JAHRESBERICHT 2012

OMBUDSMANN
für Versicherungen

Grußwort

Die deutsche Versicherungswirtschaft hat früh erkannt, wie wichtig Vertrauen ist: Vor nunmehr zwölf Jahren, als das Ombudswesen in vielen anderen Branchen noch in den Kinderschuhen steckte, hat sie mit dem Versicherungsombudsmann e. V. eine beispielhafte Schlichtungsstelle eingerichtet. Beispielhaft vor allem deshalb, weil sie eigenständig und unabhängig ist – auch von den Versicherern. Das ist eine ganz wesentliche Voraussetzung für Vertrauen. Beispielhaft auch deshalb, weil sie bis zu bestimmten Streitwertgrenzen verbindlich entscheiden kann.

Das war ein mutiger Schritt der deutschen Versicherer, der großen Respekt verdient. Denn ihr Ombudsmann hat sich ohne Zweifel bewährt. Er deckt heute – mit Ausnahme der privaten Kranken- und Pflegeversicherung, die eine eigene Ombudsstelle betreibt – den privaten Versicherungsbereich ab. Fast alle Versicherungsunternehmen mit Privatkundengeschäft in Deutschland haben sich dem Versicherungsombudsmann freiwillig angeschlossen. Allein 2012 hat er mehr als 17.700 Beschwerden von Versicherten bearbeitet.

Das zeigt, wie wichtig der Versicherungsombudsmann für die Versicherten ist. Streitigkeiten können sie dort schnell, unbürokratisch und kostenlos klären lassen und sich so ein langwieriges und kostspieliges Gerichtsverfahren ersparen. Der Ombudsmann ist daher eine Institution, die den Verbraucherschutz in der deutschen Versicherungsbranche entscheidend gestärkt hat. Er ist dort heute nicht mehr wegzudenken.

Es ist also kein Zufall, dass der Versicherungsombudsmann als Vorbild gilt – nicht nur für die Finanzwirtschaft, und auch nicht mehr nur in Deutschland. Denn was für das Versicherungswesen hierzulande bereits weitgehend gelebte Praxis ist, ist auf EU-Ebene nun für alle Mitgliedstaaten vorgeschrieben worden. Die Richtlinie ADR sieht unter anderem ein flächendeckendes Netz außergerichtlicher Schlichtungsstellen, Regeln für deren Zulassung und vor allem verbindliche Mindeststandards vor. Bei der Umsetzung wird sicherlich auch der Versicherungsombudsmann mit seiner Erfahrung gefragt sein.

Es ist darum gut und wichtig, dass die BaFin enge Beziehungen zu der Schlichtungsstelle pflegt: Die Versicherungsaufsicht ist dort im Beirat vertreten. Umgekehrt ist Ombudsmann Professor Dr. Günter Hirsch – dessen Arbeit ich großen Respekt zolle – Mitglied im Fachbeirat der BaFin. 2012 war der Ombudsmann

auch dabei, als sich auf Initiative der BaFin – die selbst seit 2011 eine Schlichtungsstelle für Streitigkeiten nach dem Investmentgesetz betreibt – erstmals alle Schlichter der deutschen Finanzwirtschaft trafen. Und natürlich ist ein regelmäßiger Austausch mit der Versicherungsaufsicht sehr sinnvoll.

Warum ist das so? Weil Verbraucherschutz auch Aufsichtsthema ist. Allerdings unterscheidet sich der Auftrag der BaFin von dem der Ombudsleute, Gerichte und Verbraucherzentralen. Unsere Aufgabe ist es nicht, den einzelnen Verbraucher zu schützen, sondern das Kollektiv der Versicherten vor Schäden zu bewahren; Stichwort kollektiver Verbraucherschutz. Das tun wir zunächst, indem wir sicherstellen, dass die Unternehmen solvent sind und der Markt integer und funktionsfähig ist. Wir sorgen aber auch dafür, dass die Versicherer angemessene Geschäftsprozesse implementieren. Dazu gehört zum Beispiel, dass die Unternehmen im Vertrieb die richtigen Anreize setzen, aber auch, wie sie mit Beschwerden ihrer Kunden umgehen. Die Europäische Versicherungsaufsicht EIOPA hat dazu kürzlich Leitlinien erlassen, die wir für die deutsche Versicherungswirtschaft konkretisieren werden. Informationen darüber, wo wir genauer hinschauen müssen, gewinnen wir nicht nur aus unseren Prüfungen bei den Versicherern: Wir erhalten jedes Jahr mehr als 10.000 Beschwerden und fast ebenso viele Anrufe von Versicherungsnehmern, die uns auch wertvolle Hinweise auf Regelverstöße liefern.

Der Versicherungsmarkt kann nur dann reibungslos funktionieren, wenn der Schutz der Versicherten gewährleistet ist. Das heißt natürlich nicht, dass wir sie „an die Hand nehmen“ – jeder ist und bleibt für seine Entscheidungen selbst verantwortlich. Aber wir müssen sicherstellen, dass Verbraucher und Versicherer auf Augenhöhe interagieren können. Kollektiver und individueller Verbraucherschutz greifen dabei ineinander. Die BaFin und der Versicherungsombudsmann werden ihre Beziehungen darum weiter intensivieren.

Wir freuen uns also weiterhin auf eine gute und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem Versicherungsombudsmann. Ich wünsche ihm auch für 2013 und die weitere Zukunft viel Erfolg bei seiner wichtigen Tätigkeit.

Dr. Elke König

Präsidentin der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

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	Im Fokus: die Lebensversicherung	16
2.2	Europäische Entwicklungen der außergerichtlichen Streitbeilegung	19
2.3	Mediationsgesetz	20
2.4	Die Versicherungssparten in der Jahresbetrachtung	21
2.5	Beschwerdefälle	48
3	**Einzelheiten zur Schlichtungsstelle**	64
3.1	Allgemeines	64
3.2	Organisation und Personal	66
3.3	Vereinsmitglieder und Mitgliederversammlung	68
3.4	Vorstand	69
3.5	Beirat	70
3.6	Presse- und Öffentlichkeitsarbeit	72
3.7	Fachlicher Austausch	73
3.8	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	82
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 Beirats	106
5.5	Mitglieder des Vorstands, Geschäftsführer	109
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

Außergerichtliche Streitbeilegung befindet sich in den letzten Jahren enorm im Aufwind. Viele verschiedene Einrichtungen der außergerichtlichen Streitbeilegung sind entstanden und gesetzliche Regelungen, wie das am 26. Juli 2012 in Kraft getretene Mediationsgesetz, eröffnen Alternativen zu Gerichtsverfahren. Zudem sieht der europäische Gesetzgeber per Richtlinie und Verordnung vor, dass Verbraucher künftig bei Problemen nach einem Warenkauf oder der Inanspruchnahme von Dienstleistungen flächendeckend auf Schlichtungsstellen zurückgreifen können.

Konfliktlösung und Rechtsdurchsetzung nicht ausschließlich auf die staatlichen Gerichte zu beschränken, entspricht einem modernen Verständnis von Staat und Gesellschaft – und dem Interesse der Vertragsparteien. Für den Bereich hoheitlicher Verwaltung erfüllen staatliche Ombudsleute, Petitionsausschüsse und der Europäische Bürgerbeauftragte diese Funktion. Es setzt sich jedoch immer stärker die Erkenntnis durch, dass auch in vielen privatrechtlichen Bereichen die Rechte der Verbraucher dadurch sinnvoll ergänzt werden, dass zusätzlich zu dem ordentlichen Rechtsweg eine außergerichtliche Streitbeilegungsmöglichkeit besteht. Der Bedarf dafür erscheint dort besonders groß, wo eine „strukturelle Asymmetrie“ herrscht. Diese Wirtschaftsbereiche sind dadurch gekennzeichnet, dass eine „marktmächtige“ Seite dem Vertragspartner überlegen ist, insbesondere weil die angebotenen Produkte und deren Leistungsmerkmale vom Verbraucher kaum vollständig bewertet werden können oder die Bedingungen des Vertrages vom Anbieter vorgegeben werden. Dieses Ungleichgewicht kann den Ausgang des Streits beeinflussen. Ganz gleich, ob diese Verhältnisse tatsächlich so bestehen oder nur von der „unterlegenen“ Seite so wahrgenommen werden – 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 zwölften Jahr ihrer Tätigkeit. Die angeschlossenen Versicherungsunternehmen repräsentieren nahezu den gesamten Markt im Privatkundengeschäft. Dem Kunden des Versicherers steht mit dem Ombudsmann eine Instanz zur Verfügung, die unabhängig und zudem in der Lage ist, bestehende Ansprüche durchzusetzen. Das ergibt sich aus der besonderen Befugnis, die der Ombudsmann von den Versicherungsunternehmen erhalten hat: Er kann bis zu einem Beschwerdewert von 10.000 Euro verbindlich gegen den Versicherer entscheiden.

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

1.2 Sinn und Zweck der Schlichtungsstelle

Mit der Einrichtung der Schlichtungsstelle „Versicherungsombudsmann“ hat die Versicherungswirtschaft zwei Gedanken aufgenommen und verwirklicht, die im gesellschaftlichen Diskurs heute immer mehr in den Vordergrund treten. Dies ist zum einen der Verbraucherschutz. Versicherungsnehmer sollen im Rahmen ihres privaten Versicherungsbedarfs die Sach- und Rechtslage für ihr Problem herausfinden können, ohne durch Kosten belastet zu werden. Zum anderen wollen die Versicherer Meinungsverschiedenheiten mit ihren Kunden vorrangig ohne Gerichtsverfahren klären. Dies nicht zuletzt deshalb, weil durch eine gerichtliche Auseinandersetzung die Kundenbeziehung weit mehr belastet wird als durch das Schlichtungsverfahren.

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

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

Die Versicherungswirtschaft hat großen Wert darauf gelegt, dass dem Kunden durch das Schlichtungsverfahren keine Nachteile entstehen. Die Ausgestaltung der Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns wird vielfach als vorbildlich angesehen. Die Inanspruchnahme des Ombudsmanns ist für den Beschwerdeführer kostenfrei und der Lauf etwaiger Verjährungsfristen wird gehemmt, sobald die Beschwerde eingeht. Damit steht dem Kunden ein einfaches und schnelles Verfahren zur Verfügung, in dem er seine Fragen fachkundig klären lassen kann, ohne dass er die staatlichen Gerichte in Anspruch nehmen muss. Angesichts von mehr als 110.000 Beschwerden, die der Ombudsmann seit 2001 juristisch geprüft und abgeschlossen hat, leistet die Versicherungswirtschaft mit der Schlichtungsstelle auch einen Beitrag, die Justiz zu entlasten.

1.3 Der 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 wieweit Beschwerdeführer und Beschwerdegegner dem Ombudsmann Vertrauen entgegenbringen. Dies gilt sowohl hinsichtlich seiner Fachkompetenz als auch seiner persönlichen Integrität.

Eine Person muss daher besondere Voraussetzungen erfüllen, damit sie in das Amt des Ombudsmanns gewählt werden kann. Beispielsweise soll sie die Befähigung zum Richteramt und besondere Erfahrungen in Versicherungssachen vorweisen können. Sie darf dabei in den letzten drei Jahren vor Antritt des Amtes nicht hauptberuflich für ein Versicherungsunternehmen tätig gewesen sein. Seit der Aufgabenerweiterung für Vermittlerbeschwerden gilt dies auch für eine vorherige Tätigkeit als Versicherungsvermittler oder -berater. Der Ombudsmann wird vom Vorstand des Vereins vorgeschlagen und durch Beschlüsse der Mitgliederversammlung und des Beirats bestellt. Eine Amtszeit des Ombudsmanns beträgt höchstens fünf Jahre. Eine einmalige Wiederwahl ist möglich. Nur bei offensichtlichen und groben Verfehlungen gegen seine Verpflichtungen kann der Ombudsmann vorzeitig abberufen werden.

Die Neutralität des Ombudsmanns wird nicht zuletzt durch seine unabhängige Stellung gesichert. Er ist kein Angestellter des Vereins und ausdrücklich hinsichtlich seiner Entscheidungen, seiner Verfahrens- und Amtsführung im Rahmen der

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

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

Dieser Grundgedanke, eine Persönlichkeit zu beauftragen und mit Kompetenzen auszustatten, damit sie in bestimmten Bereichen eine ungerechte Behandlung von Personen verhindert, breitete sich aus. Viele Länder haben Bürgerbeauftragte für verschiedene Aufgabenbereiche eingesetzt. In der Bundesrepublik wurde beispielsweise 1956 das Amt des Wehrbeauftragten des Deutschen Bundestags geschaffen und in der Verfassung verankert (Artikel 45b Grundgesetz). Seit 1995 ist der Bürgerbeauftragte (oder Ombudsmann) der Europäischen Union für Beschwerden von Bürgern zuständig, die Missstände bei der Tätigkeit europäischer Organe rügen.

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

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

1.4 Das Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsunternehmen

Alle Sparten der privaten Versicherungswirtschaft, ausgenommen die Kranken-, Pflege- und Kreditversicherung, fallen in die Zuständigkeit des Versicherungsombudsmanns. Die Schlichtungsstelle steht den Kunden der Mitgliedsunternehmen offen, soweit die Beschwerde im Zusammenhang mit ihrer Eigenschaft als Verbraucher steht. Zudem kann der Ombudsmann auch Beschwerden von Kleingewerbetreibenden behandeln. Versicherungskunden, die in der Regel nicht über besondere Rechts- oder Versicherungskenntnisse verfügen, erhalten damit die Möglichkeit, ihre Versicherungsprobleme ohne Kostenrisiko zu lösen. Dies bedeutet zugleich einen alternativen Zugang zum Recht, der effizient und weniger formal ist als ein Gerichtsverfahren.

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

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

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

Bei der Ausgestaltung des Verfahrens haben die Versicherungsunternehmen großen Wert darauf gelegt, dass ihren Kunden durch die Inanspruchnahme des Ombudsmanns keine Nachteile entstehen. Vielmehr soll es diesen möglich sein, die Entscheidung ihres Versicherers prüfen zu lassen, ohne in Kauf nehmen zu müssen, im Falle der Nichtbestätigung ihrer Ansicht schlechter gestellt zu sein als vor Einschaltung des Ombudsmanns. Diesem Gedanken folgend, wird die Verjährungsfrist von etwaigen Ansprüchen der Verbraucher während des Verfahrens gehemmt, 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 Fachkenntnisse rechtliche Nachteile befürchten müssen. Schließlich kann von Verbrauchern nicht erwartet werden, dass sie über Beweislastregeln oder Grundsätze der Verfahrensordnung Bescheid wissen und immer rechtzeitig die notwendigen Maßnahmen ergreifen oder Erklärungen abgeben. Dass der Ombudsmann nicht auch die Versicherungsunternehmen auf diese Weise unterstützt, 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

der Ombudsmann unter rechtlichen Gesichtspunkten die Streitfrage und nutzt eventuelle Möglichkeiten zur Schlichtung. Das Verfahren selbst ist offen ausgestaltet. Stellungnahmen und Unterlagen werden grundsätzlich jeweils der anderen Partei zur Kenntnis gebracht. Bei neuem, entscheidungserheblichem Vorbringen wird die Möglichkeit zur ergänzenden Stellungnahme gegeben. Der Sachverhalt, auf dem die Entscheidung beruht, ist damit den Beteiligten bekannt. Es werden den Parteien keine Erkenntnisse oder Erwägungen vorenthalten.

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

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

1.5 Das Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsvermittler

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

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

Nach der gesetzlichen Zuweisung ist der Ombudsmann zuständig für Streitigkeiten zwischen Versicherungsnehmern oder -interessenten und Versicherungsvermittlern oder -beratern „im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen“. Die so festgelegte Zuständigkeit führt zu gewissen Einschränkungen. So gehören Beschwerden eines Vermittlers gegen einen anderen Vermittler oder Beschwerden des Vermittlers gegen ein Unternehmen und umgekehrt nicht zur zugewiesenen Aufgabe. Abgrenzungsbedarf besteht auch in Bezug auf das Beschwerdeziel. Wird die Beteiligung des Vermittlers an der Schadenregulierung oder die Kündigung von Versicherungsverträgen durch Vermittler beanstandet, kann der Ombudsmann nicht tätig werden, es sei denn, es besteht eine Verbindung mit der Vermittlung eines neuen Vertrages. Streitigkeiten im Zusammenhang mit der reinen Betreuung von Versicherungsverträgen fallen ebenfalls nicht in die Zuständigkeit des Ombudsmanns.

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, Vermittlerbeschwerden einzulegen.

Die beiden Beschwerdeverfahren des Ombudsmanns unterscheiden sich noch in weiteren Aspekten. Im direkten Vergleich fällt zum Beispiel auf, dass nach der VomVO das Verfahren ausgesetzt wird, falls bereits eine Beschwerde bei der Finanzaufsichtsbehörde (in der Regel die BaFin) anhängig ist. Dies sieht die

VermVO dagegen nicht ausdrücklich vor. Der Ombudsmann prüft jedoch, ob das Verfahren geeignet ist, den Streit beizulegen (§ 4 Absatz 6 Satz 1 VermVO). Daher wird in den genannten Fällen regelmäßig kein Verfahren durchgeführt, da für einen Schlichtungsversuch kein Raum ist, wenn sich ein Gericht oder die BaFin mit dem Fall befasst. 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. Auch das Vermittlerverfahren ist schriftlich. Anders als bei Unternehmensbeschwerden ist der Sachverhalt allerdings 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 allerdings nicht auf mangelnde „Entscheidungsfreude“ des Ombudsmanns, sondern auf die unterschiedlichen Grundlagen zurück. Wie zuvor ausgeführt, wird der Ombudsmann in Vermittlerbeschwerden auf gesetzlicher Grundlage tätig. Daher könnte nur der Gesetzgeber dafür sorgen, dass Entscheidungen des Ombudsmanns Bindungswirkung zukommt. Dies ist bislang nicht vorgesehen, wird möglicherweise aber künftig diskutiert werden.

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

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

1.6 Veröffentlichung der Entscheidungen des Ombudsmanns

Sofern eine Schlichtung nicht gelingt, bescheidet der Ombudsmann den zur Prüfung gestellten Anspruch. Diese Beurteilung des Ombudsmanns ist für die Parteien des jeweiligen Verfahrens bestimmt. Je nach Adressat unterscheidet sich die Form. Bescheide zu Lasten des Versicherers ähneln im Aufbau denen von Gerichtsurteilen. Hier geht es vor allem darum, dem rechtlich bewanderten Versicherer die Gründe der Ombudsmannentscheidung juristisch überzeugend darzulegen. Anders bei der ablehnenden Entscheidung, die an den Beschwerdeführer gerichtet ist. 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 dem Ombudsmann dies, kann er den Beschwerdeführer von der Richtigkeit der Entscheidung überzeugen und auch auf diese Weise den Streit beilegen.

Bei nicht wenigen Beschwerden stehen Fragen im Streit, deren Behandlung auch für Außenstehende von Interesse sein kann. Deshalb veröffentlicht der Ombudsmann Bescheide aus Beschwerdefällen mit rechtlichen Fragen, die für die Beteiligten eines Versicherungsvertrages aufschlussreich sein können. Diese Entscheidungen werden anonymisiert und, angefangen vom Sachverhalt bis hin zum Ergebnis und den tragenden Gründen, für jedermann zugänglich auf der Homepage des Versicherungsombudsmanns eingestellt. Inzwischen haben viele Entscheidungen des Ombudsmanns Eingang in juristische Fachzeitschriften gefunden oder werden in versicherungsrechtlichen Kommentaren zitiert.

Vor allem die auf der 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 Falls studiert haben. Die so veröffentlichten Entscheidungen sind allerdings nicht repräsentativ für die Häufigkeit der typischen Themen, mit denen der Ombudsmann sich befasst, denn aus naheliegenden Gründen wird auf Wiederholung gleichgelagerter Fälle verzichtet. Auch kann an den Veröffentlichungen nicht die Erfolgsquote von Beschwerden abgelesen werden. Dies ist schon deshalb nicht möglich, weil diese Prozentzahl im Wesentlichen zustande kommt, indem die Unternehmen ihre ursprüngliche Entscheidung zu Gunsten des Beschwerdeführers abändern, weshalb es dann eines Spruchs durch den Ombudsmann nicht mehr bedarf.

2 Bericht des Ombudsmanns

2.1 Im Fokus: die Lebensversicherung

Im Jahr 2012 setzte der Bundesgerichtshof (BGH) die Reihe der wichtigen Entscheidungen zur Lebensversicherung fort. Erstmals mit Urteil vom 25. Juli 2012 bewertete das Gericht die Kostenverrechnungsklausel nach dem sogenannten Zillmerverfahren im Falle von Kündigung oder Beitragsfreistellung als unangemessene Benachteiligung und erklärte sie für unwirksam. Zuvor hatte das Gericht lediglich mangelnde Transparenz angeführt, die Regelungen aber inhaltlich nicht beanstandet (vgl. Jahresbericht 2005, Seite 15). Es folgten weitere, überwiegend inhaltsgleiche Urteile gegen andere Versicherer, die alle im Wege der Verbandsklage nach dem Unterlassungsklagengesetz (UKlaG) angestrengt wurden.

Beim Zillmerverfahren stellt der Versicherer die Abschlusskosten bei Beginn des Vertrages komplett in Rechnung, so dass sich das Vertragskonto zunächst im Minus befindet und die ersten Sparbeiträge dem Ausgleich dienen. Aus diesem Grund ist in der Anfangszeit kein oder nur ein geringer Rückkaufswert vorhanden. Dadurch werde, so der BGH, der Vertragszweck für die Versicherungsnehmer, die von der langfristigen Vertragsfortführung vorzeitig absehen müssen, unverhältnismäßig belastet oder vereitelt, wenn die Versicherung nicht nur der Risikoabsicherung dient. Diese Einschätzung steht im Einklang mit einem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 15. Februar 2006.

Außerdem erklärte der BGH im Urteil vom 25. Juli 2012 die ihm vorliegenden Regelungen zum Stornoabzug für unwirksam. Zum einen fehle mit dem Wegfall der Zillmerabrede der Anknüpfungspunkt für die Stornoklausel, denn der Abzug soll vom gezillmerten Deckungskapital vorgenommen werden. Zum anderen beanstandete er, dass nicht zwischen dem gesetzlichen Rückkaufswert und dem Stornoabzug unterschieden werde. Dies sei intransparent. Das gelte auch für die Garantiewerttabellen, die Rückkaufswerte und Auszahlungsbeträge nach Stornoabzug nicht gesondert ausweisen. Schließlich fehle der Hinweis gemäß § 309 Nr. 5 b des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB), der den Versicherungsnehmer darüber informiere, dass er einen geringeren Aufwand für die Stornobearbeitung nachweisen könne. Bei der Stornoklausel, welche diese Möglichkeit des Versicherungsnehmers aufzeigte, monierte der BGH die angegebene Beweislastverteilung. Die Vermischung zwischen dem gesetzlichen Rückkaufswert und dem Stornoabzug bedeute einen Verstoß gegen § 309 Nr. 12 a BGB. Der Versicherungsnehmer werde bezüglich der Beweislastverteilung in die Irre geführt. Es werde nicht deutlich, dass zunächst der Versicherer die Angemessenheit des Stornoabzuges zu beweisen habe und erst dann der Versicherungsnehmer für seinen Fall einen geringeren Aufwand nachweisen könne. Mit den im Berichtsjahr ergangenen Entscheidungen änderte somit der BGH seine Rechtsprechung nicht unmaßgeblich.

Die Beschwerden zu diesem Thema konnten nicht so zügig wie gewohnt bearbeitet werden, da die Versicherer zuerst die Urteilsgründe abwarten und auswerten mussten, bevor sie sich abschließend äußerten. Diese eingehende Befassung war

aufgrund der geänderten Rechtsprechung nachvollziehbar und wurde vom Ombudsmann, sofern sie im zeitlich vertretbaren Rahmen blieb, nicht beanstandet.

Der gesamte Problemkreis ist rechtlich noch nicht vollständig geklärt, denn der BGH konnte in den nach dem Unterlassungsklagengesetz geführten Verfahren nicht entscheiden, wie die durch die Unwirksamkeit der genannten Klauseln entstandenen Lücken hinsichtlich der Abschlusskosten in betroffenen Verträgen zu füllen sind. Der Ombudsmann kann diese Rechtsfrage nach seiner Verfahrensordnung (§ 8 Absatz 2 VomVO) nicht selbst entscheiden, da sie von rechtsgrundsätzlicher Bedeutung ist. Zwei Lösungen kommen zur Lückenfüllung infrage.

Einerseits wird diskutiert, die ergänzende Vertragsauslegung an der Regelung zu orientieren, die der Gesetzgeber mit dem neuen Versicherungsvertragsgesetz (VVG) eingeführt hat. Demzufolge wären für ab dem 1. Januar 2008 geschlossene Verträge bei der Ermittlung des Rückkaufswerts die einmaligen Abschlusskosten auf die ersten fünf Jahre gleichmäßig zu verteilen.

Man könnte aber auch andererseits als Mindestrückkaufswert die Hälfte des sogenannten ungezillmerten Deckungskapitals ansetzen. Dies entspricht den BGH-Urteilen vom 12. Oktober 2005. Damals hatte das Gericht in einer ähnlichen rechtlichen Situation (in einem Individualklageverfahren) eine ergänzende Vertragsauslegung vorgenommen. Nach Ansicht des Ombudsmanns liegt es nahe, die neuerliche Regelungslücke auf die gleiche Weise zu füllen. Dies entspricht auch ersten Tendenzen in der Rechtsprechung wie den zwischenzeitlich ergangenen Entscheidungen von zwei Oberlandesgerichten (OLG): Urteil des OLG Karlsruhe vom 20. Dezember 2012 und Urteil des OLG Köln vom 21. Dezember 2012.

Bisher haben sich die Versicherer in Verträgen, die in den betroffenen Zeitraum fallen, für eine Neuberechnung der Rückkaufswerte entschieden und sich dabei überwiegend auf die Grundsätze gestützt, die der BGH im Jahr 2005 für den Mindestrückkaufswert festgelegt hatte.

Beide Berechnungsmethoden führen zu unterschiedlichen Ergebnissen. Der Ombudsmann ist in der Lage, die Werte nach beiden Methoden zu ermitteln und damit auch die von den Versicherern mitgeteilten Werte rechnerisch zu überprüfen. Erreicht die Nachzahlung zumindest die Höhe, die sich nach einer der genannten Methoden ergibt, kann der Ombudsmann dies nach derzeitiger Rechtslage nicht beanstanden. Durch diese eigenständige rechnerische Überprüfung kann der Ombudsmann jedoch den Beschwerdeparteien eine weiterführende Einschätzung geben, die meist zu einer einvernehmlichen Beilegung des Streites führt.

Mitunter gab es mit Versicherern Diskussionen hinsichtlich der Erstattung des Stornoabzugs. Einige waren der Ansicht, dass ihre Stornoklauseln den Anforderungen der neuen Urteile genügten. Der Ombudsmann hatte die Einwände des Versicherers bzw. die entsprechende Klausel zu prüfen. In einigen Fällen stellte er

erhebliche Unterschiede zu den Klauseln, die der BGH für unwirksam erklärt hatte, fest. In anderen Fällen griffen die Einwände des Versicherers nicht durch. In der Regel erstatteten die Versicherer aufgrund der ergänzenden Argumentation des Ombudsmanns dann die Abzüge.

Offen ist, ob die neue BGH-Rechtsprechung auch auf Verträge anzuwenden ist, denen noch vom Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen (ein Vorläufer der heutigen Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht – BaFin) geprüfte und genehmigte Bedingungen zugrunde liegen (Vertragsabschluss vor Mitte Juli 1994). Für Bedingungen aus diesem Zeitraum haben die Gerichte noch nicht alle Rechtsfragen geklärt. Allerdings prüfte der Ombudsmann stets vorab, ob aufgrund der Höhe des ausgezahlten Rückkaufswerts oder der beitragsfreien Versicherungssumme eine Nachzahlung überhaupt in Betracht kam. In der überwiegenden Zahl der Fälle war dies nicht der Fall, da die meisten Beschwerdeführer vor der Kündigung oder Beitragsfreistellung so viele Beiträge gezahlt hatten, dass die Abschlusskosten bereits getilgt waren. Diesen Beschwerdeführern konnte der Ombudsmann mitteilen, dass auch bei Anwendung der neuen Rechtsprechungsgrundsätze keine Nachzahlung in Betracht komme. Damit musste der Ombudsmann nur die Beschwerdeführer, die kurz nach Beginn ihren Vertrag beitragsfrei gestellt hatten, auf die ungeklärte Rechtslage verweisen.

Viele vor 1994 verwendeten Vertragswerke enthielten keine Klauseln zum Stornoabzug, sondern verwiesen pauschal auf den Geschäftsplan. Erst dort waren Regelungen zum Stornoabzug enthalten. Daher konnten die Versicherungsnehmer in den ihnen vorliegenden Vertragsbedingungen keine Ausführungen dazu finden. Erstmals wurde 1994 im VVG geregelt, dass ein Stornoabzug vertraglich vereinbart werden muss. Die genannte BGH-Rechtsprechung nimmt in der Begründung auch auf diese Regelung Bezug. Daher kann die BGH-Rechtsprechung nicht auf Verträge angewendet werden, die in einer Zeit geschlossen wurden, als eine Vereinbarung des Stornoabzugs als Wirksamkeitsvoraussetzung noch nicht vorgeschrieben war. Entsprechend fehlt dem Ombudsmann bei Stornoabzügen in sogenannten regulierten Tarifen (Vertragsabschluss vor Mitte Juli 1994) die Handhabe, diese zu beanstanden.

Soweit sich Kunden auf die neue BGH-Rechtsprechung berufen haben, die ihren Vertrag bereits nach Inkrafttreten des 2008 reformierten VVG abgeschlossen hatten, war nur die Wirksamkeit der vereinbarten Stornoklausel zu prüfen. Da die Abschlusskosten – so wie es das Reformgesetz vorsieht – auf die ersten fünf Versicherungsjahre verteilt wurden, bestand kein Anspruch auf Neuberechnung des Mindestrückkaufswerts. Bei Beschwerden, denen Verträge zugrunde lagen, die bereits unter die Rechtsprechung des BGH vom 12. Oktober 2005 fielen (Abschluss zwischen Juli 1994 und Mai 2001), wurde den Kunden mitgeteilt, dass die neue BGH-Rechtsprechung keinen weiteren Nachzahlungsanspruch begründet. Eine Ausnahme bildeten jedoch die Verträge, bei denen sich Versicherer hinsichtlich des Stornoabzugs damals darauf berufen haben, dass ihre Klausel von der abweicht, die der BGH 2001 für unwirksam erklärt hatte. Diese Klauseln wa-

ren nunmehr im Hinblick auf die aktuelle BGH-Rechtsprechung erneut zu prüfen. Insoweit konnten nicht wenige Abhilfen erreicht werden.

Die Beschwerdebearbeitung zur neuen BGH-Rechtsprechung machte zudem viele Prüfungen zur Verjährung notwendig.

Aufgrund der aktuellen Finanzmarktlage sowie der neuen BGH-Rechtsprechung gerieten die Lebens- und Rentenversicherungen in den besonderen Blickwinkel der Medien. Entsprechende Berichte schlugen sich indirekt in der Beschwerdebearbeitung nieder. In einigen davon fanden sich Behauptungen über zu hohe Kosten und zu niedrige Verzinsung. Auch wurde die Absenkung der Überschussbeteiligung nicht mit der Finanzmarktentwicklung, sondern mit Schwächen der Lebensversicherungsunternehmen erklärt. Zum Teil wurde die dauerhafte Erfüllbarkeit der Leistungen von zumindest einigen Unternehmen in Frage gestellt. Insgesamt konnte der Eindruck entstehen – dies sei an dieser Stelle außerhalb der reinen Beschwerdebearbeitung angemerkt –, dass die Berichterstattung nicht immer die komplexe Lage in sachlicher sowie fachlicher Hinsicht berücksichtigte und überwiegend ein zu einseitiges Bild dargestellt wurde. Diese zumindest erheblich überzeichnenden bzw. verallgemeinernden Aussagen führten zwar nicht zu wesentlich mehr Beschwerden beim Ombudsmann, prägten jedoch das Bild vieler Beschwerdeführer von ihrem Vertragspartner erkennbar. Dementsprechend anspruchsvoll war es für den Ombudsmann, in Fällen, in denen kein beanstandungswürdiges Verhalten festzustellen war, über die sachliche Ebene den Beschwerdeführer vom Ergebnis zu überzeugen.

2.2 Europäische Entwicklungen der außergerichtlichen Streitbeilegung

Auf europäischer Ebene gibt es weitreichende und bereits fortgeschrittene Pläne zur Förderung von Verfahren der außergerichtlichen Streitbeilegung (AS). Nach einem Vorschlag der Kommission für eine Richtlinie des Parlaments und des Rates vom 29. November 2011 sollen „für alle Arten von Verbraucherbeschwerden AS-Stellen zur Verfügung stehen“, die dafür sorgen, „dass Streitigkeiten über grenzüberschreitende Rechtsgeschäfte leichter gelöst werden können“. Außerdem soll eine Verordnung des Parlaments und des Rates über die Online-Streitbeilegung erlassen werden. Beide Gesetzgebungsakte werden als „prioritäre Aktion“ im Jahre 2013 erwartet.

- Die Richtlinie über alternative Streitbeilegung soll für vertragliche Streitigkeiten zwischen Verbrauchern und Unternehmen gelten, die sich unabhängig von der jeweiligen Wirtschaftsbranche aus dem Kauf von Waren oder der Bereitstellung von Dienstleistungen ergeben. Erfasst werden nicht nur grenzüberschreitende, sondern auch innerstaatliche Geschäfte. Nach der Richtlinie haben die EU-Staaten dafür zu sorgen, dass für alle Arten von derartigen Verbraucherbeschwerden Schlichtungsstellen eingerichtet werden. Für Branchen oder Geschäfte, für die es keine spezielle Schlichtungsstelle gibt, ist eine Auffangschlichtungsstelle einzurichten (sog. Ergänzende AS-Stelle). Das Ziel ist somit ein branchen- und flächendeckendes Netz von Schlichtungsstellen für Beschwerden bei Verbrauchergeschäften.

- Der Richtlinienentwurf enthält Vorgaben für die Zusammensetzung, Organisation und das Verfahren der AS-Stellen, insbesondere zur Kompetenz und Unparteilichkeit des Schlichters sowie zur Transparenz, Effektivität und Fairness des Verfahrens. Außerdem werden den AS-Stellen Informations- und Berichtspflichten gegenüber den zuständigen Behörden auferlegt, bei deren Verletzung Sanktionen vorzusehen sind.

- Die Verordnung über Online-Streitbeilegung soll für die außergerichtliche Beilegung von vertraglichen Streitigkeiten zwischen Verbrauchern und Unternehmen gelten, wenn diesen ein grenzübergreifender Online-Verkauf von Waren oder eine Online-Bereitstellung von Dienstleistungen zugrunde liegt. Es wird vorgeschlagen, dass die Kommission eine europäische Plattform für die Online-Streitbeilegung einrichtet. Dabei handelt es sich um eine interaktive Website in allen Amtssprachen als zentrale Anlaufstelle für Verbraucher und Unternehmer, die Streitigkeiten nach der Verordnung außergerichtlich beilegen möchten. Die Plattform soll insbesondere die Voraussetzungen für die elektronische Einlegung von Beschwerden schaffen und diese an die zuständigen Schlichtungsstellen in den einzelnen Mitgliedstaaten weiterleiten.

- In seiner Stellungnahme begrüßte der GDV diese Vorhaben im Grundsatz, sprach sich allerdings gegen zu weitgehende Regulierungen aus und betonte insbesondere das Prinzip der Freiwilligkeit der alternativen Streitbeilegung. Er empfahl einen prinzipienbasierten Ansatz dahingehend, zwar wesentliche Grundsätze der alternativen Streitbeilegung festzusetzen, es jedoch den AS-Stellen zu überlassen, diese anzuerkennen. Unter anderem wandte er sich gegen die Festlegung einer strikten Erledigungsfrist (drei Monate ab Eingang der Beschwerde) sowie von Informationspflichten der AS-Stellen gegenüber den nationalen Behörden.

- Auch der Bundesverband der Verbraucherzentralen und Verbraucherverbände (vzbv) begrüßte die Vorhaben im Grundsatz, forderte jedoch weitergehende Mindeststandards für die AS-Stellen (etwa im Hinblick auf ihre Unabhängigkeit und Unparteilichkeit sowie auf staatliche Kontrollen).

- Der Versicherungsombudsmann (nach einem Bericht der Zeitschrift Capital von 07/2011 das „größte deutsche Privatgericht“) erfüllt, soweit ersichtlich, bereits heute weitgehend die strukturellen, organisatorischen und verfahrensrechtlichen Vorgaben der geplanten Richtlinie. Die geforderte Unabhängigkeit ist insbesondere dadurch gewährleistet, dass die Schlichtungsstelle mit der Organisation als eingetragenem Verein über eine eigene Rechtspersönlichkeit verfügt. Im Übrigen sind offene Fragen im Rahmen des rechtspolitischen Prozesses der Umsetzung der Richtlinie zu klären.

2.3 Mediationsgesetz

Am 26. Juli 2012 ist das Mediationsgesetz in Kraft getreten. Es regelt nicht nur die Mediation, sondern auch Aspekte anderer Verfahren der außergerichtlichen

Konfliktbeilegung. So sieht der neue § 278a der Zivilprozessordnung (ZPO) vor, dass Gerichte den Parteien eine Mediation „oder ein anderes Verfahren der außergerichtlichen Konfliktbeilegung“ vorschlagen können. Entscheiden sich die Parteien zur Durchführung eines derartigen Verfahrens, ordnet das Gericht das Ruhen des Verfahrens an.

Dies ist eine für die außergerichtliche Streitbeilegung gewichtige Vorschrift. Damit erkennt die ZPO an, dass es komplementäre Verfahren zum Zivilprozess gibt, die den Bürgern zusätzlichen Rechtsschutz geben. Die Zivilrichter können solche Verfahren vorschlagen und ihr Verfahren aussetzen, wenn die Parteien ein AS-Verfahren wählen. Private Schlichtungsstellen bekamen damit sozusagen den Segen des Gesetzgebers. Es bleibt abzuwarten, in welchem Ausmaß die außergerichtlichen Schlichtungsstellen auch die höhere Weihe der Gerichte erhalten, indem diese von ihrer Kompetenz Gebrauch machen, ein außergerichtliches Schlichtungsverfahren vorzuschlagen.

Nach der Verfahrensordnung findet ein Verfahren vor dem Ombudsmann nicht statt, solange der Beschwerdegegenstand vor einem Gericht anhängig ist. Da eine gerichtliche Klage auch bei Ruhen des Verfahrens anhängig bleibt, ist die Verfahrensordnung anzupassen.

2.4 Die Versicherungssparten in der Jahresbetrachtung

Nachfolgend wird die Entwicklung in den Versicherungssparten im Jahr 2012 aus Sicht der Beschwerdebearbeitung aufgezeigt. Wie im Vorjahr werden alle Versicherungssparten dargestellt. Dies soll dem Leser ermöglichen, jede Sparte über Jahre hinweg zu verfolgen und sich ein eigenes Bild von der Entwicklung aus der Perspektive der Beschwerdebearbeitung zu machen. Alle Berichte aus den Sparten enthalten die wichtigsten statistischen Angaben, die vorwiegenden Themen und Probleme einschließlich der Erläuterungen. Darüber hinaus werden eventuell vorhandene Besonderheiten dargestellt und die langfristige Entwicklung beschrieben, sofern dies von Interesse scheint.

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.

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

Das rechtliche Umfeld ist erheblich komplexer geworden. Dies liegt zum Beispiel an jüngeren Gesetzesentwicklungen wie den Reformen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) oder des Vermittlerrechts. 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 stiegen sie nicht wesentlich an. Mit dem Berichtsjahr ist zum zweiten Mal in Folge eine, wenn auch geringe, sinkende Tendenz eingetreten. Die Verteilung der Versicherungssparten untereinander ist dagegen weiterhin in Bewegung, größere Sprünge zwischen zwei aufeinanderfolgenden Berichtsjahren sind jedoch selten.

- Lebensversicherung

Im Jahr 2012 erhielt der Ombudsmann 3.818 (Vorjahr: 4.006) zulässige Beschwerden zur Lebensversicherung, das entspricht 32,9 (32,7) Prozent am Gesamteingang. Der Anteil der Lebensversicherung zeigt sich im langjährigen Vergleich recht wechselhaft. Nach den Entscheidungen des BGH vom 12. Oktober 2005 zum Rückkaufswert und zum Stornoabzug war der Anteil der Lebensversicherung auf bis zu 55,4 Prozent am gesamten Beschwerdeaufkommen im Jahr 2006 angestiegen. Danach war ein kontinuierlicher Rückgang zu verzeichnen. Auch 2012 verringerten sich die Beschwerden zum Vorjahr, wenngleich sie im letzten Monat des Berichtjahres wieder anstiegen. Der Grund dafür dürfte in den Urteilen des BGH zum Rückkaufswert und zum Stornoabzug zu sehen sein. Zu diesem Themenkreis wird ausführlich unter 2.1 berichtet.

Im Berichtsjahr haben sich die Gründe für die Beschwerden in der Lebensversicherung nur geringfügig verändert. Insbesondere hatte sich der Ombudsmann mit Beschwerden über die Höhe von Ablaufleistungen zu befassen. Meist waren diese auf Unterschiede zwischen den Erwartungen der Beschwerdeführer und den mitgeteilten oder abgerechneten Leistungen der Versicherer zurückzuführen. Der Ombudsmann überprüfte die Entscheidungen der Versicherer sowohl in juristischer als auch in versicherungsmathematischer Hinsicht. Auch Beschwerden zu Anfechtungs- und Rücktrittserklärungen der Versicherer wegen Verletzung vorvertraglicher Anzeigepflichten (Falschbeantwortung von Gesundheitsfragen) erreichten den Ombudsmann. Weiter haben sich die Neuregelungen des 2008 reformierten VVG wiederholt auf die Beschwerden ausgewirkt. Unklarheiten gab es dabei bei der Anwendbarkeit von § 9 VVG (Rechtsfolgen des Widerrufs).

Zahlreiche Beschwerden gab es auch wieder zu behaupteter Falschberatung. Dabei spielten die sogenannten Umdeckungsfälle erneut eine recht große Rolle. Kunden beschwerten sich darüber, dass die Kündigung bestehender und der Abschluss neuer Verträge mit Nachteilen verbunden waren, auf die sie nicht hingewiesen worden seien. In diesen Fällen war zu prüfen, ob der Vermittler nicht nur die Vorzüge des neuen Vertrages in den Vordergrund gestellt, sondern auch über die Nachteile der Beendigung bestehender Verträge (anderer Leistungsumfang, Stornokosten, erneute Gesundheitsprüfung und Abschlusskosten) informiert hat. Oft bereitet es dem Ombudsmann Schwierigkeiten, den Sachverhalt anhand der ihm vorliegenden Unterlagen, die gemäß seiner Verfahrensordnung in der Regel die alleinige Grundlage seiner Entscheidung bilden, aufzuklären. In Einzelfällen war eine Falschberatung aber so offensichtlich, dass er den Beschwerdeführern helfen konnte. In diesem Zusammenhang sei erwähnt, dass die Beratungsdokumentation in sehr vielen Fällen unzureichend war. Hier konnte im Vergleich zu den Vorjahren keine signifikante Verbesserung festgestellt werden.

Zudem waren wieder viele Beschwerden zu Riester- und Basisrentenversicherungen zu verzeichnen. Dass sich dieser Trend fortsetzte, war sicher nicht zuletzt auf die Präsenz dieses Themas in den Medien zurückzuführen. Den Ombudsmann beschäftigten insoweit Beschwerden zu behaupteten Falschberatungen. Dabei ging es vor allem um Fragen zur Geeignetheit des Produktes für den jeweiligen Versicherungsnehmer. Zum Beispiel beklagten einige Beschwerdeführer, dass ihnen eine Basisrente (z. T. als Rürup-Rente bezeichnet) empfohlen worden sei, obwohl sie aufgrund ihres eher geringen Einkommens als Angestellte kaum steuerliche Förderungen nutzen können. Andererseits wurden Riesterverträge vermittelt, obwohl die Versicherten nicht zu dem geförderten Personenkreis zählten (weitere Erläuterungen hierzu auch im Jahresbericht 2010, Seite 26 ff.). Schließlich gab es wieder viele Unklarheiten bei der Zulagengewährung. Aus den Beschwerden wurde ersichtlich, dass sich eine große Zahl von Versicherungsnehmern nicht bewusst ist, dass es bei zertifizierten Rentenversicherungen stets eine bedeutende Mitwirkungspflicht für sie gibt. Der Versicherungsnehmer muss nämlich grundsätzlich selbst dafür Sorge tragen, dass während der Vertragslaufzeit sowohl die vertraglichen Vereinbarungen als auch die bei der Zentralen Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) geführten Daten aktuell sind. Ändern sich beispielsweise sein Einkommen oder sein Berechtigungsstatus, muss er die ZfA über den Versicherer davon in Kenntnis setzen. In diesen Fällen hatte der Ombudsmann den Beschwerdeführer darüber aufzuklären, dass der Versicherer die Angaben und die Zulagenanträge des Versicherungsnehmers grundsätzlich nur an die ZfA weiterzuleiten hat. Diese übernimmt die Berechnung, Kontrolle, Auszahlung und ggf. Rückforderung von Zulagen und wendet sich dabei direkt an Finanzämter, Versicherer, Besoldungsstellen und Familienkassen. Der Versicherer selbst hat keinen Einfluss auf die Dauer oder das Ergebnis der Bearbeitung durch die ZfA. Er ist auch nicht verpflichtet, das Vertragsverhältnis durchgehend von sich aus in einem Zustand zu halten, in dem der Vertrag die maximale Zulage erhält. Die im Altersvorsorgeverträge-Zertifizierungsgesetz (AltZertG) geregelten speziellen Informationspflichten für Anbieter der Riester-Rente enthalten dazu keine Angaben. Es genügt, wenn der Anbieter seinen Kunden jährlich einen Zulagenantrag mit der Bitte um die erforderlichen und gegebenenfalls aktualisierten Angaben zusendet und ihn über den Stand der Versicherung unterrichtet.

Weiterhin hatte sich der Ombudsmann mit Beschwerden zu den sogenannten stillen Reserven (Bewertungsreserven) zu befassen. Insoweit kann im Wesentlichen auf den Vorjahresbericht (Seite 25) verwiesen werden. Ein konkreter Fall in den Medien hatte im Berichtsjahr allerdings besondere Aufmerksamkeit auf den Ombudsmann gelenkt. Es wurde zutreffend berichtet, dass dieser einem Beschwerdeführer zu einem höheren Anteil an den Bewertungsreserven verhelfen konnte. Die Sachverhaltsdarstellung vermittelte jedoch den Eindruck, dass der Ombudsmann einen Fehler bei der rechnerischen Ermittlung der Bewertungsreserven festgestellt hatte. Daraufhin gingen vermehrt Beschwerden ein mit der Bitte, die Bewertungsreserven des Versicherers dahingehend zu prüfen, ob sie „richtig“ berechnet und seinem Vertrag zugewiesen seien, beziehungsweise die Bewertungsreserven nachvollziehbar darzustellen. In dem berichteten Fall stand

jedoch die Prüfung rechtlicher Aspekte im Vordergrund. Es war zu klären, welcher Berechnungszeitpunkt für die Ermittlung der Bewertungsreserven maßgeblich ist.

Für die Frage, inwieweit die vom Versicherer festgelegte Beteiligung rechnerisch überprüfbar ist, kann eine Antwort der Bundesregierung vom 17. April 2012 auf eine kleine Anfrage im Deutschen Bundestag herangezogen werden. Dort heißt es: „Müsste jedem ausscheidenden Versicherungsnehmer ein vollständiges Rechenwerk zur Verfügung gestellt werden, aus dem sich ergibt, welche Bewertungsreserven im Einzelnen wie seinem Vertrag zugerechnet worden sind, entstünden hohe zusätzliche Verwaltungskosten, die den Auszahlungsbetrag merkbar mindern würden. Hinzu kommt, dass die Überprüfung des Zahlenwerks ohnehin nur durch einen Sachverständigen erfolgen könnte. Die Komplexität der Berechnung ergibt sich daraus, dass es um zahlreiche Verträge geht, mit unterschiedlichen Laufzeiten und unterschiedlichen Prämienzahlungen, damit auch unterschiedlicher Kausalität. Auch die Bewertung der vorhandenen stillen Reserven ist relativ komplex“ (Deutscher Bundestag, Drucksache 17/9327).

Der Ombudsmann ist an Recht und Gesetz und damit an die Regelung des § 153 VVG gebunden. Allerdings kann er – anders als bei Rückkaufswerten oder Ablaufleistungen – nicht, insbesondere nicht im vereinfachten Ombudsmannverfahren, verlässlich überprüfen, in welcher Höhe beim Versicherer Bewertungsreserven vorhanden sind und ob diese zutreffend verteilt wurden. Dem Gesetzgeber, so die Bundesregierung, sei bewusst gewesen, dass durch die Regelung keine vollständige Transparenz geschaffen werde. Es ist dem Ombudsmann daher nicht möglich, die dem Versicherungsnehmer zustehenden anteiligen Bewertungsreserven stichhaltig zu überprüfen.

Ein weiteres Thema in der Lebensversicherung, mit dem sich der Ombudsmann im Jahr 2012 befasst hat, waren Beschwerden im Zusammenhang mit dem Fonds SEB ImmoInvest. Einige Versicherungsunternehmen haben fondsgebundene Lebens- oder Rentenversicherungen angeboten, bei denen mit den Sparbeiträgen Anteile des Fonds SEB ImmoInvest erworben werden konnten. Ab dem 5. Mai 2010 sah sich die Kapitalanlagegesellschaft SEB Investment GmbH wegen hoher Mittelabflüsse gezwungen, die Rücknahme von Fondsanteilen des SEB ImmoInvest auszusetzen. Am 7. Mai 2012 teilte sie dann mit, dass sie den Fonds SEB ImmoInvest auflösen werde. Seitdem werden die Immobilien nach und nach verkauft und die erzielten Veräußerungserlöse ausgeschüttet.

Bei zwei Beschwerden ging es in diesem Zusammenhang um Falschberatungsvorwürfe. Die Verträge der Beschwerdeführer standen jeweils kurz vor dem Ablauf, als die Vermittler den Wechsel in den Fonds SEB ImmoInvest empfahlen. Zu diesem Zeitpunkt hatte die Kapitalanlagegesellschaft SEB Investment GmbH die Rücknahme der Fondsanteile bereits ausgesetzt. Eine entsprechende Aufklärung durch die Vermittler unterblieb jedoch. Die Beschwerdeführer wollten sich bezüglich ihrer Ablaufleistungen nicht auf die halbjährlichen Liquidationsausschüttungen bis ins Jahr 2017 oder auf verlustträchtige Verkäufe an der Hamburger Börse ver-

weisen lassen. Sie wollten vielmehr so gestellt werden, wie sie ohne den Wechsel in den Fonds SEB ImmoInvest gestanden hätten.

Das Versicherungsunternehmen wandte unter anderem ein, die Kapitalanlagegesellschaft SEB Investment GmbH habe mehrmals positive Prognosen zur Wiedereröffnung des Fonds ImmoInvest spätestens zum Jahresende 2011 abgegeben. Davon ausgehend habe der Versicherer seinen Kunden bis Ende 2011 den Wechsel aus und in den Fonds SEB ImmoInvest ermöglicht, indem er überzählige Anteilsrückgaben in seinen sonstigen Kapitalanlagebestand übernommen habe. Als die Kapitalanlagegesellschaft SEB Investment GmbH die Wiedereröffnung auf das Jahr 2012 verschoben habe, seien die Versicherungsnehmer umgehend informiert worden.

Der Ombudsmann ist der Ansicht, dass an die Beratung eines Vermittlers dann besonders hohe Anforderungen zu stellen sind, wenn er dem Versicherungsnehmer zu einem Fondswechsel rät, den dieser so nicht selbst ins Auge gefasst hat. Damit die Versicherungsnehmer in dieser Situation eine eigene Entscheidung für oder gegen den Fonds SEB ImmoInvest hätten treffen können, wäre es unerlässlich gewesen, sie auf den Umstand hinzuweisen, dass die Rücknahme der Fondsanteile ausgesetzt war. Wenn der Versicherer auf die zunächst positiven Prognosen der Kapitalanlagengesellschaft vertraut und intern bis Ende 2011 Fondswechsel ermöglichte, tat er dies auf eigenes Risiko, sofern er die Versicherungsnehmer darüber im Unklaren ließ. Erfreulicherweise konnten in diesen beiden besonders gelagerten Fällen Abhilfen erreicht werden.

Schwierig kann sich die Beschwerdebearbeitung gestalten, wenn der geltend gemachte Anspruch direkt oder indirekt Personen tangiert, die selbst nicht am Ombudsmannverfahren beteiligt sind oder beteiligt werden können.

Geht es dem Beschwerdeführer zum Beispiel darum, feststellen zu lassen, dass ihm die Todesfallleistung aus einer Lebensversicherung zusteht, ist es denkbar, dass nach Aktenlage auch weitere Berechtigte in Betracht kommen. Im Beschwerdeverfahren können schriftliche Erklärungen des Versicherungsnehmers ausgewertet werden, um zu klären, wen dieser als sogenannten „Bezugsberechtigten“ tatsächlich eingesetzt hat. Durch das Bezugsrecht wird festgelegt, wer im Versicherungsfall die Leistung aus dem Versicherungsvertrag erhält. Dieses Bezugsrecht wird spätestens mit Eintritt des Versicherungsfalls unwiderruflich. Steht eindeutig fest, dass der Verstorbene den Beschwerdeführer zunächst als Bezugsberechtigten benannt, aber die Bezugsberechtigung wirksam widerrufen hat, ist die Beschwerde als unbegründet zurückzuweisen.

Hat der Versicherer die Todesfallleistung bereits ausgezahlt, kann es vorkommen, dass die Erben des Verstorbenen die Erstattung des ausgezahlten Betrags an sich verlangen. Grundsätzlich fällt die Versicherungsleistung nach dem Tod des Versicherten nicht in seinen Nachlass, sofern eine bezugsberechtigte Person benannt ist. In der Regel liegt dem Bezugsrecht jedoch ein Schenkungsversprechen

zugrunde. Hat der Versicherer das Schenkungsangebot des Verstorbenen noch nicht an den Bezugsberechtigten übermittelt, dieser also noch keine Kenntnis von seiner Begünstigung, haben die Erben nach höchstrichterlicher Rechtsprechung die Möglichkeit, den Übermittlungsauftrag zu widerrufen.

Eine Entscheidung des Ombudsmanns kann sich in solchen Fällen nachteilig auf die nicht am Ombudsmannverfahren beteiligten Dritten auswirken, die nicht einmal die Möglichkeit hatten, Stellung zur vorliegenden Beschwerde zu nehmen. Insoweit bliebe ihnen das verfassungsrechtlich garantierte „rechtliche Gehör" versagt. Die Verfahrensordnung sieht grundsätzlich nicht vor, neben den in der Verfahrensordnung genannten Verfahrensbeteiligten (in der Regel Beschwerdeführer, Versicherer und/oder Vermittler) weitere Personen ins Ombudsmannverfahren einzubeziehen.

Auch Beschwerden zur betrieblichen Altersversorgung (bAV) gehören in diese Sparte. Auf der Grundlage von Lebens- und Rentenversicherungsverträgen werden verschiedene Wege zur Durchführung von betrieblichen Altersversorgungen angeboten (Direktversicherung, Pensionskasse etc.). Entsprechend den gesetzlichen Vorgaben ist Versicherungsnehmer solcher Verträge während der Betriebszugehörigkeit nicht der versorgungsberechtigte und versicherte Arbeitnehmer, sondern sein Arbeitgeber oder eine Unterstützungskasse. Nach Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses kann die Versicherungsnehmereigenschaft auf den Arbeitnehmer übergehen. Deshalb, aber auch weil arbeits-, sozialversicherungs- und versicherungsvertragsrechtliche Belange zu berücksichtigen sind, hat der Ombudsmann ein Augenmerk auf die Zulässigkeit der Beschwerden zu legen.

Besondere Themen der bAV ergeben sich aus dem Gesetz zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung (BetrAVG). Hierzu gehören etwa das Beleihungs- und Auszahlungsverbot für die Leistung nach § 2 Absatz 2 BetrAVG, die Gestaltung des Bezugsrechts sowie Fragen der Übertragbarkeit der Anwartschaften auf eine Betriebsrente bei Arbeitgeberwechsel (sogenannte Portabilität).

Eingaben von Betriebsrentnern, die sich über den Abzug von Krankenkassenbeiträgen von ihrer Versicherungsleistung beschweren, haben im Berichtsjahr wieder zugenommen. Viele dieser Verfahren scheitern in der Zulässigkeitsprüfung, da die Abzüge sozialversicherungsrechtlichen Ursprungs und damit nicht dem privaten Versicherungsunternehmen anzulasten sind. Der Ombudsmann kann den Beschwerdeführern nur empfehlen, sich an ihre gesetzliche Krankenkasse zu wenden und ihre Einwände dort im Widerspruchsverfahren geltend zu machen. Beschwerden zum Versorgungsausgleich sind ebenfalls leicht angestiegen, etwa zur versicherungsvertraglichen Umsetzung des familiengerichtlich festgesetzten Ausgleichswerts.

- **Rechtsschutzversicherung**

Die Rechtsschutzversicherung erreichte im Berichtsjahr mit 17,4 (Vorjahr: 16,5) Prozent ihren bisher höchsten Anteil an den zulässigen Beschwerden beim Ombudsmann. In absoluten Zahlen entspricht dies 2.019 (2.021). Damit wurde der Höchststand aus dem Vorjahr praktisch gehalten.

Das seit Bestehen der Schlichtungsstelle kontinuierlich wachsende Beschwerdeaufkommen in der Rechtsschutzversicherung deutet darauf hin, dass sie in der heutigen Zeit als immer wichtiger wahrgenommen wird. Ein Grund dafür mag die „Verrechtlichung“ vieler Lebensbereiche und das daraus folgende Beratungsbedürfnis sein. Auch können gestiegene Rechtsanwaltsgebühren und Gerichtskosten dazu beigetragen haben, dass es oftmals nur mit Hilfe der Rechtsschutzversicherung möglich ist, das Kostenrisiko einer rechtlichen Interessenwahrnehmung im versicherten Umfang einzugehen.

Zweck der Rechtsschutzversicherung ist es, den Versicherten im vereinbarten Umfang von Rechtsverfolgungskosten freizustellen. In den Verträgen werden grundsätzlich nur die ausdrücklich vereinbarten Rechtsbereiche versichert (Prinzip der Spezialität des versicherten Risikos). In den Allgemeinen Bedingungen für die Rechtsschutzversicherung (ARB) sind Beschränkungen des Versicherungsschutzes enthalten. Deshalb ist es für den Versicherungsinteressenten bzw. Versicherten wichtig, genau zu wissen, welche Risikobereiche abgesichert werden sollen bzw. abgesichert sind.

Abgesehen vom Schadenersatz- sowie Beratungsrechtsschutz im Erb- und Familienrecht tritt der Rechtsschutzfall in dem Zeitpunkt ein, in dem „der Versicherungsnehmer oder ein anderer einen Verstoß gegen Rechtspflichten oder Rechtsvorschriften begangen hat oder begangen haben soll“. Dabei kommt es für die vorzunehmende Festlegung des Rechtsschutzfalls auf den Tatsachenvortrag des Versicherungsnehmers an. Dieser muss nach der Rechtsprechung (1.) einen objektiven Tatsachenkern enthalten, mit dem er (2.) seinem Gegner einen Rechtsverstoß anlastet und worauf er dann (3.) seine Interessenwahrnehmung stützt.

Unter Anwendung dieses „Drei-Säulen-Modells“ konnte der Ombudsmann einer Beschwerdeführerin zur Gewährung von Versicherungsschutz für eine Auseinandersetzung mit ihrer Vermieterin verhelfen, von der sie auf Zustimmung zu einer Mieterhöhung gerichtlich in Anspruch genommen wurde. Auch wenn die Beschwerdeführerin den Klageabweisungsantrag unter anderem damit begründet hat, dass die Wohnung nicht so beschaffen sei, dass eine Mieterhöhung gerechtfertigt wäre, und es bauseits bedingt in einigen Zimmern zu Schimmelbildung gekommen sein soll, war doch der für die zeitliche Einordnung des Rechtsschutzfalls maßgebliche Rechtsverstoß erst in dem angeblich unbegründeten Mieterhöhungsverlangen zu sehen. Denn bei verständiger Würdigung der Klageerwiderung hatte die Beschwerdeführerin keine auf frühere Rechtsverstöße gestützten Einwände erhoben. Der Klageerwiderung ließ sich gerade nicht entnehmen, dass die Beschwerdeführerin aus dem durch die Überlassung einer Mietsache mit porösen

Wänden und Schimmelbefall resultierenden Rechtsverstoß etwas herleiten wollte. Ihr kam es auf eine solche vermieterseitige Pflichtwidrigkeit nicht an. Es ging ihr vielmehr darum, dass sich der von der Vermieterin herangezogene Mietspiegel nur auf das allgemeine Mietniveau beziehe, dem ihre Wohnung nach Größe, Ausstattung, Beschaffenheit und Lage nicht entspräche.

Wie schon in den Vorjahren betraf eine Fallgruppe die zeitliche Einordnung des Rechtsschutzfalls. Darunter waren vermehrt solche, in denen ein später Widerruf Gegenstand des Streits war. Der Beschwerdeführer trug vor, in vorvertraglicher Zeit nicht wirksam über ein bestehendes Widerrufsrecht belehrt worden zu sein. Daraus folgerte er, noch zum Widerruf berechtigt zu sein, was von der Gegenseite – in nunmehr rechtsschutzversicherter Zeit – bestritten wurde. Als Zeitpunkte kommen in Frage: (fehlerhafte) Belehrung oder (unberechtigtes) Abstreiten des Widerrufsrechts. Da hierzu innerhalb des Berichtsjahres ein Verfahren vor dem BGH anhängig wurde, musste dieser Beschwerdegegenstand wegen rechtsgrundsätzlicher Bedeutung unbeschieden gelassen werden. Bei den Beschwerden im Zusammenhang mit einem Versichererwechsel konnte ein rückläufiger Trend verzeichnet werden. Das dürfte damit zusammenhängen, dass jüngere Verträge eine Regelung zur Kostenteilung enthalten, so dass die Anwendung der früheren unverbindlichen Verbandsempfehlung schon deshalb nicht mehr infrage kommt. Nach diesem § 4a ARB (die Bedingungsbezeichnung ist nicht einheitlich) ist der aktuelle Versicherer für Versicherungsfälle, die nach Ablauf der Nachhaftung gemeldet werden, allein leistungspflichtig.

Eine weitere typische Fallgruppe der Rechtsschutzbeschwerden betrifft weiterhin Meinungsverschiedenheiten über die Auslegung von Ausschlussklauseln. Grund der Beschwerde ist dabei regelmäßig die Frage nach der Reichweite des „ursächlichen Zusammenhangs“, der insbesondere vom Baurisiko- und Spekulationsrisikoausschluss gefordert wird. Ob ein ursächlicher Zusammenhang besteht, ist wertungsabhängig, was naturgemäß unterschiedlich gesehen werden kann. Besteht neben einem gewissen zeitlichen Zusammenhang auch ein innerer sachlicher Bezug zwischen der in Rede stehenden Streitigkeit und dem Ausschlusstatbestand, kann ein dem Zweck der Klausel Rechnung tragender qualifizierter Zusammenhang angenommen werden. Wirft zum Beispiel der Versicherungsnehmer seinem Architekten vor, sein Haus fehlerhaft geplant zu haben, greift der Baurisikoausschluss ein, der Streitigkeiten im ursächlichen Zusammenhang mit der Errichtung eines Gebäudes vom Versicherungsschutz ausschließt. Wird hingegen der Versicherungsnehmer auf dem Weg zu seinem Architekten in einen Verkehrsunfall verwickelt und möchte beim Unfallgegner Schadenersatz geltend machen, besteht kein ursächlicher Zusammenhang mit dem ausgeschlossenen Baurisiko.

Der Ombudsmann hatte sich auch im Berichtsjahr mehrfach mit der Frage zu beschäftigen, ob der Versicherer den Versicherungsnehmer rechtzeitig auf die Möglichkeit des Stichentscheid- oder des Schiedsgutachterverfahrens hingewiesen hat. Will der Versicherer eine Kostenübernahme wegen fehlender Erfolgsaussichten oder Mutwilligkeit ablehnen, hat er dies nach § 18 ARB (die

Bedingungsbezeichnung ist nicht einheitlich) unverzüglich, also in der Regel innerhalb von zwei bis drei Wochen, und unter Hinweis auf das in den Bedingungen vorgesehene Gutachterverfahren mitzuteilen. In einigen Fällen musste dabei der Ombudsmann dem Einwand der Beschwerdegegner, dass wegen fehlender Informationen eine abschließende Prüfung der Erfolgsaussichten bislang nicht möglich gewesen sei, entgegentreten. Zwar ist der Versicherer zu Nachfragen berechtigt (wobei der Versicherungsnehmer nur zum Tatsachenvortrag, aber nicht zu Rechtsausführungen verpflichtet ist). Allerdings kann er die Deckungsentscheidung nicht nach Belieben aufschieben. Er ist vielmehr gehalten, sich zu entscheiden und gegebenenfalls die Deckung zu verweigern. Sieht sich der Versicherer aufgrund der mitgeteilten Umstände nicht in der Lage, die Erfolgsaussichten zu prüfen, hat er sie zu verneinen und den Versicherungsnehmer gleichzeitig darüber zu belehren, dass er diese Beurteilung im Wege des Gutachterverfahrens angreifen könne. Nach diesem Hinweis des Ombudsmanns halfen die Versicherer den einschlägigen Beschwerden ab.

Nicht im Ombudsmannverfahren kann geklärt werden, ob die rechtliche Interessenwahrnehmung hinreichende Aussicht auf Erfolg hat und/oder nicht mutwillig ist. Die ARB sehen für diese Fälle mit dem Stichentscheid oder dem Schiedsgutachten ein geeignetes Verfahren zur Meinungsklärung vor. Dies ist nach § 8 Absatz 5 VomVO als dem Beschwerdeverfahren vorrangig anzusehen.

In etwa konstant blieb die Zahl der Beschwerden, bei denen die Beschwerdeführer ganz offensichtlich keinen Anspruch auf Versicherungsschutz hatten. Grundsätzlich sind Streitigkeiten aus folgenden Bereichen nicht versichert: der gewerbliche Bereich bei vertraglichen Streitigkeiten, der Bereich des Familien- und Erbrechts und die Abwehr von Schadensersatzansprüchen außerhalb von Vertragsbeziehungen. Kostenschutz wird regelmäßig auch nicht gewährt für Ordnungswidrigkeiten- und Verwaltungsverfahren wegen des Vorwurfs eines Halte- oder Parkverstoßes und wenn die Wahrnehmung rechtlicher Interessen in ursächlichem Zusammenhang mit einer vom Versicherungsnehmer vorsätzlich begangenen Straftat steht. In solchen Fällen konnte aber eine verständliche Erläuterung des Ablehnungsgrunds den Beschwerdeführer oftmals zufriedenstellen.

Insgesamt ist festzustellen, dass der Aufbau der traditionellen ARB, die in einen allgemeinen und einen besonderen Teil gegliedert sind, immer wieder zu Schwierigkeiten führt. Es dient nicht der Transparenz und der Verständlichkeit beim Verbraucher, wenn Ein- und Ausschlüsse durch Ausnahmen wieder abgeändert werden (vgl. dazu schon Jahresbericht 2007, Seite 15). Es ist daher ausdrücklich zu begrüßen, dass der Branchenverband (GDV) diese seit Jahrzehnten übliche Bedingungstechnik auf den Prüfstand gestellt hat, um verständliche Musterbedingungen zu entwickeln.

Kfz-Versicherung

Die Kraftfahrzeugversicherung gehört seit Beginn zahlenmäßig zu den größeren Sparten der Schlichtungsstelle. Im Berichtsjahr erhielt der Ombudsmann 1.388 (Vorjahr: 1.393) zulässige Beschwerden. Dies entspricht einem Anteil am Gesamtbeschwerdeaufkommen von 11,9 (11,4) 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 877 (852) der zulässigen Beschwerden. Dies entspricht 7,5 (7,0) 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. Die Hauptthemen, mit denen sich der Ombudsmann in der Kfz-Haftpflichtversicherung im Berichtsjahr beschäftigte, sind seit Jahren gleich. Im Wesentlichen ging es auch 2012 um drei Problemfelder. Dies sind die Einstufung und Übertragung von Schadenfreiheitsrabatten bei Wechsel des Versicherungsunternehmens, Regressforderungen des Versicherers wegen Obliegenheitsverletzungen mit dem Folgeproblem der Rückstufung der Schadenfreiheitsklasse sowie Schadenfälle, die der Versicherer aus Sicht des Beschwerdeführers zu Unrecht reguliert und infolgedessen die Schadenfreiheitsklasse zurückgestuft hat.

Zunächst zum ersten Problemkreis. 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 von unternehmensspezifischen Sonderrabatten, die der Versicherungsnehmer nicht berücksichtigt hat. In der Regel ist die nachträgliche Anpassung nicht zu beanstanden. Ob der Beschwerdeführer damit nicht mehr rechnen wollte oder es ihm bei Vertragsabschluss nicht hinreichend verdeutlicht wurde, dass noch keine endgültige Einordnung erfolgt war, kann der Ombudsmann zumeist nur vermuten. In einem außergewöhnlichen Fall hatte der neue Versicherer die Bestätigung des Vorversicherers zum Schadenverlauf erst nach 2 1/2 Jahren erhalten. Daraufhin berichtigte er die Schadenfreiheitsklasse. Nachdem der Versicherer unter dem Gesichtspunkt des Vertrauensschutzes gebeten wurde, seine Entscheidung zu überdenken, half er der Beschwerde ab.

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, kann sie nicht zur Entlastung des Vertrages führen.

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 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.

In einem auch für den Ombudsmann außergewöhnlichen Fall lehnte es der Versicherer ab, dem Beschwerdeführer Versicherungsschutz (aus der vorläufigen Deckungszusage) zu gewähren. Er führte aus, dass zwar eine vorläufige Deckungszusage erteilt wurde, die Fahrzeuge aber in der „Freien Stadt Danzig“ angemeldet wurden. Diese Ablehnung war rechtlich nicht zu beanstanden. Die Versicherungsbestätigungsnummer dient im Sinne des § 23 Absatz 1 Fahrzeugzulassungsverordnung (FZV) als Nachweis, dass eine dem Pflichtversicherungsgesetz (PflVG) entsprechende Kfz-Haftpflichtversicherung besteht, da Fahrzeuge gemäß § 3 FZV auf öffentlichen Straßen nur in Betrieb gesetzt werden dürfen, wenn eine Kfz-Haftpflichtversicherung abgeschlossen wurde. Nach dem PflVG wiederum ist der Halter eines Fahrzeugs mit regelmäßigem Standort im Inland verpflichtet, eine Kfz-Haftpflichtversicherung abzuschließen (§ 1 PflVG). Fahrzeuge, die ihren regelmäßigen Standort im Inland haben, müssen folglich in Deutschland zugelassen werden, um im Inland am öffentlichen Straßenverkehr teilnehmen zu können. Der vorläufige Versicherungsschutz nach der Kraftfahrzeug-Pflichtversicherungsverordnung (KfzPflVV) besteht grundsätzlich ab dem Zeitpunkt der behördlichen Zulassung. Der Geltungsbereich dieser Verordnung erstreckt sich im Sinne des § 4 Absatz 1 PflVG hingegen nur auf die Versicherungsverträge, die in Erfüllung der Versicherungspflicht nach dem PflVG abgeschlossen werden. Zwar wird (laut Wikipedia) in der aktuellen völkerrechtlichen und politologischen Diskussion der heutige Status der Freien Stadt Danzig dahingehend differenziert, dass er als de facto wegen Ersitzung untergegangen oder als de jure wegen Staatensukzession weiterbestehend behandelt wird. Unzweifelhaft war jedenfalls keine Zulassung in Deutschland erfolgt.

In der Kfz-Kasko- und sonstigen Kfz-Versicherung (wie Schutzbrief- und Insassenunfall-Versicherung) waren 511 zulässige Beschwerden (Vorjahr: 541) zu verzeichnen. Dies entspricht unverändert 4,4 Prozent des gesamten Beschwerdeaufkommens.

Die Hauptthemen der Beschwerden haben sich in der Kaskoversicherung im Vergleich zu den Vorjahren nicht geändert. Häufig geht es um Diebstahlsfälle, Werkstattbindung und die Grundlagen der Schadensabrechnung. Streiten Beschwerdeführer und Versicherer aber nur über die Höhe des insofern maßgeblichen Wiederbeschaffungswerts des entwendeten oder total beschädigten Fahrzeugs, kann der Ombudsmann oft nicht weiterhelfen, denn es kommt in der Regel nicht entscheidend auf Rechtsprobleme an, sondern auf gutachterlich zu klärende Fragen. Trotzdem lassen sich nicht selten auch in diesen Fällen angemessene Ergebnisse erreichen, wenn es sich um verständige Parteien handelt, die den Vorschlägen des Ombudsmanns offen gegenüberstehen. Dafür bedarf es jedoch einer Argumentation, zum Beispiel, wenn bei einer Fahrzeugbeschädigung ohne Totalschaden der Versicherer nach den üblichen Bedingungen die erforderlichen Kosten der Wiederherstellung zu zahlen hat. Zwar kann der Ombudsmann mit seinen rein rechtlichen Mitteln wiederum nicht abschließend über die Höhe dieser Kosten entscheiden. Jedoch kann der Hinweis, dass es weder auf das billigste noch auf das teuerste Angebot ankommt, zu einem Vergleich führen, wenn etwa der Beschwerdeführer bei einem Karosserieschaden die kalkulierten Reparaturkosten einer teuren Markenwerkstatt verlangt und der Versicherer seiner Abrechnung erheblich niedrigere Stundenverrechnungssätze zugrunde legt, ohne Nachweis, dass es sich dabei um durchschnittliche Stundenverrechnungssätze der ortsansässigen Fachwerkstätten handelt.

Die Regulierungspraxis der Versicherer bei Obliegenheitsverletzungen ist noch nicht vollständig auf die veränderte Gesetzeslage nach der VVG-Reform ausgerichtet. Nach dem alten VVG reichte es bei einer vorsätzlichen Obliegenheitsverletzung für die Leistungsfreiheit des Versicherers aus, wenn die Verletzung generell geeignet war, die Interessen des Versicherers ernsthaft zu gefährden. Der Unterschied zur nunmehr erforderlichen konkreten Kausalität wurde manchmal nicht hinreichend berücksichtigt. In diesem Zusammenhang konnten häufiger Abhilfen oder Vergleiche erreicht werden.

Auf die Kausalität der Obliegenheitsverletzung kommt es nicht an, wenn der Versicherer dem Versicherungsnehmer Arglist nachweisen kann. Zwar kann etwa bei einer Unfallflucht nicht automatisch auf ein arglistiges Verhalten geschlossen werden, auf der anderen Seite muss der Versicherungsnehmer sein vertragswidriges Verhalten aber plausibel erklären. Unterlässt er das im Rahmen des Ombudsmannverfahrens, kann der Arglisteinwand nicht unberücksichtigt bleiben. Der Versicherer kann sich unter bestimmten Voraussetzungen auch dann auf diesen Einwand stützen, wenn er die Versicherungsbedingungen nicht an das neue VVG angepasst hat, wie der Ombudsmann entschieden hat.

Zu den Folgeproblemen des Leistungskürzungsrechts gehört die in der Rechtsprechung umstrittene Frage, ob ein vereinbarter Selbstbehalt vor oder nach der Quotierung abzuziehen ist. Der Ombudsmann vertritt die Ansicht, dass beim Zusammentreffen einer Kürzung wegen grob fahrlässiger Obliegenheitsverletzung (oder auch wegen grob fahrlässiger Herbeiführung des Versicherungsfalls) mit einer vereinbarten Selbstbeteiligung zunächst die Leistung quotal gekürzt und sodann die Selbstbeteiligung abgezogen wird. Andernfalls würde der Versicherungsnehmer, der in einem höheren Maße fahrlässig handelt, bevorteilt. Davon zu unterscheiden sind Fälle verschuldensunabhängiger Leistungskürzung, etwa wenn der Versicherungsnehmer bei vereinbarter Werkstattbindung den Wagen in einer von ihm bestimmten Werkstatt reparieren lässt und nach den Vertragsbedingungen der Versicherer deshalb nur 85 Prozent der Kosten übernehmen muss. Hier ist jeweils auf den konkreten Inhalt der maßgeblichen Versicherungsbedingungen abzustellen.

Wie bereits im Jahresbericht 2011 (Seite 32) erläutert, kommt es immer wieder zu Streitigkeiten bezüglich der Schadenregulierung, wenn ein werkseitig eingebautes Navigationsgerät gestohlen wurde. Bedingungsgemäß zu ersetzen ist in der Regel der Wiederbeschaffungswert. Von den Beschwerdeführern wird häufig vorgetragen, dass die Vertragswerkstätten von Mercedes oder VW nicht bereit seien, gebrauchte Geräte aus dem Internet einzubauen. Es stellt sich deshalb die Frage, ob sich aus dem Versicherungsvertrag ein Anspruch darauf ergibt, das Navigationsgerät von einer Markenwerkstatt zu beziehen und einbauen zu lassen. Grundsätzlich ist das nicht der Fall. Wenn aber zum Beispiel eine besondere, bereits bestehende Garantie für das Fahrzeug davon abhängt, dass immer nur Markenwerkstätten die Reparaturen etc. vornehmen, kann es für den Versicherungsnehmer unzumutbar sein, sich für die Ersatzbeschaffung auf den Gebrauchthandel im Internet verweisen zu lassen. Der Ombudsmann hat mit diesem Argument mehrere Abhilfen erreicht. Manche Versicherer umgehen die Problematik, indem ihre Bedingungen eine starre Regelung vorsehen, wonach ab einem bestimmten Alter des Geräts monatlich 1 Prozent vom Neupreis abgezogen wird.

Mehrere Beschwerden betrafen die Konstellation, dass ein Anhänger einen Schaden an dem ziehenden Fahrzeug verursachte. Nach neueren Versicherungsbedingungen sind sogenannte Gespannschäden ohne Einwirkung von außen als eine Form des Betriebsschadens in der Kaskoversicherung ausdrücklich nicht versichert. Zu älteren Bedingungen, die eine solche Regelung nicht enthalten, hat der BGH entschieden, dass von einem versicherten Unfallschaden auszugehen ist. Der Hinweis auf diese Rechtsprechung führte in einem Beschwerdefall zur Abhilfe. Einer anderen Beschwerde lag der Sachverhalt zugrunde, dass der Anhänger wegen Glatteis mit einem Zugfahrzeug kollidierte. Die Frage, ob bei dieser Konstellation eine „Einwirkung von außen“ vorlag, war in der OLG-Rechtsprechung umstritten. Der Ombudsmann wirkte deshalb auf einen Vergleichsschluss hin. Einige Zeit nach Beendigung des Verfahrens, am 19. Dezember 2012, hat der BGH diese Frage nun dahingehend entschieden, dass auch Witterungsverhältnisse im Bedingungssinn eine Ursache von außen sein können.

Bildet sich allerdings wegen eines Konstruktionsfehlers ein Eispfropfen zwischen der Fahrertür und dem Kotflügel eines Pkw und beschädigt dieser beim Öffnen die Tür, liegt nach Ansicht des Ombudsmanns ein nicht versicherter Betriebsschaden vor, den der Versicherungsnehmer nicht über die Vollkaskoversicherung regulieren lassen kann.

Im Rahmen der Beschwerdebearbeitung ist aufgefallen, dass bestimmte Tarifvarianten, zum Beispiel, wenn nur bei einem Totalschaden oder bei einer Fahrzeugkollision ein Anspruch aus der Vollkaskoversicherung besteht, mit Problemen verbunden sind. Dabei stellt sich die Frage, ob der Versicherer hinreichend auf diese Tarifbesonderheiten hingewiesen hat.

- **Gebäudeversicherung**

Mit 950 erfassten zulässigen Eingaben beträgt der Anteil der Wohngebäudeversicherung 8,2 Prozent (Vorjahr: 8,9). Damit ist gegenüber dem Vorjahr wieder ein Rückgang zu verzeichnen, nachdem von 2010 auf 2011 die Beschwerden von 887 auf 1.093 angestiegen waren.

Die Gebäudeversicherung bietet Versicherungsschutz gegen bestimmte Gefahren, für die im Versicherungsschein genannten Bauwerke. Die Standardabsicherung umfasst Schäden durch Brand, Blitzschlag und Explosion, Leitungswasser, Rohrbruch (zum Teil beschränkt auf Frostschäden) sowie durch Sturm oder Hagel. Darüber hinaus ist heutzutage nahezu immer die Gefahr blitzbedingter Überspannungsschäden eingeschlossen; häufig sind auch Elementarschäden oder Folgekosten versichert wie Aufräumungs- und Abbruchkosten, Bewegungs- und Schutzkosten, Mietausfall oder Wasserverlust.

Ein zentrales Thema war – wie in den Vorjahren – die aus Sicht der Versicherungsnehmer unzureichende Regulierung von Schäden. Hierzu gab es im Vergleich zum Vorjahr kaum Veränderungen. Nach wie vor sind Sturm-, Leitungswasser- und Rohrbruchschäden sowie Schäden durch blitzbedingte Überspannung die häufigsten Versicherungsfälle. Auch die Elementarschadenversicherung ist oft Gegenstand von Beschwerden. Seltener sind Brandschäden, vermutlich weil die dadurch verursachten Gebäudeschäden oft den Beschwerdehöchstwert von 100.000 Euro überschreiten.

Die Gründe für die Unzufriedenheit der Rechtsuchenden sind vielfältig. Es lassen sich aber Schwerpunkte feststellen. Dazu gehört der Unterversicherungseinwand des Versicherers. Um im Ombudsmannverfahren zu prüfen, ob der Einwand berechtigt ist, muss oft weit in der Vertragsgeschichte zurückgegangen werden, denn nicht selten laufen Gebäudeversicherungsverträge über Dekaden. Dies führt zu naheliegenden Schwierigkeiten. Oft ließ sich nicht mehr ermitteln, ob Versicherungswerte vom Vermittler ungeprüft in Neuanträge übernommen wurden und ob dabei der Versicherungsnehmer eine Möglichkeit hatte, den Vermittler auf den korrekten Versicherungswert des Gebäudes hinzuweisen. Ein Sonderfall ist die Bemessung des Versicherungswerts nach dem „Wert 1914“, bei dem der nach

Reichsmarkwerten bemessene Versicherungswert des Jahres 1914 mit dem aktuellen Baupreisindex multipliziert wird. Da sich der vom Statistischen Bundesamt ermittelte Baupreisindex inflationsbedingt nahezu jährlich ändert, werden diese Verträge als sogenannte gleitende Neuwertversicherung ausgestaltet, in denen der Versicherungsnehmer – ähnlich wie bei der Dynamisierung von Lebensversicherungsverträgen – die Möglichkeit hat, einer Erhöhung von Beitrag und Versicherungssumme zu widersprechen. Die Bedeutung dieser Widerspruchsmöglichkeit wird von Versicherungsnehmern oft verkannt, indem sie glauben, es stünde ihnen wegen der Beitragserhöhung ein Sonderkündigungsrecht entsprechend § 40 VVG zu. Dies ist jedoch nicht der Fall, da nicht nur der Beitrag, sondern zugleich die Versicherungssumme gestiegen ist, weshalb der Anwendungsbereich des § 40 VVG nicht eröffnet ist. Soll nun der „Wert 1914“ als Grundlage für die Bemessung der Versicherungssumme herangezogen werden, schließt sich ein kompliziertes Berechnungsverfahren an, das nach Auffassung der Rechtsprechung Versicherungsnehmer oft überfordert. Deswegen obliegt dem Versicherer, respektive dem Vermittler, hierbei eine gesteigerte Beratungs- und Aufklärungspflicht.

Auch die Ermittlung der Schadenhöhe, und damit der Versicherungsleistung, stand wie in den Vorjahren oft im Streit. Grund der Beanstandung waren zumeist Abzüge von Rechnungen, die Beschwerdeführer eingereicht hatten. Beruhten diese auf der Stellungnahme eines vom Versicherer beauftragten Sachverständigen, wurden diesem oft die Sachkenntnis und die Unparteilichkeit abgesprochen. Ein häufiger Einwand war, der Sachverständige habe sich die Schadenstelle gar nicht richtig angesehen, sei beispielsweise bei einem Sturmschaden gar nicht auf dem beschädigten Dach gewesen. Die Schwierigkeit dieser Fälle im Ombudsmannverfahren und die Folgen der Beweislastverteilung haben sich im Vergleich zum Jahresbericht 2011 (siehe Seite 33) nicht geändert.

In einigen Beschwerden wollten die Versicherer Schadenprotokolle von eigenen Außenregulierern oder beauftragten Firmen oder Sachverständigen nicht in das Ombudsmannverfahren einführen oder jedenfalls nicht dem Beschwerdeführer zugänglich machen. Sie beriefen sich darauf, dass es sich um eigene Berichte handle. Die Rechtsprechung ist insoweit nicht einheitlich, zudem gibt es sehr unterschiedliche Arten von Regulierern und Sachverständigen, was wiederum unterschiedliche Bewertungen zulässt. Im Ombudsmannverfahren besteht wegen des Transparenzgebots der Grundsatz, dass nur solche Dokumente Gegenstand einer Entscheidung sein können, die beiden Parteien offengelegt werden. Sofern also die Beweislast beim Versicherer liegt, kann sich ein Nachteil daraus ergeben, wenn er Unterlagen zurückhält.

- **Unfallversicherung**

Beschwerden zu Unfallversicherungsverträgen haben mit 846 zulässigen Eingaben (Vorjahr: 932) einen Anteil von 7,3 (7,6) Prozent der Beschwerden ausgemacht. Damit zeigt sich das Beschwerdeaufkommen dieser Sparte zum Vorjahr stabil, wenngleich ein deutlicher Unterschied zum Höchststand von 1.175 aus dem Jahr 2008 erkennbar ist.

Die private Unfallversicherung sichert im Wesentlichen gegen unfallbedingte dauerhafte Beeinträchtigungen der körperlichen und/oder der geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) ab. Weitere Leistungsarten sind Tagegeldzahlungen bzw. Todesfallabsicherung nach einem Unfall oder Leistungen nach einem unfallbedingten Krankenhausaufenthalt. Diese können kombiniert mit der Invaliditätsabsicherung oder separat angeboten werden. Dann handelt es sich zumeist um Unfallversicherungsverträge, die im Vergleich zur Standardabsicherung (Invalidität, Krankenhaus, Tod) auf besondere Gruppen von Versicherungsnehmern zugeschnitten sind, zum Beispiel Selbständige (Tagegeldversicherung) oder Senioren (Assistance-Leistungen nach einem Unfall oder bei bestimmten Krankheiten).

Verträge, die besonders auf Senioren abgestimmt sind, waren im Berichtsjahr vermehrt Gegenstand von Beschwerdeverfahren. Aufgrund der unterschiedlichen und recht vielfältigen Assistance-Leistungen sind deren Versicherungsbedingungen oft sehr umfangreich und wenig übersichtlich. Viele Kunden verzichten daher auf die Lektüre und erwarten, der Versicherer würde nicht nur durch beauftragte Unternehmen die Leistung erbringen, sondern auch die Kosten für selbst beauftragte Pflegedienste oder auch Angehörige übernehmen. Ansonsten sind die Themenschwerpunkte im Vergleich zum Vorjahr unverändert. Überwiegend gab es Meinungsverschiedenheiten aus Anlass von Leistungsfällen und hier insbesondere zur Abrechnung von Kapitalleistungen infolge einer unfallbedingt eingetretenen Invalidität. Diese untergliedern sich wiederum in Streitigkeiten zur Ursache, also inwieweit die festgestellte Beeinträchtigung Folge des Unfalls ist, sowie zur Berechtigung von Abzügen von der Versicherungsleistung aufgrund unfallfremder Mitwirkungsfaktoren.

Im Vergleich zum Vorjahr deutlich zurückgegangen sind Beschwerden wegen versäumter vertraglich vorgesehener Fristen. Nach den Bedingungen muss die Invalidität innerhalb bestimmter Zeit nach dem Versicherungsfall eingetreten sein, ärztlich festgestellt und geltend gemacht werden (Invaliditätsentstehungs-, Feststellungs- und Meldefrist). Bei Säumnis droht dem Versicherten der Verlust des Versicherungsanspruchs. Ausnahme ist nach der Rechtsprechung allenfalls die Säumnis der Invaliditätsmeldung beim Versicherer, sie kann unter engen Voraussetzungen entschuldbar sein. Der Rückgang einschlägiger Beschwerden kann damit zusammenhängen, dass § 186 im reformierten VVG 2008 dem Versicherer nach Anzeige des Leistungsfalls auferlegt, auf Anspruchs- und Fälligkeitsvoraussetzungen sowie einzuhaltende Fristen hinzuweisen. Vielleicht haben die Versicherer aber auch die in vielen Jahresberichten enthaltenen Hinweise des Ombudsmanns aufgegriffen.

Außerhalb der Leistungsregulierung gab es auch im Jahr 2012, ähnlich wie im Vorjahr, einen erheblichen Anteil an Beschwerden, die sich auf vertragliche Gestaltungsrechte oder das Zustandekommen des Vertrages bezogen. So beschwerten sich oft ältere Menschen oder deren Angehörige über die vermeintliche Sinnlosigkeit von Unfallversicherungsverträgen mit Beitragsrückgewähr, die in der Regel eine sehr lange Laufzeit haben, und über die fehlende Bereitschaft von

Versicherern, Verträge einer geänderten finanziellen Situation des Beschwerdeführers anzupassen.

- **Hausratversicherung**

Zur Hausratversicherung erreichten den Ombudsmann im Berichtszeitraum 700 zulässige Beschwerden (Vorjahr: 743). Der Anteil am Beschwerdeaufkommen mit 6,0 (6,1) Prozent änderte sich nur wenig.

Versichert ist der Hausrat gegen bestimmte Gefahren, und zwar gegen Einbruchdiebstahl, Raub sowie Schäden durch Leitungswasser, Sturm, Hagel und Feuer. Unter Hausrat versteht man grundsätzlich alle Sachen, die einem Haushalt zur Einrichtung, zum Gebrauch oder zum Verbrauch dienen. Durch zusätzliche Bestimmungen und Klauseln 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.

Im Berichtsjahr lag der Schwerpunkt der Beschwerdebearbeitung weiterhin in der Schadenregulierung. Verstärkt war festzustellen, dass neben Problemen zu den einzelnen Gefahren zunehmend um die Höhe der Entschädigungszahlung gestritten wurde. Insbesondere die Entschädigungsberechnung einer gleichwertigen Wiederbeschaffung, zum Beispiel von entwendetem Schmuck oder bei Leitungswasserschäden, war immer wieder Gegenstand von Beschwerden. Auch Beschwerden bezüglich Inhaltsversicherungen von Kleingewerbetreibenden haben leicht zugenommen.

Eine typische Fallkonstellation betraf die Frage, ob es sich bei den beschädigten oder gestohlenen Gegenständen um versicherten Hausrat handelt oder um nicht versicherte Grundstücks- oder Gebäudebestandteile. Weiterhin ging es neben Fällen der Leitungswasserversicherung oft um die Auswirkungen von Wetterereignissen, etwa um den Nachweis blitzbedingter Überspannungen, weiterer Elementarschäden und von Sturmschäden. So beanstandeten viele Beschwerdeführer, dass versicherte Sachen innerhalb von Gebäuden in der Regel keinen Schutz gegen Sturm und Hagel bräuchten, während dies bei Hausrat beispielsweise auf Balkon oder Terrasse schon der Fall sei, insbesondere wenn diese bedingungsgemäß zum Versicherungsort gehören. Dass gleichwohl Sturmschäden zumeist nur innnerhalb von Gebäuden versichert sind, traf dann auf Unverständnis.

Ein weiterer Schwerpunkt lag erneut in der Einbruchdiebstahlversicherung, wobei Schmuck, Münzen und Bargeld weiterhin begehrte Diebesbeute waren, technische Geräte hingegen weniger. Hier – wie in der Sparte allgemein – spielte insbesondere die beim Versicherungsnehmer liegende Beweislast eine wesentliche Rolle. Fehlten Einbruchspuren, konnte im Ombudsmannverfahren kaum eine Leistungspflicht angenommen werden.

Wenn durch einen Einbruch etwa Türen und Fenster beschädigt wurden, entstand oft Streit darüber, ob Anspruch auf einen Austausch besteht oder nur die Reparaturkosten ersetzt werden müssen. Im Übrigen geht es häufig um die Höhe der Entschädigungszahlung und damit um den Nachweis einer gleichwertigen Wiederbeschaffung für versicherte Sachen, wie Teppiche oder Fahrräder. Die Versicherer ließen diese Werte oft durch einen Sachverständigen prüfen und regulierten auf dieser Basis. Waren die Kunden hiermit nicht zufrieden, konnte ihnen der Ombudsmann ohne qualifizierte Unterlagen, welche die Gegenauffassung stützen, meist nicht weiterhelfen.

Nachweisschwierigkeiten der Versicherungsnehmer bestanden bei entwendetem Schmuck. Hatten sie keine Anschaffungsbelege, etwa für Geschenke oder Erbstücke, gelang der notwendige Nachweis aufgrund der langen zurückliegenden Zeit häufig nicht. Fotos allein reichten zumeist nicht als Nachweis aus. Nicht selten fühlten sich die Beschwerdeführer dem unterschwelligen Vorwurf eines Versicherungsbetrugs ausgesetzt und erwarteten eine Entschuldigung. Oft bot der Versicherer in strittigen Fällen eine pauschale Entschädigung an oder er zog einen Prozentsatz vom angegebenen geschätzten Wiederbeschaffungswert ab. Erfreulicherweise erhöhten Versicherer in Grenzfällen mitunter im Interesse einer gütlichen Einigung den Entschädigungsbetrag. Anlass zur Beschwerde gaben immer wieder die vertraglich festgelegten Entschädigungsgrenzen für Schmuckstücke sowie die Frage, ob sich diese in Tresoren mit den entsprechenden Anforderungen befanden oder ob es sich überhaupt um Schmuckstücke handelte (beispielsweise bei wertvollen Uhren).

Eine weitere Fallgruppe bildete die Obliegenheit zur unverzüglichen Einreichung einer Stehlgutliste bei Einbruchdiebstählen. Versicherungsnehmer trugen vor, ihnen sei diese Pflicht überhaupt nicht oder in dem konkreten Umfang nicht bekannt. Insbesondere von anwaltlich vertretenen Beschwerdeführern wurde eingewandt, dass es sich bei der Erstellung einer Stehlgutliste um eine Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit handele, auf die der Versicherer durch eine gesonderte Mitteilung in Textform hinzuweisen habe. Diese Einordnung ist jedoch nicht unstreitig. Es wird auch angeführt, der Versicherer sei oftmals nicht zur Belehrung in der Lage, da er im maßgeblichen Zeitpunkt noch keine Kenntnisse vom Versicherungsfall habe. Auch wenn noch nicht alle Rechtsfragen hierzu geklärt sind, kamen im Ombudsmannverfahren zumeist interessengerechte Ergebnisse zustande.

Die bei grob fahrlässiger Verletzung von Obliegenheiten vom Versicherer gebildeten Kürzungsquoten waren nach wie vor eher selten Beschwerdegegenstand. Die Kürzungsquoten waren zumeist vertretbar, bei Übertreibungen ließen sich die Versicherer durchaus vom Ombudsmann von einer Korrektur überzeugen. Es gab mitunter noch Beschwerden, in denen auf die Entscheidung des BGH vom 12. Oktober 2011 zur fehlenden Bedingungsanpassung an das neue VVG abzustellen war, diese lassen zahlenmäßig jedoch nach.

Allgemeine Haftpflichtversicherung

Zur Haftpflichtversicherung gingen im Berichtszeitraum 566 zulässige Beschwerden ein. Das ist ein Anteil von 4,9 Prozent am Gesamtaufkommen aller zulässigen Beschwerden im Jahr 2012. Im Vergleich zum Vorjahr sind sowohl der Anteil als auch die absolute Zahl an Beschwerden in dieser Sparte gesunken. 2011 erhielt der Ombudsmann in der Haftpflichtversicherung 654 Beschwerden (5,3 Prozent).

Die Haftpflichtversicherung bietet im Grundsatz Versicherungsschutz für die Absicherung gesetzlicher Haftpflichtrisiken. Am bekanntesten ist die Privathaftpflichtversicherung, die zugleich die verbreiteste Vertragsart ist. Sie bietet für Einzelpersonen und Familien Versicherungsschutz gegen die Haftungsrisiken des täglichen Lebens. Hierzu gehen beim Ombudsmann die meisten Beschwerden in dieser Sparte 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 Schadensersatzanspruch 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 Schadensersatzanspruch. 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 Schadensersatzanspruch richtet sich nach den Regelungen des deliktischen Haftungsrechts; hierfür ist der Ombudsmann nicht zuständig.

Dieses Thema tauchte im Berichtsjahr, wie schon in den Vorjahren, bei sogenannten Schäden anlässlich von Gefälligkeitshandlungen unter Bekannten etc. auf. Nach der Rechtsprechung haftet derjenige, der einem anderen aus Gefälligkeit hilft, unter bestimmten Voraussetzungen nur bei zumindest grob fahrlässiger Schadenverursachung. Beriefen sich die Versicherer auf diesen Haftungseinwand, dann boten sie Versicherungsschutz in Form der Anspruchsabwehr gegenüber dem Geschädigten. Damit waren die Versicherungsnehmer jedenfalls in den Beschwerdefällen häufig nicht zufrieden, denn wegen der besonderen Verbundenheit mit dem Geschädigten, die Grundlage für die Gefälligkeit war, lag ihnen viel an einer Schadenregulierung. Auch wenn, wie zuvor ausgeführt, die Haftungsseite nicht in den Prüfbereich des Ombudsmanns fällt, führten einzelne diesbezügliche Hinweise, dass anlässlich der Aktendurchsicht Zweifel an den Voraussetzungen des Haftungseinwands aufgekommen seien, zu Abhilfen und Vergleichen. Der Ombudsmann ist nicht an solchen Anmerkungen gehindert, da es dem Schlichtungsgedanken sowie wirtschaftlichen Überlegungen entspricht „Zufallserkenntnisse“ aus der Aktendurchsicht nicht ungenutzt zu lassen. Selbstverständlich kann es sich außerhalb des Prüfbereichs jedoch nur um unverbindliche und einseitig an die Versicherer gerichtete Hinweise handeln.

Viele Beschwerden betrafen Schäden, die in einem direkten oder eher zufälligen Zusammenhang mit dem Gebrauch eines Kraftfahrzeugs standen. Nach der allgemein üblichen sogenannten Benzin- oder Fahrzeugklausel ist die Haftpflicht des Eigentümers, Besitzers, Halters oder Führers eines Kraft-, Luft- oder Wasserfahrzeugs wegen Schäden, die durch den Gebrauch des Fahrzeugs verursacht werden, nicht versichert. Mit dieser Klausel sollen die Deckungsbereiche zwischen der Allgemeinen Haftpflichtversicherung und der Kfz-Haftpflichtversicherung zur Vermeidung von Doppelversicherung und Deckungslücken voneinander abgegrenzt werden. Die Abgrenzung war in der Praxis schon immer mit Schwierigkeiten verbunden. Es hatten sich allerdings typische Fallkonstellationen entwickelt, wobei der Begriff des Fahrzeuggebrauchs in den Bedingungen zur Allgemeinen Haftpflichtversicherung und zur Kfz-Haftpflichtversicherung gleich ausgelegt wurde. Das bedeutete, dass der Schaden dem Risikobereich der Kfz-Haftpflichtversicherung zugeordnet und eine Regulierungspflicht des Privathaftpflichtversicherers abgelehnt wurde, wenn ein Zusammenhang mit dem Fahrzeuggebrauch bejaht wurde. Diese Gleichschaltung ist nach der neueren Rechtsprechung nicht mehr möglich. Vielmehr gilt es im Hinblick auf den Risikoausschluss in der Allgemeinen Haftpflichtversicherung, den Begriff des Fahrzeuggebrauchs aus dem jeweils maßgeblichen Bedingungswerk heraus zu verstehen, ohne dabei auf den Inhalt anderer Versicherungsbedingungen zurückzugreifen. Risikoausschlüsse sind zudem nach allgemeiner Rechtsansicht eng auszulegen. Da der Schutzzweck der Kfz-Haftpflichtversicherung eine eher weite Auslegung des Gebrauchsbegriffs fordert, kann dies dazu führen, dass bestimmte Risikobereiche über beide Versicherungsarten abgedeckt sind. In diesem Zusammenhang haben sich neue Abgrenzungsprobleme ergeben. Dies war zum Beispiel der Fall, wenn ein Hindernis vor einem Pkw wegen einer anstehenden Fahrt beiseitegeschoben und beschädigt wurde oder der Beschwerdeführer, der seinen Wagen in einer Waschanlage säubern wollte, mit der gerade in die Hand genommenen Hochdruckdüse gegen einen anderen Pkw kam. In einem weiteren Fall beschädigte die Beschwerdeführerin bei dem Versuch, das Garagentor zu öffnen, um mit dem Fahrzeug herauszufahren, das (nicht in ihrem Alleineigentum stehende) Tor. Der Ombudsmann konnte jeweils eine Abhilfe durch den Privathaftpflichtversicherer erreichen. Fragen, wie sich etwa eine mögliche Doppelversicherung in der Praxis auswirkt, sind jedoch noch offen.

Aber nicht nur Risikoausschlüsse führen zu Verständnisschwierigkeiten. Schon die am Anfang der Allgemeinen Bedingungen stehende Beschreibung des Vertragsgegenstands birgt Probleme. Grundsätzlich gewährt der Versicherer nur Versicherungsschutz im Hinblick auf Haftpflichtansprüche wegen Personen- und Sachschäden. Der Versicherungsschutz kann, das wird in einer nachfolgenden Klausel erläutert, durch eine besondere Vereinbarung auf reine Vermögensschäden und das Abhandenkommen von Sachen erweitert werden. Der Versicherungsnehmer muss also erkennen, dass das Abhandenkommen von Sachen nicht als Sachschaden verstanden wird und er seine entsprechende Haftpflicht bei Bedarf gesondert versichern muss, was häufig nicht geschieht. Zwar enthalten die umfassenderen Tarife regelmäßig eine Absicherung des Schlüsselverlustrisikos.

Wird diese Deckungserweiterung jedoch nicht vereinbart, muss man sich mit den Ersatzansprüchen seines Vermieters, der nach einem Schlüsselverlust die gesamte Schließanlage austauschen lässt, alleine auseinandersetzen. Eine Beschwerdeführerin argumentierte in diesem Zusammenhang mit der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs, wonach bei der Auslegung von Risikoausschlüssen zwischen – nicht versicherten – unmittelbaren Sachschäden und – versicherten – mittelbaren Folgeschäden zu unterscheiden ist. Der Austausch der Schließanlage sei in diesem Sinne ein versicherter mittelbarer Folgeschaden. Der Ombudsmann konnte sich dem im Ergebnis nicht anschließen. Der Fall kann aber auch als Beispiel für die anhaltende Tendenz angeführt werden, dass die Beschwerdeführer immer mehr rechtliche Kenntnisse haben, was zu höheren Anforderungen an die Überzeugungsarbeit des Ombudsmanns führt.

Die nachfolgenden Themen werden an dieser Stelle nur kurz angerissen, da sie sich zum Vorjahresbericht (Seite 38 ff.) nicht wesentlich verändert haben. Hier ist zunächst die geringe Übersichtlichkeit der Vertragsbedingungen zu nennen, sofern sie sich in einen Allgemeinen Teil sowie in Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen gliedern. Noch schwieriger wird es für den Versicherungsnehmer, wenn Risikoausschlüsse ausdrücklich genannt werden, sich zum Teil aber nur durch einen Umkehrschluss aus einer positiven Formulierung ergeben, so dass auch Bedenken hinsichtlich der erforderlichen Transparenz bestehen. Mit diesem Hinweis konnte in einer Beschwerdeangelegenheit, der ein versuchter, zu Verletzungen einer Stute führender Deckakt des versicherten Hengstes zugrunde lag, eine Abhilfe erreicht werden. Der Ombudsmann begrüßt daher das Vorhaben des GDV, durch eine Neufassung der Musterbedingungen Transparenz und Laienverständlichkeit verbessern zu wollen. Zum Risikoausschluss der ungewöhnlichen und gefährlichen Beschäftigungen und der hierzu ergangenen aktuellen Rechtsprechung des BGH vertraten einige Versicherer die Ansicht, dass wegen geringfügiger Abweichungen in ihren Versicherungsbedingungen („Handlungen“ anstatt „Beschäftigungen“; „ungewöhnliche oder gefährliche Beschäftigung“ anstatt „ungewöhnliche und gefährliche Beschäftigung“) die Rechtsprechung des BGH, wonach der Begriff der Beschäftigung eine auf längere Zeit angelegte Betätigung erfordert, keine Anwendung finde. Dem konnte nicht zugestimmt werden, denn der BGH begründet seine Rechtsprechung mit dem Wesen der Haftpflichtversicherung und nicht mit einer Begrifflichkeit. Grob fahrlässiges Verhalten ist im Versicherungsschutz enthalten und kann nicht über den Ausschluss herausgenommen werden.

- **Berufsunfähigkeitsversicherung**

Zur Berufsunfähigkeits(zusatz)versicherung gingen im Berichtsjahr 427 zulässige Beschwerden ein. Das entspricht 3,7 (Vorjahr: 4,0) Prozent des Beschwerdeaufkommens. Dies stellt einen Rückgang zum Vorjahr (496) dar und kommt der Größenordnung von 2010 (413) nahe.

Bei der Berufsunfähigkeitsversicherung handelt es sich um eine Risikoversicherung, in der meist sehr hohe Kapitalwerte abgesichert werden. Sie wird hauptsächlich in zwei verschiedenen Arten betrieben: als selbständige Berufsunfähigkeits-

versicherung oder als Zusatzversicherung. Grundsätzlich besteht die versicherte Leistung der selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherung in einer Berufsunfähigkeitsrente. Bei der Berufsunfähigkeitszusatzversicherung wird vorrangig die Befreiung des Versicherungsnehmers von der Beitragszahlung für die Hauptversicherung versichert, eine Berufsunfähigkeitsrente kann noch hinzukommen. Ein Leistungsfall setzt voraus, dass die Fähigkeit, den Beruf auszuüben, aus gesundheitlichen Gründen in der Regel um mindestens 50 Prozent gemindert ist. Maßstab ist in der Regel entweder der zuletzt ausgeübte Beruf oder eine andere Tätigkeit, die der Versicherungsnehmer (mittlerweile) tatsächlich ausübt.

Eine besondere Bedeutung kommt dem Vertragsschluss zu. Zum einen ist der Versicherer darauf angewiesen, richtige und vollständige Antworten auf seine Gesundheitsfragen vom künftigen Versicherungsnehmer zu erhalten, damit er prüfen kann, ob und unter welchen Voraussetzungen er den Antrag annehmen kann. Zum anderen benötigen nicht wenige Kunden Unterstützung in Form von Bedarfsermittlung und Beratung. Dem Abschlussgespräch und dessen Dokumentation kommt deshalb – nicht nur im Ombudsmannverfahren – eine große Bedeutung zu.

Es verwundert daher nicht, dass viele Beschwerden die Frage von vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzungen betrafen. Voraus ging zumeist, dass der Versicherer im Rahmen der Leistungsprüfung unzutreffende Gesundheitsangaben bei Vertragsschluss festgestellt haben wollte. Daraufhin erklärte er den Rücktritt, die Kündigung und/oder die Anfechtung des Vertrages. Zum Teil war der Versicherer auch bereit, den Vertrag unter geänderten Bedingungen fortzusetzen.

Eine weitere Gruppe der Beschwerden betraf die Frage, ob und ggf. ab welchem Zeitpunkt der Versicherungsfall eingetreten war. Oft kam es dann darauf an, welche konkrete berufliche Tätigkeit, insbesondere bei wechselhaften Erwerbsbiografien, zugrunde zu legen war; aber auch die Höhe des Grades der Berufsunfähigkeit, die Fragen einer abstrakten und konkreten Verweisung auf eine andere Berufstätigkeit spielten, wie schon in den letzten Jahren, immer wieder eine Rolle. Besonders auffällig war die Vielzahl der Streitfälle, deren Leistungsanträge sich auf psychische Erkrankungen stützten und in denen nach Abschluss des Regulierungsverfahrens beim Versicherer medizinische und rechtliche Streitfragen auftraten.

Nicht selten suchten Beschwerdeführer Hilfe beim Ombudsmann, weil der Versicherer seine Versicherungsleistungen zwar erbracht, aber später wieder eingestellt hatte. Prüfungsgegenstand ist dann, ob die Leistungseinstellung rechtmäßig war und die Regeln des sogenannten Nachprüfungsverfahrens eingehalten worden sind. Entscheidungserhebliche Fragen müssen dann gutachterlich bewertet werden, so dass im Ombudsmannverfahren eine Klärung nicht immer gelingt.

Bei beruflich selbständigen Versicherten gab es Streit hinsichtlich ihrer Mitwirkungspflichten in Bezug auf die Beibringung von betrieblichen Unterlagen, über

Auskünfte zur Betriebsstruktur und die konkreten betrieblichen Abläufe. Für die versicherten Betriebsinhaber ist oft nicht verständlich, dass auch eine betriebliche Umorganisation in Betracht kommen kann.

Die Beschwerden zur Berufsunfähigkeitsversicherung sind oft gekennzeichnet durch die schwierige finanzielle Situation der von Krankheit betroffenen Versicherten sowie die häufig komplizierten Rechts- und Tatsachenfragen, die bei den verschiedenen Prüfungen einer Berufsunfähigkeit auftreten können.

Eine typische Beschwerdekonstellation liegt vor, wenn bei Vertragsschluss Rückenschmerzen verschwiegen wurden, obwohl der Versicherer danach konkret gefragt hatte. Oft tragen die Beschwerdeführer vor, vorübergehenden Schmerzen im Wirbelsäulenbereich und deren Behandlung keine Bedeutung beigemessen zu haben. Zum Teil berufen sie sich auch darauf, dies dem Vermittler angezeigt und von diesem die Auskunft erhalten zu haben, derartige „alltägliche“ Beschwerden bräuchten nicht angegeben zu werden. In einem Fall hatte der Ombudsmann darüber zu befinden, ob nicht angezeigte lediglich schwangerschaftsbedingte Rückenbeschwerden den Versicherer berechtigen, in den Vertrag rückwirkend eine Klausel einzuschließen, womit Wirbelsäulenbeschwerden vom Versicherungsschutz ausgeschlossen werden sollten. Einige Jahre nach Vertragsabschluss erlitt die Beschwerdeführerin einen Bandscheibenvorfall, der sich auf ihre Berufstätigkeit als Restaurantfachfrau auswirkte, und machte Leistungsansprüche geltend. Der Ombudsmann empfahl dem Versicherer, von seiner Vertragsanpassung Abstand zu nehmen. Der Versicherer setzte den Vertrag ohne Klausel fort und nahm seine Leistungsprüfungen wieder nach dem ursprünglichen abgeschlossenen Vertrag auf.

Es wandten sich aber auch Beschwerdeführer an den Ombudsmann, weil sie wegen einer bestehenden Erkrankung keinen Versicherungsschutz erhielten. So bedauerlich dies für den Einzelnen ist, entspricht es doch dem Grundsatz der Vertragsfreiheit, niemanden zum Vertragsschluss zu verpflichten. Insoweit half in der Regel auch ein Hinweis auf das Diskriminierungsverbot nicht weiter.

- **Sonstige Versicherungen**

Unter „Sonstige Versicherungen“ werden Versicherungen zusammengefasst, die nicht zu den „großen“ Versicherungssparten gehören. Darunter fallen insbesondere die Reiseversicherung, Elektronik- und Technikversicherung, Tierversicherung, Transportversicherung, Wassersportversicherung und die Bauversicherung, aber auch „Exoten“ wie die Camping- oder Jagdwaffenversicherung. Zu diesen „Sonstigen Versicherungen“ gingen 902 (Vorjahr: 921) zulässige Beschwerden im Jahr 2012 ein; sie trugen somit zu 7,7 (7,5) Prozent zum Gesamtaufkommen der Beschwerden bei.

Den Schwerpunkt bildet die Reiseversicherung, bei der nach wie vor hauptsächlich Reisestornierungen im Streit standen. Wie bereits im letzten Jahresbericht dargelegt (Seite 42 f.), ist für die Leistungspflicht der Reiserücktrittskostenversicherung häufig die entscheidende Frage, ob eine Erkrankung, die Grund für eine

Reisestornierung war, unerwartet eingetreten ist. Bei bestehenden Vorerkrankungen ist zu berücksichtigen, ob der Versicherungsnehmer mit einer Verschlechterung seiner Erkrankung rechnen musste, da dann kein Versicherungsschutz besteht. Eine ärztliche Reisetauglichkeitsbescheinigung vor der Reisebuchung führte in einigen Beschwerdefällen dazu, dass der Versicherer die Stornokosten doch erstattete.

Dem Versicherungsnehmer einer Reiserücktrittskostenversicherung wird durch die Versicherungsbedingungen die Obliegenheit auferlegt, die Reise bei Eintritt des Versicherungsfalls und damit bei Ausbruch der Krankheit unverzüglich zu stornieren. Da jedoch viele Versicherungsnehmer, die akut erkrankt waren, auf eine Besserung der Erkrankung hofften, stornierten sie die Reise erst, als sich die erhoffte Genesung nicht einstellte. Konnte der Versicherungsnehmer sein Zuwarten nicht stichhaltig begründen, etwa mit einer entsprechenden ärztlichen Prognose, war die Kürzung des Versicherers nicht zu beanstanden.

Darüber hinaus ist vielen Versicherungsnehmern bei einer Reisestornierung nicht bewusst, dass sie nachweisen müssen, die unerwartete schwere Erkrankung sei bereits zum Zeitpunkt der Reisestornierung eingetreten. Die Versicherungsnehmer reichen oft nur ein ärztliches Attest beim Versicherer ein, das erst mehrere Tage nach der Reisestornierung ausgestellt wurde. Diese „verspäteten“ Atteste sind für einen Nachweis eines Versicherungsfalls zum Zeitpunkt der Reisestornierung jedoch in der Regel nicht ausreichend.

Eine umstrittene Problematik bei der Reiseversicherung wurde durch eine Entscheidung des Gerichtshofs der Europäischen Union vom Februar 2012 geklärt. Es ging um die Frage, ob ein Reiseversicherer auch zur Leistung verpflichtet ist, wenn die Reise nicht unmittelbar wegen Insolvenz des Reiseveranstalters, sondern wegen dessen betrügerischen Verhaltens ausfällt. Der Ombudsmann hatte die Vertragsklausel, dass Leistung erfolgt, wenn die Reise „infolge“ der Insolvenz ausfällt, wortgetreu und im Einklang mit einigen Instanzgerichten dahingehend ausgelegt, dass die Insolvenz Ursache des Ausfalls der Reise sein müsse. Der EuGH stellte dagegen auf die allumfassende Schutzwirkung eines Sicherungsscheines ab, die auch im Falle eines betrügerischen Bankrotts des Reiseunternehmers greife. Der Ombudsmann änderte daraufhin seine Entscheidungspraxis.

Einen weiteren Schwerpunkt bildet die Elektronik- und Technikversicherung. Hierbei stellte sich häufig die Frage, ob der Verlust eines entwendeten Gerätes – in der Regel des Mobiltelefons – versichert war. Die jeweiligen Versicherungsbedingungen sehen jedoch nur zum Teil Versicherungsschutz bei Verlust des Gerätes durch einfachen Diebstahl vor und dies auch nur, wenn es im persönlichen Gewahrsam sicher mitgeführt wurde. Für die Versicherungsnehmer war oft schwer zu verstehen, dass an das Erfordernis des sicheren Mitführens des Gerätes im persönlichen Gewahrsam sehr hohe Anforderungen gestellt werden. Denn ein solcher Gewahrsam besteht nach der Rechtsprechung nur dann, wenn die Sache entweder dauernd beobachtet oder aber so eng am Körper getragen wird, dass der Zugriff eines

Diebes unmittelbar bemerkt werden könnte. Vielfach wurde der Diebstahl aber nicht bemerkt.

- **Vermittlerbeschwerden**

Mit Beschwerden gegen Vermittler ist der Versicherungsombudsmann von Beginn seiner Tätigkeit an befasst. Nach § 2 Absatz 1 lit. b) VomVO ist das Verfahren eröffnet, wenn es sich um einen Anspruch aus der Vermittlung oder der Anbahnung eines solchen Vertrages handelt und sich der Anspruch gegen einen Versicherer richtet. Versicherungsvertreter, die im Auftrag von Versicherungsunternehmen handeln, vertreten diese gegenüber dem (möglichen) Versicherungsnehmer. Damit wird ihr Handeln dem Unternehmen zugerechnet. In Umsetzung der Vermittlerrichtlinie der Europäischen Union (Richtlinie 2002/92/EG) wurde das Versicherungsvermittlerrecht neu geregelt. Unter anderem wurde die seit dem 22. Mai 2007 bestehende Zuständigkeit für Beschwerden gegen Versicherungsvermittler und -berater geschaffen. Das Vermittlerverfahren unterscheidet sich wesentlich von dem Verfahren gegen Versicherungsunternehmen. Die gesetzliche Grundlage des § 214 Absatz 1 Nr. 2 VVG stattet den Ombudsmann mit weniger Kompetenzen aus, als ihm die Versicherungsunternehmen freiwillig in ihrer Vereinssatzung übertragen haben. Folglich arbeitet der Ombudsmann mit zwei verschiedenen Verfahrensordnungen: Der Verfahrensordnung für den Versicherungsombudsmann (VomVO) für Unternehmensbeschwerden und der Verfahrensordnung für Beschwerden im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen (VermVO).

Die Wahl des durchzuführenden Verfahrens richtet sich danach, welches Beschwerdeziel der Beschwerdeführer verfolgt und was er dazu vorträgt. Allerdings ist bei Verbrauchern auch deren wohlverstandenes Interesse zu berücksichtigen, da sie in Rechts- und Verfahrensfragen Unterstützung benötigen. Dementsprechend bedarf das genannte Beschwerdeziel gelegentlich der Auslegung. Geht es in der Beschwerde um die Vermittlung eines Vertrages durch einen gebundenen Vermittler oder einen Versicherungsvermittler mit Erlaubnis nach § 34d Absatz 1 Gewerbeordnung (GewO), dessen Handeln dem Versicherer zuzurechnen ist, wird in aller Regel ein Verfahren nach der VomVO durchgeführt, es sei denn, der Beschwerdeführer wünscht ausdrücklich ein Verfahren nur oder auch gegen den Vermittler persönlich (etwa wegen anstößigen Verhaltens). Das Verfahren nach der VomVO hat unbestritten Vorteile für die Beschwerdeführer, denn nach der Einlegung der Beschwerde wird die Verjährung der geltend gemachten Ansprüche des Beschwerdeführers gehemmt, der Ombudsmann kann bis 10.000 Euro eine verbindliche Entscheidung treffen und der Versicherer kann verpflichtet werden, ein eventuelles Mahnverfahren für die Dauer des Ombudsmannverfahrens auszusetzen. Allerdings gilt zum Beispiel die Beschränkung der Beschwerdebefugnis auf Verbraucher und Kleingewerbetreibende in der VomVO im Vermittlerverfahren nicht.

2012 erreichten den Ombudsmann insgesamt 396 (Vorjahr: 449) Beschwerden, die auf der Grundlage der VermVO zu prüfen waren. Damit hat sich die seit 2008 recht konstant in der Größenordnung von 450 bewegende Zahl signifikant verän-

dert. Zu berücksichtigen ist jedoch hierbei, dass Beschwerden gegen Vermittler auch in den Verfahren gegen Versicherungsunternehmen enthalten sind (vgl. 4.2 am Ende). Eine Besonderheit der als Vermittlerbeschwerden registrierten Vorgänge ist, dass mit 94 (143) der eingegangenen Beschwerden nur wenige die gesetzlichen Beschwerdevoraussetzungen erfüllen.

Der hohe Anteil an unzulässigen Eingaben lässt die Schlussfolgerung zu, dass viele Beschwerdeführer die Zulässigkeitsvoraussetzungen für eine Vermittlerbeschwerde beim Ombudsmann nicht kennen. Danach prüft er eine Beschwerde nur dann, wenn diese im Zusammenhang mit der Vermittlung eines Versicherungsvertrages steht, der Sachverhalt nach dem 22. Mai 2007 liegt und ein Versicherungsnehmer (bzw. –interessent) sowie ein Versicherungsvermittler (bzw. –berater) beteiligt sind. Dementsprechend fallen Beschwerden, die zum Beispiel auf eine Schadenregulierung abzielen, oder Beschwerden von Vermittlern untereinander nicht in den Zuständigkeitsbereich. Nicht wenige Beschwerden betreffen nach wie vor den Zeitraum vor dem 22. Mai 2007, also einen Zeitpunkt, zu dem das zugrundeliegende Gesetz noch keine Wirkung entfaltete.

Einen inhaltlichen Schwerpunkt der Vermittlerbeschwerden bilden, wohl nicht überraschend, Beanstandungen zur Beratung und die Vermittlung nicht benötigter Versicherungsverträge. Einige im Beschwerdeverfahren eingeholte Stellungnahmen der Vermittler ließen erkennen, dass diese selbst nicht über die notwendigen Kenntnisse verfügten, die zur Beratung des späteren Versicherungsnehmers erforderlich waren. Dies war dann ein deutliches Indiz für eine Falschberatung.

Es ließ sich nicht immer zweifelsfrei feststellen, ob die Beschwerdeführer tatsächlich falsch beraten wurden oder ob sie erst später den Entschluss gefasst hatten, sich vom Vertrag zu lösen und daher eine Falschberatung behaupteten. Wurde das Beratungsgespräch gut und umfassend dokumentiert, bot dies hinreichende Grundlage zur Beurteilung. Grundsätzlich kann festgestellt werden, dass die Pflicht zur Dokumentation auch aus Sicht der Vermittler viele Möglichkeiten bietet, die jedenfalls in etlichen dem Ombudsmann vorliegenden Fällen nicht ausgeschöpft wurden. Oft waren die Dokumentationen zu schematisch ausgefüllt worden, ohne auf die konkrete Lage des Antragstellers Bezug zu nehmen. Besonders fiel dieser Mangel bei Umdeckungen, also der Kündigung vorhandener und dem Abschluss neuer Verträge, auf. Hier trifft den Vermittler eine erhöhte Beratungspflicht, gerade hinsichtlich der Nachteile des Vertragswechsels. Dazu gehört, über entstehende Kosten aufzuklären und wichtige Unterschiede im Versicherungsschutz zu erläutern. In einigen dem Ombudsmann vorliegenden Fällen war aus der Dokumentation noch nicht einmal erkennbar, dass es sich um eine Umdeckung handelte.

Wiederholt nahmen Beschwerden über das Verhalten eines Vermittlers nur einen geringen Anteil am Gesamtbeschwerdeaufkommen bei den Vermittlerbeschwerden ein. Die Beschwerdeinhalte unterscheiden sich nicht von denen in den Vorberichtszeiträumen. So geht es den Beschwerdeführern um ungebührliches Verhalten, ungenügende Informationen, um Fragen des Datenschutzes und die

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

2.5 Beschwerdefälle

Nachfolgend wird von einzelnen Beschwerdeverfahren berichtet, die der Ombudsmann im Jahr 2012 zum Abschluss gebracht hat. Anhand der dargestellten Verfahrens- und Entscheidungspraxis des Ombudsmanns soll ein Einblick in die Beschwerdebearbeitung ermöglicht werden.

Die nachstehenden 22 Fälle sind nicht repräsentativ für die Häufigkeit oder die Bedeutung der Themen, mit denen der Ombudsmann befasst war. Die Auswahl erfolgte vielmehr nach Beschwerdefällen bzw. Themen, bei denen ein allgemeines Interesse erwartet werden kann und die jedenfalls in ihrer Gesamtheit einen Eindruck von der Arbeit des Ombudsmanns vermitteln. Aus dieser Fallsammlung lässt sich in Bezug auf das Verfahrensergebnis (Erfolgsquote), die Beendigungsarten (Entscheidung, Vergleich etc.) oder die Sparten bzw. die behandelten Rechtsfragen keine Aussage hinsichtlich der Gesamtstatistik ablesen. Auch sind die Fälle nicht nach einem bestimmten Kriterium sortiert.

Lebensversicherung
Prognose der Ablaufleistung einer Lebensversicherung als „Zertifikat“

Der Beschwerdeführer wandte sich an den Ombudsmann, da er mit der ausgezahlten Ablaufleistung seiner Lebensversicherung nicht einverstanden war. Noch wenige Wochen zuvor hatte er eine Auszahlungsankündigung erhalten, in der ihm ein höherer Betrag in Aussicht gestellt worden war. Das Dokument war als „Zertifikat über Ihr Guthaben“ bezeichnet, darunter stand der Betrag von 27.122,92 Euro. Die ausgezahlte Ablaufleistung blieb jedoch hinter diesem Wert zurück. Der Versicherer berief sich darauf, dass der zertifizierte Betrag Überschüsse enthielt, die zu dem Zeitpunkt noch nicht garantiert werden konnten.

In der Regel werden die in der prognostizierten Ablaufleistung enthaltenen Überschussangaben als nicht verbindlich ausgewiesen, indem entsprechende Vorbehalte aufgenommen werden. Auch die Auszahlungsankündigung enthielt einen Hinweis, wonach der Betrag auf der Grundlage der derzeitigen Überschusssätze ermittelt wurde. Allerdings war dieser Hinweis im Gegensatz zu den weiteren Angaben eher unauffällig gestaltet.

Der Ombudsmann vertrat gegenüber dem Versicherer die Auffassung, dass der kleingedruckte Hinweis auf die „derzeitigen Überschusssätze“ im Vergleich zu den ansonsten in Fettdruck ausgeführten Angaben, die ein gesteigertes Vertrauen in die genannte Leistung hervorrufen, fast unterging. Weiter wurde das „Zertifikat“ zwar sechs Monate vor Auszahlung erstellt, der Vermittler sandte es aber wohl erst ca. sechs Wochen vor dem Auszahlungstermin an den Versicherungsnehmer, so dass es sich für diesen nicht aufdrängen musste, dass die Überschusssätze sich

noch ändern könnten. Zudem wies der Ombudsmann darauf hin, dass ein „Zertifikat“ bereits nach dem allgemeinen Sprachgebrauch die verbindliche Bescheinigung eines Rechtsanspruchs im Sinne einer Verbriefung oder einer Inhaberverschreibung darstelle. Schließlich enthielt es die Formulierung „Ihr Guthaben“. Unter diesem Begriff sind bereits gutgeschriebene oder jedenfalls spätestens bei Ablauf gutzuschreibende Vertragswerte zu verstehen.

Der Versicherer half daraufhin der Beschwerde ab.

Allgemeines Versicherungsrecht
Prämiennachforderungen des Versicherers

Der Beschwerdeführer wehrte sich gegen eine Beitragsnachforderung. 2008 hatte er statt jährlicher künftig nur noch eine vierteljährliche Beitragszahlung gewünscht. Der Versicherer stellte zwar die Zahlungsweise um, zog jedoch irrtümlich pro Jahr nur einen Vierteljahresbeitrag ein. Somit ergab sich seit 2008 eine Differenz von jährlich drei Vierteljahresbeiträgen. Der Versicherer hatte für den Zeitraum von September 2008 bis zum September 2010 auf eine Nachzahlung verzichtet, verlangte aber noch den Fehlbetrag von September 2010 bis September 2012. Der Beschwerdeführer meinte, diesen Anspruch habe der Versicherer verwirkt.

Der Ombudsmann konnte den Beschwerdeführer nicht von der Beitragszahlungspflicht befreien und führte dazu aus:

„Mit dem mit Beginn zum 5. September 2006 abgeschlossenen Versicherungsvertrag wurden auch die gegenseitigen Rechte und Pflichten der Vertragsparteien vereinbart. Der Versicherer hat entsprechend den zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen Versicherungsschutz zu gewähren. Als Versicherungsnehmer sind Sie zur Beitragszahlung verpflichtet. Vereinbart war ein Jahresbeitrag in Höhe von 290,98 Euro, wobei über die Jahre (vertraglich vereinbarte) Beitragserhöhungen zu berücksichtigen sind. Dass 2008 die Zahlungsweise umgestellt wurde von jährlicher auf vierteljährliche Zahlung, änderte grundsätzlich nichts an dem vereinbarten Beitrag. Weder aus den mir vorliegenden Unterlagen noch aus Ihrem Vortrag ergibt sich ein Anhaltspunkt dafür, dass mit der Zahlungsumstellung zugleich der Jahresbeitrag geändert wurde. Da Sie sich gegen die Nachforderung wehren, hätte es an Ihnen gelegen, diesbezügliche Nachweise vorzulegen. Nach Aktenlage kann ich nur feststellen, dass dem Versicherer der ursprünglich vereinbarte Jahresbeitrag (zuzüglich der Anpassungen) unverändert zusteht.

Sicher ist es ärgerlich, wenn dem Versicherer oder einem von ihm Beauftragten ein Fehler unterläuft und man sich anschließend mit Nachforderungen konfrontiert sieht. Jedoch bitte ich zu berücksichtigen, dass der Versicherer seit der Umstellung 2008 vollen Versicherungsschutz geboten und er sich bei Ihnen in aller Form für seinen Fehler entschuldigt hat. Zudem ist er noch vor Eröffnung des Ombudsmannverfahrens Ihnen entgegengekommen und hat auf fast die Hälfte seiner Forderung verzichtet. Dementsprechend kann ich nicht erkennen, dass es unbillig wäre, an der Forderung von 578,85 Euro festzuhalten. Ich kann daher nicht den Versicherer in Ihrem Sinne verpflichten.“

Tierhalterhaftpflichtversicherung
Zeitwert einer Katze

Der Beschwerdeführer war Besitzer eines Jagdhundes, der eine Katze verletzte. Es entstanden erhebliche Arztbehandlungskosten. Der Tierhalterhaftpflichtversicherer erstattete aber nur den Zeitwert der Katze. Dem lag wohl der Gedanke zugrunde, es handle sich um so etwas wie einen wirtschaftlichen Totalschaden, bei dem die Wiederherstellungskosten den Zeitwert übersteigen. Auch wenn die Haftungsfrage nicht eigentlicher Prüfungsgegenstand im Ombudsmannverfahren ist, gab der Ombudsmann unter Berücksichtigung des Schlichtungsgedankens folgenden Hinweis an den Versicherer: „Es ist auch vom Gesetzgeber anerkannt, dass Behandlungskosten, die den Wert eines Tieres übersteigen, nicht schon deshalb unverhältnismäßig sind (§ 251 Absatz 2 Satz 2 des BGB). Nach der Rechtsprechung (…) dürften die vorliegend entstandenen Kosten noch verhältnismäßig sein. Ich habe deshalb Zweifel, ob Ihre Aussage, zu ersetzen sei nur der Zeitwert einer Sache, für den vorliegenden Fall noch im Rahmen Ihres Regulierungsermessens liegt.“ Daraufhin half der Versicherer der Beschwerde ab. Übrigens werden Tiere vom Gesetz als „Sache“ eingeordnet. Damit Behandlungskosten auch bei „ungünstiger wirtschaftlicher Betrachtung“ ersatzfähig werden, hat der Gesetzgeber den zitierten Passus 1990 in das BGB eingeführt.

Bootskaskoversicherung
Der polnische Ombudsmann bat um Unterstützung

Ein polnischer Besitzer eines älteren Segelbootes erlitt auf einem Törn von Mallorca zum spanischen Festland eine Havarie. Durch einen Sturm brach der Mast und das Deck um den Mast riss auf. Um weitere Schäden von dem Schiff abzuwenden, wurden der Mast und das Rigg (Takelage) aufgegeben.

Der Versicherer ging mit Blick auf das Alter des Schiffes in Verbindung mit den vor Fahrtantritt ungünstigen Wetteraussichten von einer grob fahrlässigen Obliegenheitsverletzung aus und übernahm nur 75 Prozent des festgestellten Schadens. Nach der Ansicht des vom Versicherer beauftragten Sachverständigen, die sich der Versicherer zu eigen machte, wäre ein ordentlicher Schiffsführer unter Beachtung der üblichen Sorgfalt mit dem Schiff bei dem angekündigten stürmischen Wetter nicht über das offene Hochseegebiet gefahren. Mit Gegenargumenten wandte sich der Beschwerdeführer an den Versicherer, erhielt jedoch von dort keine Antwort. Daraufhin wandte er sich an den polnischen Ombudsmann. Dieser war jedoch selbst nicht zuständig, da ein deutscher Versicherer das Risiko gedeckt hatte. Der polnische Ombudsmann bat daher den Versicherungsombudsmann um Unterstützung. Dafür gibt es eine Grundlage, nämlich die Zusammenarbeit im FIN-NET. Dabei handelt es sich um ein Netzwerk der Schlichtungsstellen für Finanzdienstleistungen von Ländern des Europäischen Wirtschaftsraums (d. h. in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union sowie in Island, Liechtenstein und Norwegen). Diese Schiedsstellen erleichtern auf diese Weise den Verbrauchern den Zugang zu der zuständigen Stelle in grenzüberschreitenden Streitfällen.

Der Ombudsmann forderte bei dem Versicherer eine Stellungnahme an und der Streit konnte beigelegt werden. Der Versicherer nahm aufgrund der Argumente des Beschwerdeführers den Einwand der grob fahrlässigen Obliegenheitsverletzung zurück. Dies teilte der Ombudsmann dem Beschwerdeführer über den polnischen Kollegen mit. Die Korrespondenz wurde in englischer Sprache geführt.

Unfallversicherung
Tod in der Wüste

Der Versicherer zahlte aus der Lebensversicherung die vereinbarte Summe von über 100.000 Euro an die Ehefrau des Versicherungsnehmers, da dieser nach einer Fahrradtour im Jahr 1999 durch die Atacama-Wüste in Chile vermisst und ein Jahr später für tot erklärt worden war. Nachdem im Februar 2011 die Leiche aufgefunden wurde, forderte die Witwe die Zahlung aus der Unfalltod-Zusatzversicherung. Die Todesursache ließ sich nicht mehr ermitteln, aufgrund der Umstände erschien der Ehefrau Verdursten als wahrscheinlich, da ihr Mann nach einer Fahrradpanne sich zu Fuß weiter auf den Weg gemacht hatte. Dies konnte anhand des aufgefundenen Fahrrads und einer zurückgelassenen Notiz des Verstorbenen rekonstruiert werden. Der Versicherer lehnte die Zahlung ab. Die Witwe argumentierte in ihrer Beschwerde, nachdem sie sich offenkundig mit versicherungsrechtlicher Literatur befasst hatte, der Wassermangel stelle ein plötzlich von außen wirkendes Ereignis dar, das einen Gesundheitsschaden verursacht habe. Angesichts sorgfältiger Planung, guter Vorbereitung und Kenntnis der Route sei nicht zu erwarten gewesen, dass die Wasservorräte nicht bis zur nächsten Wasserstelle reichen würden. Daher sei der Wassermangel plötzlich eingetreten, die tatbestandlichen Voraussetzungen auch im Übrigen erfüllt.

Dieser Auffassung konnte sich der Ombudsmann nicht ohne weiteres anschließen. Weder Wassermangel noch Verdursten sind in der Literatur oder einschlägigen Gerichtsurteilen als ein plötzliches von außen wirkendes Ereignis anerkannt. Entscheidend war aber, dass die Todesursache nicht feststand und auch nicht weiter aufklärbar war, so dass nicht einmal sicher von Verdursten ausgegangen werden konnte. Der Ombudsmann ließ sich deshalb auf die Diskussion zum Unfallbegriff nicht ein, sondern begründete mit Bezug auf den ungeklärten Sachverhalt und die Beweislast der Beschwerdeführerin, dass der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet war.

Rechtsschutzversicherung
Lücke trotz nahtlosem Versicherungsschutz

Der Beschwerdeführer zeichnete 1998 Anteile an einer Aktiengesellschaft in Form einer atypisch stillen Beteiligung. Nachdem Verluste eingetreten waren, meinte er, nicht hinreichend über Nachteile und Risiken der Kapitalanlage aufgeklärt worden zu sein. Daher entschloss er sich, Ansprüche gegen verschiedene Beteiligte geltend zu machen. Hierfür verlangte er Ende 2011 Kostenschutz aus der Rechtsschutzversicherung. Der Beschwerdeführer hatte im Jahre 2005 seinen Rechtsschutzversicherer gewechselt. Die Versicherer sahen zutreffend den

Rechtsschutzfall zum Zeitpunkt der Beratung als eingetreten an, lehnten jedoch beide ihre Leistungspflicht ab.

Der Vorversicherer berief sich darauf, dass die sogenannte Nachmeldefrist abgelaufen war. Demnach besteht nach den Vertragsbedingungen kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsfall später als zwei Jahre nach der Beendigung des Versicherungsvertrages dem Versicherer gemeldet wird. Der Nachversicherer lehnte eine Kostenübernahme ab, da der Rechtsschutzfall vor dem Abschluss des Versicherungsvertrages mit ihm eingetreten war.

Da beide Begründungen sich auf die jeweiligen Vertragsbedingungen (ARB) stützen konnten, waren die Deckungsablehnungen rechtlich nicht zu beanstanden. Zwar empfiehlt der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV), dass jeweils der Nachversicherer die Kosten übernimmt, wenn der Versicherungsnehmer lückenlos rechtsschutzversichert war, doch hat diese Empfehlung keine rechtliche Bindungswirkung. Einige Versicherer haben zwischenzeitlich ihre Bedingungen geändert und bieten entsprechenden Versicherungsschutz (vgl. Seite 29), die des Nachversicherers gehörten nicht dazu.

Privathaftpflichtversicherung
Online-Vertragsschluss

Die Beschwerdeführerin hatte online einen Antrag zur Privathaftpflichtversicherung gestellt und glaubte eine Familienhaftpflichtversicherung abgeschlossen zu haben. Als der Sohn einen Schaden verursachte, stellte sich jedoch heraus, dass sie versehentlich einen Single-Tarif gewählt hatte. Die Verwirrung der Beschwerdeführerin konnte der Ombudsmann nachvollziehen, denn das Antragsverfahren des Versicherers war so aufgebaut, dass ganz zu Anfang zwischen den verschiedenen Tarifen zu wählen war. Im weiteren Verlauf war die ausgelöste Tarifvariante aber nicht mehr erkennbar. Trotz letztlich gewählter Single-Variante hatte die Beschwerdeführerin im Verlauf des Dialogs aber auch ihren Familienstand (verheiratet) anzugeben. Weiter ließ der Versicherungsschein die wünschenswerte Klarheit vermissen. Darin wurde nicht der Begriff „Singlehaftpflichtversicherung“ oder Ähnliches verwendet. Vielmehr war Deckungsschutz ausdrücklich auch gewährt für „die gesetzliche Haftpflicht des Versicherungsnehmers als Familien- und Haushaltsvorstand (zum Beispiel aus der Aufsichtspflicht über Minderjährige)“. Für Singles spielt aber dieser Risikobereich typischerweise keine Rolle.

Der Ombudsmann konnte eine Abhilfe erreichen und der Versicherer nahm die Beschwerde zum Anlass, den Antragsprozess im Internet zu überarbeiten.

Gebäudeversicherung
Silvesterrakete ist kein Luftfahrzeug

Ein Beschwerdeführer wollte von seinem Wohngebäude-Versicherer einen Schaden ersetzt bekommen, den ein Feuerwerkskörper an seiner Haustür verursacht hatte. Als versichertes Risiko gab er an „Explosionen und aufgrund

eines Anpralls von Luftfahrzeugen“. Der Ombudsmann teilte ihm unter Hinweis auf die Definition des Luftfahrzeuges in § 1 Absatz 2 des Luftverkehrsgesetzes mit, dass Silvesterraketen oder sonstige Feuerwerkskörper hierzu nicht gehören. Auch die Absicherung gegen Explosionen greife nicht ein, da eine solche nur vorliege, wenn es zu einem plötzlichen Entweichen von Gasen oder Dämpfen gekommen sei. Feuerwerkskörper werden jedoch durch einen Treibsatz gezündet und abgebrannt; dieser Vorgang sei nicht mit dem einer Explosion im versicherungsrechtlichen Sinne gleichzusetzen.

Hausratversicherung

Ungesicherter Schmuck in gesichertem Haus

In einem Fall, in dem bei einem Einbruch wertvoller Schmuck gestohlen wurde, kürzte der Versicherer die Leistung zunächst um 50 Prozent (nach Einlegung der Beschwerde erstattete der Versicherer weitere 20 Prozent) und berief sich auf die grob fahrlässige Herbeiführung des Einbruchdiebstahls nach § 81 Absatz 2 VVG, weil der Schmuck im Haus ungesichert aufbewahrt worden sei. Allerdings hatte der Beschwerdeführer sehr umfangreiche und über das normale Maß hinausgehende zusätzliche Sicherungen an dem Haus vorgenommen und durch zahlreiche Sicherungseinrichtungen Einbruchhemmnisse geschaffen. So gab es insbesondere Gitter vor den Fenstern im Parterre und im Kellerbereich, ein Schloss an der Haustür mit Selbstschließautomatik und einer zusätzlichen Stangenverriegelung, eine Alarmanlage im Haus mit Bewegungsmeldern auf allen Stockwerken, wobei die Alarmanlage mit einem mobilen Wachschutz verbunden war, der bei einer Abwesenheit von mehr als 24 Stunden täglich eine Innen- und Außenbegehung vornahm. Unstreitig war am Schadenstag die Alarmanlage scharf geschaltet und der mobile Wachschutz führte seine Begehung durch. Bei diesem Kontrollgang wurden die Einbrecher, die über ein herausgerissenes Fenstergitter eingedrungen waren, durch das Wachpersonal aufgeschreckt und flüchteten mit dem Diebesgut.

Dem Versicherer leuchtete zwar ein, dass er sich auf eine vertragliche Regelung, die das Verwahren von Schmuck in geschlossenen Behältnissen vorsah, nicht berufen konnte, weil er diese Klausel nicht an das reformierte VVG angepasst hatte (vgl. Jahresbericht 2011, S. 16). Er wollte jedoch diesen Sicherheitsstandard gleichwohl als Maßstab für den gesetzlichen Kürzungstatbestand von § 81 Absatz 2 VVG heranziehen. Dem widersprach der Ombudsmann, denn eine unwirksame Regelung könne nicht auf diesem Weg wieder Geltung erhalten. Es komme somit auf die objektive Lage und, wie von der Rechtsprechung bei grober Fahrlässigkeit vorgegeben, subjektiv auf den Beschwerdeführer an. Die Tatsache, dass sehr wertvolle Schmucksachen im Inneren des Hauses unverschlossen verwahrt wurden, sei nach Meinung des Ombudsmanns für die Frage, ob der Einbruchdiebstahl grob fahrlässig herbeigeführt wurde, nicht entscheidend. Da der Beschwerdeführer den Schmuck im eigenen, gegen Einbruchdiebstahl massiv gesicherten Haus unverschlossen aufbewahrte, habe er den Versicherungsfall nicht grob fahrlässig herbeigeführt. Es gebe nach der allgemeinen Verkehrsanschauung keinen allgemeingültigen Grundsatz, wonach zu Hause verwahrter Schmuck auch in einem stark gegen Einbruch gesicherten Haus noch zusätzlich in einem gegen Weg-

nahme gesicherten Behältnis aufzubewahren sei. Zudem sei auch die subjektive Komponente nicht erfüllt.

Der Ombudsmann entschied den Fall wegen der Höhe des Beschwerdewerts als unverbindliche Empfehlung. Darin empfahl er, den Versicherungsnehmer voll zu entschädigen. Dem kam der Versicherer nach.

Privathaftpflichtversicherung
Wann ist eine Wohnung eine Ferienwohnung?

Die Katzen der Beschwerdeführerin beschädigten in einer längerfristig angemieteten Ferienwohnung die Couch. Wie üblich war die Haftpflicht nach den dem Vertrag zugrunde liegenden Bedingungen wegen Schäden an Einrichtungsgegenständen in Wohnräumen nicht versichert. Anders verhielt es sich im Hinblick auf das Inventar einer Ferienwohnung. Der Versicherer war der Ansicht, dass durch die längerfristige Anmietung nicht mehr von einer Ferienwohnung im Sinne der Bedingungen ausgegangen werden konnte, und lehnte eine Leistung zunächst ab. Der Ombudsmann wies darauf hin, dass nach der Rechtsprechung neben der Nutzungsart auch die Bauweise und das äußere Erscheinungsbild des Hauses oder der Wohnung zu berücksichtigen seien. Er bezog sich auf den Wortlaut der maßgeblichen Vertragsklausel: „Durch die Aufzählung ´in Hotelzimmern, Ferienwohnungen, Ferienhäusern, Pensionen und Schiffskabinen´ wird erkennbar auf typisierte Gebäude oder Räume abgestellt. Der Begriff ´Ferienwohnung´ ist mit bestimmten Vorstellungen verbunden. Er dient sowohl der Definition für die Betriebsart einer bestimmten Ferienunterkunft als auch für eine Zimmerart (vgl. Internetenzyklopädie Wikipedia). Sofern ein Versicherungsnehmer die Ferienwohnung einmal nicht im Rahmen eines Urlaubes nutzt, hebt das den offiziellen Charakter einer Ferienwohnung nicht auf.“ Ein Wertungswiderspruch zum Ausschluss von Schäden an gemieteten Sachen bestehe nicht, da eine Wohnung in der Regel ohne Inventar gemietet werde, eine Ferienwohnung dagegen möbliert sei.

Der Versicherer half der Beschwerde ab.

Allgemeines Versicherungsrecht
Erfüllung der Belehrungspflicht durch das Produktinformationsblatt?

Bevor der Versicherer seine Vertragsannahmeentscheidung treffen kann, benötigt er Informationen zu gefahrerheblichen Umständen. Die Vorschrift des § 19 VVG regelt die Anzeigepflicht des künftigen Versicherungsnehmers und die Folgen bei Verletzung; unter Umständen kann sich der Versicherer wieder vom Vertrag lösen. Nach § 19 Absatz 5 VVG steht dem Versicherer das Recht zum Rücktritt oder zur Kündigung wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer hierauf „durch gesonderte Mitteilung in Textform“ hingewiesen hat. Ein Versicherer vertrat die Auffassung, der entsprechende Hinweis sei in seinem Produktinformationsblatt enthalten. Der Ombudsmann hatte jedoch Bedenken, ob dem Formerfordernis und dem Sinn und Zweck der gesetzlichen Hinweispflicht auf diese Weise Rechnung getragen werden kann, und begründet dies wie folgt:

„Ich habe große Zweifel, ob dem Formerfordernis der gesonderten Mitteilung durch den Abdruck im Produktinformationsblatt hinreichend Rechnung getragen wurde. Dieses Produktinformationsblatt informiert über unterschiedliche Aspekte des beantragten Versicherungsschutzes, so unter anderem über die versicherten Risiken, die Beitragshöhe, die gegenseitigen Pflichten während der Vertragslaufzeit sowie den Anfang und das Ende des Versicherungsschutzes. Unter anderem wird – in gleicher drucktechnischer Weise wie zu den anderen Themen – auch über die Pflichten bei Vertragsschluss und die Folgen ihrer Verletzungen informiert. Der Warnfunktion, die durch die Erfordernisse des § 19 Absatz 5 Satz 1 VVG gewährleistet sein soll, wird diese drucktechnische Darstellung jedoch nicht gerecht. Selbst wenn man die Vorschrift des § 19 Absatz 5 Satz 1 VVG so auslegt, dass die gesonderte Mitteilung nicht auf einem gesonderten Blatt gegeben werden muss, muss doch zumindest eine gesonderte drucktechnische Darstellung gewählt werden, um dem Versicherungsinteressenten zu signalisieren, dass es besonders wichtig ist, diesen Abschnitt zur Kenntnis zu nehmen. Ich kann daher nicht feststellen, dass der von Ihnen erklärte Rücktritt zulässig ist.“

Der Versicherer hielt an seiner Auffassung nicht weiter fest und half der Beschwerde ab.

Unfallversicherung

Unfall mit gefährlichem Böller

Ein 14-Jähriger verletzte sich beim Zünden eines Feuerwerkskörpers schwer an der linken Hand. Trotz eines mehrmonatigen Krankenhausaufenthaltes und elf Operationen konnte nur der Zeigefinger erhalten werden. Der Versicherer lehnte die Leistung aus der Unfallversicherung ab, da der strafrechtliche Tatbestand des Erwerbs explosionsgefährlicher Stoffe verwirklicht sei. Hierzu teilte ihm der Ombudsmann mit: „Bitte bedenken Sie, dass auch für den Erwerb explosionsgefährlicher Stoffe nicht nur der objektive, sondern auch der subjektive Tatbestand verwirklicht sein muss. Nun lässt sich dieser nicht jederzeit und für jede Straftat durch nach außen erkennbare Manifestationen des Angeschuldigten beweisen; andererseits kann nicht nur aus dem objektiven Tatbestand auf die Erfüllung des subjektiven Tatbestandes geschlossen werden. Es müssen Anhaltspunkte vorliegen, die eine schuldhafte Handlungsweise bezogen auf den Erwerb nahelegen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass der heute 15-jährige Sohn des Versicherungsnehmers nicht damit rechnen musste, dass der Feuerwerkskörper fehlkonstruiert war. Er ging davon aus, einen handelsüblichen Feuerwerkskörper erworben zu haben. Der Umstand, dass der Feuerwerkskörper offenbar in Polen erworben wurde, mag zu einer gewissen erhöhten Vorsicht Anlass geben; davon auszugehen, dass ein damals 14-jähriger Junge überhaupt einen Gedanken daran verschwendet, hoch gefährlichen Sprengstoff zu erwerben, halte ich jedoch für abwegig. Zu diesem Ergebnis müsste man aber kommen, um zumindest eine Fahrlässigkeit annehmen zu können.“

Daraufhin half der Versicherer der Beschwerde ab.

Hausratversicherung
Sturmschaden beim Fahrradfahren

Beschädigungen von Brillen kommen recht häufig in der privaten Haftpflichtversicherung vor. Versicherungsnehmer melden zum Beispiel, sich versehentlich auf die Brille des Geschädigten gesetzt oder diesem durch eine ungeschickte Bewegung die Brille vom Kopf geschlagen zu haben. Als Sturmschaden in der Hausratversicherung, wie im folgenden Fall, werden Brillenschäden eher selten gemeldet: Der Versicherten wurde beim Fahrradfahren die Brille durch eine Sturmbö von der Nase gerissen und war danach unauffindbar. Der Ombudsmann konnte der Beschwerde gegen die Weigerung des Hausratversicherers, die Brille zu ersetzen, nicht stattgeben. Zwar war der Schaden durch ein versichertes Ereignis, nämlich durch einen Sturm, verursacht worden. Voraussetzung einer Leistungspflicht ist jedoch weiterhin, dass der Schaden am versicherten Ort, hier der Wohnung, eingetreten ist. Da dies nicht der Fall war, kam noch eine sogenannte Außenversicherung als Leistungsgrundlage in Betracht. Dieser in diesem Zusammenhang missverständliche Begriff erweitert zwar den versicherten Ort, aber nicht im Sinne Innen und Außen von Gebäuden, so dass auch im Freien Versicherungsschutz bestünde. Vielmehr wird damit zum Beispiel der Hausrat erfasst, der sich vorübergehend (nicht dauerhaft) in einer Ferienwohnung befindet. Damit kam auch unter diesem Gesichtspunkt Versicherungsschutz nicht in Betracht; dieser hätte allenfalls über eine spezielle Brillenversicherung gedeckt werden können. Dem Ombudsmann blieb nur, der Beschwerdeführerin die Sach- und Rechtslage verständlich zu erläutern.

Kfz-Kaskoversicherung
Prämienzahlung für einen vor 22 Jahren verschrotteten „Trabant“

Ein Beschwerdeführer hatte im Jahre 1990 einen „Trabant“ und eine „Schwalbe“ verschrottet und dies nach seinen Angaben dem Versicherer gemeldet. Dieser buchte jedoch weiterhin die Beiträge für die Kaskoversicherung ab. Der Beschwerdeführer bemerkte das jedoch erst im Jahre 2012 und gab dazu an, die Beitragsabbuchung mit der eines Anhängers verwechselt zu haben. Der Versicherer wiederum trug vor, weder eine Kündigung noch eine Information über die Verschrottung bzw. den Verkauf der Fahrzeuge erhalten zu haben, und berief sich auf Verjährung. Vor Einleitung des Beschwerdeverfahrens hatte der Versicherer zwei Jahresbeiträge erstattet. Nachdem der Ombudsmann auf die dreijährige Verjährungsfrist nach dem BGB hingewiesen hatte, erstattete der Versicherer eine weitere Jahresprämie.

Rechtsschutzversicherung
Veröffentlichung einer Abfindung als Baurisiko?

Ein Beschwerdeführer beantragte Deckungsschutz für eine Klage gegen seinen ehemaligen Arbeitgeber. Er hatte mit diesem in einem Vertrag über die Aufhebung eines Arbeitsverhältnisses eine Abfindung sowie Stillschweigen über deren Höhe vereinbart. Dennoch veröffentlichte dieser im folgenden Jahresbericht die Abfindungssumme. Der Beschwerdeführer wollte ihn daraufhin auf Schadenersatz in

Anspruch nehmen, da er ein Grundstück nicht mehr zu dem in Aussicht gestellten günstigen Preis kaufen konnte, nachdem der Verkäufer von der Höhe der Abfindung Kenntnis erlangt hatte. Der Versicherer lehnte ab und berief sich auf den Leistungsausschluss für Baurisiken. Danach besteht (hier verkürzt) kein Rechtsschutz für die Wahrnehmung rechtlicher Interessen in ursächlichem Zusammenhang mit dem Erwerb oder der Finanzierung von Grundstücken. Der Ombudsmann teilte der Beschwerdegegnerin seine Zweifel mit, dass die Schadenersatzforderung gegen den ehemaligen Arbeitgeber wegen Bruchs einer Verschwiegenheitsvereinbarung mit dem geplanten Grundstückgeschäft in Zusammenhang steht. Für die Anwendung der Ausschlussklausel sei maßgeblich, wodurch die Wahrnehmung der rechtlichen Interessen geprägt werde. Dies sei vorliegend die angelastete Verletzung der Schweigepflicht durch Veröffentlichung der Abfindung. Diese wurzelte aber nicht in einem Bauvorhaben. Außerdem habe sich kein spezifisches Baurisiko verwirklicht. Für die Anwendung der Klausel sei erforderlich, dass sich in dem Rechtsstreit die Risiken verwirklichen, die nach dem Zweck der Regelung gerade ausgeschlossen sein sollen. Dies sei für den Versicherungsnehmer erkennbar, die erfahrungsgemäß besonders kostenträchtigen Auseinandersetzungen um Baumaßnahmen vom Versicherungsschutz auszunehmen, weil nur für einen verhältnismäßig kleinen Teil der Versicherten ein solches Risiko entstehen könne. Der Rechtsstreit wegen der Schadenersatzforderung habe weder direkt eine Baumaßnahme zum Gegenstand noch gehe mit ihm das für Bauprozesse typische erhöhte Kostenrisiko (umfangreiche Beweisaufnahme wegen Baumängeln und Ähnliches) einher. Dass sich als Folge der rechtswidrigen Abfindungsveröffentlichung ein Grundstückskauf zerschlagen haben soll, sei keine typische Folge. Der geforderte Zusammenhang bestehe daher nicht.

Daraufhin erteilte der Versicherer Deckungszusage.

Kfz-Haftpflichtversicherung
Späte Einsicht

Der Versicherte hatte sein Fahrzeug nach dem Unfall verlassen und sich vom Unfallort entfernt, kam jedoch nach kurzer Zeit zurück. Der Versicherer war der Auffassung, bei einer Unfallflucht liege grundsätzlich zugleich eine arglistige Obliegenheitspflichtverletzung vor, die ihn zum Regress berechtige. Dem schloss sich der Ombudsmann nicht an und teilte der Beschwerdegegnerin mehrfach seine Auffassung mit. Danach lägen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass der Versicherte den Unfall etwa in einem fahruntüchtigen Zustand herbeigeführt oder über den tatsächlichen Fahrer getäuscht habe. Da die Beschwerdegegnerin weder die Ursächlichkeit der kurzzeitigen Abwesenheit für die Feststellungen des Versicherungsfalls oder den Umfang ihrer Leistungspflicht belegt habe, noch von arglistigem Verhalten ausgegangen werden könne, fehle es an den Voraussetzungen für einen Regress. Durch das reformierte VVG hatten sich die Grundlagen der Leistungsfreiheit geändert, daher konnte der Ombudsmann nachvollziehen, dass der Versicherer zunächst Verständnisschwierigkeiten hatte. Nachdem die ergänzenden Stellungnahmen jedoch an rechtlicher Substanz nicht zu-, sondern abnahmen, teilte der Ombudsmann der Beschwerdegegnerin mit:

„Nachdem Ihnen von mir mehrfach die Gelegenheit einer ergänzenden Stellungnahme gegeben wurde und darüber hinaus diverse Telefonate – auch im Zusammenhang mit der Problematik der Arglist – geführt wurden, beziehen Sie sich in Ihrer insgesamt dritten ergänzenden Stellungnahme auf die Ausführungen eines Professors auf seinem Internetportal. Es handelt sich dabei um Materialien für die ersten beiden Studiensemester der Jahre 2003 und 2004 zur Anfechtung im Sinne des § 123 BGB, also um Unterlagen einer acht Jahre zurückliegenden Anfängervorlesung. Unabhängig von der Wertung derartiger Fundstellen bedarf es aber auch danach bei Arglist einer Täuschungskomponente. Arglistiges Verhalten setzt also neben dem Vorsatz einen gesteigerten Verschuldensvorwurf voraus. Anhaltspunkte hierfür kann ich – wie Ihnen bereits mehrfach erläutert – den Unterlagen nicht entnehmen. Soweit Sie sich auf die Entscheidungen des LG Düsseldorf vom 3. Dezember 2010 und vom 18. Juni 2010 beziehen, darf ich darauf hinweisen, dass auch dort auf die konkreten Umstände der Verkehrsunfallflucht abgestellt wurde und der Sachverhalt ein gänzlich anderer war. (…) Ich gebe nun letztmalig Gelegenheit zu prüfen, ob Sie der Beschwerde abhelfen wollen (…)“

Daraufhin half der Versicherer der Beschwerde ab.

Lebensversicherung
Prämienhöhe nach Vertragsänderung

Der Beschwerdeführer wandte sich an den Ombudsmann, weil er nach einer Vertragsänderung mit der neuen Prämienhöhe nicht einverstanden war. In seinem Versicherungsvertrag war eine Berufsunfähigkeitszusatzversicherung enthalten. Diese wollte er ausschließen. Zuvor erkundigte er sich bei dem Versicherer, wie sich der Ausschluss auf die Beitragshöhe auswirken würde. Der Versicherer teilte ihm daraufhin einen zu geringen Beitrag mit, weil er bei der Neuberechnung die während der Vertragsdauer erfolgten Beitragserhöhungen nicht berücksichtigt hatte. Auf Grundlage dieses Versicherungsbeitrages beantragte der Beschwerdeführer den Ausschluss der Berufsunfähigkeitsversicherung. Der Versicherer erstellte daraufhin einen Versicherungsnachtrag mit einem im Vergleich zur vorherigen Mitteilung höheren Versicherungsbeitrag, bei dem die erfolgten Beitragsanpassungen rechnerisch richtig berücksichtigt waren. Auf die insoweit bestehende Abweichung zwischen dem Änderungsantrag des Beschwerdeführers und dem Versicherungsnachtrag machte er nicht aufmerksam.

Der Ombudsmann hatte Bedenken, dass der Versicherer die höhere Prämie fordern konnte. Mit § 5 enthält das VVG eine Regelung, wie sich bei Abweichungen zwischen Antrag und Versicherungsschein der Vertragsinhalt bestimmt. Nach Absatz 1 gilt die Abweichung grundsätzlich als genehmigt, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb eines Monats nach Zugang des Versicherungsscheins in Textform widerspricht, sofern der Versicherer bei der Übermittlung des Versicherungsscheins auf Abweichung und Rechtsfolge hingewiesen hat. Dies muss durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein erfolgen. Anderenfalls gilt nach § 5 Absatz 3 VVG der Vertrag als mit dem Inhalt des Antrags geschlossen.

Auf diese Anforderung des § 5 hingewiesen, blieb der Versicherer bei seiner Auffassung. § 5 VVG fände keine Anwendung, da ein Änderungswunsch nicht mit dem Antrag auf Abschluss einer Versicherung und ein Änderungsnachtrag nicht mit einem Versicherungsschein vergleichbar seien. Er erklärte sich nur dazu bereit, die Vertragsänderung zurückzunehmen oder den Versicherungsschutz in der Weise herabzusetzen, dass der niedrigere Beitrag zuträfe. Auch verwies der Versicherer darauf, dass dem Beschwerdeführer durch die fehlerhafte Mitteilung der Beitragshöhe im Vorfeld kein materieller Schaden entstanden sei.

Der Ombudsmann erläuterte dem Versicherer mehrfach, dass § 5 VVG auch für den Versicherungsnachtrag gilt und ein Schaden nicht zum Tatbestand gehört. Im weiteren Verlauf ließ der Versicherer den Vorgang von der Rechtsabteilung prüfen und schloss sich schließlich der Auffassung des Ombudsmanns an. Dazu führte er aus: „Rein rechtlich gesehen müssen wir also der Beschwerde von Hr. S. nachgeben. Das werden wir auch machen, wenn er weiterhin darauf besteht. Wir haben ihn heute noch einmal angeschrieben und an seine Solidarität mit der Versichertengemeinschaft appelliert. Wenn er auf sein persönliches Recht pocht, geschieht das auf Kosten der Versichertengemeinschaft.“ Offensichtlich beeindruckte dieser eher moralische Aspekt den Beschwerdeführer nicht sonderlich, denn er teilte dem Ombudsmann später mit, „vergangenen Freitag erhielt ich von der (…) Versicherung eine Benachrichtigung, der sich entnehmen ließ, dass sich das Blatt im Streit um meine Lebensversicherung dank der Bemühungen des Versicherungsombudsmann e. V. zu meinen Gunsten gewendet hätte. Dafür möchte ich mich bei Ihnen allen ganz herzlich bedanken!“

Vermittlerverfahren

Falschberatung bei einer Berufsunfähigkeitsversicherung

Eine Polizistin im gehobenen Polizeidienst als Vollzugsbeamtin wollte sich gegen das Risiko, Ihren Beruf aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ausüben zu können, absichern. Der Vermittler riet ihr zu einer Berufsunfähigkeitsversicherung ohne Berücksichtigung des Dienstverhältnisses. Einige Zeit nach Vertragsabschluss recherchierte sie im Internet und erkundigte sich beim Versicherer. Dieser bestätigte ihre Einschätzung, dass ein auf Dienstunfähigkeit zugeschnittener Vertrag für sie sinnvoller sei. Mit diesem Hinweis wandte sie sich wieder an ihren Vermittler, der darauf beharrte, dass die vermittelte Berufsunfähigkeitsversicherung für sie die bessere Wahl sei und es sich bei der Mitteilung des Versicherers um eine Falschauskunft handele. Die Versicherungsnehmerin verlangte vom Unternehmen die Aufhebung des Vertrages wegen Falschberatung und die Erstattung der gezahlten Beiträge.

Der Versicherer lehnte dies ab, fügte seiner Stellungnahme an den Ombudsmann Ausführungen des als Makler bezeichneten Vermittlers bei und bestritt eine Falschberatung. Die Überprüfung des Ombudsmanns im Finanzanlagenvermittler-Verzeichnis (http://www.vermittlerregister.info) ergab, dass dort der Vermittler als Vertreter mit Erlaubnis nach § 34d Absatz 1 der Gewerbeordnung geführt wurde. Auf Nachfrage bestätigte der Versicherer nunmehr diesen Status

auch für den Zeitpunkt des Vertragsschlusses. Dieser Unterschied ist durchaus von Bedeutung, da sich der Versicherer Beratungsverschulden des Vertreters grundsätzlich zurechnen lassen muss. Makler stehen nach ständiger Rechtsprechung des BGH hingegen „im Lager des Versicherungsnehmers“, so dass Beratungsfehler nur in Ausnahmefällen auf den Versicherer durchschlagen.

Nach der vorliegenden Stellungnahme des Vermittlers sowie der vorangegangen Korrespondenz stand für den Ombudsmann die Falschberatung fest. Besonders augenfällig wurde dies durch eine E-Mail an die Beschwerdeführerin, in welcher der Vermittler noch einmal die aus seiner Sicht vorhandenen, tatsächlich aber nicht bestehenden Vorteile der abgeschlossenen Berufsunfähigkeitsversicherung aufzählte, dazu gehörte, dass der Versicherer unverzüglich alle Leistungen aus dem Vertrag erbringen werde, sobald die Versicherungsnehmerin von einem Arzt ihres Vertrauens länger als sechs Monate krankgeschrieben werde, oder Leistungspflicht bis zum Lebensende bestünde und nicht nur bis zum 55. oder 60. Lebensjahr.

Nach diesen grob falschen Informationen kam es nicht mehr darauf an, ob der Vertrag für die Beschwerdeführerin deshalb nicht bedarfsgerecht war, weil er die Besonderheiten der Dienstunfähigkeit nicht berücksichtigte. Die Versetzung bzw. Entlassung von Beamten in den Ruhestand wegen Dienstunfähigkeit bedeutet nicht zwangsläufig, dass zugleich Berufsunfähigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen vorliegt. Dies ist der Fall, wenn etwas vereinfacht gesagt berufliche Tätigkeiten zu mindestens 50 Prozent nicht mehr ausgeübt werden können. Deshalb besteht ohne geeigneten Versicherungsschutz für Beamte das Risiko, dass sie zwar von ihrem Dienstherrn als dienstunfähig eingestuft werden, nach den BU-Versicherungsbedingungen jedoch kein Leistungsfall vorliegt. Bei Vollzugsbeamten kommt hinzu, dass zwischen beschränkter und begrenzter Dienstunfähigkeit unterschieden wird. Dies hat der Vermittler bei der Beratung und seiner Vertragsempfehlung zu berücksichtigen.

Nach deutlichen Ausführungen des Ombudsmanns lenkte der Versicherer ein und hob den Vertrag rückwirkend auf.

Rechtsschutzversicherung

Zugesicherte Eigenschaft im Kaufvertrag ein Baurisiko?

Der Beschwerdeführer beantragte Kostenschutz aus der Rechtsschutzversicherung, weil der Käufer seiner Eigentumswohnung den Kaufvertrag rückabwickeln wollte. Der Beschwerdeführer hatte im notariellen Vertrag zugesichert, dass er die zur Eigentumswohnung gehörige Dachterrasse als genehmigungspflichtige Baumaßnahme unter Einbeziehung einer Architektin habe errichten lassen. Nachdem der Käufer Undichtigkeiten sowie Baumängel an der Terrasse festgestellt und herausgefunden hatte, dass die Planerin der Dachterrasse keine Architektin, sondern (lediglich) eine Konstrukteurin war, fühlte er sich arglistig getäuscht, erklärte die Anfechtung und verlangte die Rückabwicklung des Kaufvertrags. Die Rechtsschutzversicherung lehnte die Kostenübernahme ab,

da die rechtliche Interessenwahrnehmung in ursächlichem Zusammenhang mit der genehmigungspflichtigen baulichen Veränderung eines Gebäudes gestanden habe.

Unbestreitbar besteht ein ursächlicher Zusammenhang des Rechtsstreits mit einem genehmigungspflichtigen Bauvorhaben – der Errichtung der Dachterrasse –, denn diese Baumaßnahme kann nicht hinweggedacht werden, ohne dass zugleich nicht auch der Rechtsstreit entfiele. Allerdings hatte sich kein Risiko verwirklicht, das vom Anwendungsbereich der Baurisikoausschlussklausel erfasst wird. Das ergab die Auslegung des beschwerdegegenständlichen Risikoausschlusses unter Anwendung der von der Rechtsprechung entwickelten Kriterien. Hiernach sollen nur solche Streitigkeiten ausgeschlossen werden, bei denen sich das Risiko verwirklicht, das einer Bautätigkeit innewohnt. Der Rechtsstreit des Beschwerdeführers betraf ausschließlich kaufvertragliche und keine werkvertraglichen Ansprüche. Zudem verfolgte der Käufer mit dem Prozess nicht die Beseitigung von Mängeln, sondern er verlangte die Rückabwicklung des Vertrages wegen arglistiger Täuschung über die Qualifikation der die Errichtung der Dachterrasse leitenden Person.

Der Ombudsmann verpflichtete die Beschwerdegegnerin zur Leistung.

Lebensversicherung
Wirksamkeit eines Lebensversicherungsvertrages bei Minderjährigkeit der versicherten Person

Der Beschwerdeführer wollte mit seiner Beschwerde die Rückabwicklung eines Lebensversicherungsvertrages erreichen, den er zugunsten seines Sohnes abgeschlossen hatte. Er war aufgrund der Beratung durch eine Verbraucherschutzorganisation der Ansicht, der Vertrag sei nicht wirksam zustande gekommen, da die versicherte Person zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses erst drei Jahre alt gewesen war.

Tatsächlich unterliegt ein Lebensversicherungsvertrag, den der Versicherungsnehmer auf das Leben einer anderen Person abschließt, einigen Besonderheiten, insbesondere bei Minderjährigen. Der Ombudsmann führte hierzu aus:

„Übersteigt die Todesfallleistung den Betrag der gewöhnlichen Beerdigungskosten (etwa 8.000 Euro), muss in der Regel die versicherte Person schriftlich ihre Einwilligung erklären. Eine Ausnahme gilt jedoch für die Fälle, in denen der Vater oder die Mutter Versicherungsnehmer ist. Dann ist die Einwilligung des minderjährigen Kindes (vertreten durch das Vormundschaftsgericht) als versicherte Person nur dann erforderlich, wenn der Versicherer auch bei Eintritt des Todes vor der Vollendung des 7. Lebensjahres zur Leistung verpflichtet sein soll und die für diesen Fall vereinbarte Leistung den Betrag der gewöhnlichen Beerdigungskosten übersteigt (§ 159 Absatz 3 des Versicherungsvertragsgesetzes in der für Ihren Vertrag geltenden Fassung).

Diese gesetzliche Regelung zeigt, dass nicht jede Absicherung eines minderjährigen Kindes für den Todesfall als rechtswidrig angesehen werden kann.

Bereits in der Schlusserklärung, die Sie mit Ihrer Unterschrift im Antragsformular zum Inhalt Ihres Antrags gemacht haben, wurde darauf hingewiesen, dass die Todesfallleistung bis zur Vollendung des 7. Lebensjahres der versicherten Person auf die gewöhnlichen Beerdigungskosten begrenzt ist. Diese Regelung ist auch in § 18 der Bedingungen für die fondsgebundene Lebensversicherung festgehalten."

Die Beschwerde konnte deshalb keinen Erfolg haben.

Privathaftpflichtversicherung
Explodierte Rauchbombe

Der Beschwerdeführer wollte zu Hause auf dem Herd eine Rauchbombe herstellen. Hierfür mischte er Zucker und Kaliumnitrat. Dabei kam es zu einer Verpuffung und die Druckwelle beschädigte die Küchenwand. Der Versicherer lehnte Versicherungsschutz aus der Privathaftpflichtversicherung ab und stützte seine Leistungsablehnung auf die Regelung in den Versicherungsbedingungen, wonach die Gefahren einer „ungewöhnlichen und gefährlichen Beschäftigung" nicht versichert sind. Dem stand nach Auffassung des Ombudsmanns jedoch die Rechtsprechung des BGH entgegen. Er teilte dem Versicherer mit, das Gericht habe wiederholt, zuletzt in einem Urteil vom 9. November 2011 zum Ausdruck gebracht, dass der Leistungsausschluss auf die seltenen Fälle beschränkt ist, in denen die schadenstiftende Handlung im Rahmen einer allgemeinen Betätigung des Versicherten vorgenommen worden ist, die ihrerseits ungewöhnlich und gefährlich ist und deshalb in erhöhtem Maße die Gefahr der Vornahme schadenstiftender Handlungen in sich birgt. Der Begriff der „Beschäftigung" setze eine allgemeine, in gewissen Zeitabständen wiederholte oder wiederkehrende Betätigung als Rahmen für die konkrete schadenstiftende Handlung voraus. Nur solche Bereiche seien ausgenommen, denen sich der Versicherungsnehmer über eine gewisse Dauer widme. Der Beschwerdeführer habe jedoch nach seinen unwiderlegten Angaben das erste (und vermutlich letzte) Mal versucht, eine Rauchbombe zu bauen.

Der Versicherer half der Beschwerde ab.

Kfz-Kaskoversicherung
Nachschieben von Ablehnungsgründen

Der Beschwerdeführer parkte sein Fahrzeug auf einer leicht abschüssigen Wiese, ohne die Handbremse anzuziehen. Das Fahrzeug rollte gegen einen Baum. Mit dem Eigentümer des Baums klärte er die Sache vor Ort, den Schaden an seinem Wagen meldete er seinem Kaskoversicherer. Dieser lehnte eine Leistung ab, zuerst mit der Begründung, der Beschwerdeführer habe den Unfallort unerlaubt verlassen, dann mit dem Hinweis auf eine grob fahrlässige Schadenherbeiführung. Der Ombudsmann teilte der Beschwerdegegnerin mit, dass beide Einwände keine vollständige Leistungsverweigerung rechtfertigten und fügte an:

„Hinzu kommt ein Aspekt, der weniger rechtlicher Natur ist. Insgesamt besteht nämlich der Eindruck, dass hier mehrfach Gründe ´nachgeschoben´ wurden. Zuerst stützten Sie eine Deckungsablehnung auf eine behauptete Unfallflucht, wobei den Unterlagen hierfür keine Anhaltspunkte zu entnehmen sind. Dann wandten Sie grobe Fahrlässigkeit ein und das Recht zu einer Leistungskürzung um 100 Prozent, die auch bei Bejahung dieses Schuldvorwurfs nach dem Inhalt der mir vorliegenden Unterlagen völlig unangemessen wäre. Die Umstände des Falles deuten nicht auf ein an Vorsatz grenzendes Verhalten des Beschwerdeführers hin und lassen sich mit dem Fall einer Fahrt zum Beispiel im Zustand absoluter Trunkenheit nicht vergleichen. An dieser Haltung hielten Sie über Monate fest. Erst nach wiederholten Nachfragen reduzierten Sie die Kürzungsquote schließlich auf 50 Prozent.“

Daraufhin half der Versicherer der Beschwerde ab.

3 Einzelheiten zur Schlichtungsstelle

3.1 Allgemeines

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

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

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

Nach der Vereinssatzung (siehe 5.3) können der GDV und dessen Mitgliedsunternehmen in den Verein aufgenommen werden. Zum 31. Dezember 2012 hatte der Verein 285 (Vorjahr: 285) 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 setzte sich im Berichtsjahr aus 28 Personen zusammen, darunter Vertreter aus dem Kreis der Mitgliedsunternehmen, von Verbraucherorganisationen, der Versicherungsaufsicht, der Wissenschaft sowie der Bundestagsfraktionen (siehe 3.5). Seit 2009 sind auch zwei Vertreter der Versicherungsvermittler Mitglieder im Beirat.

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

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

Professor Hirsch übernahm das Amt des Ombudsmanns zum 1. April 2008 im Anschluss an seine Tätigkeit als Präsident des BGH. 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 BGH 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 § 48e VVG.

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

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

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

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

Die Schlichtungsstelle ist befugt, einen gesetzlich vorgesehenen vorgerichtlichen Einigungsversuch durchzuführen. Nach § 15a des Einführungsgesetzes zur Zivilprozessordnung (EGZPO) können die Bundesländer in bestimmten Fällen die Zulässigkeit einer Klage vor Gericht davon abhängig machen, ob zuvor von einer durch die Landesjustizverwaltung eingerichteten oder anerkannten Gütestelle versucht worden ist, die Streitigkeit einvernehmlich beizulegen. In dieser Funktion ist der Versicherungsombudsmann einer staatlichen Gütestelle gleichgestellt. Er kann einen solchen Einigungsversuch durchführen und bestätigen. Eine weitere Funktion ergibt sich aus Absatz 2 des zum 26. Juli 2012 in die Zivilprozessordnung eingefügten § 278a (siehe 2.3).

3.2 Organisation und Personal

Der Ombudsmann ist das unabhängige Entscheidungsorgan, das die Mitgliedsunternehmen damit betraut haben, das Beschwerdeverfahren durchzuführen. Angesichts von jährlich 17.000 bis 18.000 Beschwerden kann der Ombudsmann jedoch nicht sämtliche Beschwerden selbst bearbeiten. Im Gegensatz zu einigen anderen größeren Einrichtungen der alternativen Streitbeilegung ist diese Kompetenz nicht auf mehrere Personen übertragen worden. Stattdessen stellt der Verein dem Ombudsmann geeignete Mitarbeiter und Sachmittel zur Verfügung, 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 besonderer Vertreter des Vereins im Sinne von § 30 BGB sowie Personalvorgesetzter aller Mitarbeiter und verantwortlich für die Organisation. Auch die Überwachung der Beschwerdebearbeitung im Verständnis des Ombudsmanns gehört zu seinen Aufgaben.

Die Beschwerdebearbeitung findet in zwei Bereichen des Vereins statt, nämlich im Servicecenter und in der juristischen Abteilung. Im Servicecenter des Versicherungsombudsmanns waren 12 Versicherungskaufleute mit der Annahme und der Aufbereitung der Beschwerden befasst. Die Mitarbeiter nehmen die Beschwerden entgegen, legen dazu Akten an und erfassen die Angaben im EDV-System. Sie helfen den Beschwerdeführern bei der Formulierung des Beschwerdeziels und der Zusammenstellung der für die Beschwerde notwendigen Unterlagen. Zudem prüfen sie die Zulässigkeit der Beschwerde im Sinne der Verfahrensordnungen und teilen den Beschwerdeführern, deren Anliegen nicht in den Aufgabenbereich des Ombudsmanns gehört, dies mit.

In der juristischen Abteilung unterstützen Volljuristen (Referenten) den Ombudsmann bei der Beurteilung der Beschwerden. Sie prüfen die Ansprüche der Beschwerdeführer in rechtlicher Hinsicht, führen die juristische Korrespondenz, loten Einigungsmöglichkeiten aus und entscheiden in Abstimmung mit dem Ombudsmann und in seinem Auftrag darüber, ob die einzelne Beschwerde berechtigt ist. Da die Referenten nach fachlichen Schwerpunkten entsprechend den Versicherungssparten arbeiten, sammeln sie im Laufe der Zeit wertvolle Erfahrungen und besonderes Fachwissen. Zum Ende des Berichtszeitraums haben 19 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 39 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.

Zu Anfang des Berichtsjahres wurden neue Büroräume bezugsfertig, die an die bisherigen anschließen. Durch die Erweiterung stehen sechs zusätzliche Arbeitsplätze für Referenten zur Verfügung.

Die effiziente Bearbeitung von jährlich über 17.000 Beschwerden erfordert eine gute Organisation. Dazu gehört ein EDV-Programm, das alle wichtigen Informationen zu einem Beschwerdeverfahren aufnimmt und den Mitarbeitern schnell und zuverlässig zugänglich macht. Dadurch wird gewährleistet, dass keine relevanten Erkenntnisse verlorengehen und den Beteiligten des Beschwerdeverfahrens bei Bedarf zügig die zutreffende Auskunft erteilt werden kann. Diese Anforderungen erfüllt das eigens für die Schlichtungsstelle entwickelte EDV-Programm „Ombudat“. Es unterstützt die Mitarbeiter bei allen Schritten der Beschwerdebearbeitung und informiert über sämtliche ein- und ausgehenden Mitteilungen. Außerdem

ermöglicht das EDV-Programm den Referenten, frühere Beschwerdefälle aufzufinden, die bei einer aktuell anstehenden Entscheidung berücksichtigt werden sollten. All das trägt zur hohen Bearbeitungsqualität der Beschwerden bei, sorgt aber auch für die notwendige Effizienz.

3.3 Vereinsmitglieder und Mitgliederversammlung

Der Versicherungsombudsmann e. V. ist der Trägerverein der Schlichtungsstelle. Nach der Vereinssatzung (siehe 5.3) können der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) und dessen Mitgliedsunternehmen in den Verein aufgenommen werden. Am 31. Dezember 2012 hatte der Verein 285 (Vorjahr: 285) Mitglieder. Vereinsbeitritte waren auch im Berichtsjahr zu verzeichnen. Ansonsten beruhen Veränderungen im Mitgliederbestand zumeist auf den Folgen von Fusionen, Übertragungen von Versicherungsbeständen und Neugründungen.

Die Mitglieder üben ihre Rechte in der Mitgliederversammlung aus, die zusammen mit dem Vorstand zu den Organen des Vereins gehört und mindestens einmal jährlich 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 für jedes einzelne Mitglied von dem Verhältnis der jährlichen Bruttobeitragseinnahmen aller Mitgliedsunternehmen zueinander abhängig ist. Darüber hinaus zahlen die Versicherungsunternehmen eine Fallpauschale für nach der Verfahrensordnung für Unternehmensbeschwerden (VomVO) zulässige Beschwerden (Einzelheiten dazu unter 3.8).

Am 14. November 2012 fand die ordentliche Mitgliederversammlung unter Leitung des Vorstandsvorsitzenden, Friedrich Schubring-Giese, in Berlin statt. Professor Hirsch berichtete über die Beschwerdebearbeitung der zurückliegenden 12 Monate, informierte über Änderungen der Rechtsprechung sowie über nationale wie internationale Entwicklungen in der Gesetzgebung. 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 seiner Ausführungen.

Anschließend stand die Wahl des Ombudsmanns an. Eine nach der Satzung erforderliche vorherige Zustimmung des Beirats lag vor, so dass Professor Hirsch für eine zweite Amtszeit bestellt wurde. Sämtliche Abstimmungen verliefen einstimmig.

Danach befasste sich die Mitgliederversammlung mit den vereinsrechtlichen Beschlüssen zum Jahresabschluss sowie der Entlastung von Vorstand und Geschäftsführer für das Jahr 2011. Diese Beschlüsse wurden ebenso wie der Wirtschaftsplan und die Mitgliederumlage für das Jahr 2013 antragsgemäß gefasst. Bei der Neuwahl des Vorstands, der Ersatzwahl der Mitgliedervertreter im Beirat und der Wahl der Rechnungsprüfer für die kommenden Geschäftsjahre folgte die Mitgliederversammlung den Vorschlägen des Vorstands. Die Besetzung ist den jeweiligen Kapiteln zu entnehmen.

3.4 Vorstand

Der Vorstand des Versicherungsombudsmann e. V. ist für alle Angelegenheiten des Vereins zuständig, soweit diese nicht durch die Satzung der Mitgliederversammlung, dem Beirat oder der Geschäftsführung übertragen sind. Wesentliche Aufgaben des 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 und endete demgemäß im Berichtsjahr. In der Mitgliederversammlung vom 14. November 2012 wurde das Gremium neu gewählt. Es schieden aus der Vorstandsvorsitzende Friedrich Schubring-Giese (Vorstandsvorsitzender i. R. der Versicherungskammer Bayern), Rolf-Peter Hoenen (Präsident des GDV und Gründungsvorstand des Versicherungsombudsmann e. V.) sowie Dr. Robert Pohlhausen (Vorsitzender der Vorstände i. R. der VGH Versicherungen Hannover). Wiedergewählt wurden Dr. Jörg Freiherr Frank von Fürstenwerth, Dr. K.-Walter Gutberlet, Uwe Laue und Professor Dr. Wolfram Wrabetz. Neu in den Vorstand wählte die Mitgliederversammlung Dr. Alexander Erdland, Vorsitzender des Vorstands Wüstenrot & Württembergische AG und seit dem 14. November 2012 Präsident des GDV, Dr. Norbert Rollinger, Vorsitzender des Vorstands R+V Allgemeine Versicherung AG, Dr. Wolfgang Weiler, Vorstandssprecher der HUK-COBURG Versicherungsgruppe sowie Ulrich-Bernd Wolff von der Sahl, Vorsitzender des Vorstands SV SparkassenVersicherung Holding AG. Eine Übersicht der Vorstandsbesetzung zum Ende des Berichtsjahres kann der Aufstellung im Anhang unter 5.5 entnommen werden.

In der konstituierenden Sitzung vom 14. November wählten die Vorstandsmitglieder Dr. Wolfgang Weiler zum neuen Vorstandsvorsitzenden. Er folgt damit auf Friedrich Schubring-Giese und Dr. Bernd Michaels. Dr. K.-Walter Gutberlet,

Mitglied des Vorstands der Allianz Versicherungs-AG, wurde im Amt des stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden bestätigt.

Weitere Vorstandssitzungen fanden am 19. April 2012 und am 5. Juli 2012 statt. Der Vorstand stellte den Jahresabschluss des Vereins für das Geschäftsjahr 2011 auf, prüfte eingetretene Entwicklungen im Hinblick auf notwendige Maßnahmen und beriet über die Weiterentwicklung der Schlichtungsstelle. In Vorbereitung der Mitgliederversammlung beschloss der Vorstand den vorgelegten Wirtschaftsplan 2013 sowie die Wahlvorschläge für den Vorstand, die Ersatzwahl der Mitgliedervertreter im Beirat und die ehrenamtlichen Rechnungsprüfer für die Geschäftsjahre 2013 und 2014.

3.5 Beirat

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

Daraus ergibt sich eine Funktion, die vielleicht auf den ersten Blick nicht leicht zu erkennen ist, jedoch vielfach als die bedeutendste des Beirats angesehen wird: Das Gremium sichert die Unabhängigkeit des Ombudsmanns in der Ausübung seiner Tätigkeit. Die Ungebundenheit des Ombudsmanns 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, in das von ihm geleitete Beschwerdeverfahren und in seine Entscheidungen. Dies ist die notwendige Voraussetzung dafür, dass Ombudsmannbescheide den im Verfahren „Unterlegenen“ zu überzeugen vermögen.

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

Die Amtszeit der Beiratsmitglieder beträgt fünf Jahre. Die zweite Amtszeit des Beirats begann im Jahr 2007 und endete am 27. Februar 2012. In dieser Beiratsperiode gehörten 30 Personen dem Gremium an. Mit Wirkung für die dritte Beiratsperiode wurde die Besetzung verändert und reduzierte sich auf 28 Mitglieder. Damit erhielt er wieder die Größe wie vor der Erweiterung um die Vertreter der Vermittlerverbände. Die Parität zwischen Vertretern der Verbraucherorganisationen und der Mitgliedsunternehmen blieb unverändert, da jeweils um einen Sitz auf nun sieben Vertreter reduziert wurde. Dementsprechend bestand der Beirat zum Ende des Berichtsjahres aus sieben Vertretern der Mitgliedsunternehmen und ebenfalls sieben Vertretern von Verbraucherorganisationen (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. – vzbv, Stiftung Warentest und der Bund der Versicherten e. V. – BdV). Zwei Vertreter der Versicherungsaufsicht, drei Vertreter der Wissenschaft sowie sieben Vertreter der Bundestagsfraktionen (SPD, CDU/CSU, FDP, Bündnis 90/Die Grünen und Die Linke.) und zwei Vertreter von Versicherungsvermittlerorganisationen vervollständigten den Beirat.

Den Vorsitz im Beirat führt von Beginn an Professor Dr. Dr. h. c. mult. 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 25. Oktober 2012 in Berlin. Er nahm zunächst den Bericht von Professor Hirsch entgegen und diskutierte verschiedene Fragen und Probleme, die sich im Zusammenhang mit der Beschwerdebearbeitung gezeigt hatten. Nach dem Bericht von Dr. Hiort wirkte das Gremium satzungsgemäß an der Wiederwahl von Professor Hirsch mit und stimmte einstimmig für eine zweite Amtsperiode. Die Bestellung erfolgte dann in der folgenden Mitgliederversammlung (siehe 3.3).

Zu Beginn des Berichtsjahres übernahm Susanne Meunier das Mandat der Stiftung Warentest. Sie löste Hubertus Primus (Mitglied der Geschäftsleitung) ab.

Die Beiratsmitglieder Professor Dr. Elmar Helten (Präsident Bayerisches Finanz Zentrum e. V.), Jost Kärger (ADAC), Caren Lay (Mitglied des Bundestags, DIE LINKE.), Professor Dr. J.-M. Graf von der Schulenburg (Universität Hannover, Institut für Versicherungsbetriebslehre) sowie Professor Dr. Wolfram Wrabetz (Hauptbevollmächtigter und Vorsitzender der Vorstände Helvetia Versicherungen in Deutschland) schieden mit Ende der zweiten Amtsperiode aus dem Beirat aus.

Zu der am 28. Februar 2012 beginnenden dritten Amtsperiode traten erstmalig in den Beirat ein: Harald Koch (Mitglied des Bundestags, DIE LINKE.), Professor Dr. Petra Pohlmann (Westfälische Wilhelms-Universität, Institut für Internationales Wirtschaftsrecht), Professor Dr. Andreas Richter (Ludwig-Maximilians-Universität, Vorstand des Instituts für Risikomanagement und Versicherung). Rolf-Peter Hoenen (Präsident des GDV und Gründungsmitglied des Versicherungsombudsmann e. V.), Dr. Robert Pohlhausen (Vorsitzender der Vorstände i. R., VGH Versicherungen

Hannover), Friedrich Schubring-Giese (Vorstandsvorsitzender i. R. der Versicherungskammer Bayern) beendeten ihre Tätigkeit für den Verein und schieden am 14. November 2012 auch aus dem Beirat aus.

In der Nachwahl auf der Mitgliederversammlung wurden Dr. Alexander Erdland (Vorsitzender des Vorstands, Wüstenrot & Württembergische Versicherung AG und Präsident des GDV), Dr. Norbert Rollinger (Vorsitzender des Vorstands, R+V Allgemeine Versicherung AG) und Dr. Wolfgang Weiler (Vorstandssprecher, HUK-COBURG Versicherungsgruppe) neu als Mitgliedervertreter in den Beirat gewählt.

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

3.6 Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

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

Die aktive Öffentlichkeitsarbeit des Versicherungsombudsmanns besteht einerseits aus dem vorliegenden Jahresbericht, der Interessierten aus Presse, Politik, der Versicherungswirtschaft, der Verbraucherorganisationen und der Rechtswissenschaft zur Verfügung gestellt wird, andererseits aus den Informationsangeboten auf der 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 Erfahrungen zeigen, dass manche Themen durch eine Pressekonferenz den anwesenden Pressevertretern besser vermittelt werden können, als das in schriftlicher Form möglich wäre. Das Angebot zum direkten Kontakt wird rege angenommen, sowohl von der schreibenden Presse als auch von Vertretern des Hörfunks.

Im Übrigen geht die Initiative zur Berichterstattung regelmäßig von den Medienvertretern aus. Der Versicherungsombudsmann ist bei den Journalisten längst eine feste Größe, wenn Versicherungsthemen behandelt werden. Journalisten befragen Professor Hirsch häufig zu den von ihnen recherchierten Themen. Vielfach benötigen sie eine unabhängige Stellungnahme, nachdem sie von der Anbieterseite einerseits und von Verbraucherorganisationen andererseits verschiedene Standpunkte gehört haben. Im Ombudsmann finden sie einen Fachmann für Versicherungsrecht, der zudem die praktischen Auswirkungen für die Verbraucher und den Versicherungsmarkt kennt.

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

Oft wird der Ombudsmann anlässlich der Untersuchung bestimmter Versicherungsprodukte oder bei Berichten über die Branche um eine Stellungnahme gebeten. In verbraucherorientierten Artikeln sowie in Hörfunk- und Fernsehsendungen zu Versicherungsfragen wird bei Streitigkeiten mit Versicherern regelmäßig der Gang zur Schlichtungsstelle empfohlen. Vergleichstests der Versicherungsangebote beinhalten zunehmend Informationen darüber, ob die jeweiligen Versicherer der Schlichtungsstelle angehören. Dies wird offenkundig als ein Aspekt angesehen, auf den Verbraucher bei der Entscheidung für ein bestimmtes Versicherungsunternehmen achten sollten. Darüber hinaus drehte der RBB im März eine Folge der Ratgebersendung „Die Jury hilft“ in den Räumen der Schlichtungsstelle. Im Juni erschien ein Interview mit Professor Hirsch im Magazin „Focus“.

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

3.7 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. Nationaler und internationaler Erfahrungsaustausch mit anderen Schlichtungsstellen, Präsentationen zur Konstruktion, Arbeitsweise und Tätigkeit des Versicherungsombudsmanns sowie Berichte über bestimmte einzelne Aspekte der Tätigkeit prägen den fachlichen Austausch. Nachfolgend werden die bedeutendsten Begegnungen des Berichtsjahres dargestellt.

Auf Fachtagungen und Symposien wurden die Berichte und Erfahrungen des Versicherungsombudsmanns gern einbezogen. Professor Hirsch nahm als Gesprächsteilnehmer an einer Podiumsdiskussion über Qualitätsstandards im Versicherungsvertrieb teil. Außerdem hielt er Vorträge auf diversen Fachtagungen, darunter vor Sach- und Unfallversicherungsspezialisten sowie bei der Wissen-

schaftstagung des Bundes der Versicherten. Dr. Hiort berichtete auf einer Rechtsschutztagung vor Leitern der Schadenbereiche über die Themen und Probleme in dieser Sparte.

Den Versicherungsombudsmann erreichen immer wieder Anfragen ausländischer Delegationen, die sich über die privat organisierte Schlichtungsstelle, 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.

Im Dezember besuchte eine Delegation der Chinesischen Versicherungsaufsicht (CIRC) einige europäische Länder, um sich über den Verbraucherschutz im Versicherungssektor zu informieren. Dr. Hiort stellte die Schlichtungsstelle vor und beantwortete die fachkundigen Fragen im Rahmen der von der Deutschen Gesellschaft für internationale Zusammenarbeit organisierten Veranstaltung. Einer Abordnung des südkoreanischen Justizministeriums erläuterte Professor Hirsch seine Tätigkeit als Ombudsmann.

Erneut besuchte ein Berufsschuljahrgang im Berichtsjahr den Versicherungsombudsmann. Soweit es die Kapazitäten zulassen, wird diesen Anfragen gern entsprochen, um den künftigen Akteuren im Versicherungsmarkt einen Einblick in die Tätigkeit des Ombudsmanns zu ermöglichen.

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. Im Berichtsjahr war es der Bundesverband Direktvertrieb Deutschland, der sich über die Tätigkeit des Versicherungsombudsmanns informierte.

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 war es zudem der Auto- und Reiseclub Deutschland (ARCD), der anlässlich der Gründung der Schlichtungsstelle für Fluggäste den Ombudsmann für Versicherungen als Vorbild empfahl und dazu ausführte: „Die freiwillige Schiedsstelle der Assekuranz tauge als Maßstab wegen ihrer Neutralität, der Kompetenz (...) und wegen ihrer Verbraucherfreundlichkeit.“

Der Austausch mit anderen Schlichtungsstellen gewann im Berichtsjahr weiter an Bedeutung. Zu den traditionell guten Kontakten mit anderen Ombudsleuten und Verantwortlichen kam hinzu, dass im Berichtsjahr die EU Regelungen zur flächendeckenden Verbreitung der außergerichtlichen Streitbeilegung vorbereitete (siehe 2.2). Welche Auswirkungen sich daraus ergeben und ob dies Anpassungsbedarf in organisatorischer oder formaler Hinsicht notwendig macht, waren nur einige der Themen, die in verschiedenen Kreisen diskutiert wurden. In diesem Zusammenhang ist auch der Vortrag von Professor Hirsch auf der Veranstaltung des Bundesministeriums für Landwirtschaft, Ernährung und Verbraucherschutz „Alternative Streitbeilegung – Reden statt Klagen“ zu sehen.

3.8 Finanzen

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

Die Fallpauschalen stehen im Zusammenhang mit Beschwerden, die gegen die Unternehmen eingelegt werden. Für nach der Verfahrensordnung (VomVO) zulässige, nicht ungeeignete Beschwerden, wird nach Beendigung des Verfahrens eine Fallpauschale erhoben. Dabei kommt es nicht darauf an, ob die Beschwerde rechtlich begründet war. Die Einnahmen aus den Fallpauschalen decken die Kosten, die im Servicecenter des Ombudsmanns für die Unterstützung der Beschwerdeführer anfallen. Da sowohl diese Kosten als auch die Zahl der bearbeiteten Beschwerden variieren, wird die Höhe der Fallpauschalen jährlich neu vom Geschäftsführer festgesetzt. Die Pauschale betrug im Berichtsjahr für Beschwerden, die durch eine Entscheidung oder Empfehlung beendet wurden, 111,75 Euro, für auf andere Weise beendete Verfahren 74,50 Euro.

Die Satzung sieht vor, dass der Vorstand binnen vier Monaten nach Ende des Geschäftsjahres den Jahresabschluss aufstellt, der von den Rechnungsprüfern rechtzeitig vor der ordentlichen Mitgliederversammlung zu prüfen ist. Diese überwachen im Auftrag der Mitglieder die Verwendung der Finanzmittel und berichten darüber in der Versammlung. Auf dieser Grundlage entscheiden die Mitglieder über die Genehmigung des Abschlusses sowie über die Entlastung von Vorstand und Geschäftsführung. Auch beschließen sie, in welcher Höhe die zunächst vorläufig erhobene Umlage des abgelaufenen Jahres endgültig festgesetzt wird. Die in einem Geschäftsjahr nicht verbrauchten 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 2012, dessen Bestandteil die dargestellte Gewinn- und Verlustrechnung 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 den Mitgliedsunternehmen gewählten ehrenamtlichen Rechnungsprüfern vorzulegen. Sie berichten in der Mitgliederversammlung 2013 über das Ergebnis ihrer Prüfung.

Gewinn- und Verlustrechnung [1.]	2012 TEUR	2011 TEUR
Mitgliedsumlagen einschließlich verrechneter Beitragsvorauszahlungen	2.571	2.705
Umsatzerlöse	978	976
Bestandsveränderung [2.]	– 34	– 15
Sonstige Zinsen und ähnliche Erträge	26	26
Sonstige Erträge	88	54
Erträge	**3.629**	**3.746**
Personalaufwand	2.234	2.190
Raumkosten	370	405
Honorare, Gutachten, Beiträge, Gebühren	310	335
Kommunikationskosten	57	60
Reise-, Sitzungs- und Tagungskosten	35	57
Abschreibung auf immaterielle Vermögenswerte des Anlagevermögens und Sachanlagen	105	76
Zinsen und ähnliche Aufwendungen	8	5
Sonstige Aufwendungen	87	86
Steuern von Einkommen und Ertrag	6	4
Aufwendungen	**3.212**	**3.218**
Differenz Erträge und Aufwendungen	**417**	**528**
Entnahme/Zuführung Abschreibungsrücklage	21	67
Zuführung zur zweckgebundenen Rücklage	0	0
Entnahme Mitgliederguthaben	0	0
Überschuss / Mitgliederguthaben	**438**	**595**

Anmerkungen:

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

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

4 Statistik

4.1 Gesamtbetrachtung

Im Jahr 2012 sind insgesamt 17.263 (Vorjahr: 17.733) Beschwerden bei der Schlichtungsstelle eingegangen. Gegenüber dem Vorjahr bedeutet dies eine Verringerung um 2,7 Prozent. Bezogen auf die beiden Zuständigkeitsbereiche des Ombudsmanns zeigt sich folgende Tendenz: Die Zahl der Unternehmensbeschwerden sank um 2,5 Prozent auf 16.468 (16.884). Die Beschwerden gegen Versicherungsvermittler verringerten sich um 11,8 Prozent auf 396 (449). Den Ombudsmann erreichten außerdem 399 (400) Eingaben, die keinem der beiden Bereiche zugeordnet werden konnten und in der Statistik als „Sonstige“ ausgewiesen werden.

Bei Betrachtung der Gesamteingänge, einschließlich der unzulässigen Beschwerden, zeigten sich in den Sparten unterschiedliche Entwicklungen. Im Vergleich zum Vorjahr gingen in den meisten Sparten die Beschwerden zurück. Eine gegenläufige Entwicklung war in der Lebensversicherung festzustellen. Zwar erhielt der Ombudsmann 2,6 Prozent mehr Beschwerden als im Vorjahr, dies waren 5.506 (5.367). Jedoch war davon ein größerer Teil unzulässig, so dass die Zahl der zulässigen Beschwerden um 4,7 Prozent sank. Der langjährige Abwärtstrend dürfte im Dezember geendet haben, als allein in diesem Monat 1.104 Beschwerden in dieser Sparte eingingen. Diese Entwicklung war offenkundig auf die Urteile des BGH in der zweiten Jahreshälfte zurückzuführen.

In der Kfz-Versicherung zeigte sich ein uneinheitliches Bild; während Eingaben zur Kfz-Haftpflichtversicherung um 5,2 Prozent zunahmen, sank der Anteil der Kfz-Kaskoversicherung um 3,3 Prozent. In der Unfall-, Gebäude- und Haftpflichtversicherung sowie in der Berufsunfähigkeitsversicherung reduzierten sich die Beschwerden um jeweils ca. 10 Prozent im Vergleich zu 2011 deutlich. Um ca. 5 Prozent verringerten sich die Eingaben zur Hausratversicherung und den sonstigen Versicherungen. Die Eingänge in der Rechtsschutzversicherung blieben etwa konstant. Wegen des Rückgangs in vielen Sparten wirkte sich dies in einer weiteren Erhöhung der Sparte am gesamten Beschwerdeaufkommen aus.

17.735 (18.056) Beschwerden wurden 2012 abschließend bearbeitet. Die gegenüber dem Eingang höhere Zahl bedeutet, dass der Arbeitsstand weiter verbessert werden konnte. Die gute durchschnittliche Verfahrensdauer der zulässigen Beschwerden vom Vorjahr konnte mit 3,5 (3,4) Monaten fast gehalten werden. Von den beendeten Beschwerden waren 5.026 (4.739) unzulässig, dies entspricht 28,3 (26,3) Prozent.

4.2 Differenzierung nach Zuständigkeiten des Ombudsmanns

Die im Jahr 2007 übernommene Zuständigkeit für Beschwerden gegen Vermittler machte eine Abgrenzung zum Verfahren gegen Versicherungsunternehmen notwendig. Zuvor gab es nur die Kategorien „zulässig“ und „unzulässig“. Seit Ausübung der gesetzlich definierten Aufgabe muss festgelegt werden, welches Verfahren durchzuführen ist. Es kommt in wenigen Fällen sogar in Betracht,

zwei Verfahren (eines gegen das Mitgliedsunternehmen, das andere gegen den Vermittler) zu eröffnen. Auch im Falle der Nichtzuständigkeit für Beschwerden gilt es zu differenzieren, weil entschieden werden muss, für welches Verfahren die Unzulässigkeit gilt: Handelt es sich um eine unzulässige Unternehmensbeschwerde (Beispiel: Beschwerde gegen einen Versicherer, deren Wert 100.000 Euro überschreitet), eine unzulässige Vermittlerbeschwerde (Beispiel: Vermittler beschwert sich über einen anderen Vermittler) oder einen Vorgang, der weder der einen noch der anderen Kategorie zugeordnet werden kann (Beispiel: Beschwerde gegen ein Handelsunternehmen, weil die dort gekaufte Waschmaschine defekt ist). Vorgänge der letzten Art waren in den Vorjahren den unzulässigen Unternehmensbeschwerden zugeordnet und gehören seit 2008 der Kategorie „Sonstige“ an.

Bei der Betrachtung der Statistik ist zu berücksichtigen, dass Beschwerden im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen gegen gebundene Vermittler in der Regel die Voraussetzungen der VomVO, der Verfahrensordnung für Unternehmensbeschwerden, erfüllen, da sich das Beschwerdeziel gegen den Versicherer richtet. Solche Beschwerden wurden überwiegend 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 es 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 17.263 (Vorjahr: 17.733) im Berichtsjahr eingegangenen Beschwerden betrafen 16.468 (16.884) die Kategorie Unternehmensbeschwerden. Dies bedeutet eine Verringerung um 2,5 (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.

16.901 (17.211) Beschwerden gegen Versicherungsunternehmen wurden im Berichtsjahr beendet. In 508 (588) 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.

12.064 Verfahren (12.568) wurden als zulässig beendet. Davon konnten 467 (564) 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.

Von den übrigen 11.597 (12.004) Verfahren beendete der Ombudsmann 7.987 (8.171) Fälle mit einer Entscheidung oder Empfehlung. In 2.227 (2.311) 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 639 (716) Fällen zustande. In 744 (806) Verfahren zog der Beschwerdeführer seine Beschwerde zurück.

Bei 4.329 (4.055) 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 Verfahrenshinder-

nis weg und der Ombudsmann kann tätig werden. Ein weiterer vorübergehender Unzulässigkeitsgrund liegt vor, wenn zeitgleich Beschwerde bei einer Versicherungsaufsichtsbehörde eingelegt wird.

Im Berichtsjahr hatten 36,4 (40,0) Prozent der Beschwerden Erfolg, sofern sie nicht die Lebensversicherung betrafen. Als erfolgreich in diesem Sinne werden solche Beschwerdeverfahren angesehen, die dem Versicherungsnehmer vollständig oder zum Teil den gewünschten rechtlichen oder wirtschaftlichen Vorteil bringen. Dies kann der Fall sein, wenn die 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 die Darstellungen sind für Verbraucher oft unklar oder missverständlich. Auch können die mitgeteilten Werte enttäuschen, wenn sie unter den Erwartungen liegen, sie sind jedoch in der Regel weder hinsichtlich der Berechnung noch unter rechtlichen Gesichtspunkten zu beanstanden. 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 liegt die Erfolgsquote in der Lebensversicherung niedriger als in anderen Sparten. Damit sich für den Betrachter kein verzerrtes Bild ergibt, werden die Quoten getrennt ausgewiesen.

Nicht in diese Statistik fließt ein, ob der Beschwerdeführer nach Erläuterung durch den Ombudsmann die Entscheidung seines Versicherers versteht und akzeptiert. Dieser „Gewinn“ an Erkenntnis stellt sich erfahrungsgemäß sehr häufig ein. In die Erfolgsquote findet dieser Effekt jedoch keinen Eingang, da er sich statistisch nicht erfassen lässt. Gleichwohl tragen solche Verfahrensergebnisse maßgeblich dazu bei, dass der Ombudsmann seinen Auftrag als Schlichter erfüllt, wie es die Vereinssatzung in § 15 Absatz 2 vorsieht. Danach soll der Ombudsmann in bestimmten Fällen die Beilegung des Streits durch Bescheidung mit verständlicher Erläuterung der Rechtslage fördern. Eine befriedende Wirkung tritt in aller Regel ein, wenn die zuvor unzufriedene Partei nach der Prüfung des Ombudsmanns die Zusammenhänge versteht und erkennt, dass sich der Verfahrensgegner vertragsgemäß und gesetzeskonform verhalten hat.

4.4 Beschwerden gegen Versicherungsvermittler

Das Vermittlerverfahren unterscheidet sich erheblich von dem Beschwerdeverfahren gegen Unternehmen. Insoweit wird auf die Erläuterungen unter 1.5 und 4.2 verwiesen. Einige der Besonderheiten haben Auswirkung auf die statistische Betrachtung. So gibt es Beschwerden, die durchaus in den Aufgabenbereich fallen, sich jedoch nicht mit rechtlichen Maßstäben bewerten lassen. Dies soll an folgendem Beispiel verdeutlicht werden: Beschwert sich etwa ein Versicherungsnehmer, weil der Vermittler beim Abschluss des Hausratvertrages zu spät gekommen oder unfreundlich gewesen sein soll, so liegen alle vier Voraussetzungen vor, die nach der gesetzlichen Regelung für diese vom Bundesministerium der Justiz übertragene Aufgabe erforderlich sind. Es handelt sich um einen Versicherungsnehmer (1.), der eine Beschwerde (2.) über einen Versicherungsvermittler (3.) einreicht, die im Zusammenhang mit der Vermittlung eines Versicherungsvertrages steht (4.). Dennoch kann der Ombudsmann die Beschwerde nicht nach Recht und Gesetz entscheiden, wie es die Verfahrensordnung für Vermittlerbeschwerden (VermVO) in § 5 vorsieht. Dies ist zum einen für derartige Fälle ein ungeeigneter Maßstab, zum anderen würde eine darauf gerichtete Bewertung nicht die Beilegung des Streits fördern.

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

Im Berichtsjahr hat der Ombudsmann 396 (Vorjahr: 449) Eingaben in diesem Zuständigkeitsbereich erhalten. Dies entspricht einem Rückgang von 11,8 Prozent gegenüber dem Vorjahr. In den vier Jahren vor dem Berichtszeitraum bewegten sich die Eingaben zwischen 449 und 479 Beschwerden pro Jahr.

Die nachfolgenden Ausführungen betreffen ausschließlich die im Geschäftsjahr beendeten (nicht gleichbedeutend mit eingegangenen) Vermittlerbeschwer-

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

433 (437) Vermittlerbeschwerden beendete der Ombudsmann im Berichtsjahr. In 13 (14) Fällen haben die Beschwerdeführer ihr Anliegen nicht weiterverfolgt. 296 (276) 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 34 (28) Prozent ein fehlender Zusammenhang mit einer Vertragsvermittlung. Zweithäufigste Kategorie war mit 32 (24) Prozent der Vermittlungszeitpunkt, denn der Auftrag des Gesetzgebers für Vermittlerbeschwerden wirkt nicht in die Vergangenheit zurück. 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 124 (147) 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 2,4 (1,4) Prozent der als zulässig beendeten Beschwerden kam ein Vergleich zustande. Ansonsten versuchte der Ombudsmann die Partei, deren Auffassung er nicht teilen konnte, von seinem Prüfungsergebnis zu überzeugen. Darauf sind Abhilfen zurückzuführen, die 8,1 (8,8) Prozent ausmachten, und Rücknahmen mit einem Anteil von 5,6 (10,2) Prozent. In 76,7 (71,4) 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 7,2 (8,2) Prozent der zulässig beendeten Beschwerden aus. Hier teilte der Ombudsmann seine Auffassung zum Beschwerdegegenstand mit und versuchte, auf die Beteiligten befriedend zu wirken. Alle Beschwerden, auch die nicht justiziablen, wurden „beantwortet“, wie dies in § 214 VVG vorgesehen ist. 22,2 (33,7) 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 2012 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

	2012	2011	2010	2009	2008
Beschwerden gesamt Veränderung zum Vorjahr	17.263 – 2,7 %	17.733 – 3,4 %	18.357 + 1,2 %	18.145 – 3,7 %	18.837 + 7,1 %
Zulässige Beschwerden Veränderung zum Vorjahr	11.616 – 5,2 %	12.259 – 3,6 %	12.720 + 2,8 %	12.371 – 7,5 %	13.375 + 15,5 %
Unzulässige Beschwerden Veränderung zum Vorjahr	5.128 + 5,7%	4.852 – 3,6 %	5.034 – 0,2 %	5.045 + 6,4 %	4.740 – 10,6 %
Keine Weiterverfolgung durch Beschwerdeführer Veränderung zum Vorjahr	519 – 16,6 %	622 + 3,2 %	603 – 17,3 %	729 + 1,0 %	722 + 2,1 %

Eingang zulässiger Beschwerden im Vergleich zum Vorjahr

	2012	2011	Veränderung Absolut	Veränderung in Prozent
Leben / Rente	3.818	4.006	– 188	– 4,7
Rechtsschutz	2.019	2.021	– 2	– 0,1
Kfz-Haft	877	852	+ 25	+ 2,9
Kfz-Kasko	511	541	– 30	– 5,5
Gebäude	950	1.093	– 143	– 13,1
Unfall	846	932	– 86	– 9,2
Hausrat	700	743	– 43	– 5,8
Allgemeine Haftpflicht	566	654	– 88	– 13,5
Berufsunfähigkeit	427	496	– 69	– 13,9
Sonstige*	902	921	– 19	– 2,1
Gesamt	**11.616**	**12.259**	**– 643**	**– 5,2**

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

Entwicklung der Eingänge nach Zuständigkeitsbereichen

	2012	2011	2010	2009	2008*
Unternehmensbeschwerden Veränderung zum Vorjahr	16.468 – 2,5 %	16.884 – 3,8 %	17.555 + 1,3 %	17.326 – 3,5 %	17.947
Vermittlerbeschwerden Veränderung zum Vorjahr	396 – 11,8 %	449 – 1,3 %	455 – 5,0 %	479 + 3,9 %	461
Sonstige Veränderung zum Vorjahr	399 – 0,2 %	400 + 15,3 %	347 + 2,1%	340 – 20,7 %	429
Gesamt Veränderung zum Vorjahr	17.263 – 2,7 %	17.733 – 3,4 %	18.357 + 1,2 %	18.145 – 3,7 %	18.837

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

Verteilung der zulässigen Unternehmensbeschwerden nach Sparten

	2012 in Prozent	2011 in Prozent	2010 in Prozent	2009 in Prozent	2008 in Prozent
Leben / Rente	32,8	32,4	38,4	39,1	40,7
Rechtsschutz	17,5	16,6	15,3	14,1	13,3
Kfz-Haft	7,5	6,9	7,1	5,6	6,3
Kfz-Kasko	4,4	4,4	4,1	3,6	3,6
Gebäude	8,2	9,0	7,0	6,9	6,1
Unfall	7,3	7,7	7,5	9,0	8,8
Hausrat	6,0	6,1	5,0	5,1	5,1
Allgemeine Haftpflicht	4,9	5,4	4,9	4,9	4,6
Berufsunfähigkeit	3,7	4,0	3,2	2,9	2,8
Sonstige*	7,7	7,5	7,5	8,8	8,7

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

Verteilung der zulässigen Vermittlerbeschwerden nach Sparten

	2012 in Prozent	2011 in Prozent	2010 in Prozent	2009 in Prozent	2008 in Prozent
Leben / Rente	46,9	53,9	46,5	50,0	32,1
Rechtsschutz	7,5	4,9	6,5	3,7	4,9
Kfz-Haft	12,8	14,7	7,1	9,0	10,1
Kfz-Kasko	1,0	1,4	3,2	6,8	2,8
Gebäude	1,0	2,1	1,9	2,1	0,4
Unfall	3,2	0,7	1,9	0,5	7,3
Hausrat	3,2	0,7	1,3	1,1	2,0
Allgemeine Haftpflicht	1,0	4,2	1,9	1,6	3,2
Berufsunfähigkeit	6,4	5,5	3,9	2,6	1,2
Sonstige*	17,0	11,9	25,8	22,6	36,0

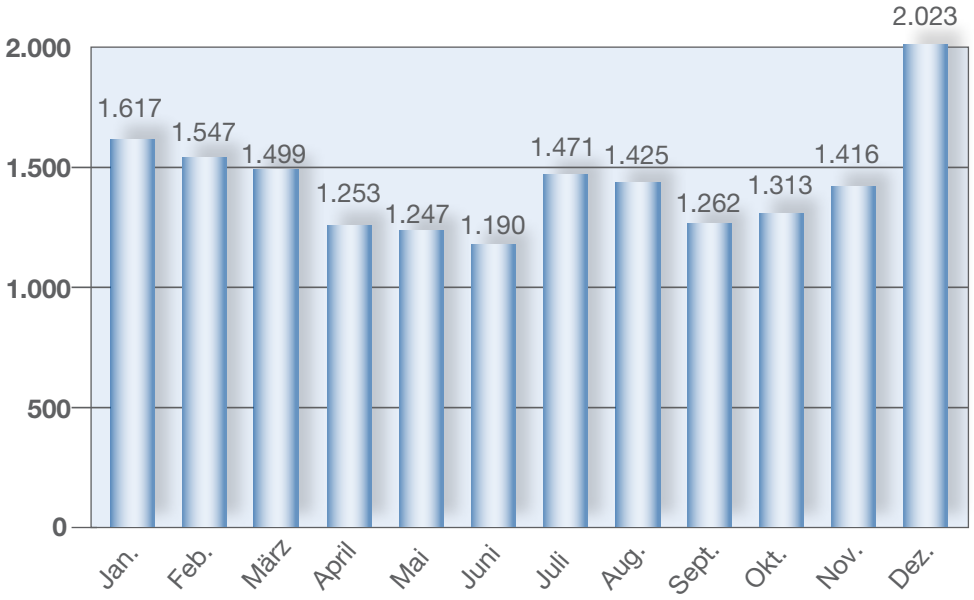
* Enthält Sparten mit geringem Beschwerdeaufkommen und Eingaben, die mehrere Sparten betreffen.

*Verteilung nach Aufgabenbereichen und Zulässigkeit**

2012	gesamt	zulässig	unzulässig	keine Weiter-verfolgung
Unternehmensbeschwerden Anteil in Prozent	16.468 100,0	11.522 70,0	4.436 26,9	510 3,1
Vermittlerbeschwerden Anteil in Prozent	396 100,0	94 23,7	293 74,0	9 2,3
Sonstige Anteil in Prozent	399 100,0	0 0,0	399 100,0	0 0,0
Gesamt Anteil in Prozent	**17.263** 100,0	**11.616** 67,3	**5.128** 29,7	**519** 3,0

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

Beschwerdeeingänge 2012 dargestellt nach Monaten



Kommunikationseingänge zu den Beschwerden

	2012	2011	2010	2009	2008
Telefon Anteil in Prozent	9.330 12,8	10.332 13,7	10.950 14,6	10.543 14,5	12.397 12,6
Brief Anteil in Prozent	45.617 62,4	47.378 62,7	47.096 62,6	46.543 64,1	68.385 69,4
Fax Anteil in Prozent	7.755 10,6	8.041 10,6	8.152 10,8	8.447 11,6	10.356 10,5
E-Mail Anteil in Prozent	10.337 14,2	9.866 13,0	8.991 12,0	7.091 9,8	7.351 7,5
Gesamt	**73.039**	**75.617**	**75.189**	**72.624**	**98.489**

2. Gesamtbetrachtung der 2012 beendeten Beschwerden

Diese Auswertungen geben die in **2012 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

	2012	2011	2010	2009	2008
Zulässige Beschwerden	12.188	12.715	12.982	12.491	13.412
Unzulässige Beschwerden	5.026	4.739	5.016	5.028	4.709
Keine Weiterverfolgung durch Beschwerdeführer	521	602	611	742	680
Gesamt	**17.735**	**18.056**	**18.609**	**18.261**	**18.801**

Verteilung der Beschwerden nach der Höhe des Beschwerdewerts

	2012 in Prozent	2011 in Prozent	2010 in Prozent	2009 in Prozent	2008 in Prozent
Bis 5.000 €	82,9	81,6	86,1	85,5	84,4
Bis 10.000 €	7,6	8,5	5,2	6,4	6,5
Bis 20.000 €	3,9	4,4	3,5	3,6	4,2
Bis Zuständigkeitsgrenze*	5,6	5,5	5,2	4,5	4,9

* Bis 17.11.2010: 80.000 €, danach 100.000 €.

Durchschnittliche Dauer der Beschwerdeverfahren

	2012 in Monaten	2011 in Monaten	2010 in Monaten	2009 in Monaten	2008 in Monaten
Zulässige Beschwerden	3,5	3,4	4,4	4,1	4,0
Unzulässige Beschwerden	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2
Beschwerden gesamt*	**2,5**	**2,5**	**3,2**	**3,0**	**3,0**

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

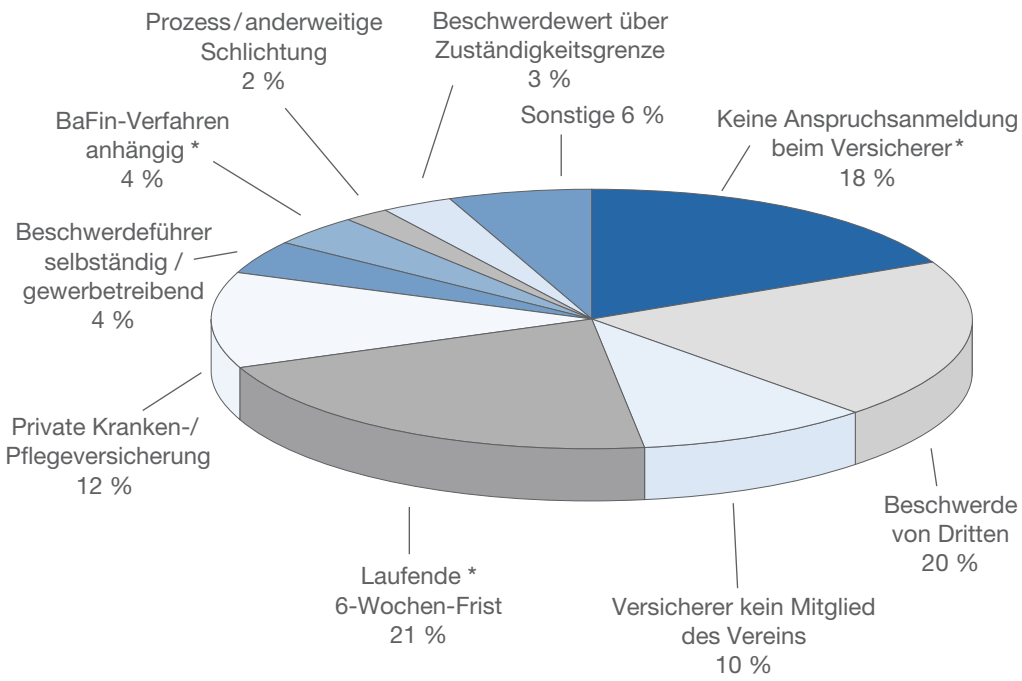
3. Unternehmensbeschwerden

Diese Auswertungen geben die in **2012 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	12.064	71,4
Unzulässige Beschwerden	4.329	25,6
Keine Weiterverfolgung durch Beschwerdeführer	508	3,0
Gesamt	**16.901**	**100,0**

Verteilung der Unzulässigkeitsgründe von Unternehmensbeschwerden



* Mit Stichtag 31.12.2012. Diese Verfahren können nach Wegfall des Verfahrenshindernisses von den Beschwerdeführern wieder in Gang gesetzt werden.

Verteilung der Beendigungsarten von zulässigen Beschwerden je Sparte in Prozent

	Entscheidung	Empfehlung	Abhilfe	Vergleich	Ungeeignet*	Rücknahme
Leben / Rente	64,6	11,7	13,7	2,4	4,4	3,2
Veränderung zum Vorjahr	– 0,6	– 1,4	+ 3,3	– 0,3	– 1,7	+ 0,7
Rechtsschutz	56,0	1,8	22,5	4,2	7,9	7,6
Veränderung zum Vorjahr	+ 2,9	– 0,6	– 5,0	– 0,6	+ 3,7	– 0,4
Kfz-Haft	61,8	0,2	23,4	1,4	0,6	12,6
Veränderung zum Vorjahr	+ 7,3	– 0,1	– 3,6	– 1,9	– 0,3	– 1,4
Kfz-Kasko	59,1	4,4	21,4	5,3	2,8	7,0
Veränderung zum Vorjahr	+ 11,3	+ 1,2	– 4,6	– 4,3	– 2,5	– 1,1
Gebäude	61,0	5,9	16,6	9,3	1,1	6,1
Veränderung zum Vorjahr	+ 1,8	– 1,0	+ 1,8	– 2,2	+ 0,2	– 0,6
Unfall	68,6	4,2	13,6	6,4	0,7	6,5
Veränderung zum Vorjahr	+ 3,1	+ 0,3	– 1,8	– 1,3	0,0	– 0,3
Hausrat	61,6	7,1	15,8	8,7	1,6	5,2
Veränderung zum Vorjahr	+ 7,7	+ 2,0	– 4,1	– 1,2	– 2,6	– 1,8
Allg. Haftpflicht	53,9	2,1	25,1	12,6	0,8	5,5
Veränderung zum Vorjahr	+ 3,4	+ 0,6	– 3,2	+ 3,3	– 0,5	– 3,6
Berufsunfähigkeit	19,0	47,4	10,3	4,5	13,9	4,9
Veränderung zum Vorjahr	+ 1,8	+ 10,7	– 5,0	+ 1,2	– 3,9	– 4,8
Sonstige	50,2	2,6	28,7	9,0	1,5	8,0
Veränderung zum Vorjahr	+ 5,8	– 1,0	+ 0,8	+ 0,3	– 3,2	– 2,7
Gesamt	**58,6**	**7,6**	**18,5**	**5,3**	**3,8**	**6,2**
Veränderung zum Vorjahr	+ 1,6	– 0,4	+ 0,1	– 0,4	– 0,7	– 0,2

* Zur Abweisung als ungeeignet siehe 4.3.

*Erfolgsquote der zulässigen Unternehmensbeschwerden**

Verfahrensausgang zugunsten der Beschwerdeführer					
	2012 in Prozent	**2011** in Prozent	**2010** in Prozent	**2009** in Prozent	**2008** in Prozent
Leben / Rente	23,3	19,8	19,3	18,1	16,4
Übrige Sparten	36,4	40,0	38,2	37,7	36,9

* Zur Bewertung der Erfolgsquote siehe 4.3.

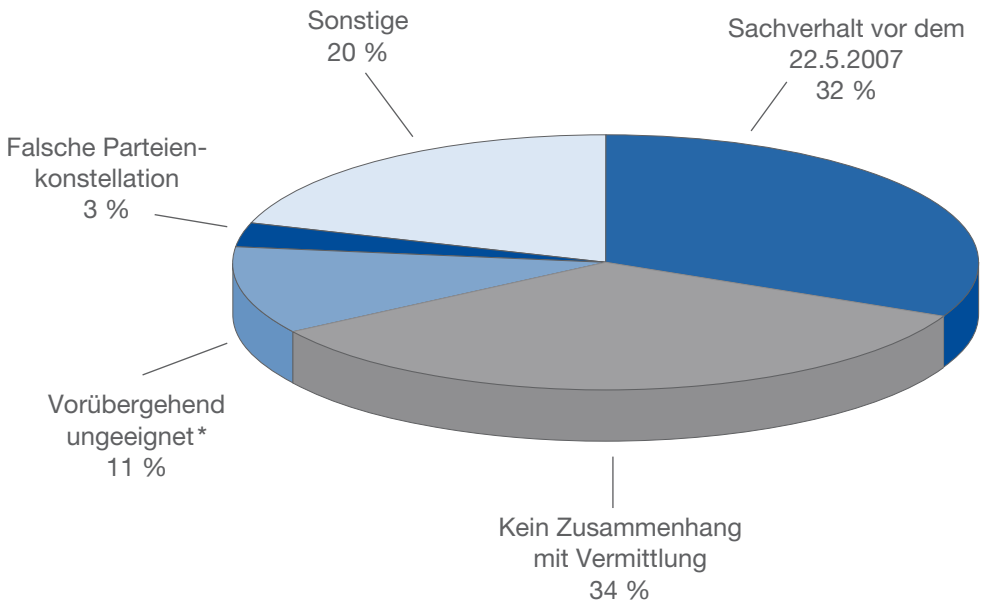
4. Vermittlerbeschwerden

Diese Auswertungen geben die in **2012 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	124	28,6
Unzulässige Beschwerden	296	68,4
Keine Weiterverfolgung durch Beschwerdeführer	13	3,0
Gesamt	**433**	**100,0**

Verteilung der Unzulässigkeitsgründe von Vermittlerbeschwerden



* Mit Stichtag 31.12.2012.

*Verteilung der Beendigungsarten von zulässigen Beschwerden in Prozent**

	Bewertung	Abhilfe	Vergleich	Rücknahme	Gesamt
Justiziabel Veränderung zum Vorjahr	76,7 + 5,3	8,1 – 0,7	2,4 + 1,0	5,6 – 4,6	92,8 + 1,0
Nicht justiziabel Veränderung zum Vorjahr	1,6 – 0,5	0,0 – 0,7	0,8 + 0,8	4,8 – 0,6	7,2 –1,0
Gesamt Veränderung zum Vorjahr	**78,3** + 4,8	**8,1** – 1,4	**3,2** + 1,8	**10,4** – 5,2	**100,0**

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

*Erfolgsquote der zulässigen Vermittlerbeschwerden**

	2012 in Prozent	**2011** in Prozent	**2010** in Prozent	**2009** in Prozent	**2008** in Prozent
Verfahrensausgang zugunsten der Beschwerdeführer	22,2	33,7	22,2	26,4	45,8

* Zur Bewertung der Erfolgsquote siehe 4.4.

5 Anhang

Die folgenden Angaben beziehen sich auf den Stand zum Ende des Berichtsjahrs 2012. 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 beigefügt 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 Jahresschluss nicht verbrauchte Vorschüsse bilden als Guthaben der Mitgliedsunternehmen Vorauszahlungen auf die Umlage des Geschäftsjahres, das der Beschlussfassung der Mitgliederversammlung über die Genehmigung der Jahresrechnung folgt, sofern die Mitgliederversammlung keine andere Verwendung beschließt.
(4) Die Berechnung der Mitgliedsbeiträge und die Entgelte für durchgeführte Verfahren bestimmen sich nach einer Kostenordnung, die von der Mitgliederversammlung beschlossen wird.

§ 17 Rechnungsprüfer, Jahresabschluss und Rechnungsprüfung

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

§ 18 Ehrenamtlichkeit

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

§ 19 Auflösung des Vereins

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

5.4 Mitglieder des Beirats

(Stand zum 31.12.2012)
Während des Berichtsjahres hat eine neue Amtsperiode begonnen. Vergleichen Sie dazu 3.5.

Vertreter der Verbraucherorganisationen

Beate-Kathrin Bextermöller
Stiftung Warentest

Lars Gatschke
Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv)

Andrea Heyer
Verbraucherzentrale Sachsen e.V.

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

Dr. Peter Lischke
Verbraucherzentrale Berlin e. V.

Susanne Meunier
Stiftung Warentest

Jochen Weisser
VerbraucherService Bayern im KDFB e. V.

Vertreter der Wissenschaft

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

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

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

Vertreter des öffentlichen Lebens

Bernhard Brinkmann
Mitglied des Bundestags, SPD

Michael Hennrich
Mitglied des Bundestags, CDU/CSU

Ingrid Hönlinger
Mitglied des Bundestags, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Harald Koch
Mitglied des Bundestags, DIE LINKE.

Ute Kumpf
Mitglied des Bundestags, SPD

Max Straubinger
Mitglied des Bundestags, CDU/CSU

Dr. Volker Wissing
Mitglied des Bundestags, FDP

Vertreter der Vereinsmitglieder

Dr. Alexander Erdland
Vorsitzender des Vorstands
Wüstenrot & Württembergische AG

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

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

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

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

Dr. Wolfgang Weiler
Sprecher der Vorstände
HUK-COBURG Versicherungsgruppe

Michael Westkamp
Vorsitzender der Vorstände
AachenMünchener Versicherungen

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)

In der Amtsperiode ausgeschieden:

Friedrich Schubring-Giese (14.11.)
Vorsitzender des Vorstands i. R.
Versicherungskammer Bayern

Rolf-Peter Hoenen (14.11.)
Präsident
Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V.

Hubertus Primus (11.1.)
Mitglied der Geschäftsleitung
Stiftung Warentest

Dr. Robert Pohlhausen (14.11.)
Vorsitzender der Vorstände i. R.
VGH Landschaftliche Brandkasse Hannover
VGH Provinzial Lebensversicherung Hannover

5.5 Mitglieder des Vorstands, Geschäftsführer

(Stand zum 31.12.2012)
Während des Berichtsjahres hat eine neue Amtsperiode begonnen. Vergleichen Sie dazu 3.4.

Vorstand

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

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

Dr. Alexander Erdland
Vorsitzender des Vorstands
Wüstenrot & Württembergische AG

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

Uwe Laue
Vorsitzender der Vorstände
Debeka-Versicherungsgruppe

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

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

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

Geschäftsführer

Dr. Horst Hiort

5.6 Mitglieder des Vereins

(Stand zum 31.12.2012)

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
AGILA Haustierversicherung AG
AIG Europe Limited, Direktion für Deutschland
Aioi Nissay Dowa Insurance Company of Europe Limited, Niederlassung Deutschland
Aioi Nissay Dowa Life Insurance of Europe AG
Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse AG
Allianz Global Life Ltd., Niederlassung für Deutschland
Allianz Lebensversicherungs-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 Lebensversicherungs-AG
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.

B Bayerische Landesbrandversicherung Aktiengesellschaft
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
CNA Insurance Company Limited, Direktion für Deutschland
Concordia Lebensversicherungs-AG
Concordia Rechtsschutz-Versicherungs-AG
Concordia Versicherungs-Gesellschaft auf Gegenseitigkeit
Condor Allgemeine Versicherungs-Aktiengesellschaft
Condor Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft
Continentale Lebensversicherung AG
Continentale Sachversicherung Aktiengesellschaft
Cosmos Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft
Cosmos Versicherung Aktiengesellschaft

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 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

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

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

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

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

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

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

J Janitos Versicherung AG
Jurpartner Rechtsschutz-Versicherung AG

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

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

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

N Neckermann 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
Niedersächsische Versicherung VVaG

N Nordhemmer Versicherungsverein a. G.
NÜRNBERGER Allgemeine Versicherungs-AG
NÜRNBERGER Beamten Allgemeine Versicherung AG
NÜRNBERGER Beamten Lebensversicherung AG
NÜRNBERGER Lebensversicherung AG
NÜRNBERGER Pensionskasse AG
NV Versicherung VVaG

O 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
Protektor Lebensversicherungs-AG
Provinzial Nord Brandkasse AG
Provinzial NordWest Lebensversicherung Aktiengesellschaft
Provinzial Rheinland Lebensversicherung AG
Provinzial Rheinland Versicherung AG
PRUDENTIA Lebensversicherungs-AG
PVAG Polizeiversicherungs-Aktiengesellschaft

Q QBE Insurance (Europe) Limited, Direktion für Deutschland

R R+V Allgemeine Versicherung AG
R+V Direktversicherung AG
R+V Lebensversicherung a. G.
R+V Lebensversicherung AG
RheinLand Lebensversicherung AG
RheinLand Versicherungs AG
Rhion Versicherung Aktiengesellschaft
ROLAND Rechtsschutz-Versicherungs-AG
ROLAND Schutzbrief-Versicherung AG

S SAARLAND Feuerversicherung AG
SAARLAND Lebensversicherung AG
Schleswiger Versicherungsverein a. G.
SCHWARZMEER UND OSTSEE Versicherungs-Aktiengesellschaft SOVAG
Schweizer-National Versicherungs-AG in Deutschland
SHB Allgemeine Versicherung VVaG
SIGNAL IDUNA Allgemeine Versicherung AG
SIGNAL IDUNA Pensionskasse Aktiengesellschaft
Skandia Lebensversicherung AG
Societé Générale Insurance SOGECAP S. A., Deutsche Niederlassung
Sompo Japan Insurance Company of Europe Limited, Niederlassung Deutschland
Sparkassen DirektVersicherung AG
Sparkassen Pensionskasse AG
Sparkassen-Versicherung Sachsen Allgemeine Versicherung AG
Sparkassen-Versicherung Sachsen Lebensversicherung AG
Standard Life Versicherung, Zweigniederlassung Deutschland der The Standard Life Ass. Co.
Stonebridge International Insurance Ltd.
Stuttgarter Lebensversicherung a. G.
Stuttgarter Versicherung AG
Süddeutsche Allgemeine Versicherung a. G.
Süddeutsche Lebensversicherung a. G.
SV 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.
Versorgungsausgleichskasse Pensionskasse VVaG
VGH Landschaftliche Brandkasse Hannover
VGH Provinzial Lebensversicherung Hannover
VHV Allgemeine Versicherung AG
VHV Lebensversicherung AG
VICTORIA Lebensversicherung AG
Volkswagen Versicherung AG
VOLKSWOHL BUND LEBENSVERSICHERUNG a. G.
VOLKSWOHL BUND SACHVERSICHERUNG AG
Vorsorge Lebensversicherung AG
VPV Allgemeine Versicherungs-AG
VPV Lebensversicherungs-AG
VRK Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit im Raum der Kirchen

W WERTGARANTIE 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
Kai Hartmann Photography /
BaFin / Seite 2
Martina Büttel, Berlin / Seite 8

Druck
Druckerei Bloch & Co. GmbH, Berlin

OMBUDSMANN
für Versicherungen