder Anbahnung eines solchen Vertrages handelt und der Anspruch sich gegen einen Versicherer richtet (§ 2 Absatz 1 lit. b). Nach Übernahme der gesetzlichen Aufgabe wurden Beschwerden, die sich gegen das Verhalten von Vermittlern richten, in der Regel im Verfahren nach der VomVO, also dem „Unternehmensverfahren“, behandelt, wenn das Handeln des Vermittlers auch dem Unternehmen zuzurechnen ist und sich das Beschwerdeanliegen an dieses richtet. Diese Einordnung, für die Einvernehmen mit den Mitgliedsunternehmen besteht, hat für Beschwerdeführer wichtige Vorteile. Nach der VomVO wird nach Einlegung der Beschwerde die Verjährung etwaiger Ansprüche des Beschwerdeführers gehemmt; zudem kann der Ombudsmann eine verpflichtende Entscheidung gegen das Versicherungsunternehmen treffen. Wünscht ein Beschwerdeführer jedoch ausdrücklich nur das Vermittlerverfahren durchzuführen, geht der Ombudsmann nach der Verfahrensordnung für Beschwerden im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen (VermVO) vor. Ansonsten kommt dieses Verfahren vorwiegend zum Tragen, wenn sich die Beschwerde gegen einen Versicherungsmakler richtet oder die Zulässigkeitsvoraussetzungen der VomVO nicht erfüllt sind, beispielsweise die Beschwerdewerthöhe überschritten ist oder der Beschwerdeführer nicht mehr als Kleingewerbetreibender eingeordnet werden kann.

Diese Zuordnung erklärt zum Teil, warum der Ombudsmann im Berichtsjahr nur 143 (Vorjahr: 155) zulässige Vermittlerbeschwerden erhalten hat. Nachfolgend werden ausschließlich die nach der VermVO behandelten Beschwerden betrachtet.

Falschberatung ist erwartungsgemäß in den Beschwerden gegen Vermittler der häufigste Beanstandungsgrund. Beschwerdeführer behaupteten, ihr Vermittler habe den Versicherungsbedarf unzureichend ermittelt oder die Verträge seien für sie unvorteilhaft. Daneben ging es häufig um die Kündigung vorhandener Verträge und den Neuabschluss. Teilweise waren die vorher versicherten Risiken nicht mehr (vollständig) über den neuen Vertrag versichert, es ging um niedrigere Versicherungssummen, längere Laufzeiten, aber auch um Doppelversicherung,



wenn die Kündigung versäumt wurde, oder fehlgeschlagene Neuabdeckung des Risikos. Beratungsdokumentationen konnten, wie bereits in den Vorjahren, in diesen Fällen nur selten Aufschlüsse geben. Nach wie vor lassen viele Dokumentationen zu wünschen übrig. Sie geben nicht den wesentlichen Inhalt des Beratungsgesprächs wieder, sind nur allgemein und nicht individuell erstellt und daher bei der Ermittlung des wesentlichen Gesprächsinhaltes wenig hilfreich. Demgemäß ist die vollständige Sachverhaltsaufklärung mit den Mitteln des Ombudsmannverfahrens nur begrenzt möglich. Folglich müssen viele Beschwerden zur Falschberatung wegen Beweisschwierigkeiten unbeschieden bleiben.

Ein weiterer regelmäßiger Diskussionspunkt sind nach wie vor Gebührenvereinbarungen (Kostenausgleichsvereinbarungen) bei Nettopolicen. Überwiegend werden Versicherungsverträge vermittelt, in deren Prämien die Vermittlungskosten bereits einkalkuliert sind. Einige Versicherer bieten jedoch auch sogenannte Nettopolicen an, in denen dies nicht der Fall ist. Dafür wird separat ein Vertrag über die Provision abgeschlossen. Schwierigkeiten tauchen dann regelmäßig auf, wenn der Versicherungsvertrag vorzeitig beendet wird, die Vermittlerprovision aber weiter gezahlt werden soll. Insoweit kommt es maßgeblich auf die konkrete Vertragsgestaltung an. Etliche der damit zusammenhängenden Rechtsfragen sind noch nicht geklärt und die Rechtsprechung ist zum Teil uneinheitlich. Der Ombudsmann lässt in solchen Fällen, wie auch bereits in den Vorjahren, Beschwerden, die sich auf diese Vereinbarungen beziehen, gemäß seiner Verfahrensordnung wegen rechtsgrundsätzlicher Bedeutung unbeschieden.

Ein Teil der Beschwerden betraf das Verhalten von Vermittlern im Allgemeinen. Hier ist im Vergleich zu den Vorjahren eine leicht rückläufige Tendenz festzustellen. In einigen Beschwerden verlangten die Beschwerdeführer die Löschung ihrer Daten beim Vermittler, sei es aus prinzipiellen Erwägungen zum Datenschutz oder um keine Werbung und Angebote mehr zu erhalten. Einzelne Beschwerdeführer wollten die Herausgabe ihrer Versicherungsunterlagen vom Vermittler erreichen, die dieser in der Regel im Zusammenhang mit einer Prüfung des persönlichen Versicherungsbedarfs und zur Erstellung von Angeboten erhalten hatte. In der Regel konnte den Beschwerdeführern geholfen werden.

Einigen Beschwerden ist zu entnehmen, dass die Versicherungsnehmer mit dem Vermittler unzufrieden sind und davon ausgehen, der Ombudsmann könne aufsichtsrechtliche Maßnahmen ergreifen und den Vermittler „aus dem Verkehr“ ziehen. Aufgabe des Ombudsmanns ist es dagegen, konkrete Beschwerden über Versicherungsvermittler zu behandeln, und seine Antwort muss sich auf den Vermittlungsvorgang zwischen den Parteien des Verfahrens beziehen. Eine Art von Aufsicht übt er nicht aus. Dies ist nach dem Gesetz nicht vorgesehen und sollte auch so bleiben.

Die große Anzahl unzulässiger Vermittlerbeschwerden lässt zum einen darauf schließen, dass Beanstandungen über die reine Vermittlungstätigkeit hinausgehen und zum Beispiel auch mit der laufenden Betreuung oder Schadenabwicklung zu-

sammenhängen. Zum anderen betreffen nicht wenige Beschwerden noch immer den Zeitpunkt vor der Funktionsübertragung. Bei Sachverhalten vor dem 22. Mai 2007 kann der Ombudsmann nicht tätig werden.

2.6 Beschwerdefälle

Nachfolgend wird von einzelnen Beschwerdeverfahren berichtet, die der Ombudsmann im Jahr 2011 zum Abschluss gebracht hat. Anhand der Verfahrens- und Entscheidungspraxis des Ombudsmanns soll ein Einblick in die Beschwerdebearbeitung ermöglicht werden. Die frühere Gliederung, Beschwerdefälle in die Berichte ausgewählter Sparten einzuflechten, wird zugunsten der übersichtlicheren Darstellung nicht mehr fortgeführt.

Die nachstehenden 18 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. Rechtsfragen keine Aussage hinsichtlich der Gesamtstatistik ablesen. Auch sind die Fälle nicht nach einem bestimmten Kriterium sortiert.

Gebäudeversicherung

Schneedruckschaden

Im Berichtsjahr gingen vermehrt Beschwerden zu Schneeschäden an Gebäuden ein. Ursache ist u. a. die Beschränkung von versicherten Schneeschäden auf solche, die durch Schneedruck, also durch die Last von ruhenden Schnee- oder Eismassen, verursacht werden. Folgender Abschlussbescheid an den Versicherungsnehmer zeigt die Problematik:

„Sie möchten mit Ihrer Beschwerde erreichen, dass der Versicherer einen Schaden am Vordach Ihres Hauses reguliert. Es wurde durch herunterstürzende Schneemassen zerstört. Ihr Gebäudeversicherungsvertrag beinhaltet neben den Risiken Feuer, Leitungswasser und Sturm/Hagel auch eine Elementarschadenversicherung. In dieser Elementarschadenversicherung sind auch Schneedruckschäden abgesichert.

Als Schneedruck gilt jede durch Schneefall natürlich angesammelte Schneemasse, die durch die Last Schäden an versicherten Sachen verursacht.

Die Worte ‚durch die Last‘ sind das Tatbestandsmerkmal, das in Ihrem Schadenfall fehlt. Nicht die Last des Schnees hat Schäden an dem Vordach Ihres Hauses verursacht, sondern die sich in Bewegung befundenen, einer Dachlawine gleich auf das Vordach herabfallenden Schneemassen. Ich kann mir sehr gut vorstellen, sehr geehrte Frau X., dass Sie diese Unterscheidung zwischen ruhenden Lasten



und bewegten Massen nicht so recht überzeugen wird. Ich kann Ihnen aber bestätigen, dass die bislang mit dieser Frage befassten Gerichte exakt diese Unterscheidung treffen und nur die Schäden durch ruhende Lasten als Schneedruckschaden bewerten. An diese Rechtsprechung hält sich der Versicherer, auch wenn ich nicht verschweige, dass es in der juristischen Fachliteratur auch gegenteilige Auffassungen zu diesem Thema gibt. Das hilft Ihnen aber nicht weiter, denn letztendlich muss sich ein Versicherer – und auch ich als Ombudsmann – nach dem geltenden Recht richten und dies bildet sich sowohl aus dem geschriebenen Gesetz wie auch aus der Fortbildung des Rechts durch unsere Gerichte.

Ihre Beschwerde kann somit keinen Erfolg haben. Ich hoffe aber, dass ich Ihnen die Gründe verständlich erklärt habe. Das Ombudsmannverfahren endet mit Zugang dieses Schreibens bei Ihnen. Für Rückfragen stehe ich Ihnen aber gern zur Verfügung.“

Tierhalterhaftpflichtversicherung

Erstattung einer Geldleistung im Strafverfahren

Der Hund „Taurus“ des Versicherungsnehmers verletzte die Geschädigte. Das gegen den Versicherungsnehmer eingeleitete Strafverfahren wegen fahrlässiger Körperverletzung wurde nach § 153 a Absatz 2 StPO eingestellt, verbunden mit der Auflage, dass der Hundehalter zur Schadenswiedergutmachung und als Täter-Opfer-Ausgleich ein Schmerzensgeld in Höhe von 400 Euro an die Geschädigte bezahlt. Der Versicherungsnehmer beschwerte sich, nachdem der Versicherer die Erstattung der Geldauflage ablehnte. Der Ombudsmann teilte ihm mit:

„Für den Schadenfall besteht zwar Versicherungsschutz. Dies ergibt sich aus dem Schreiben des Versicherers vom 30. November 2009. Davon erfasst sind nach den Allgemeinen Bedingungen zu Ihrer Haftpflichtversicherung (siehe Ziffer 1.1 AHB 2008) jedoch nur Schadenersatzansprüche aufgrund gesetzlicher Haftungsbestimmungen privatrechtlichen Inhalts. Diese Voraussetzungen sind hier nicht gegeben.

Grundlage der streitigen Zahlung an die Geschädigte ist die mit Ihrer und der Zustimmung der Geschädigten erteilte Auflage des Strafgerichts. Diese hat den Charakter einer besonderen nichtstrafrechtlichen Sanktion und ermöglicht die Beendigung des Strafverfahrens durch Selbstunterwerfung (vgl. Kleinknecht/Meyer-Goßner, StPO, 51. Auflage, § 153 a, Randnummer 12). Es ist zwar richtig, dass mit der Zahlung mittelbar auch ein möglicher zivilrechtlicher Schadenersatzanspruch der Geschädigten befriedigt und insoweit auch der Haftpflichtversicherer entlastet wird. Aus der Auflage selbst hat die Geschädigte aber keinen Anspruch. Sie müssen der Auflage auch nicht nachkommen und können die Erfüllung unterlassen. Die Selbstunterwerfung ist ein Ausgleich für das Unrecht, das die Geschädigte erlitten hat. Damit haben Sie letztlich einen Strafbefehl und die Verhängung einer ‚echten‘ Geldstrafe vermieden. Ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer versteht bei verständiger Würdigung, aufmerksamer Durchsicht und Berücksichtigung des erkennbaren Sinnzusammenhangs, dass von der Formu-

lierung ‚Schadenersatzansprüche aufgrund gesetzlicher Haftungsbestimmungen privatrechtlichen Inhalts‘ aus einem Strafverfahren erwachsende Sanktionen wie die Auflage zur Schadenswiedergutmachung nicht erfasst sind.

Vor diesem Hintergrund ist es mir nicht möglich, den Versicherer in Ihrem Sinne zu verpflichten.“

Rechtsschutzversicherung

Abgrenzung zwischen gewerblichem und privatem Bereich

Begehrt der Versicherungsnehmer Deckung aus einer Privat-Rechtsschutzversicherung, wendet der Versicherer mitunter ein, der begehrte Rechtsschutz sei nicht versichert, da es nicht um die Wahrnehmung privater Interessen geht. Folgender Fall zeigt die unter Umständen schwierige Grenzziehung:

Die Beschwerdeführerin betreibt unter ihrer Wohnanschrift im Erdgeschoss des Hauses eine Auftragsgroßküche zur Kantinenbelieferung mit Partyservice. Im Haus besteht ein ISDN-Telefonanschluss, auf den mehrere Telefonnummern geschaltet sind. Davon wird eine Nummer für das Geschäft genutzt, die übrigen Nummern nutzen die Familienmitglieder privat. Die Telefonrechnung lautet jeweils auf die Firma.

Nach Angaben der Beschwerdeführerin spielte ihr damals 13-jähriger Sohn ohne ihr Wissen ein Internet-Adventure-Spiel, ohne zu erkennen, dass dies kostenpflichtig war. Nach der Rechnung des Telekommunikationsanbieters fielen hierfür Gebühren in Höhe von 1.912,92 Euro an. Die Beschwerdeführerin ging hiergegen vor. Die Beschwerdegegnerin lehnte eine Kostenübernahme für die außergerichtliche Interessenwahrnehmung zur Abwehr dieser Telefongebühren ab mit der Begründung, die Beschwerdeführerin werde nicht privat in Anspruch genommen, sondern als Firmeninhaberin. Die hiergegen gerichtete Beschwerde war begründet. In seiner zusprechenden Entscheidung verpflichtete der Ombudsmann den Versicherer zur Leistung und führte hierzu aus:

„Die Interessenwahrnehmung gehört dann nicht mehr zur privaten Sphäre, wenn sie in einem inneren sachlichen Zusammenhang mit einem Betriebsgeschehen steht (Harbauer, ARB-Kommentar, 8. Auflage, Randnummer 25; Wendt, r+s 2008, 231). Umgekehrt geht es mithin um Rechtshandlungen eines Selbständigen im Sinne der Rechtsschutzbedingungen, die dann vom Privatrechtsschutz umfasst werden, wenn die darauf bezogene Interessenwahrnehmung durch die selbständige geschäftliche Tätigkeit diesen inneren sachlichen Zusammenhang nicht aufweisen kann (Wendt, ebenda). Abzustellen ist auf die vom Versicherungsnehmer vorgetragene Interessenwahrnehmung.

Der Telefonanschluss wird sowohl privat als auch geschäftlich genutzt. Unter Zugrundelegung des von der Beschwerdeführerin vorgetragenen und unwidersprochen gebliebenen Sachverhaltes nutzte der Sohn die Telefonverbindung zu spielerischen Zwecken, also privat. Darin ist das maßgebliche Kriterium für die



Zuordnung zu sehen. Ein Zusammenhang mit der geschäftlichen Tätigkeit der Beschwerdeführerin – der Bewirtschaftung einer Großküche zur Kantinenbelieferung und dem Betreiben eines Partyservice – bestand insofern nicht.

Ein gewisser Bezug zur selbständigen Tätigkeit der Beschwerdeführerin ergibt sich über die Telefonrechnung. Diese wird einheitlich erstellt, umfasst also sowohl den privaten Bereich als auch die geschäftliche Tätigkeit. Die Rechnung wird vom Telekommunikationsanbieter ausweislich der zu den Akten gereichten Rechnungskopie vom 29. Januar 2009 an die Firma gesandt. Insofern mögen Auswirkungen auf die steuerliche Behandlung der Telefonrechnung, wie die Beschwerdegegnerin in ihrem Schreiben vom 6. Oktober 2011 vorträgt, gegeben sein. Diese begründet jedoch keinen inneren sachlichen Zusammenhang der gewünschten Interessenwahrnehmung mit der gewerblichen Tätigkeit. Bestätigt wird dieses Ergebnis durch den Umstand, dass der streitige Posten keine – angebliche – Leistung des Telekommunikationsanbieters selbst, sondern die eines Drittanbieters war. Der Abrechnungsposten wurde lediglich weitergereicht und steht nicht im Zusammenhang mit dem Vertragsverhältnis zwischen der Beschwerdeführerin und ihrem Telekommunikationsanbieter. Daher kann dieses Verhältnis, das wohl entsprechend der Rechnungsanschrift auf die gewerbliche Tätigkeit der Beschwerdeführerin bezogen ist, nicht prägend für die hier verfolgte Interessenwahrnehmung sein.

Ein innerer sachlicher Zusammenhang von nicht nur untergeordneter Bedeutung zwischen der Wahrnehmung der rechtlichen Interessen und der gewerblichen Tätigkeit ergibt sich vorliegend auch nicht aus anderen Gesichtspunkten. Das rechtliche Interesse ist darauf gerichtet, die aus Sicht der Beschwerdeführerin zu Unrecht in Rechnung gestellten Telefongebühren nicht zahlen zu müssen. Begründet wird die Interessenwahrnehmung mit der Angabe des Sohnes, die Kostenpflichtigkeit des Onlinespiels sei nicht erkennbar gewesen. Der Beschwerdeführerin geht es mithin um die Rechtmäßigkeit der erhobenen Gebühren, die für ein Verhalten ihres Sohnes erhoben werden. Dementsprechend ist die Interessenwahrnehmung nicht auf einen geschäftlichen Zweck gerichtet, sondern eindeutig dem versicherten privaten Bereich der Beschwerdeführerin zuzuordnen.“

Hausratversicherung

Beratung einer Verstorbenen

Einer Beschwerde lag ein Protokoll zugrunde, nach dem eine Beratung der Ehefrau des Beschwerdeführers zu einer Erweiterten Haushaltsversicherung stattgefunden habe, obwohl diese bereits vier Jahre zuvor verstorben war. Der Beschwerdeführer wollte mit seiner Beschwerde erreichen, dass der Versicherer ihm für das dadurch zugefügte Leid ein angemessenes Schmerzensgeld („ca. 1.000 Euro“) zahlt und sich entschuldigt. Der Ombudsmann beendete das Verfahren mit folgendem Schreiben:

„Schmerzensgeld sieht die Rechtsordnung nur in seltenen Ausnahmefällen vor. Dies ist zum Beispiel bei Verletzung des Körpers, der Gesundheit, der Freiheit oder

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

der sexuellen Selbstbestimmung der Fall, wie § 253 des Bürgerlichen Gesetzbuchs regelt. Daher konnte ich Ihre Forderung gegen den Versicherer mit rechtlichen Mitteln nicht stützen.

Da aber Ihre Verärgerung gut nachvollziehbar ist, habe ich beim Versicherer ange-regt, Ihnen eine Wiedergutmachung zukommen zu lassen. Erfreulicherweise ist er dazu bereit. Wie Sie bitte dem beigelegten Schreiben des Versicherers vom 9. November 2011 entnehmen können, bietet er Ihnen an, auf den Jahresbeitrag vom 1. Februar 2011 bis zum 1. Februar 2012 von insgesamt 201,04 Euro zu verzichten.

Außerdem hat sich der Versicherer, dies entspricht einer weiteren Ihrer Forde-rungen, bei Ihnen, auch im Namen des Herrn X und des für Sie zuständigen Vertreters, Herrn Y, für alle in diesem Zusammenhang widerfahrenen Unannehm-lichkeiten entschuldigt.

Sehr geehrter Herr Z., nach meiner Einschätzung ist das Angebot des Versicherers entgegenkommend und gut geeignet, den Streit beizulegen. Wie bereits erwähnt, könnte ich Ihnen mit rechtlichen Mitteln nicht zu einer Zahlung verhelfen. Daher empfehle ich Ihnen, ernsthaft über den Vorschlag nachzudenken. Sollten Sie ihn annehmen wollen, teilen Sie dies bitte dem Versicherer direkt mit.“

Unfallversicherung

Minderung der geistigen Leistungsfähigkeit eines überdurchschnittlich begabten Versicherten.

Schwierige rechtliche Fragen treten bei der Bemessung der Invaliditätsleistungen der Unfallversicherung dann auf, wenn durch den Unfall die geistige Leistungs-fähigkeit beeinträchtigt ist. Einer Beschwerde lag ein Unfall der versicherten Person zugrunde, durch den diese unter anderem ein schweres Schädel-Hirn-Trauma erlitten hatte mit der Folge einer individuellen Einbuße der geistigen Leistungs-fähigkeit von 20 Prozent. Diese berücksichtigte der Versicherer jedoch nicht bei der Gesamtbewertung des Invaliditätsgrades, da nach den ärztlichen Gutachten der Geschädigte nach wie vor die mittlere Leistungsfähigkeit seiner Alterskollegen nicht unterschritt.

Im Ergebnis konnte der Ombudsmann die Rechtsauffassung des Beschwerde-gegners nicht beanstanden, da er sich auf die Rechtsprechung (insbesondere OLG Hamm, 9.5.2007, 20 U 228/06) stützen konnte. Hiernach ist beim Grad der Invalidität dann, wenn keine „Gliedertaxe“ zur Anwendung kommt, auf die Beeinträchtigung der „normalen“ körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit abzustellen (§ 7 Abschnitt 1 Absatz 2 Buchst. c AUB 95). Orientierungsmaßstab ist also die Leistungsfähigkeit eines durchschnittlichen (normalen) Versicherten. Anders als in der Berufsunfähigkeitsversicherung ist der konkret ausgeübte Beruf kein maßgebliches Beurteilungskriterium.

Der Ombudsmann teilte dem Beschwerdegegner mit, dass dessen Ablehnung, die unfallbedingte Minderung der geistigen Leistungsfähigkeit um 20 Prozent zu



berücksichtigen, zwar durch die Entscheidung des OLG Hamm gedeckt sei. Er wies jedoch zugleich darauf hin, dass ihn die Argumentation des Gerichts nicht überzeuge. Er erläuterte auch der Vertreterin des Beschwerdeführers diese Rechtslage und fügte seinem Abschluss schreiben an:

„Ich weiß, sehr geehrte Frau X., dass diese Rechtsauffassung für Sie schwer verständlich und einsehbar sein wird. Ich kann die Rechtsprechung jedoch nicht ignorieren, auch wenn in der juristischen Fachliteratur die gegenteilige Auffassung vertreten wird, eine Benachteiligung begabter und talentierter Versicherungsnehmer sei im Vergleich zu Minderbegabten weder mit gesetzlichen noch vertraglichen Regelungen zu begründen. Für Herrn Y. (den Geschädigten) konnte ich nur noch versuchen, beim Versicherer eine Kulanzleistung zu erwirken. Ob der Versicherer sich hierzu bereiterklärt, muss abgewartet werden. Ich habe ihn gebeten, sich direkt mit Ihnen in Verbindung zu setzen, da das Ombudsmannverfahren mit Zugang dieses Schreibens bei Ihnen als Vertreterin von Herrn Y. endet.“

Der Beschwerdegegner trug „der Besonderheit dieses Falles, auch nach Fürsprache des Ombudsmanns, Rechnung“ und erbrachte ohne Anerkennung einer Rechtspflicht eine Leistung in Höhe von 5.000 Euro.

Lebensversicherung

Bezugsberechtigung

Da es bei der Lebensversicherung oft um hohe Todesfalleistungen geht, können Unklarheiten über die Person des Bezugsberechtigten weitreichende Folgen haben. Einer Beschwerde lag die ungewöhnliche Konstellation zugrunde, dass die Versicherungsnehmerin zuerst ihren Vater als Bezugsberechtigten eingesetzt hatte, dies jedoch Jahre später „mit sofortiger Wirkung“ änderte und ihren Ehemann (den Beschwerdeführer) benannte. Einen Tag bevor das entsprechende Schreiben beim Versicherer einging, verstarb die Versicherungsnehmerin. Der Versicherer zahlte die Todesfalleistung an den ursprünglich genannten Bezugsberechtigten aus. Der Ombudsmann teilte dem Beschwerdeführer mit:

„Meine rechtliche Prüfung hat ergeben, dass Sie das Bezugsrecht nicht mehr erwerben konnten. Nach den Angaben des Versicherungsscheins hatte die Versicherungsnehmerin das Recht, das Bezugsrecht jederzeit zu widerrufen. Bei dem Widerruf eines Bezugsrechtes handelt es sich rechtlich um eine sogenannte einseitige empfangsbedürftige Willenserklärung. Diese hatte Frau X. am 10. April 2010 abgegeben. Gemäß § 14 Absatz 1 der Allgemeinen Bedingungen für die kapitalbildende Lebensversicherung (AVB) werden für den Versicherer bestimmte Mitteilungen wirksam, wenn sie diesem zugegangen sind. Zugang bedeutet, dass die Erklärung so in den Bereich des Versicherers gelangte, dass dort die Möglichkeit bestand, vom Inhalt der Erklärung Kenntnis zu nehmen. Dies war nach dem Vorbringen des Versicherers und dem Eingangsstempel auf der Erklärung am 14. April 2010 der Fall. Herr Y. (der Vater der Versicherungsnehmerin) war jedoch bereits mit dem Tode der Versicherungsnehmerin, also am 13. April 2010, endgültig bezugsberechtigt geworden. Dieses Recht konnte nicht mehr nachträglich

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

durch Zugang einer Änderungsverfügung entfallen. Für einen früheren Zugangszeitpunkt des Widerrufs wäre der Beschwerdeführer beweispflichtig.“

Abschließend teilte der Ombudsmann dem Beschwerdeführer mit, dass er sich nur mit der versicherungsrechtlichen Beurteilung des Sachverhalts befasst. Ob der Bezugsberechtigte nach allgemeinen zivilrechtlichen Regelungen zu Recht die Versicherungsleistung beanspruchen kann, ob also der Widerruf des Bezugsrechts dazu führt, dass er die Versicherungsleistung wieder herauszugeben hat, sei deshalb nicht Prüfungsgegenstand gewesen.

Kfz-Haftpflichtversicherung

Schadenfreiheitsrabatt

Die Frage der richtigen Einstufung in die Schadenfreiheitsklasse spielt bei Beschwerden zur Kfz-Haftpflichtversicherung häufig eine Rolle. In einem Fall, in dem es um die Übernahme des Schadenfreiheitsrabatts aus dem Vertrag der Mutter ging, führte der Ombudsmann in einem Schreiben an den Beschwerdegegner aus:

„Zu den Voraussetzungen, unter denen die Übertragung eines Schadenfreiheitsrabatts aus dem Vertrag eines Dritten möglich ist, enthalten die Versicherungsbedingungen und das Formular zur Übernahmeerklärung unterschiedliche Bestimmungen. Gemäß der Ziffer I.7.2.4 der Allgemeinen Bedingungen für die Kraftfahrtversicherung kommt es darauf an, dass die übernehmende Person das Fahrzeug des Dritten überwiegend gefahren hat. Auf dem Formular zur Schadenfreiheitsrabattübernahme muss dagegen nur bestätigt werden, dass das Fahrzeug regelmäßig, das heißt nicht nur gelegentlich, benutzt wurde. Unklarheiten dürften sich zu Ihren Lasten auswirken. Eine entsprechende Erklärung findet sich in dem Rabattübertragungsformular, welches die Mutter des Beschwerdeführers bei der von ihr beantragten Rabattübernahme verwandt hatte.

Wenn die Mutter des Beschwerdeführers angab, das Fahrzeug ihres Ehemannes regelmäßig benutzt zu haben, dann widersprechen sich die vorliegenden Erklärungen nicht zwingend. Das Fahrzeug kann von allen drei Personen regelmäßig benutzt worden sein.

Bevor ich eine abschließende Entscheidung treffe, bitte ich Sie, das Anliegen des Beschwerdeführers erneut zu prüfen. Ich würde mich freuen, wenn Sie sich dazu bereiterklären könnten, im Rahmen der Rabattübernahme als fiktiven Vertragsbeginn den 1. Oktober 1976, wie von dem Beschwerdeführer beantragt, zugrunde zu legen.“

Der Beschwerdegegner kam dieser Anregung nach.

Gebäudeversicherung

Kürzung bei grober Fahrlässigkeit (Brandschaden)

Von der Möglichkeit, bei grob fahrlässiger Herbeiführung des Versicherungsfalles die Leistung zu kürzen, machen die Versicherer in der Regel maßvoll Gebrauch, wie folgender Beschwerdefall zeigt:



Der Beschwerdeführer hatte auf den Kaminofen Kerzen gestellt. Nachdem er den Ofen angeheizt hatte, kam es zu einem Brand. Aus den Lüftungsschlitzen rechts und links schlugen Flammen in einer Höhe von 0,5 bis 0,75 Meter. Der Beschwerdeführer konnte den Brand löschen und forderte von der Gebäudeversicherung Ersatz des durch den Brand und die Raumentwicklung verursachten Schadens in Höhe von 4.800 Euro. Der Versicherer lehnte eine vollständige Ersatzleistung ab. Er erstattete lediglich 50 Prozent des Schadens und begründete dies damit, dass der Beschwerdeführer den Brandschaden grob fahrlässig herbeigeführt habe, weshalb er seine Leistung nach § 81 Absatz 2 VVG in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis kürze.

Der Ombudsmann schloss sich der Auffassung des Versicherers an, dass das Belassen der Kerzen auf dem beheizten Ofen ursächlich für den Eintritt des Versicherungsfalls und grob fahrlässig war. Im Hinblick auf die Kürzungsquote führte er aus:

„Der Versicherer kürzt seine Leistung um 50 Prozent. Auf der Grundlage der vorgelegten schriftlichen Unterlagen kann ich dies rechtlich nicht beanstanden. Für die Höhe der Kürzung ist entscheidend, ob die grobe Fahrlässigkeit im konkreten Einzelfall eher an einfache Fahrlässigkeit oder nahe an bedingten Vorsatz grenzt. Dabei kommt es sehr auf die jeweiligen Umstände des Einzelfalls an. Da die Gesetzesänderung noch recht neu ist, liegt noch keine einheitliche Linie der Gerichte vor. Bei meiner Prüfung habe ich nur einen begrenzten Bewertungsspielraum, der sich darauf beschränkt zu beurteilen, ob der Versicherer relevante Aspekte bei der Bemessung der Quote außer Acht gelassen hat. Ausgehend von einer wertenden Betrachtung der maßgeblichen Umstände und Besonderheiten des Einzelfalls kann ich es rechtlich nicht beanstanden, dass der Versicherer Ihr Verschulden in seiner Schwere im mittleren Bereich der groben Fahrlässigkeit bewertet.“

Reiseversicherung

Unverzügliche Reisestornierung

In einem Fall warf der Versicherer dem Beschwerdeführer vor, dass er nicht bereits an dem Tag die Reise storniert habe, als seine Hausärztin eine schwere Herzerkrankung bei ihm diagnostiziert habe. An diesem Tag wurde jedoch lediglich bei einer Routineuntersuchung der Verdacht einer Herzerkrankung diagnostiziert, die Notwendigkeit der unverzüglichen Implantation eines Herzschrittmachers wurde erst einige Tage später von einem Kardiologen geklärt. Der Ombudsmann teilte dem Beschwerdegegner mit, dass bei der Frage, ob die Reise nach Eintritt des Versicherungsfalls unverzüglich storniert worden sei, wohl auf die kardiologische Diagnose abzustellen sei, nicht auf den hausärztlichen Befund. Daraufhin unterbreitete der Beschwerdegegner ein entsprechendes Angebot. In seinem Schreiben an den Beschwerdeführer legte der Ombudsmann Folgendes dar:

„Ich bitte Sie mir mitzuteilen, ob Sie das Angebot des Versicherers annehmen und das Beschwerdeverfahren damit beilegen möchten. Bei Ihrer Abwägung bitte ich Sie zu berücksichtigen, dass ich Ihnen anhand der vorliegenden Unterlagen

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

nicht zu einer weitergehenden Zahlung verhelfen könnte. Sie sind nach den Ihrem Vertrag zugrundeliegenden Bedingungen verpflichtet, nach Eintritt des Versicherungsfalls den Schaden möglichst gering zu halten und alles zu vermeiden, was zu einer unnötigen Kostenerhöhung führen könnte. Die Reise ist bei Nichtantritt unverzüglich zu stornieren. Bei einer grob fahrlässigen Verletzung dieser Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung zu kürzen.

Entscheidend ist demnach, ab welchem Zeitpunkt nicht mehr guten Gewissens mit einer Reisefähigkeit gerechnet werden konnte. Steht – wie hier – fest, dass in weniger als zehn Tagen vor Antritt einer Flugreise ein operativer Eingriff stattfindet, besteht nach der Rechtsprechung bereits zu diesem Zeitpunkt keine ausreichende Gewissheit mehr darüber, dass die Reise angetreten werden kann. Begründet wird dies mit der Möglichkeit, dass Komplikationen, wie Wundheilungsstörungen oder Infektionen, auftreten können. Die Hoffnung auf eine pünktliche und vollständige Wiedergenesung entlastet den Versicherungsnehmer nur dann, wenn sie auf eine entsprechende ärztliche Prognose gestützt wird. Es bestehen vorliegend keine Anhaltspunkte dafür, dass eine solche Prognose gestellt wurde. Ihre Ärztin gibt vielmehr an, nach der Reisebuchung nicht nach der Reisefähigkeit befragt worden zu sein.

Ich bitte Sie, unter diesen Gesichtspunkten in Ruhe zu prüfen, ob Sie das Angebot des Versicherers annehmen möchten.“

Der Beschwerdeführer nahm das Angebot an.

Wasserfahrzeug-Kaskoversicherung

Kürzung bei grober Fahrlässigkeit (offene Seeventile)

Im letzten Jahr gingen beim Ombudsmann zwei Beschwerden ein, die den Kaskoversicherungsschutz für Sportboote betrafen, in die durch offene Seeventile Wasser eingetreten war. Der Versicherer hatte jeweils eine grob fahrlässige Herbeiführung des Versicherungsfalls angenommen sowie ein so hohes Maß an Verschuldung, dass er die Leistung um 100 Prozent kürzte.

Dem konnte sich der Ombudsmann nicht anschließen. Er war zwar ebenfalls der Auffassung, dass die Beschwerdeführer jeweils grob fahrlässig gehandelt hatten, bezog im Gegensatz zum Versicherer aber auch Umstände zugunsten der Beschwerdeführer ein. Daher kam er zu dem Ergebnis, dass in beiden Fällen das Maß des Verschuldens im oberen Bereich der groben Fahrlässigkeit anzusiedeln war und jeweils eine Kürzung von höchstens 75 Prozent angemessen sei. Dies erläuterte er dem Versicherer, der insoweit abhalf und in Höhe von 25 Prozent leistete. Daraufhin erläuterte der Ombudsmann den Beschwerdeführern ausführlich die Rechtslage.

Zur Entscheidung des Versicherers, das Verhalten als grob fahrlässig anzusehen, führte der Ombudsmann an einen der Beschwerdeführer aus:



„Diese Auffassung kann ich rechtlich nicht beanstanden. Das Offenlassen der Seeventile ist vorliegend als grob fahrlässig anzusehen. Nach ständiger Rechtsprechung handelt grob fahrlässig, wer die im Verkehr erforderliche Sorgfalt nach den gesamten Umständen in ungewöhnlich hohem Maß verletzt und unbeachtet lässt, was im gegebenen Fall jedem hätte einleuchten müssen. Im Gegensatz zur einfachen Fahrlässigkeit muss es sich bei einem grob fahrlässigen Verhalten um ein auch in subjektiver Hinsicht unentschuldbares Fehlverhalten handeln, das ein gewöhnliches Maß erheblich übersteigt (vgl. Bundesgerichtshof BGH), Zeitschrift für Versicherungsrecht (VersR) 2003, 364 m. w. N.). Das Absichern der Borddurchlässe durch Schließen der Seeventile vor Verlassen des Bootes stellt eine unter Bootseignern allgemeingültige und wichtige Sicherheitsregel dar, die beachtet werden muss. Indem Sie es unterließen, die Einlassventile vor dem Verlassen des Bootes für mindestens zwei Wochen zu verschließen, erhöhten Sie – wie Sie hätten erkennen können – die vertragsgemäße Gefahr wesentlich und ermöglichten den Wassereintritt.

Zwar gelangt Außenwasser durch ein geöffnetes Seeventil in der Regel nur dann in den Bootskörper, wenn im Seewasserkreislauf unterhalb des Außenwasserspiegels Undichtigkeiten vorhanden sind (vgl. BGH, VersR 1979, 932; Oberlandesgericht (OLG) Oldenburg, VersR 1979, 517). Wird ein Boot ohne vorherige fachmännische Untersuchung – wofür es hier keine Anhaltspunkte gibt – für längere Zeit stillgelegt, sind Undichtigkeiten nicht auszuschließen. Unter diesen Umständen war das Nichtverschließen der Seeventile geeignet, den Eintritt des Versicherungsfalls zu fördern, so dass es sich aufdrängte, die Ventile zu schließen, um einen Wassereintrich zu vermeiden.“

Rechtsschutzversicherung

Schadenersatzforderungen gegen Versicherungsmakler als Rechtsschutzfall

Beschwerden zur Rechtsschutzversicherung drehen sich oft um die Frage, wann der Rechtsschutzfall eingetreten ist – vor, während oder nach dem versicherten Zeitraum. In einem Fall war eine Scheune, die unterversichert war, abgebrannt. Die Beschwerdeführer beantragten die Kostenübernahme für eine Klage auf Schadenersatz gegen zwei Maklergesellschaften. Der Vorwurf lautete, dass diese es trotz mehrerer Anfragen im versicherten Zeitraum versäumt hätten, für einen ausreichenden Versicherungsschutz der Scheune zu sorgen. Die Beschwerdegegnerin lehnte eine Kostenübernahme mit der Begründung ab, der Rechtsschutzfall sei erst nach dem Vertragsende eingetreten, so dass kein Versicherungsschutz bestehe.

Nach § 4 Absatz 1 Satz 1 c) der Versicherungsbedingungen (ARB 2000) besteht Rechtsschutz von dem Zeitpunkt an, in dem der Versicherungsnehmer oder ein anderer einen Verstoß gegen Rechtspflichten oder Rechtsvorschriften begangen hat oder begangen haben soll. Allerdings könnten nur solche (behaupteten) Rechtsverstöße den Rechtsschutzfall begründen, die für die Auseinandersetzung im Rechtssinne ursächlich geworden sind, der (angebliche) Rechtsverstoß also Grundlage der rechtlichen Streitigkeit ist. Das ist der Fall, wenn eine der streiten-

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

den Parteien einen solchen Verstoß zur Stützung ihrer Position heranzieht. Unbeachtet blieben demgegenüber solche Vorwürfe, die zwar erhoben werden, jedoch nur als Beiwerk (Kolorit) dienen (vgl. BGH, Urteil vom 19. November 2008, Aktenzeichen IV ZR 305/07; Maier in: Harbauer, ARB-Kommentar, 8. Auflage, § 4 ARB Randnummer 58).

Nach den vorgelegten Unterlagen hatten die Beschwerdeführer die Klageansprüche gegen die Makler damit begründet, dass sich der erhobene Vorwurf nicht nur auf unbeantwortet gebliebene Schreiben nach Ablauf des Versicherungszeitraums, sondern ganz wesentlich darauf stütze, dass die Maklergesellschaften trotz der während des versicherten Zeitraums übermittelten Schreiben nicht tätig geworden seien. Der Ombudsmann führte hierzu aus:

„Der Sache nach machen die Beschwerdeführer damit geltend, sie hätten mit Schreiben vom 28. Oktober 2006 [Anm.: also im versicherten Zeitraum] einen Auftrag zur Versicherung der Scheune erteilt. Im Klageverfahren werden die Anfragen Ende 2006 auch ausdrücklich als Auftrag bezeichnet. Ein solcher Auftrag wäre im Zweifel sofort zu erfüllen gewesen (§ 271 Absatz 1 BGB). Darauf stellt auch die Klagebegründung ab. Darin heißt es auf Seite 8: „Mit Erhalt der notwendigen Informationen (Anm.: mit Schreiben vom 16. November 2006) war es Sache der Beklagten, notwendige Maßnahmen einzuleiten. Dies haben die Beklagten, seinerzeit die Beklagte zu 1, pflichtwidrig unterlassen.“ Letztlich wird also geltend gemacht, die Gegenseite habe bereits Ende 2006 trotz Fälligkeit den Auftrag nicht erfüllt und dadurch gegen Rechtspflichten verstoßen. Die Nichterfüllung des angeblichen Auftrags Ende 2006 ist das wesentliche Argument der Klagebegründung. Dieser Vorwurf war demnach nicht nur von untergeordneter Bedeutung. Erst recht lag darin kein unbeachtliches Kolorit.

Dass die Korrespondenz im Jahr 2006 möglicherweise keinen Einfluss auf die rechtliche Beurteilung hat, hat keine Auswirkungen. Denn ob die erhobenen Vorwürfe schlüssig, substantiiert oder entscheidungserheblich sind, spielt für die Beurteilung des Rechtsschutzfalls keine Rolle (BGH, Urteil vom 19. November 2008, Aktenzeichen IV ZR 305/07).

Es kommt ebenfalls nicht darauf an, ob ein Tätigwerden im Jahr 2009 den Schadeneintritt noch verhindert hätte. Der letztmögliche Zeitpunkt, in dem ein Handeln den Geschädigten noch vor einem Schaden bewahrt hätte, kann für die zeitliche Einordnung des Rechtsschutzfalls bei der Verletzung von Verkehrssicherungspflichten oder im Bereich der Gefährdungshaftung eine Rolle spielen, wo es vorher in der Regel an einem fassbaren Bezug zur Person des Versicherten fehlt (vgl. zu diesem Erfordernis OLG Düsseldorf VersR 2010, 663; Maier in: Harbauer, § 4 ARB 2000 Randnummer 1). Den fassbaren Bezug des behaupteten Rechtsverstoßes zu den Beschwerdeführern gab es hier jedoch bereits mit der Erteilung des angeblichen Auftrags Ende 2006.“



Der Ombudsmann sprach deshalb im Hinblick auf die Höhe des Streitwertes die Empfehlung aus, dass die Beschwerdegegnerin Rechtsschutz für das Klageverfahren gegen die beiden Maklerunternehmen gewährt.

Privathaftpflichtversicherung

Eierwurf

Die 14-jährige Tochter der Versicherungsnehmerin sowie ihre 13-jährige Freundin hatten am Halloweenabend die Wand des Hauses des Geschädigten mit je einem rohen Ei beworfen. Die beiden Mädchen und ihre Eltern reinigten am nächsten Tag in Absprache mit dem Hausbesitzer die Fassade mit Wasser. Dies erbrachte jedoch ersichtlich nicht den gewünschten Erfolg, so dass der Hauseigentümer für das Streichen der Fassade 1.100 Euro von der Versicherungsnehmerin forderte. Der Versicherer verweigerte die Versicherungsleistung mit der Begründung, das Mädchen habe den Schaden vorsätzlich herbeigeführt. Hierzu teilte der Ombudsmann dem Versicherer mit:

„Nach Prüfung der Unterlagen habe ich Zweifel, ob hier von einer vorsätzlichen Schadensherbeiführung ausgegangen werden kann. Ihre Ausführungen, dass die Tochter des Beschwerdeführers tatsächlich ein Ei geworfen hatte, kann ich gut nachvollziehen. Ein 14-jähriges Mädchen wird sich aber eher keine Vorstellung davon machen, dass dadurch ein ‚echter‘ Schaden entsteht. Ein Ei ist ein in jedem Haushalt alltäglich verwendetes Naturprodukt. Die Kinder lernen nicht, dass damit wegen einer besonderen Verschmutzungsgefahr besonders vorsichtig umgegangen werden müsste. Meines Erachtens spricht dies dafür, dass auch die Tochter lediglich mit einer Verschmutzung gerechnet hat, die durch die normale Witterung bald verschwindet. Weitergehende Überlegungen erscheinen angesichts des auch in diesem Alter noch vorhandenen ‚Spieltriebs‘, zumal an Halloween, unwahrscheinlich.

Ob bestimmte innere Vorgänge gegeben sind, lässt sich anhand von Unterlagen immer schwierig beurteilen. Ich bitte Sie auch deshalb, in dieser Angelegenheit erneut die Abhilfe- oder Vergleichsmöglichkeiten zu prüfen.“

Der Versicherer zeigte daraufhin Vergleichsbereitschaft und unterbreitete einen Vorschlag zur gütlichen Einigung, bei dem er von einer Schadenhöhe von weniger als 1.000 Euro ausging. Da die Versicherungsnehmerin inzwischen aber bereits 1.000 Euro an den Geschädigten bezahlt hatte, erhöhte der Versicherer auf Vermittlung des Ombudsmanns sein Vergleichsangebot auf 666 Euro. Die Versicherungsnehmerin nahm dieses an.

Berufsunfähigkeitsversicherung

Bestimmung der Kündigungsfrist

Eine Lebensversicherung kann nach § 168 Absatz 1 VVG jederzeit „für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode“ gekündigt werden, wenn laufende Prämien

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

zu zahlen sind. Diese Regelung ist für Berufsunfähigkeitsversicherungen entsprechend anwendbar (§ 176 VVG). Nach § 12 VVG gilt als Versicherungsperiode ein Jahr, falls nicht die Prämie nach kürzeren Zeitabschnitten bemessen ist.

Der Beschwerdeführer kündigte im April 2011 den Versicherungsvertrag (Investment-Berufsunfähigkeitsversicherung), den er im Jahr 2009 abgeschlossen hatte „mit sofortiger Wirkung“. Der Versicherer bestätigte die Kündigung zum 1. August 2011 und berief sich darauf, dass nach den Allgemeinen Bedingungen innerhalb des laufenden Versicherungsjahres nur mit einer Frist von drei Monaten zum Schluss des Versicherungsmonats gekündigt werden kann. Diese Auffassung bestätigte der Ombudsmann nicht, sondern teilte dem Versicherer mit:

„Zwar ist im § 3 Absatz 1 der vorgenannten Bedingungen geregelt, dass die Beiträge zur Berufsunfähigkeitsversicherung durch Jahresbeiträge zu entrichten sind, die zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres fällig werden. Ist dagegen im Versicherungsschein eine Monatsprämie und nicht ein in monatlichen Raten zu erbringender Jahresbeitrag ausgewiesen, ist die Versicherungsperiode ein Monat (vgl. VVG-Kommentar, Römer/Langheid, 2. Auflage, § 9 Randnummer 1). Im Versicherungsschein von Herrn X. ist nur ein ‚Tarifbeitrag monatlich‘ genannt. Ein klarer Hinweis darauf, dass der Versicherung ein Jahresbeitrag zugrunde gelegt ist, ist in der Police nicht vorhanden.

Vor diesem Hintergrund ist von der Entrichtung laufender monatlicher Prämien und demzufolge von der Versicherungsperiode von einem Monat auszugehen. Der Versicherungsnehmer kann daher jederzeit zum Schluss des laufenden Monats kündigen. Die Kündigung wäre daher bereits zum 1. Mai 2011 wirksam. Da die Regelung in den Versicherungsbedingungen von der gesetzlichen Vorschrift zum Nachteil des Versicherungsnehmers abweicht, dürfen Sie sich nicht darauf berufen (vgl. § 171 VVG).“

Der Beschwerdegegner half daraufhin der Beschwerde ab.

Unfallversicherung

Ungeklärte Sturzursache

Nicht selten hat bereits die Einlegung einer Beschwerde und die Bitte des Ombudsmanns an den Versicherer um Stellungnahme zur Folge, dass der Beschwerdegegner der Beschwerde abhilft. Dies geschah auch bei folgendem Fall aus der Unfallversicherung, der nicht nur wegen des Beschwerdewerts von über 40.000 Euro und der Tragweite für die Angehörigen, sondern auch aus rechtlicher Sicht erwähnenswert erscheint:

Der Versicherungsnehmer stürzte nach einem Bad durch die gläserne Badezimmertür. Die schweren Schnittverletzungen führten zum Tode. Strittig war, ob der Sturz auf einen Ohnmachtsanfall oder auf ein Ausrutschen auf dem nassen Boden zurückzuführen war. Ein Unfall im Sinne der Unfallversicherung liegt nur bei der zweiten Konstellation vor. Letztlich war dies nach den Unterlagen nicht eindeutig



festzustellen. Der Versicherer ließ sich nicht auf eine Diskussion über die Beweislast ein, sondern half ohne weitere Erörterung der Beschwerde ab.

Hausratversicherung

Freiwilliges Entgegenkommen des Versicherers bei unklarer Sachlage

Kann der Ombudsmann den Sachverhalt im schriftlichen Verfahren nicht weiter aufklären, muss er mitunter den Beschwerdeführer darauf verweisen, dass nur Gerichte eine Beweiserhebung anordnen und Zeugen auf die Wahrheit verpflichten können. Erfreulicherweise erklärt sich jedoch mitunter der Beschwerdegegner bereit, auch in solchen Fällen im Interesse der Kundenbindung durch eine Kulanzentscheidung dem Anliegen seines Versicherungsnehmers Rechnung zu tragen. So war in einem Beschwerdeverfahren streitig, ob der Versicherer aus einer Hausratversicherung für weitere Elementarschäden – es ging um einen Wasserschaden durch Überschwemmung – leisten musste. Der Versicherer trug vor, dass nach dem geltenden Versicherungsvertrag kein Versicherungsschutz gegen Elementarschäden vereinbart worden sei. Auch bei der Vorversicherung von 1995 habe die Beschwerdeführerin ausdrücklich auf eine Versicherung von Elementarschäden verzichtet. In dem von der Beschwerdeführerin eingereichten Antrag zum Vorvertrag war jedoch, anders als in dem von der Beschwerdegegnerin vorgelegten Antrag, der Verzicht auf die Versicherung von Elementarschäden nicht angekreuzt.

Der Ombudsmann führte hierzu in einem Schreiben an die Bevollmächtigte der Beschwerdeführerin aus:

„Nach dem vom Versicherer in Kopie eingereichten Antrag vom 19. Oktober 1995 war der Verzicht angekreuzt, so dass diese Schäden nicht Vertragsinhalt geworden wären. Nach dem mir von Ihnen eingereichten Antrag war dies jedoch nicht der Fall. Im vereinfachten Verfahren vor dem Versicherungsombudsmann kann ich nicht abschließend klären, welcher Antrag nun tatsächlich zugrunde zu legen ist, denn hierzu müsste ich alle Beteiligten persönlich hören. Solche Vernehmungen sind mir jedoch nicht möglich und bleiben den Gerichten überlassen, da diese – anders als ich – zur Wahrheit verpflichten können. So gesehen müsste ich die Beschwerde von Frau X. unbeschieden lassen und könnte ihr nicht stattgeben.“

Der Versicherer bietet gleichwohl nunmehr an, Frau X. quasi so zu stellen, wie sie stünde, wenn der von ihr vorgetragene Sachverhalt zugrunde zu legen wäre, also weitere Elementargefahren versichert wären. Dann hätte sie jedoch im Schadensfall eine Selbstbeteiligung von 1 % der Versicherungssumme zu tragen. Ausweislich des Versicherungsscheins vom 15. Mai 2007 bestand für die Hausratversicherung jedenfalls eine Versicherungssumme von 65.000,- Euro. Bei dem mir von Ihnen bezifferten Entschädigungsbetrag von 1.150,- Euro muss ich bereits aus diesem Grund von einer vollen Erledigung der Angelegenheit im Sinne von Frau X. ausgehen, ohne dass ersparte Beiträge noch zu berücksichtigen wären. Allein mit rechtlichen Mitteln könnte ich Frau X. zu der Zahlung von 500,- Euro aus den genannten Gründen nicht verhelfen.“

Kfz-Kaskoversicherung

Einbruch in das Fahrzeug

Werden bei einem Einbruch in ein Kfz keine vom Versicherungsschutz umfassten Gegenstände aus dem Fahrzeug entwendet, stellen sich schwierige Rechtsfragen, wie folgendes Schreiben des Ombudsmanns zeigt:

„Ihr Fahrzeug wurde aufgebrochen und die Halterung eines mobilen Navigationsgerätes aus dem Handschuhfach entwendet. Sie möchten erreichen, dass der Versicherer die Kosten für die Reparatur der Einbruchschäden übernimmt.

Das mobile Navigationsgerät gehört zu den nach den Vertragsbedingungen nicht versicherbaren Gegenständen. Es ist in der Rechtsprechung und Literatur umstritten, ob Versicherungsschutz aus der Teilkaskoversicherung besteht, wenn sich der Diebstahl oder Diebstahlversuch nur auf nicht mitversicherte Teile bezog. Die Frage ist noch nicht höchstrichterlich geklärt.

Ihren Einwand, es stehe überhaupt nicht fest, dass der Täter es lediglich auf nicht versicherte Gegenstände abgesehen habe, kann ich gut nachvollziehen. Grundsätzlich tragen Sie aber die Beweislast dafür, dass die Voraussetzungen eines Anspruchs gegeben sind. Folgt man also der Ansicht, dass sich der Tätervorsatz auf das Fahrzeug selbst oder mitversicherte Teile bezogen haben muss, wirkt sich diese Beweislast zu Ihren Ungunsten aus. Zwar wird auch gefordert, es sei in Zweifelsfällen oder gar regelmäßig von einem weiten Tätervorsatz auszugehen; diese Frage ist in der Rechtsprechung aber ebenfalls noch nicht abschließend geklärt. Zudem kann der Einwand des Versicherers in der Stellungnahme vom 16. August 2010, stehle wertvolle mitversicherte Gegenstände, wie etwa das Radio, seien vorliegend gerade nicht entwendet worden, im Rahmen des Ombudsmannverfahrens, einem vereinfachten, rein schriftlichen Verfahren, nicht völlig unberücksichtigt bleiben.

Angesichts der ungeklärten Rechtslage habe ich den Versicherer gebeten, einer vergleichweisen Lösung der Angelegenheit zuzustimmen. Hierzu ist der Versicherer bereit.

Ich hoffe, dass dieser Vorschlag auch für Sie eine akzeptable Lösung darstellt. Zu mehr kann ich Ihnen nicht verhelfen. Sollte ein Vergleich nicht zustande kommen, muss ich die Beschwerde wegen offener rechtsgrundsätzlicher Fragen in der Sache unbeschieden lassen.“

Der Vergleich wurde geschlossen.

Privathaftpflichtversicherung

Anforderung an eine qualifizierte Mahnung

Befindet sich der Versicherungsnehmer mit einer sogenannten Folgeprämie (keine Erst- oder Einmalprämie) in Verzug, kann der Versicherer den Vertrag kündigen



(§ 38 Absatz 3 VVG). Die Kündigung setzt jedoch insbesondere voraus, dass der Versicherungsnehmer ein qualifiziertes Mahnschreiben erhalten hat. § 38 Absatz 1 VVG stellt bestimmte Anforderungen an eine derartige Mahnung. Insbesondere müssen die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angegeben werden, die mit fruchtlosem Ablauf der gesetzten Frist verbunden sind. Dies gibt immer wieder Anlass zu Beschwerden, wie folgendes Schreiben des Ombudsmanns zeigt:

„Vielen Dank für die Übersendung der qualifizierten Mahnung vom 24. August 2010. Nach Prüfung habe ich allerdings Zweifel, ob die Mahnung den formalen Erfordernissen gemäß § 38 VVG entspricht.

Auf Seite 1 des Schreibens werden die Positionen in Beiträge, Guthaben und offene Mahnkosten aufgeschlüsselt. Die sich anschließende Rechtsbelehrung bezieht sich dann in den ersten beiden Absätzen auf die ‚Zahlung des Beitrags‘ oder den Zahlungsverzug bezüglich des Beitrags. Im dritten Absatz wird der Begriff ‚offener Betrag‘ genannt. Auch auf Seite 2 findet man abwechselnd die Formulierung ‚jeweiligen Beiträge‘ oder ‚gemahnten Beträge‘. Dabei wird für den Versicherungsnehmer nicht ersichtlich, ob er jeweils nur den Beitrag – der als solcher auch getrennt ausgewiesen ist – bezahlen muss, um den Versicherungsschutz zu erhalten, oder den angemahnten Gesamtbetrag, also Beitrag zusätzlich der Kosten. Gemäß § 38 Absatz 2 VVG wird in diesem Zusammenhang aber eine klare Belehrung verlangt. Die Rechtsprechung ist sehr formalistisch.

Vor diesem Hintergrund bitte ich um ergänzende Stellungnahme beziehungsweise erneute Prüfung der Abhilfemöglichkeiten innerhalb von zwei Wochen.“

Der Versicherer half daraufhin der Beschwerde ab.

Vermittlerverfahren

Falschberatung

Vermittlerbeschwerden werden nach einer eigenständigen Verfahrensordnung (VermVO) geführt, die sich in vielen Punkten von derjenigen für Unternehmensbeschwerden unterscheidet. Unterschiede bestehen vor allem im Hinblick auf die (begrenzteren) Kompetenzen des Ombudsmanns und die (fehlende) Pflicht der Beschwerdegegner, am Verfahren mitzuwirken. Dies zeigt folgendes Beschwerdeverfahren:

Der Beschwerdeführer rügte eine Falschberatung durch den Makler. Dieser habe ihn im Zusammenhang mit der Zulassung eines Zweitfahrzeuges nicht darauf hingewiesen, dass der Versicherer den Zweitwagenrabatt nur dann gewährt, wenn sowohl das Erst- als auch das Zweitfahrzeug bei ihm versichert sind. Zwar habe der Makler veranlassen können, dass seine beiden Fahrzeuge dann doch noch bei demselben Unternehmen versichert wurden. Durch den erst später erhaltenen Zweitwagenrabatt sei ihm jedoch ein Schaden in Höhe von 788,68 Euro entstanden.

Der Makler räumte ein, aufgrund eines Versehens den Zweitwagen zunächst nicht bei dem Versicherer des Erstfahrzeuges eingedeckt zu haben, und entschuldigte sich. Auf wiederholte Bitten um Stellungnahme zur Frage seiner Haftung bzw. einer gütlichen Lösung antwortete er nicht mehr. Daraufhin teilte der Ombudsmann dem Beschwerdeführer mit:

„Vor diesem Hintergrund sehe ich die Grundlagen für eine einvernehmliche Lösung im Rahmen des Ombudsmannverfahrens als nicht gegeben an.

Das Bundesministerium der Justiz hat den Versicherungsombudsmann e. V. als Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten zwischen Versicherungsvermittlern und Versicherungsnehmern im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen nach § 214 Absatz 1 Nummer 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) anerkannt. Gegenüber Versicherungsvermittlern kann ich – anders als bei Beschwerden gegen Versicherungsunternehmen – hingegen keine verpflichtende Entscheidung treffen. Diese Befugnis hat mir der Gesetzgeber nicht eingeräumt. Deshalb kann ich den Vermittler nicht verpflichten, Ihnen den entstandenen Schaden zu ersetzen. Ich stelle jedoch fest, dass nach den mir zugänglichen Unterlagen eine Falschberatung vorlag, die dazu geführt hat, dass dem Beschwerdeführer kein Zweitwagenrabatt für den Zeitraum vom 24. April 2010 bis zum 1. Januar 2011 eingeräumt wurde.“



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 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. Am 31. Dezember 2011 hatte der Verein 285 (Vorjahr: 281) Mitglieder.

Die Organe eines Vereins sind der Vorstand und die Mitgliederversammlung, so auch beim Versicherungsombudsmann e. V. Ein weiteres Gremium ist der Beirat, dessen Funktion nicht in der Organisationsform als Verein begründet ist. Gleichwohl sind die Besetzung des Gremiums und seine Befugnisse in der Satzung des Vereins geregelt. Der Beirat setzt sich im Berichtsjahr aus 30 Personen zusammen, darunter Vertreter aus dem Kreis der Mitgliedsunternehmen, von Verbraucherorganisationen, der Versicherungsaufsicht, der Wissenschaft sowie der Bundestagsfraktionen (siehe 3.6). Seit 2009 haben auch zwei Vertreter der Versicherungsvermittler einen Beiratssitz.

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 aufmerksam 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, herausragende Kennzeichen dieser Schlichtungsstelle der Versicherungswirtschaft sind.



Professor Hirsch übernahm das Amt des Ombudsmanns zum 1. April 2008 im Anschluss an seine Tätigkeit als Präsident des Bundesgerichtshofs. Zuvor war er deutscher Richter am Gerichtshof der Europäischen Gemeinschaften. Als Ombudsmann folgte er auf Professor Wolfgang Römer, den ersten Ombudsmann für Versicherungen. Professor Römer war bis zu seiner Pensionierung über zehn Jahre als Richter im Versicherungssenat des Bundesgerichtshofs tätig und leistete danach als erster Ombudsmann einen großen Beitrag zum Aufbau der Schlichtungsstelle und deren führender Stellung im deutschen Schlichtungswesen.

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 § 48 e 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 Folge der Reform des VVG ist die Aufgabe jetzt in § 214 Absatz 1 Nr. 2 VVG geregelt. Danach können privatrechtlich organisierte Einrichtungen als Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten zwischen Versicherungsvermittlern oder Versicherungsberatern und Versicherungsnehmern im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen anerkannt werden. Wie bereits in

3 EINZELHEITEN ZUR SCHLICHTUNGSSTELLE

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 § 15 a 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.

3.2 10-jähriges Jubiläum

Der Ombudsmann für Versicherungen nahm seine Arbeit zum 1. Oktober 2001 auf, so dass im Berichtsjahr die Schlichtungsstelle ihr 10. Tätigkeitsjahr vollendete. Aus diesem Grund lud der Vorstand am 12. Oktober 2011 zu einer festlichen Jubiläumsveranstaltung in die Räume der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften am Gendarmenmarkt in Berlin ein. Unter den etwa 170 Gästen waren Bundestagsabgeordnete, Vertreter der Ministerien und der Wissenschaft, aber auch Ombudsleute anderer Schlichtungsstellen, das Präsidium des GDV, Vertreter der Versicherungsbranche sowie der Verbraucherverbände.

Der Vorstandsvorsitzende des Vereins, Friedrich Schubring-Giese, begrüßte die zahlreich erschienenen Gäste und führte durch ein ebenso interessantes wie abwechslungsreiches Programm. Der Ombudsmann selbst, Professor Günter Hirsch, konnte an diesem Abend aus gesundheitlichen Gründen leider nicht am Rednerpult stehen – war aber gleichwohl über sein Redemanuskript präsent, das den Gästen vorlag. Darin schilderte er höchst amüsant seine erste prägende Begegnung



mit dem Versicherungsrecht, in der es um einen Fall über „das vorherbestimmte Ende eines erfüllten Zigarrenlebens“ ging.

Professor Dr. Dres. h. c. Hans-Jürgen Papier, vormaliger Präsident des Bundesverfassungsgerichts, hielt einen brillanten Festvortrag unter dem Titel „Staatliche Justizgewähr und private Streitschlichtung“. Er referierte mit wissenschaftlicher Präzision über die rechts- und gesellschaftspolitische Einordnung der außergerichtlichen Streitschlichtung. Den Versicherungsombudsmann hob er als ein „leuchtendes und zur Nachahmung einladendes Beispiel“ unter den Schlichtungsstellen hervor.

Auch Bundesministerin Ilse Aigner sparte in ihrem Grußwort nicht mit Lob. Der Ombudsmann löse „hoffnungslose Fälle mit Einfühlungsvermögen und Geschick“ und sei auch „für andere Branchen ein Vorbild für effektiven Verbraucherschutz“. Glaubwürdigkeit und Durchsetzungsfähigkeit seien die Säulen seines Erfolgs. Bundesministerin Aigner zog das Bild von David und Goliath heran und führte aus, dass die Verbraucherinnen und Verbraucher dank der Arbeit des Ombudsmanns keinem „übermächtigen Versicherungsriesen“ gegenüberstehen müssten.

Schließlich führte eine Zeitreise die Gäste zurück zu den Anfängen der Schlichtungsstelle: Die damaligen Protagonisten – Professor Dr. Dr. h. c. Jürgen Basedow, von Beginn an Vorsitzender des Beirats der Schlichtungsstelle, Professor Wolfgang Römer, erster Ombudsmann, und Dr. Bernd Michaels, Spiritus Rector der Einrichtung – sprachen mit dem Journalisten Dr. Marc Surminski über die organisatorischen Vorbereitungen, die ersten Beschwerden und die Schwierigkeiten zu Beginn. Diese Zeitzeugen machten in anschaulicher Weise deutlich, dass die anerkannt hohe Bearbeitungsqualität, die von einer sehr effizienten Organisation getragen wird, zum Teil mühsam erarbeitet werden musste. Die Gäste folgten mit großer Aufmerksamkeit der kurzweiligen Gesprächsrunde, schmunzelten über manche Anekdote und bekamen einen authentischen Eindruck von den Problemen, die es in den Anfangsjahren zu bewältigen galt. Dr. Surminski zog am Ende das Fazit: „Die richtige Idee, zum richtigen Zeitpunkt, mit den richtigen Personen umgesetzt.“

GDV-Präsident Rolf-Peter Hoenen, seit Beginn Vorstandsmitglied des Vereins, erinnerte in seinem Schlusswort daran, dass man bei Gründung der Schlichtungsstelle mutig gewesen sei und die beste Lösung im Sinne des Verbraucherschutzes angestrebt habe. Anfängliche Zweifel, der Ombudsmann könne entweder zu verbraucherfreundlich oder zu branchennah agieren, seien längst zerstreut und die Versicherer allesamt froh über die Einrichtung der Schlichtungsstelle. Viele hielten die Gründung für eine der besten Ideen der Branche in den letzten Jahrzehnten.

Die Medien berichteten anerkennend über das Jubiläum und die Veranstaltung. Die Redebeiträge können in der Jubiläumsschrift nachgelesen werden, die auf der Internetseite des Vereins zum Download bereitsteht.

3.3 Organisation und Personal

Der Ombudsmann ist das unabhängige Entscheidungsorgan, das die Mitgliedsunternehmen damit betraut haben, das Beschwerdeverfahren durchzuführen. Im Gegensatz zu anderen größeren Schlichtungsstellen ist diese Kompetenz nicht auf mehrere Personen übertragen worden. Angesichts von jährlich ca. 18.000 Beschwerden kann der Ombudsmann jedoch nicht sämtliche Beschwerden selbst bearbeiten. Daher stellt der Verein dem Ombudsmann geeignete Mitarbeiter und Sachmittel zur Verfügung, die er zur Erfüllung seiner Aufgaben benötigt. Hinsichtlich der Mitarbeiter hat der Ombudsmann Einfluss auf Einstellung und Entlassung; zudem übt er ein fachliches Weisungsrecht aus. 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 Personalvorgesetzter aller Mitarbeiter und verantwortlich für die Organisation. Auch die Überwachung der Beschwerdebearbeitung im Sinne 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 sind 14 Versicherungskaufleute mit der Annahme und der Aufbereitung der Beschwerden befasst. Die Mitarbeiter nehmen die Beschwerden entgegen, legen dazu Akten an und erfassen die Angaben im EDV-System. Sie helfen den Beschwerdeführern bei der Formulierung des Beschwerdeziels und der Zusammenstellung der für die Beschwerde notwendigen Unterlagen. Zudem prüfen sie die Zulässigkeit der Beschwerde im Sinne der Verfahrensordnungen und teilen den Beschwerdeführern, deren Anliegen der Ombudsmann nicht behandeln kann, dieses Ergebnis 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 41 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 rund 18.000 Beschwerden im Jahr 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 schnell 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 EDV-Programm den Referenten, frühere Beschwerdefälle aufzufinden, die bei einer aktuell anstehenden Entscheidung berücksichtigt werden sollten. All das sorgt für eine hohe inhaltliche Qualität sowie für eine effiziente Bearbeitung. Das EDV-Programm wird kontinuierlich weiterentwickelt. Zuletzt wurde es mit großem personellem und finanziellem Aufwand für die Bearbeitung der Vermittlerbeschwerden angepasst.

3.4 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 2011 hatte der Verein 285 (Vorjahr: 281) Mitglieder. Vereinsbeiträge waren auch im Berichtsjahr zu verzeichnen. Veränderungen im Mitgliederbestand beruhen im Übrigen 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 abgehalten wird. 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 jedes einzelnen Mitglieds von dem Verhältnis der jährlichen Bruttobeitragseinnahmen aller Mitgliedsunternehmen zueinander abhängig ist. Darüber hinaus zahlen die Versicherungsunternehmen eine Fallpauschale für nach der Verfahrensordnung für Unternehmensbeschwerden (VomVO) zulässige Beschwerden (Einzelheiten dazu unter 3.9).

Am 16. November 2011 fand die ordentliche Mitgliederversammlung unter Leitung des Vorstandsvorsitzenden, Friedrich Schubring-Giese, in Berlin statt. Den Bericht

3 EINZELHEITEN ZUR SCHLICHTUNGSSTELLE

des Ombudsmanns trug Dr. Hiort den Mitgliedervertretern für den aus gesundheitlichen Gründen verhinderten Professor Hirsch vor. Übergeordnete Problemstellungen, Beispiele aus der Praxis der Beschwerdetätigkeit sowie Anwendungsfragen des reformierten Versicherungsrechts waren die Themen. Auch die Auslegung der Verfahrensordnungen des Ombudsmanns gehörte dazu. Anschließend 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 des Berichts.

Danach befasste sich die Mitgliederversammlung mit der Besetzung des Beirats, d. h. mit der Änderung von § 12 der Vereinssatzung. Es wurde beschlossen, den Beirat mit Wirkung zum 28. Februar 2012 (Beginn der dritten Beiratsperiode) um zwei Sitze zu verkleinern. Je ein Sitz der Mitglieder- und der Verbrauchervertreter entfällt, so dass hier die Parität beibehalten wird. Weiter wählte die Mitgliederversammlung die neuerdings sieben Mitgliedervertreter sowie die Vertreter der Vermittlerverbände für die künftige Beiratsperiode. Der Bundesverband Deutscher Versicherungskaufleute e. V. (BVK) und der Verband Deutscher Versicherungsmakler e. V. (VDVM) werden auch in den nächsten fünf Jahren die Vermittler im Beirat repräsentieren.

Auch die übrigen Tagesordnungspunkte wurden antragsgemäß beschlossen. Die Mitglieder genehmigten den Jahresabschluss 2010 und entlasteten den Vorstand sowie den Geschäftsführer. Weiter beschlossen sie den vom Vorstand aufgestellten Wirtschaftsplan für das Geschäftsjahr 2012.

3.5 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 Vorstands 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 1. Dezember 2008. Die Zusammensetzung des Gremiums änderte sich im Berichtsjahr nicht und kann der Aufstellung im Anhang unter 5.4 entnommen werden. Den Vorsitz im Vorstand führt Friedrich Schubring-Giese, Vorstandsvorsitzender der Versicherungskammer Bayern. Er ist



der Nachfolger von Dr. Bernd Michaels, dem ersten Vorstandsvorsitzenden und Spiritus Rector der Schlichtungsstelle. Dr. K.-Walter Gutberlet, Mitglied des Vorstands der Allianz Versicherungs-AG, ist stellvertretender Vorstandsvorsitzender.

Der Vorstand tagte am 14. April 2011 und am 14. Juli 2011. Er stellte den Jahresabschluss des Vereins für das Geschäftsjahr 2010 auf und beriet über die Weiterentwicklung der Schlichtungsstelle, insbesondere hinsichtlich ihrer Organisation und der Besetzung des Beirats. Zur Vorbereitung der Mitgliederversammlung beschloss der Vorstand den Wirtschaftsplan 2012 sowie die Vorlage eines Änderungsvorschlags zur Satzung.

3.6 Beirat

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

Daraus ergibt sich eine Funktion, die vielleicht auf den ersten Blick nicht leicht zu erkennen ist, 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 in 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 und sein Beschwerdeverfahren. Dies ist die notwendige Voraussetzung dafür, dass eine Entscheidung, die nicht der Auffassung des „Unterlegenen“ entspricht, zu überzeugen vermag.

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

3 EINZELHEITEN ZUR SCHLICHTUNGSSTELLE

Dem Gremium gehörten im Berichtsjahr 30 Personen an, die verschiedene Organisationen vertreten. Er bestand aus acht Vertretern der Mitgliedsunternehmen und ebenfalls acht Vertretern von Verbraucherorganisationen (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. – vzbv, Stiftung Warentest, ADAC und der Bund der Versicherten e. V. – BdV). Zwei Vertreter der Versicherungsaufsicht, drei Vertreter der Wissenschaft sowie sieben Vertreter der Bundestagsfraktionen (SPD, CDU/CSU, FDP, Bündnis 90/Die Grünen und Die Linke.) und zwei Vertreter von Versicherungsvermittlerorganisationen vervollständigten den Beirat.

Die Amtszeit der Beiratsmitglieder beträgt fünf Jahre, die laufende Amtszeit des Beirats begann im Jahr 2007. Die Vertreter der Vereinsmitglieder werden wie die Vermittlerverbände von der Mitgliederversammlung gewählt. Diese können jedoch, ebenso wie die Verbraucherorganisationen, die in der Satzung genannt werden, ihre Vertreter selbst bestimmen.

Den Vorsitz im Beirat führt von Beginn an Professor Dr. Dr. h. c. Jürgen Basedow, Direktor des Max-Planck-Instituts für ausländisches und internationales Privatrecht in Hamburg. Er war Vorsitzender der Monopolkommission und Mitglied der von der Bundesjustizministerin berufenen Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsgesetzes.

Der Beirat tagte am 20. Oktober 2011 in Berlin. Er nahm zunächst den Bericht des Ombudsmanns (vorgetragen von Dr. Hiort für den erkrankten Professor Hirsch) entgegen und diskutierte verschiedene Fragen und Probleme, die sich im Zusammenhang mit der Beschwerdebearbeitung gezeigt hatten. Nach dem Bericht des Geschäftsführers nahm das Gremium die geplante Änderung von § 12 der Satzung zur Kenntnis, wodurch die Zahl der Mitglieder- und der Verbrauchervertreter (Vertreter des ADAC) um je einen Sitz verringert werden sollte.

Für den Bund der Versicherten e. V. übernahm der neue Vorstandsvorsitzende, Axel Kleinlein, den Sitz im Beirat. Er löste Thorsten Rudnik ab.

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

3.7 Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

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

Die aktive Öffentlichkeitsarbeit des Versicherungsombudsmanns besteht einerseits aus dem vorliegenden Jahresbericht, der Interessierten aus Presse, Politik,



der Versicherungsbranche und der Rechtswissenschaft zur Verfügung gestellt wird, andererseits aus den Informationsangeboten auf der Homepage.

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 bisherigen Erfahrungen zeigen, dass manche Themen durch eine Pressekonferenz den anwesenden Pressevertretern besser vermittelt werden können, als das in schriftlicher Form möglich wäre. Auch wird das Angebot zum direkten Kontakt rege angenommen, sowohl von der schreibenden Presse wie auch von Vertretern des Hörfunks.

Im Übrigen geht die Initiative zur Berichterstattung regelmäßig von den Medienvertretern aus. 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 war die Schlichtungsstelle wegen des 10-jährigen Jubiläums mehrfach selbst Gegenstand der Berichterstattung. Unter diesen Artikeln und Reportagen ragte ein mehrseitiger Beitrag der Zeitschrift „Capital“ heraus, der den Versicherungsombudsmann als größtes deutsches Privatgericht bezeichnete; „Börse-Online“ befand, die Schlichtungsstelle zeichne Macht und Glaubwürdigkeit aus.

Interessante Einzelentscheidungen des Ombudsmanns finden ihren Widerhall in der Presse. Häufig kommt es vor, dass der Ombudsmann anlässlich der Untersuchung bestimmter Versicherungsprodukte oder bei Berichten über die Branche um eine Stellungnahme gebeten wird oder in solchen Berichten Erwähnung findet. In verbraucherorientierten Artikeln sowie in Hörfunk- und Fernsehsendungen zu Versicherungsfragen wird regelmäßig auf den Ombudsmann und sein Beschwerdeverfahren hingewiesen. Vergleichstests der Versicherungsangebote beinhalten zunehmend Informationen darüber, ob die jeweiligen Versicherer der Schlichtungsstelle angehören. Dies wird offenkundig als ein Aspekt angesehen, auf den Verbraucher bei der Entscheidung für ein bestimmtes Versicherungsunternehmen achten sollten.

Einrichtungen der außergerichtlichen Streitbeilegung bedürfen, ebenso wie die Gerichte, der kritischen Begleitung durch die Öffentlichkeit und damit der Presse. Es ist deshalb verständlich, wenn die Medien privatrechtliche Streitschlichtungsstellen auf ihre Unabhängigkeit und Qualität hin abklopfen und über das Ergebnis berichten. Der Versicherungsombudsmann trägt diesem Gedanken durch offene Informationspolitik und Transparenz Rechnung. Trotzdem las-

3 EINZELHEITEN ZUR SCHLICHTUNGSSTELLE

sen 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.

Die Medien berichten über die Schlichtungsstelle durchweg positiv. Der Grund liegt vermutlich in dem überzeugenden Konzept eines unabhängigen und neutralen Ombudsmanns mit Entscheidungskompetenz, das sich mittlerweile über viele Jahre bewährt hat.

3.8 Fachlicher Austausch

Die von der Versicherungswirtschaft eingerichtete Ombudsstelle ist längst ein wichtiges Element sowohl im Versicherungsmarkt wie auch in der gesamten Schlichtungsstellenlandschaft. Daraus ergibt sich das rege und vielseitige Interesse an der Tätigkeit des Versicherungsombudsmanns. 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. Anlässlich der Tagung eines Rückversicherungsunternehmens sprach Professor Hirsch über Beschwerden zur Berufsunfähigkeitsversicherung, außerdem referierte er auf dem 2. Verbraucherschutzforum der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) über „Bedeutung und Perspektiven der Streitschlichtung für den Verbraucherschutz“. Dr. Hiort trug auf dem „Sachtag“ des GDV zur Arbeit des Ombudsmanns allgemein und zu Beschwerden in der Sachversicherung im Besonderen vor.

Das Interesse an der seit dem 22. Mai 2007 auf gesetzlicher Grundlage ausgeübten Tätigkeit des Ombudsmanns bei Beschwerden über Versicherungsvermittler setzte sich auch 2011 fort. Gefragt waren Berichte und Vorträge über das Beschwerdeverfahren als solches sowie die vorliegenden Erfahrungen und Erkenntnisse aus den Beschwerdefällen selbst. Anfragen kamen von Verbänden der Versicherungsvermittler und von Industrie- und Handelskammern (IHK). Auch besuchte wieder ein Berufsschuljahrgang den Versicherungsombudsmann. Soweit es die Kapazitäten zulassen, wird diesen Anfragen gern entsprochen, um den Auszubildenden einen Einblick in die Tätigkeit des Ombudsmanns zu ermöglichen.

Den Versicherungsombudsmann erreichen immer wieder Anfragen ausländischer Delegationen, die sich über Aufbau und Entwicklung der privat organisierten Schlichtungsstelle, über den genauen Verfahrensablauf sowie die gemachten 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.

Einer Einladung nach Moskau folgte Professor Hirsch im Februar 2011. Er nahm dort an einem Treffen mit hochrangigen Vertretern des russischen Parlaments, dem russischen Versicherungsverband ARIA (All-Russian Insurance Association) sowie Richtern des obersten Gerichtshofs teil. Dort präsentierte er die Schlichtungsstelle und berichtete über seine Tätigkeit. Dieser Kontakt geht auf einen Besuch von ARIA-Vertretern im Vorjahr zurück und steht im Zusammenhang mit der beabsichtigten Einführung von Ombudsmanneinrichtungen in Russland im Bereich von Finanzdienstleistungen.

Im Dezember besuchte eine Delegation des obersten japanischen Gerichtshofs den Versicherungsombudsmann und informierte sich über dessen Tätigkeit sowie die vorliegenden Erfahrungen. Der Zweck der Reise bestand darin, Anregungen für eine effizientere Justiztätigkeit zu erhalten. In der mehrstündigen Veranstaltung mit Dr. Hiort war ein außerordentlich großes, bis ins Detail gehendes Interesse der japanischen Delegationsmitglieder zu erkennen.

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 und formellen Punkten angefragt.

Hinweise auf den Versicherungsombudsmann erfolgen in der Regel von Bundesministerien, soweit diese um Auskunft gebeten werden. 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. Im Berichtsjahr fanden in dieser Hinsicht mehrere Treffen und Gespräche statt, z. B. mit der Schlichtungsstelle Energie und der Ombudsstelle für Investmentfonds, die beide inzwischen ihre Tätigkeit aufgenommen haben. Auch eine Vertretung des Bundesverbands der Fluggesellschaften stattete dem Versicherungsombudsmann einen Besuch ab.

In diesem Zusammenhang kann auch der Festvortrag von Professor Hirsch anlässlich der Amtseinführung von Dr. Renate Jaeger als Schlichterin der Bundesrechtsanwaltskammer in Gegenwart von Bundesjustizministerin Leutheusser-Schnarrenberger gleich zu Anfang des Berichtsjahres gesehen werden.

3.9 Finanzen

Die Mitgliedsunternehmen finanzieren die Schlichtungsstelle durch Mitgliedsbeiträge und Fallpauschalen für bearbeitete Beschwerden. Die Mitgliedsbeiträge 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 Mitglied die Höhe des Beitrags einzeln berechnet, indem das Verhältnis der Bruttobeitrags-einnahmen der Mitgliedsunternehmen zugrunde gelegt wird. Der Mindestbeitrag ist auf 500 Euro festgesetzt.

Die Fallpauschalen stehen im Zusammenhang mit Beschwerden, die gegen die Mitgliedsunternehmen eingelegt werden. Sofern die Beschwerde nach der Verfahrensordnung (VomVO) in den Aufgabenbereich des Versicherungsombudsmanns fällt, 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, kann sich die Höhe der Fallpauschalen jährlich ändern. Die Pauschale betrug im Berichtsjahr für Beschwerden, die durch eine Entscheidung oder Empfehlung beendet wurden, 111 Euro, für auf andere Weise beendete Verfahren 74 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 Mitgliederversammlung. 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 als Vorschuss 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 2011, 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, Düsseldorf, vorgelegt. Die Wirtschaftsprüfer erstellten einen Bericht und erteilten darin den uneingeschränkten Bestätigungsvermerk. Jahresabschluss und Wirtschaftsprüfungsbericht sind den von der Mitgliederversammlung gewählten ehrenamtlichen Rechnungsprüfern als Vertreter der Mitglieder vorzulegen. Sie berichten in der Mitgliederversammlung 2012 über das Ergebnis ihrer Prüfung.



Gewinn-und-Verlust-Rechnung¹	2011	2010
	TEUR	TEUR
Mitgliedsumlagen einschließlich verrechneter Beitragsvorauszahlungen	2.705	2.617
Umsatzerlöse	976	926
Bestandsveränderung ²	-15	-9
Sonstige Zinsen und ähnliche Erträge	26	18
Sonstige Erträge	54	24
Erträge	3.746	3.576
Personalaufwand	2.190	2.075
Raumkosten	405	314
Honorare, Gutachten, Beiträge, Gebühren	335	354
Kommunikationskosten	60	58
Reise-, Sitzungs- und Tagungskosten	57	36
Abschreibung auf immaterielle Vermögenswerte des Anlagevermögens und Sachanlagen	76	90
Zinsen und ähnliche Aufwendungen	5	5
Sonstige Aufwendungen	86	216
Außerordentliche Aufwendungen ³	0	11
Steuern von Einkommen und Ertrag	4	7
Aufwendungen	3.218	3.166
Differenz Erträge und Aufwendungen	528	410
Entnahme/Zuführung Abschreibungsrücklage	67	-5
Zuführung zur zweckgebundenen Rücklage	0	-150
Entnahme Mitgliederguthaben	0	150
Überschuss / Mitgliederguthaben	595	405

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.
3. Die Position „Außerordentliche Aufwendungen“ beziffert den Umstellungsaufwand aufgrund des Bilanzrechtsmodernisierungsgesetzes.

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 2011 sind insgesamt 17.733 (Vorjahr: 18.357) Beschwerden bei der Schlichtungsstelle eingegangen. Gegenüber dem Vorjahr bedeutet dies eine Verringerung um 3,4 Prozent. Bezogen auf die beiden Zuständigkeitsbereiche des Ombudsmanns zeigt sich folgende Tendenz: Die Zahl der Unternehmensbeschwerden sank um 3,8 Prozent auf 16.884 (17.555). Die Beschwerden gegen Versicherungsvermittler verringerten sich um 1,3 Prozent auf 449 (455). Den Ombudsmann erreichten außerdem 400 (347) Eingaben, die keinem der beiden Bereiche zugeordnet werden konnten und in der Statistik als „Sonstige“ ausgewiesen werden.

In den Sparten sind im Vergleich zum Vorjahr unterschiedliche Entwicklungen festzustellen: In der Lebensversicherung gingen 2011 rund 18 Prozent weniger Beschwerden ein. Angestiegen sind dagegen die Beschwerden in der Berufsunfähigkeitsversicherung sowie in der Hausrat- und der Gebäudeversicherung um jeweils rund 20 Prozent. Auch die Rechtsschutzversicherung verzeichnet mit ca. 5 Prozent einen Zuwachs. Die Beschwerden in der Kfz-Versicherung sind auf etwa gleichem Niveau geblieben.

18.056 (18.609) Beschwerden wurden 2011 abschließend bearbeitet. Die gegenüber dem Eingang höhere Zahl bedeutet, dass der Arbeitsstand verbessert werden konnte. Dies zeigt sich auch an der durchschnittlichen Verfahrensdauer der zulässigen Beschwerden. Sie betrug im Gesamtjahr 3,4 (4,4) Monate. Von den beendeten Beschwerden waren 4.739 (5.016) unzulässig, dies entspricht 26,3 (27,0) 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: Ein 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 in den Vorjahren den unzulässigen Unternehmensbeschwerden zugeordnet und gehören seit 2008 der neuen Kategorie „Sonstige“ an.



Bei der Betrachtung der Statistik ist zu berücksichtigen, dass Beschwerden aus der Vermittlerzuständigkeit bei gebundenen Vermittlern in der Regel die Voraussetzungen der VomVO, der Verfahrensordnung für Unternehmensbeschwerden, erfüllen, da sich das Beschwerdeziel gegen den Versicherer richtet. Solche Beschwerden wurden in der Regel nach der für den Beschwerdeführer vorteilhaften VomVO behandelt, es sei denn, der Beschwerdeführer machte deutlich, dass er sich ausschließlich über den Vermittler beschweren wollte. Dementsprechend sind in den Unternehmensbeschwerden auch Beschwerden gegen Vermittler enthalten, die jedoch nicht als solche ausgewiesen werden und folglich nicht in der Statistik „Vermittlerbeschwerden“ enthalten sind. Deshalb gilt bei dieser Rubrik zu bedenken, dass die unter dem Begriff „Vermittlerverfahren“ 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 dem Jahresbericht 2008, dem ersten Jahr, in dem die Zuständigkeit für Vermittlerbeschwerden von Beginn an bestand, statistisch getrennt dargestellt. Zudem kann einer Gesamtbetrachtung entnommen werden, wie sich die Entwicklung der Schlichtungsstelle über mehrere Jahre darstellt. Die Einzelheiten sind aus der statistischen Darstellung unter 4.5 ersichtlich.

4.3 Beschwerden gegen Versicherungsunternehmen

Von den 17.733 (Vorjahr: 18.357) im Berichtsjahr eingegangenen Beschwerden betrafen 16.884 (17.555) die Kategorie Unternehmensbeschwerden. Dies bedeutet eine Verringerung von 3,8 Prozent.

Die nachfolgenden Ausführungen betreffen ausschließlich die im Geschäftsjahr beendeten (nicht gleichbedeutend mit den eingegangenen) Unternehmensbeschwerden. 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 auf diese Weise die Daten wesentlich aussagekräftiger sind. Dies liegt daran, dass erst die abgeschlossenen Verfahren eine vollständige Auswertung ermöglichen, denn vor oder während der Bearbeitung liegen noch nicht alle Erkenntnisse zur Einordnung des jeweiligen Vorgangs vor.

17.211 (17.781) Beschwerden gegen Versicherungsunternehmen wurden im Berichtsjahr beendet. In 588 (596) 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.

12.568 Verfahren (12.820) wurden als zulässig beendet. Davon konnten 564 (1.285) 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. Gegenüber 2010 fällt auf, dass diese Kategorie im Berichtsjahr erheblich weniger Beschwerdefälle enthält. Dies liegt jedoch nicht an außergewöhnlichen Ereignissen im Jahr 2011, sondern, wie bei längerem Betrachtungszeitraum erkennbar wird, an einer besonders hohen Zahl im Jahr 2010.

Bei 4.055 (4.365) Eingaben musste der Ombudsmann die Befassung ablehnen. Die Zulässigkeit richtet sich nach der hierfür vorgesehenen Verfahrensordnung (VomVO), nach deren Tatbeständen 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.

Von den übrigen 12.004 (11.535) Verfahren beendete der Ombudsmann 8.171 (7.811) Fälle mit einer Entscheidung oder Empfehlung. In 2.311 (2.230) Verfahren half das Versicherungsunternehmen ab. Das bedeutet, es rückte von der vom Beschwerdeführer beanstandeten Entscheidung ganz oder teilweise ab. Ein Entgegenkommen beider Seiten, also ein Vergleich, kam in 716 (674) Fällen zustande. In 806 (820) Verfahren zog der Beschwerdeführer seine Beschwerde zurück.

Im Berichtsjahr hatten 40,0 (38,2) Prozent der Beschwerden Erfolg, sofern sie nicht die Lebensversicherung betrafen. Als erfolgreich in diesem Sinne werden solche Beschwerdeverfahren angesehen, die dem Versicherungsnehmer vollständig oder zum Teil den gewünschten rechtlichen oder wirtschaftlichen Vorteil bringen. Dies kann der Fall sein, wenn die Vertragszeit entsprechend dem Wunsch des Versicherungsnehmers angepasst wird, diese also je nach Beschwerdeziel früher oder später als vom Versicherer entschieden endet. Wirtschaftliche Vorteile



können eine höhere Schadenzahlung in der Gebäudeversicherung oder die Übernahme der Kosten für die rechtliche Interessenvertretung in der Rechtsschutzversicherung sein.

Beschwerden aus der Lebensversicherung haben zwangsläufig 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 es handelt sich oft um Darstellungen, die für Verbraucher unklar oder missverständlich sind. 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. In solchen Fällen bleibt dem Ombudsmann nur, die Mitteilung zu erklären und die Wirkungsweise des Vertrages zu erläutern. Die eingelegte Beschwerde muss allerdings erfolglos bleiben. Aus den genannten Gründen beträgt die Erfolgsquote in der Lebensversicherung 19,8 (19,3) Prozent. Damit sich für den Betrachter kein verzerrtes Bild ergibt, werden die Quoten getrennt ausgewiesen.

Nicht in diese Statistik fließt ein, wenn 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 solcherlei Verfahrensergebnisse maßgeblich dazu bei, dass der Ombudsmann seinen Auftrag als Schlichter erfüllt, wie es die Vereinssatzung in § 15 Absatz 2 vorsieht. Danach soll der Ombudsmann in bestimmten Fällen die Beilegung des Streits durch Bescheidung mit verständlicher Erläuterung der Rechtslage fördern. Eine befriedende Wirkung tritt in aller Regel ein, wenn die zuvor unzufriedene Partei nach der Prüfung des Ombudsmanns die Zusammenhänge versteht und erkennt, dass sich der Verfahrensgegner vertragsgemäß und gesetzeskonform verhalten hat.

4.4 Beschwerden gegen Versicherungsvermittler

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

in § 5 vorsieht. Dies ist zum einen für derartige Fälle ein ungeeigneter Maßstab, zum anderen würde eine darauf gerichtete Bewertung nicht die Beilegung des Streits fördern.

Obwohl sich der geschilderte Sachverhalt einer streng juristischen Prüfung entzieht, fällt dennoch eine solche Beschwerde eindeutig in den vom Gesetzgeber übertragenen Aufgabenbereich, wie zuvor erläutert. Dementsprechend nimmt sich der Ombudsmann der Beschwerde an und beantwortet sie. Allerdings führt er kein Verfahren gemäß der VermVO durch, denn dafür wäre ein konkreter Antrag erforderlich (§ 2 Absatz 1 VermVO), der sich nach dem vorgegebenen Maßstab von Recht und Gesetz prüfen lässt. Dies hat zur Folge, dass bei den Vermittlerbeschwerden zwischen justiziablen und nicht justiziablen Beschwerdegegenständen zu unterscheiden ist. Eine solche Differenzierung, dass zwar der Aufgabenbereich betroffen ist, dennoch nicht immer ein rechtsförmliches Verfahren nach der VermVO durchgeführt werden kann, ist dem Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsunternehmen fremd. Diese Unterschiede zwischen Vermittler- und Unternehmensbeschwerden gilt es bei Betrachtung der statistischen Darstellung zu bedenken. Zudem ist zu berücksichtigen, dass die Anzahl der Beschwerden für eine Auswertung nicht allzu groß 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 449 (Vorjahr: 455) Eingaben in diesem Zuständigkeitsbereich erhalten. Dies entspricht zwar einem Rückgang von 1,3 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Über die vier Jahre betrachtet, in denen der Ombudsmann mit dem Jahr 2011 nun diese Aufgabe ausübt, ist aber festzustellen, dass sich die Eingaben zwischen 449 und 479 Beschwerden pro Jahr bewegen und damit erstaunlich konstant sind.

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 auf diese Weise 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.

437 (475) Vermittlerbeschwerden beendete der Ombudsmann im Berichtsjahr. In 14 (15) Fällen haben die Beschwerdeführer ihr Anliegen nicht weiterverfolgt. 276 (298) 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 28 (29) Prozent ein fehlender Zusammenhang mit einer Vertragsvermittlung.



Zweithäufigste Kategorie war mit 24 (33) Prozent der Vermittlungszeitpunkt, denn der Auftrag des Gesetzgebers für Vermittlerbeschwerden wirkt nicht in die Vergangenheit. 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.

Von den beendeten Beschwerden fielen 147 (162) 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 1,4 (2,5) 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 8,8 (7,4) Prozent ausmachten, und Rücknahmen mit einem Anteil von 10,2 (6,2) Prozent. In 71,4 (75,3) 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 8,2 (8,6) Prozent der zulässig beendeten Beschwerden aus. Hier teilte der Ombudsmann seine Auffassung zum Beschwerdegegenstand mit und versuchte, auf die Beteiligten befriedend zu wirken. Dass dies nicht selten gelang, ist daran ersichtlich, dass auch hier Abhilfen und Rücknahmen zu verzeichnen waren. Alle Beschwerden, auch die nicht justiziablen, werden „beantwortet“, wie dies in § 214 VVG vorgesehen ist. 33,7 (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 2011 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

	2011	2010	2009	2008	2007
Beschwerden gesamt	17.733	18.357	18.145	18.837	17.592
Veränderung zum Vorjahr	- 3,4 %	+ 1,2 %	- 3,7 %	+ 7,1 %	- 4,7 %
Zulässige Beschwerden	12.259	12.720	12.371	13.375	11.583
Veränderung zum Vorjahr	- 3,6 %	+ 2,8 %	- 7,5 %	+ 15,5 %	- 9,3 %
Unzulässige Beschwerden	4.852	5.034	5.045	4.740	5.302
Veränderung zum Vorjahr	- 3,6 %	- 0,2 %	+ 6,4 %	- 10,6 %	+ 5,1 %
Keine Weiterverfolgung durch Beschwerdeführer	622	603	729	722	707
Veränderung zum Vorjahr	+ 3,2 %	-17,3 %	+ 1,0 %	+ 2,1 %	+ 10,5 %

Anteil der zulässigen Beschwerden nach Jahren

2011 in Prozent	2010 in Prozent	2009 in Prozent	2008 in Prozent	2007 in Prozent
69,1	69,3	68,2	71,0	65,9

Verteilung der zulässigen Beschwerden nach Sparten

	2011 in Prozent	2010 in Prozent	2009 in Prozent	2008 in Prozent	2007 in Prozent
Leben/Rente	32,7	38,5	39,3	40,7	41,4
Rechtsschutz	16,5	15,2	13,9	13,1	12,1
Kfz-Haft	7,0	7,1	5,6	6,4	5,9
Kfz-Kasko *	4,4	4,1	3,6	3,6	2,6
Gebäude	8,9	7,0	6,9	6,0	6,9
Unfall	7,6	7,4	8,9	8,8	9,2
Hausrat	6,1	4,9	5,0	5,0	5,6
Private Haftpflicht	5,3	4,9	4,9	4,5	4,7
Berufsunfähigkeit	4,0	3,2	2,9	2,7	3,0
Sonstige**	7,5	7,7	9,0	9,2	8,6

* Ab dem Jahr 2008 ist Kfz-Sonstige in Kfz-Kasko enthalten (vorher in Sonstige).

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



Verteilung nach Aufgabenbereichen und Zulässigkeit*

	gesamt	zulässig	unzulässig	keine Weiter- verfolgung
Unternehmensbeschwerden				
Absolut	16.884	12.116	4.160	608
Anteil in Prozent	100,0	71,8	24,6	3,6
Vermittlerbeschwerden				
Absolut	449	143	292	14
Anteil in Prozent	100,0	31,9	65,0	3,1
Sonstige				
Absolut	400	0	400	0
Anteil in Prozent	100,0	0,0	100,0	0,0
Gesamt				
Absolut	17.733	12.259	4.852	622
Anteil in Prozent	100,0	69,1	27,4	3,5

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

Entwicklung der Eingänge nach Zuständigkeitsbereichen

	2011	2010	2009
Unternehmensbeschwerden	16.884	17.555	17.326
Veränderung zum Vorjahr	- 3,8 %	+ 1,3 %	- 3,5
Vermittlerbeschwerden	449	455	479
Veränderung zum Vorjahr	- 1,3 %	- 5,0 %	+ 3,9 %
Sonstige	400	347	340
Veränderung zum Vorjahr	+ 15,3 %	+ 2,1 %	- 20,7 %
Gesamt	17.733	18.357	18.145
Veränderung zum Vorjahr	- 3,4 %	+ 1,2 %	- 3,7 %

4 STATISTIK

Verteilung der zulässigen Beschwerden nach Sparten und Aufgabebereichen

	Unternehmensbeschwerden in Prozent	Vermittlerbeschwerden in Prozent
Leben/Rente	32,4	53,9
Rechtsschutz	16,6	4,9
Kfz-Haft	6,9	14,7
Kfz-Kasko	4,4	1,4
Gebäude	9,0	2,1
Unfall	7,7	0,7
Hausrat	6,1	0,7
Private Haftpflicht	5,4	4,2
Berufsunfähigkeit	4,0	5,5
Sonstige*	7,5	11,9

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

Beschwerdeeingänge 2011 dargestellt nach Monaten



Eingangsweg der Beschwerden

	2011 in Prozent	2010 in Prozent	2009 in Prozent	2008 in Prozent	2007 in Prozent
Telefon	8,3	11,1	14,4	22,5	29,7
Brief	61,8	61,4	61,1	57,9	53,3
Fax	10,4	9,3	10,3	8,2	7,1
E-Mail	19,5	18,2	14,2	11,4	9,9



2. Gesamtbetrachtung der 2011 beendeten Beschwerden

Diese Auswertungen geben die in **2011 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

	2011	2010	2009	2008	2007
Zulässige Beschwerden	12.715	12.982	12.491	13.412	10.906
Unzulässige Beschwerden	4.739	5.016	5.028	4.709	5.261
Keine Weiterverfolgung durch Beschwerdeführer	602	611	742	680	722
Gesamt	18.056	18.609	18.261	18.801	16.889

Verteilung der Beschwerden nach der Höhe des Beschwerdewerts

	2011 in Prozent	2010 in Prozent	2009 in Prozent	2008 in Prozent	2007 in Prozent
Bis 5.000 €	81,6	86,1	85,5	84,4	85,3
Bis 10.000 €	8,5	5,2	6,4	6,5	6,9
Bis 20.000 €	4,4	3,5	3,6	4,2	4,0
Bis Zuständigkeitsgrenze*	5,5	5,2	4,5	4,9	3,8

* Bis 8.11.2007: 50.000 €, danach 80.000 €. Ab 18.11.2010: 100.000 €.

Durchschnittliche Dauer der Beschwerdeverfahren

	2011 in Monaten	2010 in Monaten	2009 in Monaten	2008 in Monaten	2007 in Monaten
Zulässige Beschwerden	3,4	4,4	4,1	4,0	4,0
Unzulässige Beschwerden	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2
Beschwerden gesamt*	2,5	3,2	3,0	3,0	2,7

* Wegen Rundungseffekten und unterschiedlicher Verhältnisse zwischen zulässigen und unzulässigen Beschwerden mögen die Werte nicht auf Anhieb plausibel erscheinen. Sie sind jedoch korrekt.

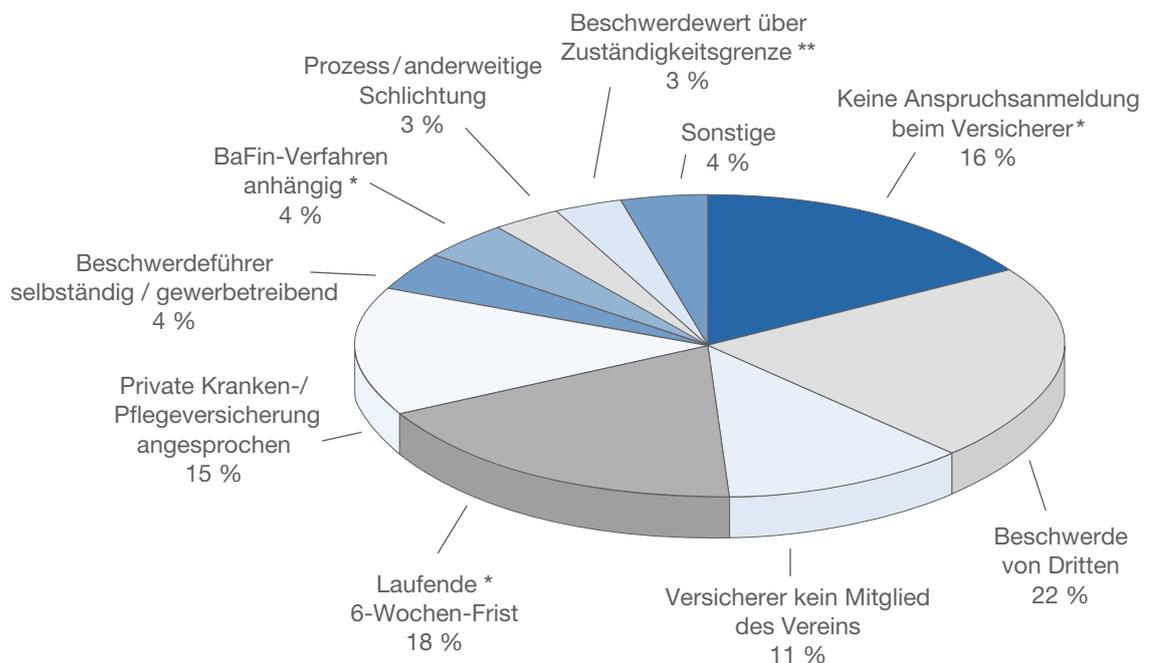
3. Unternehmensbeschwerden

Diese Auswertungen geben die in **2011 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	12.568	73,0
Unzulässige Beschwerden	4.055	23,6
Keine Weiterverfolgung durch Beschwerdeführer	588	3,4
Gesamt	17.211	100,0

Verteilung der Unzulässigkeitsgründe von Unternehmensbeschwerden



* Mit Stichtag 31.12.2011. Diese Verfahren können nach Wegfall des Verfahrenshindernisses von den Beschwerdeführern wieder in Gang gesetzt werden.

** Bis 17.11.2010: 80.000 €, danach 100.000 €.



Verteilung der Beendigungsarten von zulässigen Beschwerden je Sparte

	Entscheidung in Prozent	Empfehlung in Prozent	Abhilfe in Prozent	Vergleich in Prozent	Ungeeignet* in Prozent	Rücknahme in Prozent
Leben/Rente	65,2	13,1	10,4	2,7	6,1	2,5
Rechtsschutz	53,1	2,4	27,5	4,8	4,2	8,0
Kfz-Haft	54,5	0,3	27,0	3,3	0,9	14,0
Kfz-Kasko	47,8	3,2	26,0	9,6	5,3	8,1
Gebäude	59,2	6,9	14,8	11,5	0,9	6,7
Unfall	65,5	3,9	15,4	7,7	0,7	6,8
Hausrat	53,9	5,1	19,9	9,9	4,2	7,0
Private Haftpflicht	50,5	1,5	28,3	9,3	1,3	9,1
Berufsunfähigkeit	17,2	36,7	15,3	3,3	17,8	9,7
Sonstige	44,4	3,6	27,9	8,7	4,7	10,7
Gesamt	57,0	8,0	18,4	5,7	4,5	6,4

* Zur Abweisung als ungeeignet siehe 4.3.

Erfolgsquote der zulässigen Unternehmensbeschwerden*

Verfahrensausgang zugunsten der Beschwerdeführer			
	2011 in Prozent	2010 in Prozent	2009 in Prozent
Leben / Rente	19,8	19,3	18,1
Übrige Sparten	40,0	38,2	37,7

* Zur Bewertung der Erfolgsquote siehe 4.3.

4 STATISTIK

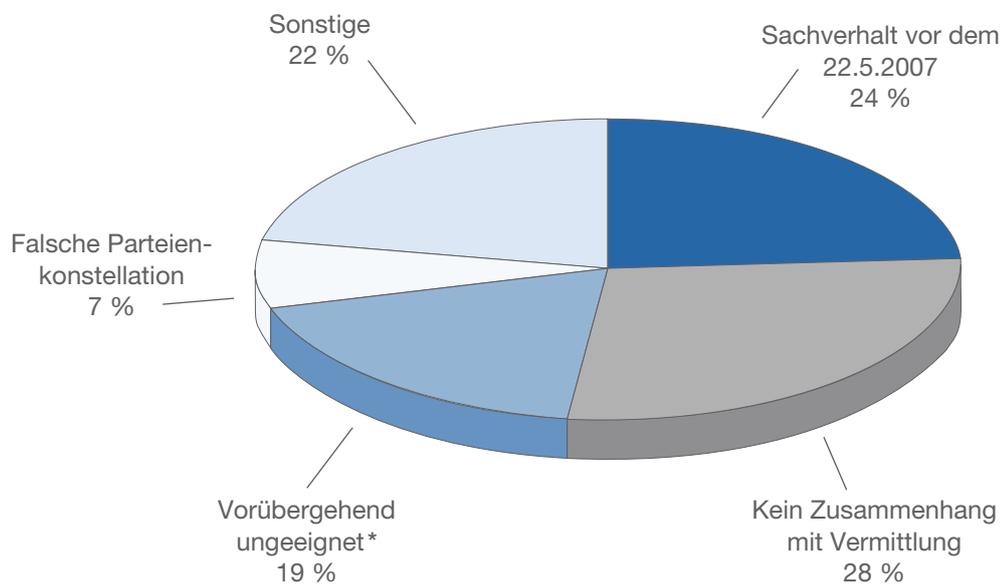
4. Vermittlerbeschwerden

Diese Auswertungen geben die in **2011 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	147	33,6
Unzulässige Beschwerden	276	63,2
Keine Weiterverfolgung durch Beschwerdeführer	14	3,2
Gesamt	437	100,0

Verteilung der Unzulässigkeitsgründe von Vermittlerbeschwerden



* Mit Stichtag 31.12.2011.



Verteilung der Beendigungsarten von zulässigen Beschwerden*

	Bewertung in Prozent	Abhilfe in Prozent	Vergleich in Prozent	Rücknahme in Prozent	Gesamt in Prozent
Justiziabel	71,4	8,8	1,4	10,2	91,8
Nicht justiziabel	2,1	0,7	0,0	5,4	8,2
Gesamt	73,5	9,5	1,4	15,6	100,0

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

Erfolgsquote der zulässigen Vermittlerbeschwerden*

	2011 in Prozent	2010 in Prozent	2009 in Prozent
Verfahrensausgang zugunsten der Beschwerdeführer	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 2010. 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: 18. November 2010

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 bei Beschwerden jedes Verbrauchers (natürliche Person, die ein Rechtsgeschäft zu einem Zweck abschließt, der weder ihrer gewerblichen noch ihrer selbständigen beruflichen Tätigkeit zugerechnet werden kann) angerufen werden,

- a) wenn es sich um einen eigenen vertraglichen Anspruch aus einem Versicherungsvertrag oder einem Vertrag, der in einem engen wirtschaftlichen Zusammenhang mit einem Versicherungsvertrag steht, handelt,
- b) wenn es sich um einen Anspruch aus der Vermittlung oder der Anbahnung eines solchen Vertrags handelt und sich der Anspruch gegen einen Versicherer richtet,

vorausgesetzt, der Beschwerdegegner ist Mitglied des Vereins „Versicherungsombudsmann e. V.“. Beschwerden von Gewerbetreibenden kann der Ombudsmann behandeln, wenn der Betrieb nach Art, Umfang und Ausstattung als Kleingewerbe anzusehen ist.

(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.

(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 offen gelegten Teilbeschwerde ist der erkennbare Gesamtwert zu berücksichtigen,
- 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,

* 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.



- 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, wobei die Einleitung eines Mahnverfahrens wegen des Prämienanspruchs nicht als anhängig im Sinne dieser Vorschrift gilt,
- 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 beigelegt werden.

(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) Das Beschwerdeverfahren endet durch Rücknahme, Abhilfe, Vergleich sowie durch Abweisung oder Bescheidung der Beschwerde. Die Wirkung nach § 12 Abs. 1 S. 1 entfällt 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. Die Frist nach § 12 Abs. 3 VVG a.F. verlängert sich um die Dauer des Verfahrens zuzüglich eines Monats.

(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 Verfahrens-



ordnung 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 Jahreschluss nicht verbrauchte Vorschüsse bilden als Guthaben der Mitgliedsunternehmen Vorauszahlungen auf die Umlage des Geschäftsjahres, das der Beschlussfassung der Mitgliederversammlung über die Genehmigung der Jahresrechnung folgt, sofern die Mitgliederversammlung keine andere Verwendung beschließt.

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

§ 17 Rechnungsprüfer, Jahresabschluss und Rechnungsprüfung

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

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

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

§ 18 Ehrenamtlichkeit

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

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

§ 19 Auflösung des Vereins

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

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

5 ANHANG

5.4 Mitglieder des Vorstands

(Stand zum 31.12.2011)

Friedrich Schubring-Giese (Vorsitzender des Vereinsvorstands)

Vorsitzender des Vorstands
Versicherungskammer Bayern

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

Mitglied des Vorstands
Allianz Versicherungs-AG

Dr. Jörg Frhr. Frank von Fürstenwerth

Vorsitzender der Hauptgeschäftsführung
Gesamtverband der Deutschen
Versicherungswirtschaft e. V.

Rolf-Peter Hoenen

Präsident
Gesamtverband der Deutschen
Versicherungswirtschaft e. V.

Uwe Laue

Vorsitzender der Vorstände
Debeka-Versicherungsgruppe

Dr. Robert Pohlhausen

Vorsitzender der Vorstände
VGH Landschaftliche Brandkasse Hannover
VGH Provinzial Lebensversicherung Hannover

Prof. Dr. Wolfram Wrabetz

Hauptbevollmächtigter und
Vorsitzender der Vorstände
Helvetia Versicherungen in Deutschland



5.5 Mitglieder des Beirats

(Stand zum 31.12.2011)

Vertreter der Verbraucherorganisationen

Beate-Kathrin Bextermöller

Stiftung Warentest

Lars Gatschke

Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv)

Andrea Heyer

Verbraucherzentrale Sachsen e.V.

Jost Kärger

ADAC Allgemeiner Deutscher Automobil-Club e.V.

Axel Kleinlein

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

Dr. Peter Lischke

Geschäftsführer
Verbraucherzentrale Berlin e.V.

Hubertus Primus

Mitglied der Geschäftsleitung
Stiftung Warentest

Jochen Weisser

VerbraucherService Bayern im KDFB e.V.

Vertreter der Wissenschaft

Prof. Dr. Dr. h. c. Jürgen Basedow **Vorsitzender des Beirats**

Direktor des Max-Planck-Instituts für
ausländisches und internationales Privatrecht

Prof. Dr. Elmar Helten

Präsident
Bayerisches Finanz Zentrum e.V.

Prof. Dr. J.-M. Graf von der Schulenburg

Universität Hannover
Institut für Versicherungsbetriebslehre

**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

Ute Kumpf

Mitglied des Bundestags, SPD

Caren Lay

Mitglied des Bundestags, DIE LINKE.

Max Straubinger

Mitglied des Bundestags, CDU/CSU

Dr. Volker Wissing

Mitglied des Bundestags, FDP

**Vertreter der
Vereinsmitglieder**

Friedrich Schubring-Giese

Vorsitzender des Vorstands
Versicherungskammer Bayern

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

Rolf-Peter Hoenen

Präsident
Gesamtverband der Deutschen
Versicherungswirtschaft e. V.

Dipl.-Math. Michael Petmecky

Mitglied der Vorstände
SIGNAL IDUNA Gruppe

Dr. Robert Pohlhausen

Vorsitzender der Vorstände
VGH Landschaftliche Brandkasse Hannover
VGH Provinzial Lebensversicherung Hannover

Michael Westkamp

Vorsitzender der Vorstände
AachenMünchener Versicherungen

Prof. Dr. Wolfram Wrabetz

Hauptbevollmächtigter und
Vorsitzender der Vorstände
Helvetia Versicherungen in Deutschland



**Vertreter der
Versicherungsaufsicht**

Dr. Burkhard Lehmann

Abteilungsleiter Q2
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)

**Im Berichtsjahr
ausgeschieden:**

Lilo Blunck (4.1.)

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

Thorsten Rudnik (12.10.)

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

5 ANHANG

5.6 Mitglieder des Vereins

(Stand zum 31.12.2011)

- 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
Ageas Deutschland Lebensversicherung AG
AGILA Haustierversicherung AG
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-AG
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-AG
ARAG Lebensversicherungs-AG
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** Badische Allgemeine Versicherung AG
Badische Rechtsschutzversicherung AG
Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG
Barmenia Lebensversicherung a. G.
Basler Leben AG, Direktion für Deutschland
Basler Securitas Versicherungs-AG
Bayerische Beamten Lebensversicherung a. G.
Bayerische Beamten Versicherung AG
Bayerische Hausbesitzer-Versicherungs-Gesellschaft a. G.
Bayerische Landesbrandversicherung Aktiengesellschaft



- B** Bayerischer Versicherungsverband Versicherungsaktiengesellschaft
Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG
BGV-Versicherung AG
BRUDERHILFE Sachversicherung AG im Raum der Kirchen
- C** Canada Life Assurance Europe Limited Niederlassung für Deutschland
Cardif Allgemeine Versicherung Zweigniederlassung für Deutschland
Cardif Lebensversicherung Zweigniederlassung für Deutschland
Chartis Europe S. A. Direktion 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
Continental Lebensversicherung AG
Continental Sachversicherung Aktiengesellschaft
Cosmos Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft
Cosmos Versicherung Aktiengesellschaft
- 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
DBV Deutsche Beamtenversicherung Lebensversicherung AG
Debeka Allgemeine Versicherung AG
Debeka Lebensversicherungsverein a. G.
Debeka Pensionskasse AG
Delta Lloyd Lebensversicherung AG
DEURAG Deutsche Rechtsschutz-Versicherung AG
Deutsche Ärzteversicherung Aktiengesellschaft
deutsche internet versicherung aktiengesellschaft
Deutsche Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft
Deutsche Steuerberater-Versicherung Pensionskasse des steuerberatenden Berufs VVaG
Deutscher Ring Lebensversicherungs-AG
Deutscher Ring Sachversicherungs-AG
DEVK Allgemeine Lebensversicherungs-AG
DEVK Allgemeine Versicherungs-AG
DEVK Deutsche Eisenbahn Versicherung Lebensversicherungsverein a. G.
DEVK Deutsche Eisenbahn Versicherung Sach- und HUK-Versicherungsverein a. G.
DEVK Rechtsschutz-Versicherungs-AG
DFV Deutsche Familienversicherung AG
Dialog Lebensversicherungs-AG
Direct Line Versicherung AG
DIREKTE LEBEN Versicherung AG
DMB Rechtsschutz-Versicherung AG
DOCURA VVaG
Domestic & General Insurance PLC Versicherungsgesellschaft Direktion für Deutschland

5 ANHANG

- E** ERGO Direkt Lebensversicherung AG
ERGO Direkt Versicherung AG
ERGO Lebensversicherung Aktiengesellschaft
ERGO Pensionskasse AG
ERGO Versicherung AG
EUROP ASSISTANCE Versicherungs-Aktiengesellschaft
EUROPA Lebensversicherung AG
EUROPA Versicherung AG
- F** Fahrlehrerversicherung Verein auf Gegenseitigkeit
FAMILIENFÜRSORGE Lebensversicherung AG im Raum der Kirchen
Feuer- und Einbruchschadenkasse der BBBank VVaG
Feuersozietät Berlin Brandenburg Versicherung AG
Financial Assurance Company Limited Lebensversicherung, Niederlassung Deutschland
Financial Insurance Company Limited, Niederlassung Deutschland
Friends Life Limited
- G** GARANTA Versicherungs-AG
Gartenbau-Versicherung VVaG
GEGENSEITIGKEIT Versicherung Oldenburg
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
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
HanseMercur Allgemeine Versicherung AG
HanseMercur Lebensversicherung AG
HanseMercur Reiseversicherung AG
HanseMercur24 Lebensversicherung AG
HDI Direkt Versicherung AG
HDI-Gerling Firmen und Privat Versicherung AG
HDI-Gerling Lebensversicherung Aktiengesellschaft
HDI-Gerling Pensionskasse Aktiengesellschaft
HDI-Gerling Rechtsschutz Versicherung AG
Heidelberger Lebensversicherung AG



- H** HELVETIA Schweizerische Lebensversicherungs-AG
Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft Direktion für Deutschland
Hiscox Insurance Company Ltd. Niederlassung für Deutschland
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
LVM Rechtsschutz-Versicherungs-AG
- M** mamax Lebensversicherung AG
Mannheimer Versicherung AG
Mecklenburgische Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft
Mecklenburgische Versicherungs-Gesellschaft a. G.
Medien-Versicherung a. G. Karlsruhe, vorm. Buchgewerbe-Feuerversicherung, gegr. 1899
Monuta Versicherungen Zweigniederlassung Deutschland der Monuta Verzekeringen N.V. Apeldoorn
MÜNCHENER VEREIN Allgemeine Versicherungs-AG
MÜNCHENER VEREIN Lebensversicherung a. G.
- N** Neckermann Lebensversicherung AG
Neckermann Versicherung AG
Neue Bayerische Beamten Lebensversicherung AG
neue leben Lebensversicherung AG
neue leben Pensionskasse AG
neue leben Unfallversicherung AG
Neue Rechtsschutz Versicherungsgesellschaft AG

5 ANHANG

- N** Niedersächsische Versicherung VVaG
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
ONTOS Lebensversicherung AG
Optima Pensionskasse Aktiengesellschaft
Optima Versicherungs-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
ProTect Versicherung AG
Protector 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** RheinLand Lebensversicherung AG
RheinLand Versicherungs AG
Rhion Versicherung Aktiengesellschaft
R+V Allgemeine Versicherung AG
R+V Direktversicherung AG
R+V Lebensversicherung a. G.
R+V Lebensversicherung AG
ROLAND Rechtsschutz-Versicherungs-AG
ROLAND Schutzbrief-Versicherung AG



- S** S Direktversicherung Aktiengesellschaft
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
Sampo Japan Insurance Company of Europe Limited Niederlassung Deutschland
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 Sparkassen-Versicherung Gebäudeversicherung AG
SV Sparkassen-Versicherung 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.
Vereinigte Versicherungsgesellschaft von Deutschland Zweign. d. Combined Insurance Company of America
Versorgungsausgleichskasse Pensionskasse VVaG
VGH Landschaftliche Brandkasse Hannover
VGH Provinzial Lebensversicherung Hannover
VHV Allgemeine Versicherung AG
VHV Lebensversicherung AG
VICTORIA Lebensversicherung AG
VOLKSWOHL BUND LEBENSVERSICHERUNG a. G.
VOLKSWOHL BUND SACHVERSICHERUNG AG
Vorsorge Lebensversicherung AG
VPV Allgemeine Versicherungs-AG
VPV Lebensversicherungs-AG
VRK Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit im Raum der Kirchen

5 ANHANG

- W** WERTGARANTIE Technische Versicherung AG
- Westfälische Provinzial Versicherung Aktiengesellschaft
- WGV-Lebensversicherung AG
- WGV-Versicherung AG
- winsecura Pensionskasse 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 Limited 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

GDV, Berlin / Seite 2

Martina Büttel, Berlin / Seite 8

Druck

Druckerei Bloch & Co. GmbH, Berlin

