

JAHRESBERICHT  
**2016**



**OMBUDSMANN**  
für Versicherungen

## Grußwort



Als Gründungsmitglied im Beirat des Trägervereins kann ich mich noch gut an die anfängliche Skepsis der Versicherer und Verbraucherorganisationen bei Gründung des Ombudsmanns für Versicherungen im Oktober 2001 erinnern. Aus der Sicht der Politik ging es damals darum, einen alternativen Weg für eine Streitbeilegung im privaten Versicherungsbereich zu etablieren. Den Verbraucherinnen und Verbrauchern

sollte eine flexible, kostenfreie und unbürokratische Möglichkeit zur Klärung und Durchsetzung ihrer Rechte eröffnet werden – ohne das finanzielle Wagnis eines Gerichtsprozesses. Und dies alles mit der Gewähr einer professionellen und zeitnahen Lösung.

Der Schritt hat sich gelohnt. Die gestellten Erwartungen wurden mehr als erfüllt und die anfängliche Skepsis ist großer Anerkennung auf breiter Basis gewichen. Dies belegt nicht nur die Statistik des Jahres 2016, die mit 19.579 eingegangenen und 19.115 erledigten Beschwerden auf dem konstant hohen Niveau der letzten Jahre liegt und die beeindruckende Effizienz des Versicherungsombudsmanns belegt. Schon nach relativ kurzer Zeit hatte sich der Versicherungsombudsmann das Vertrauen der Verbraucherinnen und Verbraucher erworben. Dies wird durch den sprunghaften Anstieg der Fallzahlen im Jahr 2006 untermauert. Wurden im Jahr 2005 noch 10.888 Beschwerden vorgetragen, beliefen diese sich im Jahr 2006 bereits auf 18.451 Beschwerden, was einer Steigerung von 69,5 Prozent gegenüber dem Vorjahr entspricht. Entsprechendes gilt für die Zahl der erledigten Beschwerden. Im Jahr 2005 waren es noch 11.274, im Jahr 2006 schon 17.038 erledigte Beschwerden – eine Steigerung von 51,1 Prozent.

Die Entscheidungen und Schlichtungsvorschläge werden auch in aller Regel von den Versicherern und Beschwerdeführern akzeptiert. Sie tragen oft zur Befriedung des Streits und nicht zuletzt zur Verbesserung der Kundenbeziehung bei. Auch wenn eine Beschwerde im Einzelfall keinen Erfolg hat, wird die vertraglich vereinbarte Leistung durch die Klärung des Ombudsmanns für den Kunden verständlicher. Es überrascht daher nicht, wenn auch die Verbraucherorganisationen immer öfter zur Einschaltung des Ombudsmanns raten und die Versicherungsunternehmen die Tätigkeit des Ombudsmanns als Ergänzung ihres Beschwerdemanagements sehen, indem sie sichtbar im Versicherungsschein auf die Institution Versicherungsombudsmann hinweisen.

Die mehr als 15 Jahre andauernde Erfolgsgeschichte des Versicherungsombudsmanns beruht auf zwei Faktoren. Dies ist zum einen seine starke institutionelle Stellung: Er ist für Beschwerden bis zu einem Streitwert von 100.000 Euro zuständig und seine Entscheidungen sind bis zu einem Streitwert von 10.000 Euro für die Versicherungsunternehmen verbindlich. Der Beschwerdeführer kann sich also auf die Entscheidung des Ombudsmanns verlassen. Es ist dem Beschwerdeführer



aber freigestellt, gegebenenfalls noch den Rechtsweg zu beschreiten, wenn er mit der Entscheidung unzufrieden ist. Zum anderen ist es die breite Trägerschaft, die zu seiner großen Akzeptanz beiträgt. Rund 95 Prozent der Versicherer im Privatkundenbereich unterwerfen sich der Schlichtung durch den Ombudsmann. Und im Beirat des eigenständigen Trägerverss sind neben der Versicherungsbranche auch Verbraucherorganisationen sowie Wissenschaftler und Mitglieder des Deutschen Bundestages vertreten.

Klar ist mittlerweile auch, dass die außergerichtliche Streitbeilegung keine Konkurrenz zu den Gerichten darstellt, sondern zur Verfahrenseffizienz und zur Entlastung beiträgt sowie Prozesskosten spart. Es ist daher kein Geheimnis, dass die guten Erfahrungen, die mit dem Versicherungsombudsmann gemacht wurden, bereits zu weiteren Entwicklungen im Bereich der außergerichtlichen Streitbeilegung in Deutschland geführt haben. Mit dem Verbraucherstreitbeilegungsgesetz, das im April letzten Jahres in Kraft getreten ist, wurden die Voraussetzungen für einen flächendeckenden Zugang zur außergerichtlichen Streitbeilegung für Verbraucher geschaffen sowie organisatorische und verfahrenstechnische Vorgaben für das Schlichtungsverfahren aufgestellt. Der Versicherungsombudsmann diente hier als Maßstab. Ich hoffe, dass sich die Schlichtungsstellen, die im Übrigen ebenso in Trägerschaft von privat eingetragenen Vereinen geführt werden, seine langjährige erfolgreiche Arbeit zum Vorbild nehmen.

Der Erfolg in der Sache ist nicht ohne personelle Kontinuität und herausragende Leistungen denkbar. Der erste Versicherungsombudsmann Professor Wolfgang Römer hat die Institution nach seiner Gründung etabliert und die Basis für den Erfolg gelegt. Sein Nachfolger im Amt, Professor Dr. Günter Hirsch, hat die Schlichtungsstelle sukzessive ausgebaut und ihr Ansehen weiter gemehrt. Ihnen und den 45 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Geschäftsstelle, die unter der Leitung von Dr. Horst Hiort den Versicherungsombudsmann fachkundig unterstützen, gebührt der Dank für die wertvolle Arbeit. Für die Zukunft wünsche ich Professor Dr. Hirsch und seinem Team weiterhin viel Erfolg und ein gutes Gelingen!

Max Straubinger MdB  
Parlamentarischer Geschäftsführer  
der CSU-Landesgruppe im Deutschen Bundestag





## Inhalt

<b>1</b>	<b>Der Versicherungsombudsmann</b>	6
1.1	Allgemeines	6
1.2	Sinn und Zweck der Schlichtungsstelle	7
1.3	Der Ombudsmann in Person: Professor Dr. Günter Hirsch	8
1.4	Das Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsunternehmen	10
1.5	Das Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsvermittler	13
1.6	Veröffentlichung der Entscheidungen des Ombudsmanns	15
1.7	Verfahrensregeln des Beschwerdeverfahrens, Anpassung der Vereinsstatuten	16
<b>2</b>	<b>Bericht des Ombudsmanns</b>	20
2.1	VW-Abgas-Manipulationen	20
2.2	„Widerrufsjoker“ bei der Lebensversicherung	21
2.3	Fallstricke einer Reiseversicherung	22
2.4	Schlichtungsvorschläge	24
2.5	Die Versicherungssparten in der Jahresbetrachtung	25
2.6	Beschwerdefälle	60
<b>3</b>	<b>Einzelheiten zur Schlichtungsstelle</b>	76
3.1	Allgemeines	76
3.2	Organisation und Personal	79
3.3	Vereinsmitglieder und Mitgliederversammlung	80
3.4	Vorstand, Geschäftsführung	81
3.5	Beirat	82
3.6	15-jährige Schlichtungstätigkeit	85
3.7	Presse- und Öffentlichkeitsarbeit	86
3.8	Fachlicher Austausch	88
3.9	Gremienarbeit	89
3.10	Finanzen	90
<b>4</b>	<b>Statistik</b>	92
4.1	Gesamtbetrachtung	92
4.2	Differenzierung nach Zuständigkeiten des Ombudsmanns	94
4.3	Beschwerden gegen Versicherungsunternehmen	95
4.4	Beschwerden gegen Versicherungsvermittler	97
4.5	Tabellen und Grafiken	100
<b>5</b>	<b>Anhang</b>	108
5.1	Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns (VomVO)	108
5.2	Verfahrensordnung für Vermittlerbeschwerden (VermVO)	114
5.3	Satzung des Vereins	118
5.4	Stellvertreter des Ombudsmanns	124
5.5	Mitglieder des Beirats	124
5.6	Mitglieder des Vorstands, Geschäftsführer	127
5.7	Mitglieder des Vereins	128

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

Seit einigen Jahren gewinnt die außergerichtliche Streitbeilegung enorm an Bedeutung. Grund dafür ist eine EU-Richtlinie aus dem Jahr 2013, die ein lückenloses Netz von Schlichtungsstellen fordert. Kunden sollen bei Streitigkeiten aus Verbraucherverträgen einen „kostengünstigen, einfachen und schnellen Rechtsschutz“ ohne Inanspruchnahme der Gerichte erhalten. Die gesetzgeberische Umsetzung in Deutschland konnte im Berichtsjahr abgeschlossen werden, das entsprechende Gesetz trat zum 1. April 2016 in Kraft. Kernstück ist das Verbraucherstreitbeilegungsgesetz (VSBG). Für den Bereich der Privatversicherungen ergeben sich nur wenige Veränderungen, denn die Branche schuf mit dem Versicherungsombudsmann frühzeitig eine Schlichtungsstelle, die – nicht nur für den Finanzdienstleistungsbereich – Maßstäbe gesetzt hat. Der Versicherungsombudsmann, der etwa von Verbraucherorganisationen und vom Deutschen Richterbund ausdrücklich als vorbildhaft bezeichnet wird, entspricht bereits in allen wesentlichen Punkten den Vorgaben der Richtlinie. In anderen Branchen sind jedoch erhebliche Umwälzungen zu erwarten. Eine „Allgemeine Verbraucherschlichtungsstelle“ ist entstanden und es ist damit zu rechnen, dass weitere private Schlichtungsstellen geschaffen werden.

Die Idee der außergerichtlichen Streitbeilegung überzeugt aus vielen Gründen. Es entspricht einem modernen Verständnis von Staat und Gesellschaft – und dem Interesse der Vertragsparteien –, Konfliktlösung und Rechtsdurchsetzung nicht ausschließlich auf die staatlichen Gerichte zu beschränken. Für den Bereich hoheitlicher Verwaltung erfüllen staatliche Ombudsleute, Petitionsausschüsse und der Europäische Bürgerbeauftragte diese Funktion. Es setzt sich jedoch immer stärker die Erkenntnis durch, dass auch in vielen privatrechtlichen Bereichen die Rechte der Verbraucher durch außergerichtliche Streitbeilegungsmöglichkeiten sinnvoll ergänzt werden. Der Bedarf dafür erscheint dort besonders groß, wo eine „strukturelle Asymmetrie“ zwischen den Parteien herrscht. Diese Wirtschaftsbereiche sind dadurch gekennzeichnet, dass eine „marktmächtige“ Seite vorhanden ist. Die Übermacht kann sich dadurch ergeben, dass der Verbraucher die angebotenen Produkte und deren Leistungsmerkmale kaum vollständig bewerten kann oder die Bedingungen des Vertrages einseitig vom Anbieter vorgegeben werden. Dieses Ungleichgewicht wirkt sich nicht selten auf Meinungsverschiedenheiten aus. Unabhängig davon, ob diese Verhältnisse im Einzelfall tatsächlich so bestehen oder nur von der „unterlegenen“ Seite so wahrgenommen werden, ist die Ausgangslage doch bei der Konfliktlösung zu berücksichtigen. Hier bietet die außergerichtliche Streitbeilegung mit ihrem kostenlosen und unbürokratischen Verfahren gegenüber dem Gerichtsweg Vorteile. Der Ombudsmann achtet darauf, dass trotz der Überlegenheit der Versicherer bei der Gestaltung der Verträge und durch die tägliche Befassung mit der Materie die Verbraucherrechte und -interessen gewahrt bleiben. Durch fachkundige Klärung auf Augenhöhe, die allgemeinverständlich vollzogen und begründet wird, lassen sich häufig Meinungsverschiedenheiten zwischen Vertragspartnern aus der Welt schaffen.



## 1.2 Sinn und Zweck der Schlichtungsstelle

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

Der Versicherungsnehmer erhält durch die Schlichtungsstelle die Möglichkeit, Entscheidungen seines Vertragspartners von einer unabhängigen und neutralen Stelle rechtskundig überprüfen zu lassen. Der Maßstab dafür ist der gleiche wie vor einem staatlichen Gericht, nämlich Recht und Gesetz. So können etwaige Fehlentscheidungen, die bei der Vielzahl der in der Vertrags- und Leistungsbearbeitung anfallenden Vorgänge erfahrungsgemäß kaum zu vermeiden sind, schnell, zuverlässig und im Einklang mit der Rechtsordnung korrigiert werden. Stellt sich jedoch heraus, dass die Entscheidung des Versicherungsunternehmens rechtmäßig war, wird dem Versicherungsnehmer das Ergebnis in verständlicher Sprache begründet und erläutert. Trifft nicht nur ein Standpunkt zu, kann der Ombudsmann aufgrund seiner Neutralität einen angemessenen Kompromiss befördern. So hilft das Ombudsmannverfahren durch seine befriedenden Elemente mit, dass der Beschwerdeführer dem Unternehmen als Kunde erhalten bleibt. Dauerhafte Kundenzufriedenheit setzt voraus, dass die Vertragsverhältnisse für Verbraucher durchschaubar sind. Oft gelingt es dem Ombudsmann, im Beschwerdeverfahren erstmals das kompliziert definierte Leistungsversprechen des Versicherers verständlich zu erläutern und so dem Kunden den Umfang des erworbenen Versicherungsschutzes zu verdeutlichen.

Die Versicherungswirtschaft hat bei der Ausgestaltung der Verfahrensordnung großen Wert darauf gelegt, die Interessen und etwaige Ansprüche der Kunden im Ombudsmannverfahren zu sichern. Für die Beschwerdeführer ist die Durchführung kostenfrei und der Lauf von Verjährungsfristen wird gehemmt, sobald die Beschwerde den Ombudsmann erreicht. Dieser ist zudem in der Lage, berechnete Ansprüche durchzusetzen, denn Entscheidungen gegen Versicherer sind bis 10.000 Euro verbindlich. Damit steht den Kunden ein einfaches, schnelles und effizientes Verfahren zur Verfügung, in dem sie ihre Fragen fachkundig klären lassen können, ohne Nachteile in Kauf nehmen zu müssen.

Der Ombudsmann für Versicherungen nahm zum 1. Oktober 2001 seine Tätigkeit auf. Im Jahr 2007 folgte eine Aufgabe auf gesetzlicher Grundlage. Das Bundesministerium der Justiz erkannte den Verein als Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten zwischen Versicherungsvermittlern und Versicherungsnehmern im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen gemäß § 214 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes an.

## 1 DER VERSICHERUNGSOMBUDSMANN

### 1.3 Der Ombudsmann in Person: Professor Dr. Günter Hirsch

Professor Dr. Günter Hirsch ist seit dem 1. April 2008 Ombudsmann für Versicherungen. Er wurde am 21. November 2012 für eine zweite Amtszeit gewählt. Vor der Übernahme des Amtes war er sechs Jahre der deutsche Richter am Gerichtshof der Europäischen Union in Luxemburg sowie anschließend fast acht Jahre Präsident des Bundesgerichtshofs, des höchsten deutschen Zivil- und Strafgerichts. 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. Den europäischen und nationalen Gesetzgebungsprozess zur flächendeckenden Einführung der außergerichtlichen Streitbeilegung für Verbraucher begleitet er mit diversen viel beachteten Beiträgen.

#### **Die Unabhängigkeit des Ombudsmanns**

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

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

Die Neutralität des Ombudsmanns wird nicht zuletzt durch seine unabhängige Stellung gesichert. Er ist kein Angestellter des Vereins, sondern ausdrücklich hinsichtlich seiner Entscheidungen, seiner Verfahrens- und Amtsführung im Rahmen der Verfahrensordnungen frei und keinen Weisungen unterworfen. In seinem



Amt ist der Ombudsmann damit ähnlich unabhängig wie ein Richter. Dieser Vergleich gilt auch hinsichtlich der Entscheidungsgrundlagen des Ombudsmanns: Recht und Gesetz. In fachlicher Hinsicht ist er gegenüber den Mitarbeitern der Schlichtungsstelle weisungsbefugt.

Der Begriff „Ombud“ stammt aus dem skandinavischen Sprachraum und bedeutet Bevollmächtigter bzw. Treuhänder. In Schweden wurde zu Beginn des 19. Jahrhunderts die Institution des Ombudsmanns ins Leben gerufen, also zu einer Zeit, als der Bürger noch als Untertan galt. Seitdem ist der Ombudsmann 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 45 b Grundgesetz). Seit 1995 ist der Bürgerbeauftragte (oder Ombudsmann) der Europäischen Union für Beschwerden von Bürgern zuständig, die Missstände bei der Tätigkeit europäischer Organe rügen.

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

Kompetenzen und Verfahrensgrundsätze der Ombudsleute sind nicht einheitlich geregelt. Im Vergleich mit anderen Einrichtungen zeigt es sich durchaus nicht als selbstverständlich, dass 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.

Durch das Verbraucherstreitbeilegungsgesetz vom 19. Februar 2016 wird die außergerichtliche Streitbeilegung gesetzlich geregelt.

## 1 DER VERSICHERUNGSOMBUDSMANN

### 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. Durch den Ombudsmann erhalten sie die Möglichkeit, die Meinungsverschiedenheit ohne Kostenrisiko auszutragen. Das eröffnet einen im Verhältnis zum Gerichtsverfahren alternativen Zugang zum Recht, der effizient und weniger formal ist. Auf diese Weise erhalten Verbraucher, die in der Regel nicht über besondere Rechts- oder Versicherungskennntnisse verfügen, schnell und kostengünstig Klarheit über die Rechtslage. Auch Kleinunternehmer oder Freiberufler können Unterstützung durch den Ombudsmann erhalten, wenn sie sich in „verbraucherähnlicher Lage“ befinden.

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

Das Beschwerdeverfahren kann nur von Versicherungsnehmern eingeleitet werden, Versicherern ist das nicht möglich. Allerdings können diese ihre Kunden in der Korrespondenz auf den Ombudsmann hinweisen und seine Einschaltung anregen. Das kommt nicht selten vor, da so die Diskussion verkürzt und zugleich vermieden wird, dass sich die „Fronten verhärten“. Von dieser Möglichkeit machen viele Mitgliedsunternehmen Gebrauch.

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

Bei der Ausgestaltung des Verfahrens haben die Versicherungsunternehmen großen Wert darauf gelegt, dass ihren Kunden durch die Inanspruchnahme des Ombudsmanns keine Nachteile entstehen. Vielmehr soll es diesen möglich sein,



die Entscheidung ihres Versicherers prüfen zu lassen, ohne in Kauf nehmen zu müssen, im Falle der Nichtbestätigung ihrer Ansicht schlechter gestellt zu sein als vor Einschaltung des Ombudsmanns. Diesem Gedanken folgend, wird die Verjährungsfrist von etwaigen Ansprüchen der Verbraucher während des Verfahrens gehemmt, wodurch sich der Lauf der Verjährung um die Dauer des Ombudsmannverfahrens verlängert. Hat das Unternehmen wegen des Anspruchs auf die Versicherungsprämie des Vertrages, der durch die Beschwerde betroffen ist, bereits ein Mahnverfahren eingeleitet, kann der Ombudsmann verlangen, dass dieses zum Ruhen gebracht wird (§ 12 Absatz 2 VomVO). Die Möglichkeit, verbindlich zu entscheiden, besteht nur gegenüber dem Versicherer. Der Beschwerdeführer kann jederzeit, also vor, während oder nach dem Ombudsmannverfahren, 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, denen als Verbraucher versicherungsrechtliche Fragen nicht geläufig sind, zum einen die Übersicht über das Verfahren behalten und zum anderen nicht wegen fehlender Fachkenntnisse rechtliche Nachteile befürchten müssen. Schließlich kann von ihnen 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, ist kein Ausdruck mangelnder Neutralität. Vielmehr bedürfen diese wegen ihrer fachlichen und personellen Möglichkeiten seines Beistands nicht.

Eine weitere wichtige Komponente des modernen Schlichtungsverfahrens ist Transparenz. Diese Voraussetzung wurde bei der Ausgestaltung des Ombudsmannverfahrens in besonderem Maße berücksichtigt. Nachdem der Beschwerdeführer sich an den Ombudsmann gewandt hat, erhält zunächst der Versicherer von der Beschwerde Kenntnis und kann daraufhin seine Entscheidung noch einmal prüfen. Hilft er ab, wird der Streit ohne Entscheidung des Ombudsmanns beigelegt, was befriedende Wirkung entfaltet. Hält der Versicherer an seiner Auffassung fest, dann erläutert er seinen Standpunkt im Hinblick auf das Beschwerdevorbringen. Diese Stellungnahme erhält in der Regel der Beschwerdeführer. Anschließend überprüft der Ombudsmann unter rechtlichen Gesichtspunkten die Streitfrage und nutzt vorhandene Ansätze zur Schlichtung. Das Verfahren selbst ist offen ausgestaltet. Stellungnahmen und Unterlagen werden

## 1 DER VERSICHERUNGSOMBUDSMANN

jeweils der anderen Partei zur Kenntnis gebracht, sofern dies nicht ausnahmsweise einer Befriedung zuwiderläuft. Bei neuem, entscheidungserheblichem Vorbringen wird die Möglichkeit zur ergänzenden Stellungnahme gegeben. Dadurch ist der Sachverhalt, auf dem die Entscheidung beruht, den Beteiligten bekannt. Es werden den Parteien keine relevanten Erkenntnisse oder Erwägungen vorenthalten.

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

Auch dann, wenn eine Beschwerde nicht erfolgreich ist, kann das Verfahren für den Beschwerdeführer von erheblichem Nutzen sein, denn ihm wird die Rechtslage verständlich erläutert. Dadurch wird er – nicht selten erstmals – in die Lage versetzt, den Standpunkt seines Versicherungsunternehmens nachzuvollziehen. Außerdem erhält er ein verständliches Rechtsgutachten über seine Prozesschancen und -risiken. Auf dieser Grundlage kann er sich bei Wahrung seiner eventuellen Ansprüche aufgrund der Verjährungshemmung entscheiden, ob er gerichtlich gegen den Versicherer vorgehen will.

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

Die Verfahrensordnung für Beschwerden gegen Versicherer (VomVO) wurde im Berichtsjahr an die Anforderungen des VSBG angepasst und um verbraucherfreundliche Regelungen erweitert (vgl. hierzu 1.7).



## 1.5 Das Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsvermittler

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

Die Ausgestaltung des Verfahrens gegen Versicherungsvermittler ist mit dem gegen Versicherer nicht vergleichbar. Die Kompetenzen des Ombudsmanns für Beschwerden gegen Versicherer werden in der Vereinssatzung begründet, sie beruhen auf privatrechtlicher Grundlage als Folge des freiwilligen Beitritts zum Verein. Dagegen wird der Ombudsmann bei Beschwerden gegen Vermittler aufgrund der gesetzlichen Aufgabenzuweisung tätig. Die Rahmenbedingungen des Verfahrens ergeben sich aus § 214 VVG, seit August 2016 außerdem durch das VSBG. Wegen der Unterschiede zum Unternehmensverfahren gilt für Beschwerden gegen Vermittler eine eigene Verfahrensordnung (VermVO). Diese wurde im Berichtsjahr an die Anforderungen des VSBG angepasst (vgl. hierzu 1.7).

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

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

## 1 DER VERSICHERUNGSOMBUDSMANN

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

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

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

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



## 1.6 Veröffentlichung der Entscheidungen des Ombudsmanns

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

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

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

## 1 DER VERSICHERUNGSOMBUDSMANN

### 1.7 Verfahrensregeln des Beschwerdeverfahrens, Anpassung der Vereinsstatuten

Durch Beschlüsse von Mitgliederversammlung und Beirat wurden die Verfahrensordnungen und die Vereinssatzung neu gefasst. Dies war hauptsächlich durch die geänderten Rahmenbedingungen für außergerichtliche Schlichtungsstellen ausgelöst worden. Die Gelegenheit wurde zudem für weitere Änderungen genutzt, insbesondere zur Verbesserung der Verständlichkeit und zur Aktualisierung. Nachfolgend werden die Auswirkung des VSBG und der Anpassungsprozess sowie die wesentlichen Änderungen erläutert.

#### Änderungsbedarf und Ablauf des Anpassungsprozesses

Seit August 2016 gilt der Versicherungsombudsmann e. V. als Verbraucherschlichtungsstelle nach dem VSBG (Art. 23 Absatz 2 Satz 1 und 2 Richtlinienumsetzungsgesetz sowie § 214 Absatz 2 Satz 2 VVG).

Dieser Status erforderte eine Anpassung an die Vorgaben des VSBG. Für bereits anerkannte Schlichtungsstellen entfaltete das VSBG nicht bereits mit Inkrafttreten des Gesetzes zum 1. April 2016 Wirkung, sondern nach Art. 23 Absatz 2 des RL-Umsetzungsgesetzes erst nach einer viermonatigen Übergangsphase.

Das VSBG enthält in § 3 bis § 10 strukturelle Vorgaben für Verbraucherschlichtungsstellen und regelt in § 11 bis § 23 Grundsätze zum Verfahren.

Der Vorstand befasste sich seit 2015 in mehreren Sitzungen mit der Anpassung der Vereinsregelwerke und berichtete den für Änderungen der Vereinsstatuten zuständigen Gremien, Mitgliederversammlung und Beirat, über den jeweils aktuellen Stand. Zum Zeitpunkt der Gremiensitzungen 2015 war die endgültige Fassung des VSBG noch nicht absehbar. Dementsprechend konnten damals die Vereinsregelwerke nicht angepasst werden. Gleichwohl sollte den Anforderungen des VSBG Genüge getan werden. Daher beschlossen die beiden zuständigen Gremien auf Vorschlag des Vorstands den Vorrang der Vorgaben des VSBG, sofern die jeweilige Verfahrensordnung damit nicht im Einklang stand. Diese abstrakt-generelle Regelung konkretisierte Professor Hirsch in einer Anweisung für die Beschwerdebearbeitung. Diese Aufstellung zu einzelnen Passagen diente nicht nur intern zur Orientierung, sie wurde schriftlich auch den Mitgliedsunternehmen zur Verfügung gestellt und war für den Geltungszeitraum auf der Webseite einsehbar.

Im November 2016 verabschiedeten die Gremien die Neufassung der Vereinssatzung und der Verfahrensordnungen VomVO und VermVO. Darüber hinaus vereinbarten der Vereinsvorstand sowie der Verband der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung (PKV) die wechselseitige Vertretung durch die amtierenden Ombudsleute, die selbstverständlich zuvor in die Regelung eingewilligt hatten. Damit übernahm Heinz Lanfermann, PKV-Ombudsmann und Staatssekretär a. D., die Vertretung von Professor Hirsch und umgekehrt.



## Neue Regelungen in der Vereinssatzung

Ein gewisser Änderungsbedarf ergab sich aus dem VSGB, die übrigen Änderungen beruhten auf anderen Erwägungen. Die Mitgliederversammlung änderte die Vereinssatzung per Beschluss. Die Eintragung in das Vereinsregister ist erfolgt.

Der zuvor in § 2 wegen der hinzugekommenen Zuständigkeit für Vermittlerbeschwerden zweigeteilte Satzungszweck wurde allgemeiner gefasst und lautet nun:

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

Damit orientiert sich die Formulierung an § 214 VVG, differenziert aber nicht nach dem dortigen Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und 2. Ein Vereinszweck hat das zu beschreiben, was für das Wesen der Rechtspersönlichkeit maßgebend ist. Daher können weiterhin auch Beschwerden von Personen, die sich in verbraucherähnlicher Lage befinden (VomVO), oder Nichtverbrauchern (VermVO) angenommen werden, auch wenn der Zweck ausschließlich auf Verbraucher Bezug nimmt.

Die Zuständigkeit für Realkreditverträge, § 2 Absatz 2 lit. c) VomVO, führte dazu, dass auch Kreditnehmer Beschwerdeführer sein können. Durch den Begriff „insbesondere aus einem Versicherungsvertrag“ wird deutlich, dass dies nur der Schwerpunkt, aber nicht die ausschließliche Tätigkeit ist.

Der die Stellung der Mitglieder regelnde § 3 wurde in mehrfacher Hinsicht geändert. In Absatz 1 wird klargestellt, dass neben Versicherungsunternehmen auch Pensionskassen und -fonds Mitglied werden können. § 3 Absatz 2 regelt, dass im Hinblick auf die Mitgliedschaft bei unselbstständigen Niederlassungen auf das Hauptunternehmen abzustellen ist. Absatz 4 enthält nun ein drittes Fallbeispiel für einen Ausschlussgrund, nämlich die Nichtbeachtung der Verfahrensordnung.

Der Ombudsmann erhält in § 13 Absatz 1 ausdrücklich einen Vertreter, für den die gleichen Regelungen gelten. Damit muss auch dieser die persönlichen Voraussetzungen von § 15 erfüllen und von Beirat und Mitgliederversammlung in das Amt gewählt werden, § 14 Absatz 1. An diese neue Konstellation waren die Aufgabebereiche der Vereinsgremien anzupassen. Die Amtszeit des Ombudsmanns wurde geringfügig geändert. Es bleibt bei maximal zwei Amtsperioden, jedoch kann sich die zweite Amtszeit für höchstens ein weiteres Jahr verlängern, sofern noch kein Nachfolger bestellt wurde, § 14 Absatz 2. Diese Regelung eröffnet gewissen Spielraum, falls der Amtsnachfolger nicht genau zum Amtsende des Vorgängers übernehmen kann.

### **Novellierungen der Verfahrensordnungen VomVO und VermVO**

Nach § 12 Absatz 5 lit. b) und § 11 lit. j) der Vereinssatzung führen entsprechende Beschlüsse von Beirat und Mitgliederversammlung zu Änderungen der Verfahrensordnungen.

Das VSBG enthält zwingende Regelungen, die zu übernehmen waren, um die Anerkennung als Verbraucherschlichtungsstelle dauerhaft zu erhalten. Dies betrifft beispielsweise die Zulässigkeitsvoraussetzungen des Verfahrens. Darüber hinaus wurde darauf geachtet, dass die im Gesetz verwandten Begriffe und – wo möglich – auch ganze Passagen des Gesetzes in die Verfahrensordnung übernommen wurden. Dies vermeidet unterschiedliche Interpretationsansätze. Schließlich wurde die VomVO auf Neuerungen und Verbesserungsmöglichkeiten hin überprüft. Verändert wurden zum Teil die inhaltliche Gliederung, die verwendeten Begriffe und auch die Verständlichkeit der Texte. Damit sollen Verbraucher die Regeln des Verfahrens leichter erfassen können.

Die maßgebliche Zulässigkeitsbestimmung wurde in § 2 Absatz 2 neu gefasst. Die Änderung erlaubt die Befassung mit Ansprüchen aus ungerechtfertigter Bereicherung, z. B. die Rückforderung einer Überzahlung. § 4 Absatz 1 VSBG sieht die Zuständigkeit für Verfahren aus einem Verbrauchervertrag „oder über das Bestehen eines solchen Vertragsverhältnisses“ vor. Dem wird nun durch § 2 Absatz 2 VomVO Rechnung getragen. Die neue Fassung ist zudem klarer gegliedert und verständlicher.

In den Absätzen 3 und 4 wurden die Unzulässigkeitstatbestände an die VSBG-Vorgaben angepasst. Die vorherige Fassung enthielt in § 2 Absatz 3 eine Aufzählung von Tatbeständen, bei deren Vorliegen kein Beschwerdeverfahren durchgeführt wird („findet nicht statt“ = unzulässig). § 14 Absatz 2 VSBG regelt abschließend die Ablehnungsgründe von Beschwerdeverfahren. Damit mussten solche entfallen, die nicht vom VSBG anerkannt sind.

Die bisherige Verfahrensordnung war nicht streng thematisch gegliedert. Die Grundsätze des Verfahrens befinden sich nun in § 6 und die Vorschriften über den Ablauf des Verfahrens in § 7. Die besondere Bestimmung über Beschwerden im Zusammenhang mit mathematischen Berechnungen befand sich bisher in § 7 Absatz 4 und steht nun separat in § 8. Ungeeignete Beschwerden werden in § 9 behandelt und § 10 befasst sich mit der Verfahrensbeendigung.

Hinzuweisen ist auch auf § 7 Absatz 4, der voraussetzt, dass Beschwerdegegner innerhalb der gesetzten Frist keine oder eine offensichtlich zur Klärung des Sachverhalts ungeeignete Stellungnahme abgeben. Dann ist – wie bisher – allein der Vortrag des Beschwerdeführers die Entscheidungsgrundlage. Ist jedoch die Beschwerde auf der Grundlage des Vorbringens des Beschwerdeführers nicht entscheidungsreif, kann der Ombudsmann neuerdings nach vorheriger Ankündigung mit Fristsetzung von mindestens zwei Wochen den Beschwerdegegner zur Zahlung eines Ordnungsgeldes von bis zu 500 Euro, im Wiederholungsfall bis



zu 1.000 Euro, verpflichten. Das Ordnungsgeld kann im jeweiligen Verfahren zur Beilegung des Streits eingesetzt werden. Damit soll in den seltenen Fällen, in denen Vereinsmitglieder nicht konstruktiv am Verfahren mitwirken, dem Ombudsmann ermöglicht werden, auf die eine oder andere Weise das Verfahren mit zufriedenstellendem Ergebnis abzuschließen.

Die Neufassung berücksichtigt den Grundsatz, dass in der Europäischen Richtlinie, auf der das VSBG beruht, der Schlichtungsvorschlag im Vordergrund der Tätigkeit steht. Wie dies schon zuvor in der Satzung der Fall war, wird nun auch in den Verfahrensordnungen des Ombudsmanns der Schlichtungsgedanke gestärkt. Dies kommt in § 9 Absatz 2 VomVO zum Ausdruck. Der Ombudsmann bekommt ein neues Instrument der Verfahrensbeendigung – den qualifizierten Schlichtungsvorschlag. Sofern es um rechtsgrundsätzliche Fragen oder um beweisbedürftige Sachverhalte geht und die Beweise nicht erhoben werden können oder wenn ein unangemessener Aufwand mit der Beschwerdebearbeitung verbunden wäre, kann das Verfahren mit einem Vorschlag zur Güte beendet werden.

Zwei anerkannt verbraucherfreundliche Elemente der bisherigen Verfahrensordnung werden in § 9 Absätze 3 und 4 dagegen beibehalten. Das eine ist die Möglichkeit des Musterverfahrens, das ein Alleinstellungsmerkmal dieser Schlichtungsstelle ist. Dieses Instrument wird immer wieder hochgelobt und wurde schon anderen Schlichtungsstellen empfohlen. Es bietet bei Fragen von rechtsgrundsätzlicher Bedeutung eine Klärungsmöglichkeit und leitet der Gerichtsbarkeit Vorgänge zu, die zur Rechtsentwicklung dienen können. Das andere ist der Vorrang von vertragsinternen Klärungsinstrumenten, zum Beispiel in der Rechtsschutzversicherung. Hier besteht jedoch nur ein temporäres Zugangshindernis. Zum Beispiel soll der Ombudsmann nicht tätig werden, sofern der nach dem Vertrag vorgesehene Stichentscheid noch nicht in die Wege geleitet wurde. Damit wird eine besonders effiziente Prüfung durch den Ombudsmann ermöglicht, weil auf diese Weise zugleich der Stichentscheid in die Beurteilung einbezogen werden kann. Würde der Ombudsmann dagegen schon zuvor eingeschaltet werden können, bliebe entweder der Stichentscheid ohne Kontrolle, da das VSBG ermöglicht, dass ein Schlichtungsantrag abgelehnt werden kann, wenn zuvor schon eine Verbraucherschlichtungsstelle (also auch dieselbe) ein Verfahren durchgeführt hat, § 14 Absatz 2 Nr. 1 VSBG, oder es müssten zwei Verfahren durchgeführt werden. Dies widerspräche der Verfahrensökonomie.

Die Verfahrensordnung für Vermittlerbeschwerden wurde ebenfalls an das VSBG angepasst. Hierbei wurde auf inhaltliche Neuerungen verzichtet, die über die auf dem VSBG beruhende Novellierung hinausgehen.

Im Interesse der Umsetzung der VSBG-Vorgaben traten die Änderungen am Tag nach der Mitgliederversammlung in Kraft, sie waren auf sämtliche, also auch auf anhängige Verfahren anzuwenden. Die verfahrensrechtlichen Auswirkungen waren relativ gering, denn wegen der erwähnten vorübergehenden Anweisung galten ohnehin die wichtigsten Vorgaben des VSBG bereits für ab dem 1. August 2016 eröffnete Verfahren.

## 2 Bericht des Ombudsmanns

### 2.1 VW-Abgas-Manipulationen

Die VW-Abgas-Affäre kam 2016 mit etwa 200 Beschwerden, die überwiegend von einer Anwaltskanzlei eingereicht wurden, beim Ombudsmann an. Dabei ging es um die Weigerung einiger Rechtsschutzversicherer, Deckung zu gewähren für die Geltendmachung von Ansprüchen auf Rückabwicklung des Kaufvertrages und/oder Schadenersatz wegen der manipulierten Abgas-Software der Fahrzeuge.

Zur Begründung ihrer Ablehnung stützten sich diese Versicherer darauf, dass VW eine (kostengünstige) Beseitigung der manipulierten Software im Wege der Nachbesserung der betroffenen Fahrzeuge zugesagt habe und weitergehende Ansprüche der Käufer rechtlich nicht bestünden. Deshalb biete eine entsprechende Rechtsverfolgung für darüber hinausgehende Ansprüche keine hinreichende Aussicht auf Erfolg und sei mutwillig (§ 3a Absatz 1 lit. a und b Allgemeine Bedingungen für die Rechtsschutzversicherung – ARB 2010).

Wenden die Versicherer diesen Ablehnungsgrund ein, sieht § 128 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) i. V. m. § 3a Absatz 2 ARB 2010 zugunsten der Versicherungsnehmer vor, durch einen sogenannten Stichentscheid oder ein Schiedsgutachten klären zu lassen, ob die Rechtsverfolgung tatsächlich mutwillig oder ohne hinreichende Erfolgsaussichten ist. In den Verträgen wird zumeist die Klärung über einen Stichentscheid vereinbart. Dieser wird vom Rechtsanwalt des Versicherten auf Kosten des Rechtsschutzversicherers erstellt. Inhaltlich muss der Stichentscheid den entscheidungserheblichen Streitstoff, die hierfür vorgesehenen und vorhandenen Beweismittel oder (bei Abwehr eines Anspruchs) die Gegenbeweismittel, eine Darstellung der maßgeblichen Rechtsfragen unter Berücksichtigung von Rechtsprechung und Rechtslehre enthalten und sich mit den Erfolgsaussichten unter Einbeziehung der vom Versicherer für mangelnde Erfolgsaussicht oder Mutwilligkeit angegebenen Gründe auseinandersetzen. Ein Stichentscheid ist nach den Vertragsbedingungen für beide Teile verbindlich, es sei denn, dass er offenbar von der wirklichen Sach- und Rechtslage erheblich abweicht (§ 3a Absatz 2 Satz 3 ARB 2010).

Die Beschwerden betrafen naturgemäß in erster Linie Fälle, in denen in derartigen Stichentscheiden die Rechtsauffassung der Versicherer nicht bestätigt wurde. Nach Auffassung der Versicherer war das Ergebnis der Stichentscheide jedoch nicht verbindlich, da es offenbar von der wirklichen Sach- und Rechtslage erheblich abwich.

Der Ombudsmann hat in diesen Beschwerden den Beschwerdebeteiligten seine Auffassung zu einigen Fragestellungen mitgeteilt und konnte ihnen so bei der rechtlichen Orientierung helfen. Dies unterstützte die Gespräche zwischen den verschiedenen Beteiligten, die überwiegend zu Regulierungsvereinbarungen führten. Eine endgültige Klärung im Ombudsmannverfahren war in diesen Beschwerden nicht möglich. Aufgrund der sehr uneinheitlichen Rechtsprechung, die fast täglich um neue Entscheidungen erweitert wurde, waren die Beschwerden nach § 9 Absatz 1 lit. a), c) Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns



(VomVO) bzw. § 14 Absatz 2 Ziff. 4 lit. a und b Verbraucherstreitbeilegungsgesetz (VSBG) für eine Entscheidung im vereinfachten Schlichtungsverfahren ungeeignet. Die Auswertung der zum Teil sehr umfangreichen Unterlagen zur Sach- und Rechtslage hätte den effektiven Betrieb der Schlichtungsstelle ernsthaft gefährdet. Im Interesse einer einvernehmlichen Beilegung des Streits hat der Ombudsmann zugleich einen Schlichtungsvorschlag unterbreitet und unter Berücksichtigung des jeweiligen Prozessrisikos vorgeschlagen, dass der Versicherer 90 Prozent der geltend gemachten Deckungsansprüche übernimmt.

Soweit die Verträge vorsahen, dass der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers ein Schiedsgutachten zur Berechtigung seiner Leistungsablehnung einzuholen hatte, war die Rechtslage eine andere, denn das Schiedsgutachten wird von einem Rechtsanwalt erstellt, den die für den Wohnsitz des Versicherungsnehmers zuständige Rechtsanwaltskammer unter den für das Rechtsgebiet spezialisierten Rechtsanwälten auswählt. Anders als beim Stichentscheid ist das Ergebnis des Schiedsgutachtens für den Versicherer einschränkungslos bindend. Gleichwohl erkannten die betreffenden Versicherer die bindende Wirkung dieser Schiedsgutachten nicht an und beriefen sich darauf, dass diese wegen schwerwiegender Mängel nicht die Anforderungen an ein Gutachten erfüllten.

Zwar muss ein Gutachten bestimmte formelle und inhaltliche Mindeststandards erfüllen, um rechtlich als ein solches qualifiziert werden zu können. Nach den Versicherungsbedingungen gelten jedoch für Schiedsgutachten nicht die gleichen Wirksamkeitsvoraussetzungen wie für Stichentscheide. Mit der Begründung, das Gutachten weiche offenbar erheblich von der wirklichen Sach- und Rechtslage ab, kann somit dessen Wirksamkeit nicht in Frage gestellt werden. Nur dann, wenn eine gutachterliche Stellungnahme nicht einmal die grundlegendsten formellen oder inhaltlichen Anforderungen an eine sachverständige Bewertung erfüllt (etwa weil der Gutachter diese nicht persönlich verantwortet, sondern durch einen Mitarbeiter durchführen ließ), kann ihm die Rechtsqualität eines Gutachtens abgesprochen werden. Diese Unterscheidung zwischen Stichentscheid und Schiedsgutachten ist sachlich gerechtfertigt, da den Stichentscheid ein vom Versicherungsnehmer selbst ausgewählter Rechtsanwalt fertigt, ein Schiedsgutachten dagegen ein unabhängiger Rechtsanwalt.

Schwerwiegende Mängel formeller oder inhaltlicher Art waren nicht ersichtlich. Daher legte der Ombudsmann den Versicherern nahe, der Beschwerde abzuhefen. Wo dies nicht geschah, entschied der Ombudsmann zugunsten der Versicherungsnehmer.

## 2.2 „Widerrufsjoker“ bei der Lebensversicherung

Das auf eine Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) zurückgehende „ewige Widerspruchsrecht“ bei Lebens- und Rentenversicherung wirft eine Fülle von Rechtsfragen auf und beschäftigte nach wie vor in erheblichem Maße die Gerichte und den Ombudsmann (vgl. dazu Seite 30 sowie Jahresbericht 2015, Seite 27 ff). Viele Versicherungsnehmer nahmen entsprechende pauschalisier-

## 2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

rende Medienberichte über diesen „Widerrufsjoker“ zum Anlass für Anfragen und Eingaben beim Versicherungsombudsmann, ohne auf die Voraussetzungen und einschränkenden Einzelheiten des Widerrufsrechts einzugehen. Anwaltskanzleien haben sich darauf spezialisiert, Versicherungsnehmer insbesondere im Internet anzusprechen, kursorisch über diese Problematik zu informieren sowie eine Prüfung der Auflösung der Lebensversicherung“ und bei bestehender Rechtsschutzversicherung ein Mandat für den Widerruf der Versicherung anzubieten.

In der Beschwerdepraxis erfolgt in der Regel eine – unter Umständen sehr aufwändige – rechtliche Prüfung der seinerzeitigen Belehrung, die zu Entscheidungen, Abhilfen oder Schlichtungsvorschlägen führen kann. Sind ungeklärte Fragen von rechtsgrundsätzlicher Bedeutung streitbefangen, wird das Beschwerdeverfahren entweder als ungeeignet oder mit einem Schlichtungsvorschlag beendet.

### 2.3 Fallstricke einer Reiseversicherung

Beschwerden im Zusammenhang mit Reiseversicherungen eines Versicherers, die auf Internetseiten von Reiseveranstaltern angeboten werden (die zum Teil in nicht sehr transparenter Weise miteinander verwoben sind), werfen verstärkt Probleme auf. Dabei geht es um systemische Fragen des Zustandekommens der Verträge sowie ihres Inhalts. Insoweit ähnelt die Problematik derjenigen, über die im letzten Jahresbericht auf Seite 18 („Problematische Dreiecksverhältnisse“) berichtet wurde.

Eine der Vertragskonstruktionen sei an folgendem Beschwerdebeispiel erläutert: Auf der Internetseite des Reiseanbieters A (Flugreisen, Pauschalreisen, Flüge plus Hotelbuchungen, Mietwagen) werden Absicherungen der gebuchten Reise (Reiserücktritt, Reiseabbruch, Notfälle vor Ort, Krankheit im Ausland) angeboten. In seinen Allgemeinen Geschäftsbedingungen weist der Reiseanbieter darauf hin, dass er die angebotenen Reiseversicherungen als produktakzessorischer Versicherungsmakler im Auftrag der B-GmbH vermittelt und bei der Auswahl der Produkte mit der C-Versicherung und der D-Versicherung zusammenarbeitet. Diese AGB gelten „ausschließlich für den zwischen Ihnen geschlossenen Vermittlervertrag“. Die betreffende Internetseite wird laut ihrem Impressum von der E-GmbH, einem produktakzessorischen Versicherungsmakler betrieben. Im Buchungsfenster der Website ist ausgeführt, es handele sich um ein Versicherungsangebot der D-Versicherung, das vermittelt werde von der F-GmbH (die am 21. Juli 2016 Insolvenz angemeldet hat, worauf nicht hingewiesen wird), die ihrerseits im Auftrag der G-GmbH handele. Die G-GmbH weist in ihren Allgemeinen Geschäftsbedingungen, die angeklickt werden können, darauf hin, dass sie die Vermittlung entweder durch eigenes Personal oder durch beauftragte dritte Makler, gegebenenfalls über Zwischenvermittler erbringt. Bei den „Pflichtangaben im Rahmen der Versicherungsvermittlung“, auf die im Zusammenhang mit der Vermittlung der D-Versicherung durch die F-GmbH im Auftrag der G-GmbH hingewiesen wird, handelt es sich um „Kundeninformationen nach § 11 der Verordnung über Versicherungsvermittlung und -beratung (VersVermV)“ der H-GmbH.



Der Versicherungsvertrag wird ersichtlich dadurch abgeschlossen, dass der Kunde die Frage „Sollen alle Reisenden bei Reiserücktritt, Reiseabbruch, Notfällen vor Ort o. Ä. versichert sein (inkl. Ausland-Reise-Krankenversicherung)?“ mit einem Klick bejaht. Allerdings schließt er mit der Bejahung dieser Frage nicht – wie er wohl in aller Regel erwartet – eine Versicherung der konkret gebuchten Reise, sondern, wie an anderen Stellen nach (!) dem Bejahungsklick angemerkt ist, eine Jahresversicherung mit Verlängerungsoption ab; die Möglichkeit, lediglich die gebuchte Einzelreise zu versichern, wird auf der Website überhaupt nicht angeboten. Zudem sind die Hinweise, dass es sich um einen Versicherungsvertrag mit automatischer Verlängerung handelt, lediglich jeweils in einem Sternchenvermerk angebracht, der sich entweder am Ende des Abschnittes zur Reiseversicherung oder am Ende der gesamten Internetseite befindet. Das Auffinden dieser Hinweise wird dem Verbraucher auch noch dadurch erschwert, dass die Schriftgröße sehr klein gewählt und der Vermerk jeweils in heller Schriftfarbe gehalten ist. Die Gestaltung des Vermerks erweckt den Eindruck, dass dieser darauf angelegt ist, übersehen zu werden.

Beschwerdegegenstand ist der Vorwurf, dass zwar eine Absicherung der konkret gebuchten Reise gewünscht und beabsichtigt war, sich nachträglich jedoch herausgestellt habe, dass eine Jahresreiseversicherung gebucht worden sei. Diese sei, da man sie in Unkenntnis der automatischen Verlängerung nicht rechtzeitig gekündigt habe, dann noch um ein weiteres Jahr verlängert worden, und dies mit deutlich höherer Jahresprämie. Zum Teil akzeptierten die Beschwerdeführer zwar den Abschluss einer Jahresversicherung, bestritten jedoch die Wirksamkeit der Verlängerung des Vertrages um ein weiteres Jahr.

Ein Teil der Beschwerden war schon deshalb erfolgreich und endete mit zusprechenden Entscheidungen des Ombudsmanns, weil von einem wirksamen Widerruf der Beschwerdeführer nach § 8 Absatz 1 VVG auszugehen war, denn in diesen Fällen wurde die Widerrufsfrist nach § 8 Absatz 2 Ziff. 2 VVG nicht in Gang gesetzt, da die Widerrufsbelehrung nicht den gesetzlichen Anforderungen entsprach.

In Fällen, in denen die Beschwerdeführer zwar den Abschluss einer Jahresversicherung nicht bestritten, jedoch geltend machten, eine Verlängerung der Versicherung um ein weiteres Jahr weder gewollt noch erkannt zu haben, unterbreitete der Ombudsmann Schlichtungsvorschläge dahingehend, dass der Versicherer den jeweiligen Vertrag mit Ablauf des ersten Versicherungsjahres für beendet erklärt.

In den übrigen Fällen wies der Ombudsmann auf die völlige Intransparenz der Umstände des Vertragsschlusses sowie die schwerwiegenden Bedenken gegen das Zustandekommen wirksamer Versicherungsverträge hin. So sei insbesondere bereits zweifelhaft, ob mit der Bejahung der Frage „Sollen alle Reisenden bei Reiserücktritt, Reiseabbruch, Notfällen vor Ort o. Ä. abgesichert sein (inkl. Ausland-Reise-Krankenversicherung)?“ ein konkretes Reiseversicherungsvertragsangebot, das in seinen Einzelheiten erst nach dieser Frage erläutert wurde, wirksam angenommen worden sei. Hinzu kämen die undurchsichtigen und widersprüchlichen Angaben zu all den Versicherungsmaklern,

## 2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

die mit der Vermittlung des Vertragsangebotes betraut gewesen seien, sowie die Bedenken gegen die Art und Weise, mit der entgegen der Erwartungshaltung der meisten Reisebuchenden nicht eine Absicherung der konkreten Reise, sondern alternativlos eine Jahresreiseversicherung angeboten wurde.

### 2.4 Schlichtungsvorschläge

Ziel des außergerichtlichen Streitbeilegungsverfahrens ist nach dem VSBG die Schlichtung, also die gütliche Beilegung der Streitigkeit (§ 19). Demgemäß steht der Schlichtungsvorschlag im Zentrum der Tätigkeit des Streitmittlers. Kann dieser verbindlich gegen das Unternehmen entscheiden, konstruiert das VSBG (§ 19 Absatz 4) dies als Schlichtungsvorschlag, dem sich das Unternehmen bereits unterworfen hat.

Die Kompetenz des Versicherungsombudsmanns, bis zu einem Beschwerdewert von 10.000 Euro eine den Versicherer kraft Satzungsrecht bindende Entscheidung zu treffen (§ 10 Absatz 3, § 11 Absatz 1 VomVO), ist und bleibt ein besonderes Kennzeichen dieser Schlichtungsstelle. Verbindliche Entscheidungen setzen voraus, dass der Sachverhalt klar und keine ungeklärten grundsätzlichen Rechtsfragen entscheidungserheblich sind. Daneben war es seit jeher Aufgabe des Ombudsmanns, die Möglichkeit einer gütlichen Beilegung des Konflikts auszuloten.

Die grundsätzliche Orientierung des VSBG in Richtung einvernehmliche Streitbeilegung wurde nun zum einen dadurch aufgegriffen, dass in § 9 Absatz 2 VomVO unter bestimmten Voraussetzungen ein Schlichtungsvorschlag als neue verfahrensbeendende Maßnahme aufgenommen wurde (siehe zu den Änderungen der Satzung und der Verfahrensordnungen im Einzelnen unter 1.7). Zum anderen trägt der Ombudsmann der mit dem VSBG gestiegenen Bedeutung der Schlichtung in der Beschwerdepraxis dadurch verstärkt Rechnung, dass er in geeigneten Fällen häufiger und nachdrücklicher auf eine einvernehmliche Streitbeilegung hinwirkt.

Diese neue Akzentuierung des Beschwerdeverfahrens wurde in grundsätzlicher Hinsicht im Beirat sowie mit den Unternehmen auf der letztjährigen Mitgliederversammlung und aus anderen Anlässen besprochen und stieß auf Zustimmung.



## 2.5 Die Versicherungssparten in der Jahresbetrachtung

Nachfolgend wird die Entwicklung in den Versicherungssparten im Jahr 2016 aus Sicht der Beschwerdebearbeitung aufgezeigt. Wie in den Vorjahren werden alle Versicherungssparten dargestellt. Angesichts der Vielzahl von Themen und Ereignissen kann eine Darstellung an dieser Stelle trotz des umfangreichen Berichts nicht vollständig sein. Angaben zur Anzahl oder zum Anteil der Beschwerden beziehen sich immer auf sämtliche Beschwerden; ohne Hinweis beziehen sich diese auf die zulässigen Eingaben.

Hinzuweisen ist auf das erheblich komplexer und dynamischer gewordene rechtliche Umfeld. Dies liegt zum Beispiel an jüngeren Gesetzesentwicklungen, wie der Reform des VVG, des Vermittlerrechts, oder jüngst an den Vorgaben zur Verbraucherschlichtung. Neue abstrakte Regelungen bedürfen der Konkretisierung auf Einzelfälle. Gerichtsentscheidungen klären Fragen nicht immer abschließend, nicht selten werden dadurch sogar neue Fragen aufgeworfen. Hiervon waren in den letzten Jahren insbesondere die Lebens- und die Rechtsschutzversicherung betroffen. Insgesamt ist festzustellen, dass die Rechtsentwicklung erheblich dynamischer ist als noch vor Jahren, als das Versicherungsrecht nur wenigen Veränderungen unterworfen war.

Für die Beschwerdebearbeitung reicht es nicht aus, das Versicherungsvertragsrecht zu beherrschen. Es sind viele weitere Gebiete im Blick zu behalten, wie etwa die gesetzlichen Rahmenbedingungen von Riester- und Basisrentenverträgen. So muss bei der Prüfung, ob ein Beratungsfehler feststellbar ist, auf die Eignung des vermittelten Vertrages abgestellt werden. Dazu sind Kenntnisse der spezifischen Produktmerkmale, aber auch der Förder- und Zertifizierungskriterien sowie des Steuerrechts und ihrer praktischen 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. Vermehrt werden unternehmensspezifische Klauseln verwendet. Kommt es auf deren Auslegung an, kann in der Regel nicht auf die Rechtsprechung oder Kommentarliteratur zurückgegriffen werden, denn diese Klauseln werden darin nicht gleichermaßen behandelt wie solche, die in der gesamten Branche seit längerem verwendet werden. Entsprechend anspruchsvoller und aufwändiger kann die Auslegung sowie die Vermittlung des gefundenen Ergebnisses ausfallen.

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

### ■ Rechtsschutzversicherung

Zur Rechtsschutzversicherung erhielt der Ombudsmann im Berichtsjahr 3.807 (Vorjahr: 2.791) zulässige Beschwerden. Mit einer Steigerung von 36,4 Prozent wurde der bis dahin höchste Anstieg aus dem Vorjahr (32,3 Prozent) noch überboten. Die Sparte ist damit mit einem Anteil von 26,0 Prozent am Gesamtaufkommen erstmals seit Beginn der Tätigkeitsaufnahme die Sparte mit den meisten zulässigen Beschwerden.

Eine Rechtsschutzversicherung unterstützt den Versicherten bei der Durchsetzung seiner rechtlichen Interessen und stellt diesen von den versicherten Kosten frei. Unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang ein Anspruch auf Versicherungsschutz besteht, bestimmen der Versicherungsvertrag und die zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Der über Jahre hinweg anhaltende Beschwerdeanstieg hängt nicht zuletzt mit der Rechtsprechung des BGH zum sogenannten „unbefristeten Widerspruchsrecht“ in der Lebensversicherung zusammen (vgl. hierzu unter Lebensversicherung sowie unter 2.2). Inzwischen nutzen hierauf spezialisierte Anwaltskanzleien diese Rechtsprechung und empfehlen den Inhabern von Lebensversicherungsverträgen, diese daraufhin überprüfen zu lassen, ob die Voraussetzungen eines „ewigen Widerspruchsrechts“ bestehen („Widerrufsjoker“). Das gilt selbst dann, wenn die Verträge bereits beendet und abgerechnet sind. Den hierfür beantragten Versicherungsschutz haben die Rechtsschutzversicherer in einer Vielzahl der Fälle abgelehnt, was naturgemäß Beschwerden zur Folge hatte.

Ging es im Vorjahr in diesen Fällen meist um die Frage, ob der Rechtsschutzfall zum Zeitpunkt des Abschlusses des Vertrages mit einer unwirksamen Widerrufsbelehrung oder bei Zurückweisung des Widerrufs eingetreten war (vgl. Jahresbericht 2015, Seite 34), hat sich im Berichtsjahr der Schwerpunkt verlagert. So kam es zwischen den Rechtsschutzversicherern und den Versicherten bzw. deren Rechtsanwältinnen immer wieder zu Streitigkeiten über die Art und Weise des rechtlichen Vorgehens in solchen Widerrufsfällen. Während beispielsweise die Verbraucher, die mit einem Darlehensvertrag ihren Immobilienerwerb finanziert hatten, eine umfassende Klärung der Darlehensangelegenheit einschließlich der Herausgabe der Darlehenssicherheiten (insbesondere der Grundschulden) wünschten, vermuteten die Rechtsschutzversicherer hinter einem solchen Vorgehen häufig eigene Gebühreninteressen des Rechtsanwalts und beriefen sich auf die Schadenminderungsobliegenheit des Versicherungsnehmers und Pflichtverletzungen des Rechtsanwalts, die dessen Gebührenansprüchen entgegenstünden.

Der weitaus größere Teil dieser Beschwerden betraf jedoch das Regulierungsverhalten eines einzelnen Rechtsschutzversicherers, der eine Kostenübernahme ablehnte, wenn der Darlehensvertrag vor Versicherungsbeginn abgeschlossen worden war. Er berief sich auf eine vielfach in Rechtsschutzbedingungen verwendete Klausel, wonach kein Rechtsschutz besteht, wenn der Rechtsschutzfall – der in Darlehenswiderrufsfällen regelmäßig in der Zurückweisung des Widerrufs seitens der Bank zu sehen ist – durch eine Willenserklärung oder Rechtshand-



lung vor Versicherungsbeginn ausgelöst wurde („Vorerstreckungsklausel“). Der Versicherer vertrat die Auffassung, dass die Voraussetzungen dieser Klausel erfüllt seien, da in solchen Fällen gerade die Fehlerhaftigkeit der Widerrufsbelehrung streitig sei. Damit setzte er sich allerdings in Widerspruch zur Rechtsprechung des BGH (Urteil vom 24. April 2013 – IV ZR 23/12). Auch hier sorgten spezialisierte Anwaltskanzleien für eine hohe Beschwerdezahl beim Versicherer und ebenso bei der Schlichtungsstelle. Im Verfahren führten die Hinweise des Ombudsmanns dazu, dass das Versicherungsunternehmen auf den Einwand der Vorerstreckungsklausel verzichtete. Eine weitere Folge der Rechtsprechung ist, dass zwischenzeitlich viele Versicherer spezielle Klauseln aufgenommen haben, um den Versicherungsschutz in solchen Fällen auszuschließen.

Überdies erreichte den Ombudsmann im Berichtsjahr auch die VW-Abgas-Affäre. In den Beschwerden ging es in erster Linie um Fälle, bei denen in auf Antrag der Versicherten nach § 3a Absatz 2 ARB 2010 durchgeführten Stichentscheiden oder Schiedsgutachten die Auffassung der Versicherer nicht bestätigt wurde. Über diese Problematik wird unter 2.1 berichtet.

Neben diesen Themenkomplexen war häufigster Beschwerdegegenstand wieder einmal die Frage nach der zeitlichen Einordnung des Rechtsschutzfalls. Trotz einer Fülle höchstrichterlicher Entscheidungen, wonach sich die Festlegung des verstoßabhängigen Rechtsschutzfalls beim Deckungsschutz für die Verfolgung eigener Ansprüche („Aktivprozess“) allein nach der vom Versicherten behaupteten Pflichtverletzung seines Anspruchsgegners richtet, auf die er seinen Anspruch stützt, sind damit noch nicht alle einschlägigen Sachverhaltsvarianten zweifelsfrei geklärt. So hatte sich der Ombudsmann im Berichtsjahr beispielsweise mit dem folgenden Fall zu beschäftigen:

Der Beschwerdeführer hatte in vorvertraglicher Zeit ein Fahrzeug unter Cannabisinfluss geführt und eine Ordnungswidrigkeitenanzeige erhalten. Mit Schreiben in versicherter Zeit forderte die Fahrerlaubnisbehörde den Beschwerdeführer auf, ein medizinisch-psychologisches Gutachten beizubringen, das durch ein Drogenkontrollprogramm ein Jahr Abstinenz von bestimmten Betäubungsmitteln nachweist. Die Anordnung dieses Gutachtens erachtete der Beschwerdeführer für rechtswidrig und beantragte bei der Beschwerdegegnerin Deckungsschutz für das Vorgehen gegen die Fahrerlaubnisbehörde. Die Beschwerdegegnerin lehnte den Versicherungsschutz wegen Vorvertraglichkeit ab, da der Rechtsschutzfall mit Begehung der Ordnungswidrigkeit eingetreten sei. Dieser Ansicht hat sich der Ombudsmann nicht angeschlossen. Denn der Beschwerdeführer behauptete, dass die Anordnung der Fahrerlaubnisbehörde mit Schreiben aus dem versicherten Zeitraum rechtswidrig sei. Da er von der Gegenseite die Aufhebung der Anordnung verlangte und nicht gegen die von ihm begangene Ordnungswidrigkeit vorging, war die Beschwerdegegnerin nicht berechtigt, sich auf Vorvertraglichkeit zu berufen.

Auch die Rechtsschutzversicherung kommt nicht ohne Risikoausschlüsse aus. Da durch Ausschlussklauseln besondere Teilrisiken, die an sich von den jeweiligen Leistungsarten abgedeckt sind, wieder vom Versicherungsschutz ausgenom-

## 2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

men werden, ergibt sich ein hohes Beschwerdepotential. Als besonders konfliktträchtig erwies sich in diesem Zusammenhang einmal mehr die Reichweite des „ursächlichen Zusammenhangs“ zwischen der in Rede stehenden Streitigkeit und dem den Ausschluss begründenden Umstand. Erforderlich dafür ist neben einem gewissen zeitlichen Zusammenhang auch ein innerer sachlicher Bezug. Vor diesem Hintergrund hatte der Ombudsmann zu entscheiden, ob die Aufstellung eines Zaunes, die Pflasterung einer Terrasse und eines Zuweges integrativer Bestandteil eines Neubaus sind. Er kam zu dem Ergebnis, dass es typisch und üblich ist, dass bei einem Neubau auch eine Terrasse und ein Zuweg hergestellt werden, so dass in der Regel ein enger zeitlicher und sachlicher Zusammenhang mit der Errichtung eines Neubaus besteht. Etwas anderes kann jedoch bei der Aufstellung eines Zaunes gelten, auch wenn die Einfriedung eines Grundstücks häufig zum Gesamtkonzept eines Neubauvorhabens gehört. Es fehlt jedoch regelmäßig an einem inneren und sachlichen Bezug zwischen der rechtlichen Auseinandersetzung und der Neubauerrichtung. Zum einen ist ein Zaun nicht notwendig, um ein Gebäude zu errichten. Zum anderen wird ein Zaun oftmals „bei Gelegenheit“ eines Bauvorhabens aufgestellt und bezieht sich nicht auf das Bauvorhaben, sondern auf das Grundstück.

Im Vergleich zum Vorjahr deutlich zurückgegangen sind Beschwerden zu der Frage, ob die Wahrnehmung rechtlicher Interessen im Zusammenhang mit einer selbstständigen Tätigkeit stand und daher vom Privatrechtsschutz nicht umfasst ist. Obwohl diese Zuordnung oft nicht einfach ist, was auch die äußerst umfangreiche und nicht immer einheitliche Rechtsprechung belegt, haben möglicherweise die Versicherer die in vielen Anschreiben und Jahresberichten enthaltenen Hinweise des Ombudsmanns aufgegriffen und dadurch das Beschwerdepotential reduziert.

Ein weiterer Beschwerdeschwerpunkt lag erneut in der Ablehnung des geltend gemachten Gebührenanspruchs des Anwalts dem Grunde oder der Höhe nach. Erklärte sich der Versicherer – ggf. auf Anregung des Ombudsmanns – zu einer Abhilfe in Form der Abwehrdeckung bereit, konnte den Beschwerdeführern zu nichts Zählbarem verholfen werden. Der Versicherungssenat des BGH hat mit seinem Urteil vom 21. Oktober 2015 (IV ZR 266/14) die Entscheidungspraxis des Ombudsmanns bestätigt und deutlich herausgearbeitet, dass es sich nach den allgemein für einen Freistellungsanspruch geltenden Regeln richtet, auf welche Art und Weise der Versicherer den Kostenbefreiungsanspruch erfüllt (Jahresbericht 2015, Seite 36). Deshalb kann der Versicherer diesen Befreiungsanspruch hinsichtlich der von ihm zu tragenden gesetzlichen Vergütung eines Rechtsanwalts auch dadurch erfüllen, dass er dem Versicherungsnehmer Kostenschutz für einen etwaigen Gebührenprozess zwischen dem Versicherungsnehmer und seinem Prozessbevollmächtigten zusagt.

Der in den Vorjahren zu verzeichnende rückläufige Trend von Beschwerden im Zusammenhang mit einem Versichererwechsel (Jahresbericht 2012, Seite 29) setzte sich auch im Berichtsjahr erfreulicherweise fort. Beschwerden, in denen der Versicherungsnehmer offensichtlich keinen Anspruch auf Versicherungs-



schutz hatte, waren kaum noch zu verzeichnen. Das mag ein Hinweis darauf sein, dass die Versicherer begrüßenswerterweise größtenteils dazu übergegangen sind, in ihren ARB die Leistungsarten und die Risikoausschlüsse mit Beispielen zu beschreiben und so ihren Versicherungsnehmern den Umfang des Versicherungsschutzes deutlicher vor Augen zu führen.

Wie bereits im Vorjahr spielten Vertragsfragen in der Rechtsschutzversicherung im Berichtsjahr nur eine untergeordnete Rolle. Dabei ging es hauptsächlich um Beschwerden über Kündigungen, mit denen sich Versicherer von Verträgen aufgrund der Schadenhäufigkeit oder veralteter Versicherungsbedingungen lösen oder diese nur unter anderen, aktualisierten Bedingungen oder der Vereinbarung einer Selbstbeteiligung fortführen wollten. Dies konnte in der Regel rechtlich nicht beanstandet werden. In etwa konstant geblieben ist auch die Anzahl der Beschwerden über Kündigungszurückweisungen durch Versicherer wegen Fehlens der vertraglich vereinbarten Voraussetzungen. Im Berichtsjahr zu vernachlässigen waren Beschwerden über Anfechtungs- und Rücktrittserklärungen der Versicherer wegen vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung.

#### ■ Lebensversicherung

2016 erhielt der Ombudsmann 3.707 (Vorjahr: 3.640) zulässige Beschwerden zur Lebensversicherung. Trotz des Zuwachses sank wegen der insgesamt gestiegenen zulässigen Eingaben der Anteil dieser Sparte auf 25,3 (26,3) Prozent am Gesamteingang. Die Anzahl der zulässigen Beschwerden zur Lebensversicherung ist mit einer Ausnahme seit 2012 recht konstant. Nur 2013 stiegen aufgrund von Entscheidungen des BGH die Eingaben auf 4.323 an.

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

Die Prüfung von Beschwerden in der Lebensversicherung ist für den Ombudsmann weiterhin sehr komplex und aufwändig. Standardfälle, die zum Beispiel ohne mathematische Überprüfung entschieden werden können, nahmen weiter ab. Häufig lagen den Beschwerden Verträge mit langjährigen „gebrochenen“ Verläufen zugrunde, d. h., die Verträge wurden verändert oder zusammengelegt, Kapital wurde entnommen oder zugezahlt, der Beitrag erhöht, gesenkt oder vorübergehend ausgesetzt. Für die Prüfung solcher Beschwerden reicht die erste Stellungnahme des Versicherers zumeist nicht aus. Häufig musste mehrfach nachgefragt werden. Diese Nachfragen betrafen sowohl juristische als auch versicherungsmathematische Aspekte.

In vielen Fällen wurde die mathematische Prüfung der Versicherungsleistungen gewünscht, da die Versicherungsnehmer durch Presseberichte der letzten Jahre

## 2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

über teilweise falsch abgerechnete Verträge verunsichert waren. Oft beriefen sich die Beschwerdeführer auch auf frühere Prognosen, die deutlich höhere Ablaufleistungen in Aussicht gestellt hatten, als der Versicherer zum Ablauftermin auszahlte. Diese Unterschiede sind auf die anhaltende Niedrigzinsphase zurückzuführen. Die Unternehmen haben die Überschusszinssätze in den letzten Jahren deutlich reduziert, so dass die Differenz zwischen ursprünglich prognostizierten Beträgen und den nunmehr erreichten oder für die nächsten Jahre in Aussicht gestellten erheblich war.

Insgesamt wurden im Berichtsjahr über 800 Beschwerden rechnerisch überprüft. Hierzu stellt der Versicherer dem Ombudsmann die notwendigen Grundlagen für die interne Prüfung zur Verfügung (§ 8 VomVO). Auf dieser Basis können die Vertragsverläufe versicherungsmathematisch nachvollzogen werden.

Ein Schwerpunkt der Beschwerdebearbeitung lag im Berichtsjahr wieder in der Prüfung von Widersprüchen nach § 5a VVG a. F. (Fassung vor 2008). Zu diesem Thema war im Vergleich zum Vorjahr eine deutliche Zunahme der Beschwerden zu verzeichnen.

Nach § 5a VVG a. F. erlosch das Widerspruchsrecht spätestens ein Jahr nach Zahlung der ersten Prämie, selbst wenn der Versicherungsnehmer die Vertragsunterlagen nicht erhalten hatte oder nicht ordnungsgemäß über sein Widerspruchsrecht belehrt worden war. Ende 2013 hat der EuGH auf Vorlage des BGH entschieden, dass § 5a Absatz 2 Satz 4 VVG a. F. im Hinblick auf die einjährige Widerspruchsfrist mit dem Europarecht nicht vereinbar war. Die weiteren Folgen dieser Unwirksamkeit waren wiederum vom BGH zu klären. Dieser entschied am 7. Mai 2014, dass § 5a Absatz 2 Satz 4 VVG a. F. im Bereich der Lebens- und Rentenversicherung nicht anwendbar ist. Verfassungsbeschwerden gegen diese Entscheidung waren erfolglos. Entsprechend blieb das Widerspruchsrecht eines Versicherungsnehmers, der nicht ordnungsgemäß belehrt worden ist bzw. die relevanten Versicherungsunterlagen nicht erhalten hat, grundsätzlich bestehen. Hierzu wurde 2014 ausführlich unter 2.3 berichtet.

Viele dieser Beschwerden waren erfolgreich, da die von den Versicherern verwendeten Widerspruchsbelehrungen entweder inhaltlich nicht den gesetzlichen Vorgaben entsprachen und/oder nicht ausreichend deutlich gestaltet waren. Auch in diesem Berichtsjahr gab es zahlreiche Urteile des BGH zu Detailfragen des Widerspruchsrechts. Die Bearbeitung der einschlägigen Beschwerden erforderte daher weiterhin die sorgfältige Abstimmung zwischen den Referenten und tagesaktuelle Kenntnis der Rechtsprechung.

Schwierigkeiten bereiten noch immer die Rechtsfolgen eines wirksamen Widerspruchs. Grundsätzlich besteht nach erklärtem Widerspruch Anspruch auf Erstattung der geleisteten Beitragssumme und der gezogenen Nutzungen. Fest steht nach dem Urteil des BGH vom 7. Mai 2014, dass sich der Anspruchsberechtigte aber den vom Versicherer gewährten Versicherungsschutz als Vermögenswert anrechnen lassen muss. Der BGH hatte im vorgenannten Urteil allerdings



keine konkreten Angaben dazu gemacht, wie der Wert des Versicherungsschutzes genau zu berechnen ist. Er führt hierzu lediglich aus, dass dieser unter Berücksichtigung der Prämienkalkulation bemessen werden kann; bei Lebensversicherungen kann etwa dem Risikoanteil Bedeutung zukommen. Trotz einer Fülle höchstrichterlicher Entscheidungen zu Einzelfragen sind immer noch nicht alle Fragen zweifelsfrei geklärt. Mitunter werfen Gerichtsentscheidungen auch neue Fragen auf. So erweckte der BGH etwa in seiner Entscheidung vom 1. Juni 2016 (IV ZR 482/14) den Eindruck, dass er abweichend von einem drei Wochen zuvor ergangenen Urteil (11. Mai 2016, VI ZR 348/15) bei der Berechnung der Ansprüche eines Versicherungsnehmers aus einer bereits gekündigten fondsgebundenen Lebensversicherung diesem keine Erstattung der gezogenen Nutzungen zusprach. Die Widersprüche zwischen dem Urteil vom 1. Juni 2016 und der bisherigen Rechtsprechung des BGH wurden inzwischen auch in der Literatur thematisiert.

Die Prüfung der Rechtsfolgen umfasste in vielen Fällen auch die mathematische Prüfung des entsprechenden Erstattungsanspruches. Insoweit wurde zum Beispiel geprüft, ob der Versicherer die von ihm angegebenen Risikokosten richtig ermittelt hat.

Die Versicherer berufen sich mitunter darauf, die Geltendmachung eines an sich berechtigten Widerspruchs verstoße im konkreten Fall gegen Treu und Glauben. Grundsätzlich kann der Einwand des Rechtsmissbrauchs auch gegen Widersprüche erhoben werden. Dies ist ausnahmsweise dann der Fall, wenn für den Versicherer ein Vertrauenstatbestand geschaffen worden ist oder andere besondere Umstände die Rückabwicklung des Vertrages als treuwidrig erscheinen lassen. Den Missbrauchseinwand lässt der BGH jedoch nur unter sehr engen Voraussetzungen mit der Begründung durchgreifen, dass der Versicherer mit der nicht ordnungsgemäßen Widerspruchsbelehrung die Voraussetzungen für die Rechtswidrigkeit des Vertrages selbst geschaffen hat. Ausnahmsweise sprach der BGH einem Versicherungsnehmer beispielsweise dann das Recht ab, dem Zustandekommen des Vertrages Jahre später noch zu widersprechen, wenn er den Vertrag mehrmals, erstmals kurz nach Vertragsschluss, abgetreten hat.

Den bisherigen Vorgaben des Versicherungssenats des BGH sind (noch) nicht durchgängig klare und verallgemeinerungsfähige Maßstäbe für die rechtliche Bewertung der Verwirkungseinrede zu entnehmen. Allerdings ließen die Umstände, die die Versicherer für ein widersprüchliches Verhalten anführten, in den meisten Fällen nicht den Schluss zu, dass der Versicherungsnehmer in Kenntnis seines Rechts, sich vom Vertrag zu lösen, an diesem festhalten und von seinem Widerspruchsrecht keinen Gebrauch machen wollte. So nahmen Versicherer zum Beispiel einen Verwirkungsgrund schon dann an, wenn der Versicherungsnehmer der vertraglich vorgesehenen Dynamikerhöhung nicht widersprochen hatte, seinen Vertrag beitragsfrei stellen ließ oder die Umstellung der Zahlungsweise wünschte.

In diesen Vorgängen sah der Ombudsmann jedoch, ebenso wie bei den Prämienzahlungen, noch keine Umstände, die einen Vertrauenstatbestand zu-

## 2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

gunsten der Versicherer begründeten und damit der Ausübung des Widerspruchsrechts entgegenstanden. Eine Beitragsfreistellung zielt zudem darauf ab, den Versicherungsschutz und die Verpflichtungen des Versicherungsnehmers aus dem Versicherungsvertrag zu verringern. Dieser Umstand könnte auch so verstanden werden, dass der Versicherungsnehmer gerade nicht mit dem geschlossenen Vertrag einverstanden ist. Eine von ihm gewünschte Beitragsfreistellung müsste beim Versicherungsunternehmen, statt sein Vertrauen in den Fortbestand des Vertrages zu stärken, eher die Befürchtung wecken, dass der Versicherungsnehmer dem Vertragsschluss widersprechen werde, sobald er von seinem fortbestehenden Widerspruchsrecht Kenntnis erlangt.

Auch bei Abtretungen ist zu differenzieren: nicht jede Abtretung innerhalb der Vertragslaufzeit rechtfertigt den Verwirkungseinwand. Der BGH stellte ausdrücklich auf den engen zeitlichen Zusammenhang zwischen dem Abschluss des Vertrages und dessen Einsatz als Sicherungsmittel ab. In der Regel halfen die Versicherer den Beschwerden ab, nachdem der Ombudsmann seine Bedenken hinsichtlich des Verwirkungseinwandes mitteilte.

Probleme gab es aber auch im Zusammenhang mit dem Widerruf nach dem neuen VVG (§§ 8 und 9). Nach § 9 Absatz 1 VVG hat der Versicherer grundsätzlich nur den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten (bei ordnungswidriger Belehrung zusätzlich die für das erste Jahr des Versicherungsschutzes gezahlten Prämien). In der Lebensversicherung ist zudem die Sonderregelung nach § 152 Absatz 2 VVG zu beachten, wonach der Versicherer zusätzlich auch den Rückkaufswert einschließlich der Überschussbeteiligung nach § 169 VVG zu zahlen hat. Manche Versicherer haben bei dem Rückkaufswert, der, wie oben ausgeführt, nach § 152 Absatz 2 VVG im Falle eines Widerrufs ebenfalls zu erstatten ist, einen Stornoabzug vorgenommen. Der Ombudsmann ist hingegen der Ansicht, aus dem Grundgedanken des Widerrufs ergibt sich, dass der Versicherer dazu nicht berechtigt ist. Es kam auch vor, dass Versicherer bei der Ermittlung des Rückkaufswertes bereits getilgte Abschlusskosten berücksichtigt haben. § 152 Absatz 2 VVG ist zwar nicht zu entnehmen, dass diese bei der Berechnung des zu erstattenden Betrages außer Betracht zu bleiben haben. Dies ergibt sich jedoch aus der Gesetzesbegründung, die von einem Rückkaufswert spricht, wie er sich unter Ausklammerung der Abschluss- und Vertriebskosten (ungezillmertes Deckungskapital) errechnet.

Streitpunkt war wiederum die Beteiligung an den Bewertungsreserven, wobei im Vergleich zum Vorjahr diese Beschwerden zurückgingen. Versicherungsnehmer beanstandeten zu niedrige Beteiligungsergebnisse oder gingen dagegen vor, dass die während der Laufzeit unverbindlich genannten Prognosen zur Beteiligung an den Reserven bei Vertragsende nicht erreicht wurden. Außer der marktbedingten Schwankungsanfälligkeit (Volatilität) dieser Reserven waren die Unterschiede zu vorherigen Prognosen auf das zum 7. August 2014 in Kraft getretene Lebensversicherungsreformgesetz (LVRG) zurückzuführen, denn durch die Neuregelung wurden festverzinsliche Wertpapiere des Versicherers, die einen großen Anteil



der Kapitalanlagen ausmachen, von der Beteiligung an den Bewertungsreserven teilweise ausgenommen.

In vielen Beschwerden, jedoch mit abnehmender Tendenz, wurden wieder Falschberatungen geltend gemacht. Die Gründe, weshalb sich die Beschwerdeführer falsch beraten fühlten, waren vielfältig. Wiederholt spielten zum Beispiel sogenannte Umdeckungsfälle eine Rolle. Kunden beschwerten sich darüber, der Vermittler habe zur Kündigung bestehender Verträge geraten, der Abschluss neuer Verträge habe jedoch zu Nachteilen geführt, auf die sie nicht hingewiesen worden seien. In diesen Fällen war zu prüfen, ob der Vermittler nicht nur die Vorteile des neuen Vertrages in den Vordergrund gestellt, sondern auch über die Nachteile bei der Beendigung bestehender Verträge (anderer Leistungsumfang, Stornokosten, erneute Gesundheitsprüfung und Abschlusskosten) informiert hatte oder sogar vom Neuabschluss hätte abraten müssen. In diesem Zusammenhang sei erwähnt, dass die Beratungsdokumentation in vielen Fällen unzureichend war. Eine nennenswerte Verbesserung kann insoweit jedenfalls den Beschwerdevorgängen nach wie vor nicht entnommen werden.

Den Ombudsmann erreichten erneut viele Eingaben zu behaupteten Falschberatungen beim Abschluss von Riester- und Basisrentenversicherungen. Dabei ging es wiederum vor allem um Fragen zur Eignung des Produktes für den jeweiligen Versicherungsnehmer (vgl. hierzu auch den Vorjahresbericht, Seite 30).

Ebenso gehören Beschwerden gegen Anfechtungs- und Rücktrittserklärungen der Versicherer wegen Verletzung vorvertraglicher Anzeigepflichten (insbesondere die Falschbeantwortung von Gesundheitsfragen) zum Standard-Repertoire des Versicherungsombudsmanns.

#### ■ **Sonderteil Lebensversicherung** **Betriebliche Altersversorgung und Restschuldversicherung**

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

Als Teilbereich der Lebensversicherung machen die versicherungsgebundenen Varianten der betrieblichen Altersversorgung etwas weniger als zehn Prozent der Beschwerden dieser Sparte aus. Die bAV gilt als eine der Säulen der Altersvorsorge und ist im Gesetz zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung (BetrAVG), auch als Betriebsrentengesetz bezeichnet, geregelt. Darin gibt der Gesetzgeber den Vertragsparteien gewisse Rahmenbedingungen vor, engt also den ansonsten bestehenden vertraglichen Spielraum ein. Den verschiedenen Durchführungswegen ist gemein, dass der versorgungsberechtigte Arbeitnehmer während der Beschäftigungsdauer zwar stets versicherte Person, aber nie Versicherungsnehmer ist. Der Versicherungsvertrag wird vom Arbeitgeber oder von einer Unterstützungskasse eingerichtet und allenfalls dann auf den Arbeitnehmer oder dessen Folgearbeitgeber übertragen, wenn das Arbeitsverhältnis

## 2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

endet. In dieser Mehrparteienkonstellation der bAV wird der Versicherungsvertrag zudem flankiert von arbeitsvertraglichen und sozialversicherungsrechtlichen Beziehungen, so dass Fragen der Zulässigkeit stärker im Vordergrund stehen als bei privaten Renten- und Lebensversicherungsverträgen.

Das BetrAVG enthält bestimmte Vorgaben für die bAV, die als Voraussetzung für die staatliche Förderung der Leistungen einzuhalten sind. Darunter fallen das Verfügungsverbot bei Unverfallbarkeit nach § 2 Absatz 2 BetrAVG, die Gestaltung des Bezugsrechts, Fragen der Übertragbarkeit von Versorgungsanwartschaften bei Arbeitgeberwechsel (Portabilität, § 4 BetrAVG) sowie die Insolvenzsicherung durch den Pensionssicherungsverein (§ 14 BetrAVG). Häufiges Beschwerdeziel waren die vorzeitige Auszahlung (§ 6 BetrAVG) oder die Abfindung (§ 3 BetrAVG) der Betriebsrente. Viele Beschwerdeführer wünschten, dass ihre Versorgung nach dem betrieblichen Ausscheiden Gruppenrabatte beibehält, die der ehemalige Arbeitgeber über Rahmen- oder Kollektivverträge mit dem Versicherer ausgehandelt hatte. Auch im familiengerichtlichen Versorgungsausgleich gelten für die bAV andere Regeln als für die private Rentenversicherung.

Nicht wenige Betriebsrentner fühlen sich bei Abschluss oder Führung ihrer Betriebsrente durch den Versicherer bzw. den Vermittler falsch beraten. Die Betreuung und Interessenwahrung für den Versorgungsberechtigten obliegen aber in erster Linie dem Arbeitgeber als arbeitsvertragliche Fürsorgepflichten. Auch weil die Vertragskommunikation hauptsächlich mit dem Versicherungsnehmer, also dem Arbeitgeber, geführt wird, ist es in diesem versicherungsvertraglichen Dreiecksverhältnis für den Arbeitnehmer oft nicht einfach, den Verlauf des Versicherungsvertrages genau zu erfassen. Probleme können bei Betriebsaufgabe oder Insolvenz des Arbeitgebers auftreten, etwa weil er nicht an der Umgestaltung des Versicherungsvertrages mitwirkt oder weil Gläubiger auf die Versorgung zugreifen wollen. Hier spielen Pfändungs- und Abtretungsfragen eine Rolle.

Etwas zurückgegangen sind Beschwerden gegen die Erhebung von Krankenkassenbeiträgen auf betrieblich finanzierte Leistungen nach dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG). Beim Ombudsmann scheiterten diese Verfahren oft in der Zulässigkeitsprüfung, da die erhobenen Kassenbeiträge sozialversicherungsrechtlich einzuordnen und damit nach öffentlichem Recht zu beurteilen sind.

Weil die bAV im Verlauf eines Arbeitslebens nicht selten inhaltlich verändert oder auf einen neuen Versicherungsnehmer übertragen wird, sind die Verträge anfällig für tatsächliche oder vermutete Bearbeitungsfehler.

Im Berichtsjahr bearbeitete der Ombudsmann knapp 100 zulässige Beschwerden zu Restschuldversicherungen, die zum Teil auch als Ratenschutz- oder Kreditlebensversicherungen bezeichnet werden.



Restschuldversicherungsverträge sollen bei Eintritt eines Versicherungsfalls gewährleisten, dass der Restkredit entweder auf einmal oder durch die Übernahme der fällig werdenden Kreditraten getilgt wird. Sie decken in erster Linie das Risiko eines Todesfalls ab, daher werden diesbezügliche Beschwerden als Untersparte zur Lebensversicherung geführt. Es handelt sich dem Grunde nach um Risikolebensversicherungen, die zusätzlich Versicherungsschutz zum Beispiel für den Fall der Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit bieten. Sie sind in der Regel, was die versicherten Leistungen anbelangt, auf ein konkretes Darlehen abgestimmt oder orientieren sich beispielsweise bei Versicherungen zu Kreditkartenkonten an dem beim Versicherungsfall bestehenden Rückzahlungsstand. In einen Restschuldversicherungsvertrag sind häufig drei Parteien einbezogen. In der Regel ist der Verbraucher als Darlehensnehmer nur die versicherte Person, während der Vertrag zwischen dem Versicherer und dem Darlehensgeber, zumeist einer Bank, besteht.

Davon zu unterscheiden sind Ausfallschutzversicherungen. Diese werden beim Ombudsmann den sonstigen Versicherungen zugeordnet. Diese Verträge decken nicht das Risiko eines Todesfalls ab. Bei diesen Verträgen besteht zumeist Versicherungsschutz für den Fall der Arbeitslosigkeit und der Arbeitsunfähigkeit. Versichert ist ein bestimmter monatlicher Betrag, der nicht zwingend einer bestimmten Kreditratenhöhe entspricht und auch nicht zweckgebunden eingesetzt werden muss. Oft ist auch ein Unfallschutz enthalten.

Häufig erreichen den Ombudsmann Beschwerden, wenn die Verbraucher ihren Kredit vorzeitig zurückzahlen. Die meisten Versicherer erstatten dann eine Kündigungsleistung aus der Restschuldversicherung. Diese bleibt der Höhe nach jedoch oftmals hinter den Erwartungen der Kunden zurück. Sie setzen in der Regel die vereinbarte Laufzeit ins Verhältnis zur tatsächlich in Anspruch genommenen Vertragsdauer und gehen davon aus, dass die Kündigungsleistung zum Einmalbeitrag in gleichem Verhältnis steht. Dabei bleibt außer Acht, dass das vom Versicherer übernommene Risiko zu Vertragsbeginn am höchsten ist, weil dann noch nahezu die gesamte Kreditsumme abgesichert werden muss. Obwohl der Ombudsmann in den von den Versicherern dargestellten Berechnungen in aller Regel keine Unstimmigkeiten finden und keine Kostenkontrolle ausüben kann, kommt in einer Vielzahl von Beschwerden der Versicherer dem Beschwerdeführer entgegen. Beispielsweise verzichten viele Versicherer im Ombudsmannverfahren zumindest auf einen Stornoabzug. Zu begrüßen ist, wenn bei neueren Verträgen eine Garantiewerttabelle beigefügt ist oder die Rückkaufswerte eine gleichmäßige Verteilung der Abschlusskosten auf die ersten fünf Jahre berücksichtigen. Zum Teil finden sich in den Versicherungsbedingungen nun auch „pro-rata-temporis“-Regelungen, so dass die Akzeptanz der Kunden steigen dürfte.

Im letzten Jahresbericht (Seite 33) konnte mitgeteilt werden, dass sich die Versicherer nicht mehr auf Ausschlussklauseln berufen hatten bei Versicherungsfällen, die im Zusammenhang mit ernstlichen Vorerkrankungen standen, und es insoweit zu Abhilfen kam. Nunmehr zeigte sich, dass einige Versicherer Bedingungsanpassungen nach § 164 des VVG vorgenommen hatten. Dem lag das

Urteil des BGH vom 10. Dezember 2014 (Az. IV ZR 289/13) zugrunde, in dem folgende branchenübliche Klausel für unwirksam erklärt wurde: „Der Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf die der versicherten Person bekannten ernstlichen Erkrankungen (das sind Erkrankungen des Herzens und des Kreislaufs, der Wirbelsäule und Gelenke, der Verdauungsorgane, Krebs, HIV-Infektion/Aids, chronische Erkrankungen) oder Unfallfolgen, wegen derer die versicherte Person in den letzten zwölf Monaten vor Beginn des Versicherungsschutzes ärztlich behandelt wurde. Diese Einschränkung gilt nur, wenn der Versicherungsfall binnen der ersten 24 Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes eintritt und mit diesen Erkrankungen oder Unfallfolgen in ursächlichem Zusammenhang steht.“ Nach Ansicht des BGH benachteiligt diese Klausel die Versicherten entgegen den Geboten von Treu und Glauben unangemessen, weil sie nicht klar und verständlich sei. Das Gericht bemängelte, dass die versicherte Person, auf deren Verständnis es auch ankomme, der Klausel nicht eindeutig entnehmen könne, was noch versichert sei. Klar sei nur, dass folgenlose Bagatellerkrankungen nicht erfasst sein können. Im Übrigen fordere die Klausel aber vom Versicherten eine Einstufung bekannter Erkrankungen als „ernstlich“, ohne ihm eindeutige Kriterien für diese Bewertung zu geben. Die im Klammerzusatz aufgeführten Krankheiten unterstützten ihn dabei nicht, sondern verunsicherten ihn. Dort würden neben lebensbedrohlichen Erkrankungen wie Krebs oder Aids auch Erkrankungen aufgezählt, mit denen ein höheres Risiko, den Versicherungsfall herbeizuführen, nicht ohne weiteres, sondern nur unter besonderen Umständen einhergehe. Die Leistungsausschlussklausel müsse dem Versicherten aber bereits im Zeitpunkt seiner Entscheidung vor Augen führen, in welchem Umfang er Versicherungsschutz erlange. Darüber hinaus monierte der Bundesgerichtshof, dass der Versicherte den Zwölf-Monats-Zeitraum nicht festzulegen vermöge, weil nicht auf den Zeitpunkt der Abgabe der Vertragserklärung, sondern auf den Beginn des Versicherungsschutzes abgestellt werde. Dafür könne es jedoch auf die Darlehensauszahlung ankommen.

Die neuen Klauseln, die dem Ombudsmann im Rahmen von Beschwerdeverfahren vorlagen, lassen einen großen Schritt in die vom BGH geforderte Richtung nach mehr Transparenz erkennen. Zum einen wird für den Beginn des Zwölf-Monats-Zeitraums jetzt üblicherweise darauf abgestellt, wann der Versicherte seine Erklärung abgegeben hat. Zum anderen findet sich ein abschließender Katalog von Krankheitsbildern, die zum Teil näher definiert werden. Ein Versicherer stellt zwar weiterhin darauf ab, ob die Erkrankung „ernsthaft“ ist. Es wird jedoch erläutert, dass die versicherte Person entweder mindestens drei Tage stationär behandelt worden oder mindestens 14 Tage ununterbrochen arbeitsunfähig gewesen sein muss.

Eine andere Frage ist, ob in einem laufenden Versicherungsverhältnis eine entsprechende Bedingungsanpassung vorgenommen werden kann. Nach § 164 VVG kann der Versicherer eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden ist, durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrages notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspar-



tei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Diese Frage kann im vereinfachten Ombudsmannverfahren nicht geklärt werden. Da eine Vielzahl von Verträgen davon betroffen wäre, muss diese Entscheidung den Gerichten vorbehalten bleiben.

Soweit ersichtlich lag dem BGH bislang noch nicht die folgende Klausel zur Überprüfung vor: „Wir leisten ferner nicht bei Tod beziehungsweise Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person infolge von: a) Erkrankungen des Herzens, des Kreislaufs, der Wirbelsäule, der Gelenke, der Verdauungsorgane, Krebs, HIV-Infektion/AIDS sowie psychischen oder chronischen Erkrankungen und deren Folgen, soweit diese innerhalb der ersten zwölf Monate nach Abschluss des Versicherungsvertrages eintreten.“ Die Beschwerde eines Witwers zeigt eindrucksvoll, welche Folgen diese Klausel haben kann. Die Eheleute unterschrieben im Dezember 2012 einen Kreditvertrag und beantragten die Aufnahme in den Restschuldversicherungsschutz. Im Oktober 2013 wurde bei der Ehefrau erstmalig eine Krebserkrankung diagnostiziert, an der sie im Sommer 2016 starb. Im Ombudsmannverfahren bot der Versicherer an, die Todesfallleistung entgegen seinen Bedingungen zu erbringen.

Bei der Fallgestaltung, die dem Urteil des BGH vom 10. Dezember 2014 zugrunde lag, geht es im Grunde genommen darum, dass die versicherte Person einen Wissensvorsprung in Bezug auf ihren Gesundheitszustand hat. Der Versicherer verzichtet bei dieser Fallgestaltung nach seinem Geschäftsmodell auf eine Gesundheitsprüfung vor Antragsannahme. Der versicherten Person soll es aber nicht möglich sein, für die ersten 24 Monate uneingeschränkten Versicherungsschutz zu erhalten, obwohl ihr ein erhöhtes Risiko für den Eintritt eines Versicherungsausfalls bekannt ist. Bei der oben dargestellten Klausel kann es dagegen sein, dass auch die versicherte Person bei Vertragsabschluss nichts von einem Erkrankungsrisiko ahnt. Hinzu kommt, dass nicht nur Versicherungsfälle ausgeschlossen sein können, die in den ersten 24 Monaten auftreten. Vielmehr schließt der Versicherer seine Leistungspflicht für die gesamte Laufzeit aus, wenn nur die dem Versicherungsfall zugrunde liegende Erkrankung in den ersten zwölf Monaten aufgetreten ist. Neben der Prämienhöhe und der Frage, ob der Vertragsabschluss mehr im Interesse der Bank als im Interesse des Verbrauchers ist, sind es u. a. auch derartige Klauseln, die öffentlich immer wieder Gegenstand von Diskussionen über diese Vertragsart sind.

#### ■ Kfz-Versicherung

Die Kraftfahrzeugversicherung gehört seit der Tätigkeitsaufnahme der Schlichtungsstelle zu den Sparten mit höheren Eingangszahlen. Im Berichtsjahr erhielt der Ombudsmann 1.807 (Vorjahr: 1.781) zulässige Beschwerden. Dies entspricht einem Anteil von 12,3 (12,9) Prozent an allen zulässigen Beschwerden. Die Eingaben betreffen hauptsächlich Verträge zur Kfz-Haftpflicht- und zur Kaskoversicherung. Aber auch Beschwerden zur Schutzbrief- und zur Insassen-

## 2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

unfallversicherung fallen unter die Kfz-Versicherung. Auch wenn beim Verbraucher oft der Eindruck vorherrscht, es handele sich um einen Vertrag, sind es doch rechtlich betrachtet mehrere Verträge, die lediglich technisch zusammengefasst werden. Dieser Unterschied wirkt sich gelegentlich aus.

Im Bereich der Kfz-Haftpflichtversicherung war im Berichtsjahr ein leichter Beschwerderückgang zu verzeichnen. Auf diese Sparte entfielen 838 (Vorjahr: 894) der zulässigen Beschwerden, dies entspricht 5,7 (6,5) Prozent am Gesamteingang.

Die Kfz-Haftpflichtversicherung ist eine gesetzlich vorgeschriebene Pflichtversicherung für zulassungspflichtige Fahrzeuge. Sie schützt Führer und Halter von Fahrzeugen vor Schadenersatzansprüchen Dritter. Auch ohne eigenes Verschulden kann der Fahrzeughalter haftbar sein, da der Gesetzgeber im Straßenverkehrsgesetz eine Gefährdungshaftung vorgesehen hat. Danach haftet der Halter eines Fahrzeugs für sämtliche Personen- und Sachschäden, die beim Betrieb entstehen. Der Geschädigte muss nicht direkt gegen die Fahrzeugverantwortlichen vorgehen, denn das Pflichtversicherungsgesetz begründet einen Direktanspruch gegen den Versicherer des Schädigerfahrzeugs.

Die meisten Beschwerden betrafen im Jahr 2016 wie im Vorjahr die Einstufung in vertragliche Schadenfreiheitsklassen und die dafür maßgebliche Rechtmäßigkeit von Regulierungsentscheidungen des Versicherers im Schadenfall.

Die Prüfung, ob der Versicherer, der Leistungen an mutmaßliche Unfallgegner erbrachte, dabei die ihm eingeräumte Regulierungsvollmacht überschritten hat, gestaltete sich oftmals schwierig und die Ergebnisse waren nicht immer überzeugend zu vermitteln. Den rechtlichen Rahmenbedingungen ist geschuldet, dass die Beschwerden in diesem Bereich nur in einem sehr geringen Umfang Erfolg haben. Nach der gefestigten Rechtsprechung steht dem Versicherer in der Kfz-Haftpflichtversicherung eine umfassende Regulierungsvollmacht zu. Die Grenze ist erst dann überschritten, wenn der Versicherer bei der Regulierung willkürlich oder offensichtlich unsachgemäß gehandelt hat. In einer Vielzahl von Beschwerdefällen hatten die Versicherungsnehmer nachvollziehbare Bedenken – sei es zur Höhe des regulierten Schadens oder zur Schadenverursachung – geäußert, denen die Versicherer nicht nachgegangen waren, obwohl diese Restzweifel der Versicherungsnehmer in vielen Fällen – etwa durch die Einholung eines Sachverständigengutachtens – hätten ausgeräumt werden können. Der Ombudsmann versuchte dann oftmals, die Versicherer dazu zu bewegen, ihren Kunden entgegenzukommen, was nur selten erfolgreich war. Da die Entscheidungen meist dennoch nicht als willkürlich oder völlig unsachgemäß im Rechtsinne einzustufen waren, blieb es in diesen Fällen für die Versicherungsnehmer zumeist bei der unbefriedigenden Ausgangssituation. Die bis zur Willkürgrenze zugestandene Regulierungsvollmacht der Versicherer und die folgende Rückstufung in der Schadenfreiheitsklasse zu Lasten der Versicherungsnehmer bedeutet ein erhebliches Unzufriedenheitspotenzial.



Die Beschwerden zu den Schadenfreiheitsklassen betrafen häufig die Einstufung eines Vertrages nach einem Versichererwechsel. Da Versicherer oftmals Sondereinstufungen vornehmen, dem Nachversicherer hingegen nur die tatsächliche Anzahl an schadenfrei gefahrenen Jahren bestätigen, kam es häufig zu einer nachträglichen Berichtigung der vom Versicherungsnehmer beantragten Schadenfreiheitsklasse. Dass dem Vorvertrag eine Sondereinstufung zugrunde lag, die an den neuen Versicherer nicht weitergegeben wird, ist den Beschwerdeführern zumeist nicht bekannt. Bei einem Wechsel teilen sie deshalb in der Regel die Schadenfreiheitsklasse mit, welche sich aus der letzten Beitragsrechnung ergibt.

Darüber hinaus sind die Unstimmigkeiten oft auf unterschiedliche Schadenfreiheitsklassentabellen der Versicherer zurückzuführen, was erst bei einem Versichererwechsel deutlich wird. So unterscheiden sich die schadenbedingten Rückstufungen zwischen den Versicherern teilweise deutlich. Ein Versicherungsnehmer, der nach einem Unfall die Beitragsrechnung für das nächste Jahr (mit Rückstufung) erhält, kann sich bei einem Wechsel nicht darauf verlassen, dass die Schadenfreiheitsklasse beim Nachversicherer im gleichen Umfang zurückgestuft wird, wie dies bei seinem Vorversicherer der Fall gewesen wäre. Erfreulicherweise kamen die Versicherer ihren Kunden oftmals entgegen und halfen der Beschwerde ab.

Neben den beiden vorgenannten Hauptkomplexen gingen im Berichtsjahr einige Beschwerden im Zusammenhang mit Regressforderungen der Versicherer aufgrund von Obliegenheitsverletzungen der Versicherungsnehmer (zum Beispiel Unfallflucht, Alkohol) ein. Besonderes Augenmerk bei der Bearbeitung dieser Beschwerden galt der Prüfung, ob eine objektiv begangene Obliegenheitsverletzung des Versicherungsnehmers im Einzelfall auch ursächlich für die Versicherungsleistung war. Denn nur in diesen Fällen kann der Versicherer bezüglich seiner Schadenaufwendungen Regressforderungen an den Versicherungsnehmer stellen. Diese Voraussetzung ist vielen Versicherungsnehmern nicht bekannt und wird von einigen Versicherern bei der Geltendmachung der Regressforderung auch nicht thematisiert. Einige Beschwerdeführer wendeten sich gegen die Regressforderungen, weil sie der Ansicht waren, keine Obliegenheitsverletzung begangen zu haben. Oftmals hatten diese Beschwerden jedoch aus einem anderen Grund Erfolg, nämlich weil die Obliegenheitsverletzung nicht ursächlich für die Leistungspflicht des Versicherers war.

Zu erwähnen sind noch Beschwerden über Tarifierungsmerkmale der Versicherer, die den Versicherten häufig nicht bekannt waren oder inhaltlich als unangemessen betrachtet wurden (siehe hierzu den Bericht zur Kaskoversicherung bezüglich der Regionalklassen).

Schließlich gab es auch wieder einige Beschwerden gegen ordentliche Ablaufkündigungen der Versicherer. Diese führten zu Rücknahmen der Kündigung, wenn die Versicherer im Rahmen des Pflichtversicherungsgesetzes zu einem Neuabschluss eines Kfz-Haftpflichtvertrages mit den Beschwerdeführern zu den-

## 2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

selben Bedingungen verpflichtet waren. Der Wirksamkeit der Kündigungen stand in diesen Fällen der Gesichtspunkt von Treu und Glauben entgegen.

Die Beschwerdeeingänge in der Kfz-Kaskoversicherung sind im Vergleich zum Vorjahr erneut gestiegen. Der Ombudsmann erhielt im Berichtsjahr 969 (Vorjahr: 887) zulässige Beschwerden; dies bedeutet eine Steigerung von 9,2 Prozent.

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

Wie in den Vorjahren betrafen viele Beschwerden vom Versicherungsnehmer gemeldete Fahrzeugdiebstähle, die der Versicherer jedoch bezweifelte. Häufig wollten die Versicherer ihr Misstrauen nicht weiter begründen. Vor dem Hintergrund, Ermittlungsergebnisse nicht bereits im schriftlichen Beschwerdeverfahren offenlegen zu wollen, sondern für ein Gerichtsverfahren mit Zeugenvernahmen etc. aufzuheben, ist dieser Vorschlag verständlich. Nach den Regeln des VSBG und der VomVO kann der Ombudsmann die Befassung mit einer Beschwerde jedoch nur unter bestimmten Voraussetzungen ablehnen. In diesen Verfahren wurden die Versicherer unter Hinweis auf den begrenzten Katalog an Ablehnungsgründen erneut um eine Stellungnahme gebeten. Nur dann, wenn der Versicherer substantiiert darlegte, dass er Anhaltspunkte für einen beabsichtigten Versicherungsbruch hatte, erklärte der Ombudsmann, dass die Beschwerde für eine Entscheidung im schriftlichen Verfahren nicht geeignet ist.

Ein weiteres zentrales Beschwerdeanliegen blieb die Höhe der Entschädigungsleistung. Wie im Jahresbericht 2015 (Seite 39) berichtet, können nach einer Entscheidung des BGH vom 11. November 2014 (Az. IV ZR 426/14) auch bei einer fiktiven Abrechnung die Stundenverrechnungssätze einer markengebundenen Werkstatt als erforderliche Kosten im Sinne der Versicherungsbedingungen angesehen werden. Der Ombudsmann schloss mit der Anmerkung, dass es wünschenswert wäre, wenn die Versicherer in den Bedingungen konkretisieren und für die Versicherungsnehmer transparent machen, welche Stundenverrechnungssätze bei einer fiktiven Schadensabrechnung als Abrechnungsgrundlage dienen. Allerdings zeigten Beschwerden, dass es auch mit einer entsprechenden besonderen Regelung in den Versicherungsbedingungen hinsichtlich der Abrechnungskriterien zu Streitigkeiten kommen kann. In den betreffenden Versicherungsbedingungen war geregelt, dass ohne Vorlage einer Reparaturrechnung nur mittlere, ortsübliche Stundenverrechnungssätze ersetzt werden. Diese Bestimmung befand sich aber nicht unter der Ziffer, welche festlegt, was der Versicherer zahlt, wenn das Fahrzeug nicht, nicht vollständig oder nicht fachgerecht repariert wird. Sie stand vielmehr in einer Ziffer, welche im Satz 1 eine Regelung zu den Entsorgungs- und Verbringungskosten enthält. Überschrift dieser Ziffer war in



den hier vorliegenden Fällen entweder „Sonstige Kosten“ oder „Entsorgungs- und Verbringungskosten“. Der Ombudsmann hatte zu entscheiden, ob der zweite Satz dieser Ziffer von einem rechtlich nicht vorgebildeten durchschnittlichen Versicherungsnehmer so verstanden wird, dass er sich aufgrund der Stellung allein auf die im Satz 1 genannten Positionen bezieht, also die Entsorgungs- und Verbringungskosten. Zwar ist die Regelung, dass bei Nichtvorlage einer Reparaturrechnung nur mittlere, ortsübliche Stundenverrechnungssätze erstattet werden, für sich betrachtet nicht ungewöhnlich. Dennoch blieben Zweifel bestehen, ob die (oben dargestellte) Regelung hierzu den §§ 305c, 307 des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) standhält.

Da diese Frage eine Vielzahl entsprechender Verträge betraf und rechtsgrundsätzlicher Natur war, eigneten sich diese Fälle für eine Klärung im Ombudsmannverfahren letztlich nicht. Der Ombudsmann unterbreitete den Parteien jeweils einen Schlichtungsvorschlag dahingehend, dass der Versicherer drei Viertel der von ihm im Rahmen des Kaskoschadenfalls gekürzten Entschädigung nachzahlt.

Auch das Thema der qualifizierten Mahnung bei einem Beitragsrückstand sowohl in der Kfz-Haftpflicht- als auch der Kaskoversicherung beschäftigte den Ombudsmann weiterhin. Werden die Beiträge dieser rechtlich einzelnen Verträge zusammen angemahnt, ohne darauf aufmerksam zu machen, dass der Versicherungsschutz für das jeweilige Vertragsverhältnis nicht von der Zahlung des gesamten Prämienrückstands abhängt, ist dies rechtlich bedenklich. Auf entsprechende Hinweise halfen die meisten Versicherer den Beschwerden ab. In einem Fall geschah dies nicht, so dass eine Entscheidung zu Gunsten des Beschwerdeführers erging, die wie folgt begründet wurde:

„Zwar führt die Beschwerdegegnerin in ihrer Mahnung die Beiträge für die Kraftfahrzeughaftpflicht- und die Teilkaskoversicherung einzeln auf, sie mahnte allerdings einen Gesamtbeitrag an. Einen Hinweis dahingehend, dass der Beschwerdeführer – beispielweise – nicht die Prämie für die Teilkaskoversicherung zahlen muss, um sich den Versicherungsschutz im Bereich der Kraftfahrzeug-Haftpflicht zu erhalten, enthält die Mahnung der Beschwerdegegnerin nicht. Vielmehr erläutert die Beschwerdegegnerin in ihrer Mahnung, dass der Versicherungsschutz erst dann wieder in Kraft tritt, wenn der Beschwerdeführer den angemahnten Beitrag, also neben dem Beitrag auch die Mahnkosten, vollständig begleicht. Der Versicherungsschutz konnte daher wegen der unwirksamen Mahnung nicht entfallen. Demzufolge steht der Beschwerdegegnerin die geltend gemachte Regressforderung gegenüber dem Beschwerdeführer nicht zu.“

Ein weiteres Problem ist, wie in den letzten Jahren auch, eine mangelnde oder in einzelnen Fällen sogar gänzlich fehlende Kommunikation. Insbesondere, wenn es um die Schadenregulierung in Partnerwerkstätten geht, kommt es oft zu Missverständnissen. Zum Teil wurden Kunden vom Versicherer ausdrücklich nur an die Partnerwerkstatt verwiesen, ohne sie zugleich auch über die weitere Vorgehensweise zu informieren. Es kam auch vor, dass sie nicht darauf aufmerksam gemacht wurden, dass der Schadenfall noch nicht geprüft wurde. In solchen

## 2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Fällen kann es dann passieren, dass der Versicherungsnehmer die Werkstatt in der Erwartung beauftragt, der Versicherer werde die Kosten übernehmen. In einem Beschwerdeverfahren hatte sich ein Kunde an die Hotline des Versicherers gewandt, um zu erfahren, ob der von ihm verursachte Schaden von der Vollkaskoversicherung gedeckt ist. In diesem Gespräch sei dies, so sein Vortrag, bestätigt worden, weshalb er sich an die von dem Versicherer genannte Partnerwerkstatt gewandt und diese mit der Reparatur des Wagens beauftragt hatte. Tatsächlich wurde die Werkstatt seitens des Versicherers aber lediglich gebeten, die Schadenhöhe zu ermitteln. Der Versicherer half der Beschwerde ab, nachdem der Ombudsmann ausgeführt hatte, ein Versicherungsnehmer könne erwarten, dass die wesentlichen Schritte der Schadenbearbeitung zwischen dem Versicherer und der Partnerwerkstatt abgestimmt sind.

Zuletzt sei noch auf das Problem der „Feinregionalisierung“ hingewiesen, über das bereits im Jahresbericht 2014 (Seiten 75, 76) informiert wurde. Es handelt sich dabei um Fälle, bei denen der Versicherer den Beitrag aufgrund eines Umzugs erhöht, obwohl der Umzug als solcher nicht zu einer Änderung der Regionalklasse des Fahrzeugs führt. Die Beitragserhöhung wurde vielmehr auf den Umstand gestützt, dass sich die Postleitzahl und damit ein beitragsrelevantes Tarifierungsmerkmal ändert.

In der Regel halfen die Versicherer, die mit den Bedenken des Ombudsmanns hinsichtlich dieser Vorgehensweise konfrontiert wurden, ab. Ein Versicherer kündigte dabei zudem an, bei der nächsten Tarif- und Produktentwicklung Änderungen der Versicherungsbedingungen zu diesem Aspekt in Betracht zu ziehen. Ein anderer Versicherer half der Beschwerde weiterhin nicht ab. Dies führte zu einer Entscheidung zu Gunsten des Beschwerdeführers dahingehend, dass es der Beschwerdegegnerin verwehrt ist, allein aufgrund der umzugsbedingt geänderten Postleitzahl eine Erhöhung des Beitrags zur Kraftfahrtversicherung zu fordern. Dies wurde wie folgt begründet:

„Hinsichtlich des vorliegend angewandten Verfahrens zur Änderung der ‚Merkmale zur Beitragsberechnung‘ kann nicht von dessen Rechtmäßigkeit ausgegangen werden. Es ist weder im Vertrag beschrieben und damit nachvollziehbar noch werden durch Einbeziehung unabhängiger Dritte die Rechte und Interessen der Beschwerdeführerin gewahrt.

Die Beschwerdegegnerin greift nach ihrem Vorbringen für die von ihr vorgenommene zusätzliche Postleitzahlregionalisierung auf Werte aus ihrer unternehmensindividuellen Schadenregulierung zurück und ermittelt daraus selbst den Anpassungsbedarf. Weder für die Ermittlung noch für die Auswertung werden unternehmensunabhängige Personen eingesetzt, die zur Neutralität verpflichtet sind. Ein Eingriff in die Äquivalenz der Leistungsversprechen erfordert jedoch, dass in besonderem Maße die Rechte und Interessen des anderen Vertragspartners gewahrt werden. Es ist vorliegend nicht erkennbar, dass diese Voraussetzung erfüllt wurde.



Eine Erläuterung zur zusätzlichen Postleitzahlregionalisierung, zum Beispiel eine Darstellung, wie ein Beitragszuschlag berechnet wird, findet sich weder in den Versicherungsbedingungen noch wurde dazu im Beschwerdeverfahren vorge-tragen.

Es ist schon unklar, welche Daten herangezogen werden und ob diese von der Anzahl und Qualität anerkannten statistischen Anforderungen genügen. Die Scha-denregulierung eines Versicherers kann nicht in gleicher Weise Werte liefern, wie sie dem Gesamtverband vorliegen. Dieser erhält seine Daten durch Meldungen aller ihm angeschlossenen Versicherer. Die Marktdurchdringung eines einzel-nen Versicherers ist damit weder vom Volumen her vergleichbar, noch sind die Verträge in allen regionalen Gebieten gleich verteilt. Dies führt dazu, dass untypische Ereignisse, zum Beispiel zufällige Häufungen, in bestimmten Gebieten in nicht sachgerechter Weise in die Statistik eingehen und diese verzerren können. Die Beschwerdegegnerin hat nicht dargelegt, über welche Daten sie verfügt und wie sie diese erhebt, so dass jedenfalls nicht von einer gesicherten Datengrund-lage auszugehen ist.

Um trotz gesunkener Regionalklassen eine Erhöhung zu ermitteln, müsste die Beschwerdegegnerin nicht nur über eine ausreichende, sondern sogar noch über eine bessere, aussagekräftigere Datengrundlage als der GDV verfügen. Davon kann nach Aktenlage nicht ausgegangen werden.

Weiter ist nicht bekannt, ob Verfahren eingesetzt werden, die statistisch anerkannten Grundsätzen genügen und welche konkreten Werte zugrunde gelegt werden, die eine Veränderung aufgrund des Wechsels von der einen zur anderen Postleitzahl rechtfertigen sollen. Auch insoweit fehlt es an der Darlegung zur Methodik und sonstigen Vorgehensweise.

Zudem ist das Ergebnis der von der Beschwerdegegnerin angestellten Berechnungen nicht plausibel. Da sich die Regionalklassen nicht unwesentlich zu Gunsten der Beschwerdeführerin verringern, leuchtet es nicht ohne weiteres ein, weshalb es trotzdem zu einer Risikosteigerung gekommen sein soll. Um die Prämie in der geforderten Höhe anzupassen, wäre wegen der unstreitig vorliegenden absenkenden Faktoren erforderlich, dass sich eine so erhebliche Steigerung aufgrund der zusätzlichen Postleitzahlregionalisierung ergibt, die bewirkt, dass die Absenkung nicht nur ausgeglichen, sondern noch weit überlagert wird.

Da die Beschwerdegegnerin den geforderten Mehrbeitrag weder auf ein Verfah-ren stützen kann, durch das die Rechte und Interessen der Beschwerdeführerin gewahrt werden, noch eine nachvollziehbare Berechnung vorgelegt hat, ist sie nicht berechtigt, eine andere als die nach den Regionalklassen vereinbarte Prämie zu fordern.

Der Versicherungsnehmer muss in der Lage sein, finanzielle Auswirkungen im Zusammenhang mit Bestimmungen des Versicherungsvertrages unter Heranzie-hung der Versicherungsbedingungen ermitteln zu können. Ist dies nicht möglich,

so handelt es sich um intransparente vertragliche Regelungen, auf die sich der Verwender im Sinne der §§ 305, 307 I BGB nicht stützen kann. Dies ist vorliegend der Fall.“

### ■ Gebäudeversicherung

Zur Gebäudeversicherung erreichten den Ombudsmann im Berichtsjahr 1.237 (Vorjahr: 1.208) zulässige Beschwerden. Damit setzte sich der leichte Aufwärtstrend fort.

Mit einer Gebäudeversicherung hat ein Versicherungsnehmer die Möglichkeit, sich gegen Schäden an seinem Haus zu versichern, die durch bestimmte versicherte Gefahren verursacht werden. Dies können insbesondere Schäden durch Brand, Blitzschlag, Leitungswasser, Rohrbruch, Sturm oder Hagel sein. Regelmäßig besteht die Möglichkeit, den Versicherungsschutz darüber hinaus zu erweitern, etwa durch den Einschluss von Elementarschäden, zu denen Überschwemmung, Rückstau, Erdsenkung, Erdbeben, Schneedruck, Lawinen und weitere Naturgefahren zählen. Durch Deckungserweiterungen oder die Vereinbarung entsprechender Klauseln kann ein Versicherungsnehmer schließlich den Deckungsumfang seiner Versicherung an seinen persönlichen Bedarf anpassen.

Im Schadenfall obliegt es dem Versicherungsnehmer nachzuweisen, dass sich eine im Versicherungsschein beschriebene Gefahr verwirklicht hat. Gelingt ihm dieser Nachweis, muss darüber hinaus auch die Höhe des ihm entstandenen Schadens bewiesen werden. Diese Beweislastverteilung ergibt sich aus den allgemeinen zivilrechtlichen Regelungen, die auch im Versicherungsrecht Anwendung finden. Bricht ein Feuer aus und beschädigt das Gebäude, so bedarf es in der Regel keiner besonderen Ermittlungen, um feststellen zu können, dass es sich um einen Brandschaden handelt. Anders kann es sich darstellen, wenn Feuchtigkeit im Gebäude bemerkt wird. Dieser Umstand allein reicht nicht aus, um von einem versicherten Leitungswasserschaden auszugehen. Vielmehr muss erst die Ursache ermittelt werden, da nicht jeder Nässeschaden versichert ist. Sind die Voraussetzungen eines Versicherungsfalls nachgewiesen, muss der Versicherungsnehmer in einem zweiten Schritt die Höhe des ihm entstandenen Schadens darlegen und, wenn erforderlich, beweisen. Es fällt dem Versicherungsnehmer nicht immer leicht, den Nachweis zu erbringen. Die überwiegende Anzahl der Beschwerden betrifft daher auch die Fragen, ob ein Versicherungsfall vorliegt und, falls ja, in welchem Umfang der Versicherer leistungspflichtig ist. Oftmals übernehmen die Versicherer die Feststellungen zum Versicherungsfall, indem sie Regulierungsbeauftragte, Gutachter oder Fachfirmen beauftragen. Dies hilft den Versicherungsnehmern, dient aber auch den Interessen der Versicherer. Damit werden jedoch nicht alle Probleme gelöst. Anhand von einzelnen versicherten Gefahren werden nachfolgend typische Beschwerdekongstellationen beschrieben, die dies veranschaulichen sollen.

Im Berichtsjahr machten Leitungswasserschäden gemeinsam mit den Rohrbruchschäden über ein Drittel des Beschwerdeaufkommens aus. Ein Rohrbruchschaden liegt vor, wenn ein Frischwasser-, Abwasser- oder Heizungsrohr in seiner Substanz



so beschädigt wird, dass die darin geführte Flüssigkeit austreten kann. Versichert sind auch Frostschäden an den mit dem Leitungswassersystem verbundenen Einrichtungen wie beispielsweise Boiler, Heizkörper, Spülkästen von Toiletten und ähnlichen Einrichtungen. Neben dem Bruchschaden selbst sind auch die Schäden versichert, die infolge des bestimmungswidrigen Leitungswasseraustritts an der Gebäudesubstanz entstehen.

Bricht ein auf Putz verlegtes Heizungsrohr, so ist dies äußerlich erkennbar. Überwiegend verlaufen Rohre aber im Mauerwerk oder im Erdreich. Dann muss zum Beispiel durch eine Leckortung ermittelt werden, wo die Rohrbruchstelle genau liegt. Ist die Bruchstelle lokalisiert, muss sie freigelegt, repariert und wieder verschlossen werden. Der Versicherer ersetzt bedingungsgemäß aber nur die notwendigen Reparaturkosten. Das sind diejenigen Aufwendungen, die objektiv erforderlich sind, um den versicherten Schaden zu beseitigen. Dies schließt die Entschädigung von Sanierungsmaßnahmen, die im Zusammenhang mit der Schadenbehebung durchgeführt werden, aus. Die Diskrepanz zwischen Erwartungen des Versicherungsnehmers, dass der Versicherer möglichst vollumfänglich alle entstehenden Kosten der Schadenbeseitigung übernimmt, und der Vereinbarung in den Versicherungsbedingungen, wonach der Versicherer nur die notwendigen Reparaturkosten schuldet, war ein typischer Anlass für Beschwerden. Wird zum Beispiel bei einem Rohrbruch festgestellt, dass ein Rohrstrang insgesamt in einem schlechten Zustand ist und in absehbarer Zeit weitere Rohrbrüche eintreten können, ist es sicherlich sinnvoll, den Strang komplett zu erneuern. Die Kosten, die auf diesen Teil der Reparatur entfallen, sind aber Vorsorgemaßnahmen, die nach der Rechtsprechung nicht unter den vereinbarten Versicherungsschutz fallen. Manche Versicherungsnehmer wollen die Kosten dem Versicherer anlasten und argumentieren, dass die Sanierung auch im Interesse des Versicherers sei, da damit die Wahrscheinlichkeit künftiger Rohrbruchschäden sinkt. Dieser Gedanke greift nicht, da in den Versicherungsbedingungen vereinbart ist, dass wasserführende Einrichtungen vom Versicherungsnehmer instand zu halten und Mängel oder Schäden daran von ihm zu beseitigen sind. Verletzt er diese sogenannte Instandhaltungsobliegenheit, so könnte sich der Versicherer bei künftigen Schäden auf Leistungsfreiheit berufen oder zumindest eine Leistungskürzung vornehmen.

Wie bereits in den vergangenen Jahren waren auch wieder Sturm- und Hagel-schäden Gegenstand zahlreicher Beschwerden. In diesen Fällen obliegt es dem Versicherungsnehmer, zunächst nachzuweisen, dass am Versicherungsort bei Schadeneintritt Sturm, also eine Windstärke von mindestens acht Beaufort vorherrschte. In den meisten Fällen prüfen die Versicherer durch eine Abfrage bei einem Wetterdienst, ob diese Voraussetzung am Versicherungsort gegeben war. Wird eine geringere Windstärke ermittelt, bleibt dem Versicherungsnehmer noch die Möglichkeit nachzuweisen, dass durch die Luftbewegung auch Schäden an anderen Gebäuden in einwandfreiem Zustand entstanden sind. Hat er diese Hürde genommen, folgt die Prüfung der Schadenhöhe. Auch hier kann es Meinungsverschiedenheiten geben, wenn es zum Beispiel um die Frage geht,

## 2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

welche Schäden an einem Dach durch die unmittelbare Einwirkung des Sturmes verursacht wurden und welche unabhängig von dem Sturmereignis bereits vorhanden waren. Für eine solche Abgrenzung beauftragen Versicherer häufig Sachverständige. Der Ombudsmann ist weder Gutachter noch kann er den Sachverhalt vor Ort prüfen. Er untersucht jedoch eingereichte Gutachten darauf, ob sie in sich schlüssig und widerspruchsfrei sind. Zweifel ergeben sich zum Beispiel dann, wenn der Sachverständige sich über seinen eigentlichen Ermittlungsauftrag hinaus (noch dazu zum Teil unzutreffend) zu rechtlichen Fragen oder zum vereinbarten Deckungsumfang äußert. Auch wird manchmal ausgeführt, dass ein Sturmschaden zwar eingetreten sei, aber auch andere Ursachen (etwa Vorschäden) den Schaden hervorgerufen hätten, so dass keine Eintrittspflicht des Versicherers bestehe. Nach der Rechtsprechung genügt es aber, wenn der Sturm mitursächlich und die zeitlich letzte Ursache für den Eintritt des Schadens war. Ein schlechter Bau- oder Erhaltungszustand des versicherten Gebäudes schließt den Versicherungsschutz nicht aus. Weist der Ombudsmann Versicherer auf Mängel in den von ihnen beauftragten Gutachten hin, erklären sich diese regelmäßig zu einer neuen Überprüfung bereit.

Die Zunahme von extremen Witterungsbedingungen machte sich insbesondere in der Elementarschadenversicherung und dort speziell bei Überschwemmungsschäden bemerkbar. In den meisten Versicherungsbedingungen wird eine Überschwemmung als eine Überflutung des Versicherungsgrundstücks durch Witterungsniederschläge oder die Ausuferung von Gewässern definiert. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind regelmäßig Schäden durch ansteigendes Grundwasser. Es fällt dem Versicherungsnehmer oftmals nicht leicht, die erforderlichen Beweise zu erbringen. Bei einem Ereignis, wie dem Elbehochwasser im Jahr 2013, bei dem die Überschwemmung über einen längeren Zeitraum allgemein sichtbar war und Gebäude in den Fluten standen, war dies unproblematisch. Anders verhält es sich aber beispielsweise bei einem kurzen und intensiven Sommerregen, der nur zu einem kurzzeitigen „Land unter“ führt. Auch dies kann eine Überschwemmung darstellen. Häufig ist der Versicherungsnehmer bei Schadeneintritt selbst jedoch nicht anwesend oder er befindet sich in seinem Keller, um Schadenminderungsmaßnahmen durchzuführen, so dass er gar nicht beschreiben kann, wie sich die Situation auf dem Versicherungsgrundstück darstellte. Der Nachweis eines Versicherungsfalls ist ihm dann nicht möglich und manche Versicherer lehnen deshalb eine Entschädigung unter Hinweis auf die Beweislast ab. Doch selbst wenn vom Beschwerdeführer eine Überschwemmung im Sinne der Versicherungsbedingungen nachgewiesen werden kann, bleibt oft unklar, wie das Wasser in das Gebäude gelangte. Drang es über Gebäudeöffnungen wie Türen und Fenster ein, lässt sich dies anhand von Laufspuren auch noch Tage später nachvollziehen. Ist jedoch grundstücksüberflutendes Wasser im Erdreich versickert und dann mittelbar über die Kelleraußenwand in das Gebäude gelangt, kann der Nachweis kaum geführt werden. Oft sieht sich der Versicherungsnehmer zusätzlich dem Einwand ausgesetzt, dass es sich bei dem mittelbar eindringenden Wasser auch um ansteigendes Grundwasser handeln könnte, das das Versicherungsgrundstück nicht überschwemmt hatte. Schäden durch



Grundwasser sind jedoch vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Dies zeigt, dass sich der Versicherungsnehmer häufig in einer Beweisnot befindet. Durch Wetterabfragen lässt sich aber in manchen Fällen nachvollziehen, dass es am Versicherungsort zum Schadentag außergewöhnlich hohe Witterungsniederschläge gab. Zeitungsartikel oder Berichte aus dem Internet sowie Zeugenaussagen von Nachbarn können zusätzlich dafür sprechen, dass die Voraussetzungen für eine Überschwemmung gegeben waren. Unter diesen Umständen und mit Hinweis auf die Beweisnot des Versicherungsnehmers erklären sich die Beschwerdeparteien oft zu einer vergleichswisen Lösung bereit, so dass in vielen Fällen interessengerechte Ergebnisse erzielt werden können.

#### ■ Unfallversicherung

Beschwerden zur privaten Unfallversicherung machten im Berichtsjahr mit 811 (Vorjahr: 839) zulässigen Eingaben einen Anteil von 5,5 (6,1) Prozent des Beschwerdeaufkommens aus.

Eine Unfallversicherung dient in erster Linie der Absicherung der wirtschaftlichen Folgen von Invalidität. Von besonderen Erweiterungen einzelner Anbieter abgesehen, ist Grundvoraussetzung für die Leistungspflicht eines Unfallversicherers immer ein Unfall im Sinne einer plötzlichen äußeren Einwirkung oder aufgrund einer erhöhten Kraftanstrengung, die über das alltägliche Maß hinausgeht. Invalidität wird als eine dauerhafte Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit definiert. Die Höhe der von einem Unfallversicherer auszahlenden Invaliditätsleistung hängt vom Grad der Einschränkung der Funktionsfähigkeit der durch den Unfall betroffenen Körperteile ab und wird entweder nach der vertraglich vereinbarten Gliedertaxe oder im Rahmen einer medizinischen Gesamtschau bemessen. Neben der für die meisten Versicherungsnehmer als am wichtigsten empfundenen Invaliditätsleistung spielte im Berichtsjahr auch die Unfallkrankhaustage- sowie die Tagegeldversicherung eine wichtige Rolle. Weiterhin von Bedeutung sind Unfallversicherungsverträge mit Beitrags- bzw. Prämienrückgewähr. Bei dieser Vertragsart wird die Unfallversicherung mit Elementen der kapitalbildenden Lebensversicherung kombiniert.

Die Themenschwerpunkte in den Beschwerdeverfahren sind im Vergleich zum Vorjahr im Wesentlichen unverändert geblieben. Allerdings rückten wieder Meinungsverschiedenheiten über die Abrechnung von Kapitalleistungen wegen einer unfallbedingt eingetretenen Invalidität in den Vordergrund, während Streitigkeiten über die Wirksamkeit – insbesondere über den Zugang – von Kündigungen der Versicherungsnehmer den gleichen Stellenwert behielten. Auch Unklarheiten und Irritationen der Beschwerdeführer über eine aus ihrer Sicht unsachgemäße Beratung beim Abschluss des Vertrages blieben ein wesentliches Thema der Beschwerdebearbeitung.

Die Differenzen zu den Abrechnungen der Invaliditätsleistung ergaben sich aus unterschiedlichen Gründen. Sehr oft waren die medizinischen Gutachten, auf deren Grundlage der Versicherer seine Leistung abrechnete, Gegenstand der

Diskussion. So wurde von den Beschwerdeführern oft bemängelt, der Gutachter hätte wesentliche Umstände bei der Bewertung des Invaliditätsgrades außer Acht gelassen, beispielsweise ein erhöhtes Schmerzaufkommen oder Beeinträchtigungen in bestimmten Lebensbereichen wie Haushalt oder Sport. Außerdem wurde die Neutralität der Gutachter wiederholt in Zweifel gezogen, insbesondere wenn es sich um Begutachtungsinstitute handelte, die nach Internetrecherchen der Betroffenen ein fortwährendes Auftragsverhältnis zu Versicherern unterhielten. Weiterhin ein Streitpunkt war auch wie im Vorjahr die Frage, ob und in welchem Umfang unfallfremde Mitwirkungsfaktoren die Höhe der Versicherungsleistung beeinflussten. Im Ombudsmannverfahren können nur selten ärztliche Gutachten in ihrem Beweiswert in Frage gestellt werden. Hierzu müssen offenkundige Widersprüche oder sachfremde Erwägungen erkennbar sein. Sollte dies einmal der Fall sein, beziehen sich diese Zweifel in den meisten Fällen auf die Berücksichtigung unfallfremder Mitwirkungsfaktoren durch den Sachverständigen. Kritikpunkte, die dann häufig zu Verhandlungen mit dem Versicherer und oft auch zu Vergleichsmöglichkeiten führen, sind die fehlende Abgrenzung altersbedingter zu pathologischen altersübersteigenden Verschleißerscheinungen. Auch die Abgrenzung zwischen einer Vorinvalidität und unfallfremden Mitwirkungsfaktoren bietet regelmäßig Diskussionsstoff. In der Rechtsprechung ist nicht abschließend geklärt, ob eine Leistung beziehungsweise ein Invaliditätsgrad nochmals gekürzt werden kann, wenn dieser bereits unter Berücksichtigung der Vorinvalidität ermittelt wurde. Einigkeit besteht aber darüber, dass bei einer kumulativen Anwendung der Kürzungsgründe Vorinvalidität und Mitwirkungsfaktoren die Mitwirkungsfaktoren gesondert bestehen müssen. Es dürfen also die Gründe, die bereits zur Vorinvalidität geführt haben, nicht noch einmal als Mitwirkungsgründe herangeführt werden (Doppelverwertungsverbot). Hier eine klare Abgrenzung zu ziehen, gelingt medizinischen Sachverständigen nicht immer, insbesondere, wenn sie nur selten Gutachten erstellen, die den speziellen Kriterien der privaten Unfallversicherung entsprechen müssen. Diese Kriterien herauszustellen, ist auch oft eine Aufgabe in der Beschwerdebearbeitung, wenn Versicherte Gutachten zur Erwerbsminderung oder Schwerbehinderung vorlegen und die Auffassung vertreten, eine erneute Begutachtung durch einen von der privaten Unfallversicherung beauftragten Sachverständigen sei nicht mehr erforderlich.

Die Beschwerden zu Vertragsgestaltungen und zur Wirksamkeit erklärter Kündigungen waren im Berichtsjahr insbesondere durch den Einwand der Versicherten geprägt, beim Abschluss oder im Verlauf des Vertrages durch den Versicherer oder Vermittler nicht hinreichend beraten worden zu sein. Beratungsfehler sind im Ombudsmannverfahren in der Regel schwer festzustellen, da im Bestreitensfall lediglich die schriftlichen Unterlagen für diese Beurteilung herangezogen werden können. Wiesen diese Unterlagen keine Mängel auf und waren insbesondere Antrag und Beratungsprotokoll vom Versicherungsinteressenten unterschrieben worden, bestanden für die Beschwerde regelmäßig nur geringe Erfolgsaussichten. Insbesondere ältere Menschen fühlten sich durch Vertreterbesuche oft überumpelt und gaben an, ihnen sei gar nicht bewusst gewesen, dass sie einen Antrag zu einem Unfallversicherungsvertrag unterschrieben hätten. Ein weiterer Vorwurf



war die fehlende Information von Versicherern über neue Produkte mit erweiterter Deckung oder über Möglichkeiten der Beitragsreduzierung infolge modernisierter Tarife. In diesen Fällen bestand die Aufgabe im Ombudsmannverfahren in der Darstellung der Beratungspflichten der Versicherer im Verlauf des Vertragsverhältnisses. Zwar sieht § 6 Absatz 4 VVG die Verpflichtung des Versicherers vor, auch nach Vertragsschluss während der Dauer des Versicherungsverhältnisses zu beraten. Es muss für den Versicherer dazu aber ein Anlass für eine Nachfrage und Beratung des Versicherungsnehmers erkennbar gewesen sein. Ein solcher Anlass ergibt sich jedoch in der Regel nur nach einem vorangegangenen Kontakt mit dem Versicherungsnehmer, so dass im Ergebnis eine Hinweis- und Beratungspflicht des Versicherers in den übrigen Fällen meist verneint werden musste.

Eine zunehmend von Beschwerdeführern gestellte Forderung war die des Sonderkündigungsrechts nach einer Beitragserhöhung infolge eines Wechsels einer Altersstufe (Volljährigkeit oder Erreichen eines bestimmten Lebensjahres). In diesen Fällen sehen diverse Bedingungswerke vor, dass dann entweder die Beiträge bei gleichen Leistungen erhöht oder bei gleichbleibenden Beiträgen die Leistungen verringert werden. Entschied sich der Versicherer zu einer Beitragserhöhung, führte dies nach Ansicht vieler Versicherer nicht zum Sonderkündigungsrecht gemäß § 40 VVG, weil die Vertragsänderung schon im Vertrag von Anfang an festgeschrieben und daher für den Versicherungsnehmer vorhersehbar war. Dass viele Versicherer nach einem Hinweis durch den Ombudsmann dennoch bereit waren, ein Sonderkündigungsrecht zu akzeptieren, hing mit der vom Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) vertretenen Auffassung zusammen. Danach sei ein Sonderkündigungsrecht zumindest in Erwägung zu ziehen, weil der Versicherungsnehmer zwar wisse, dass er eine Änderung seines Vertrages ab einer bestimmten Altersstufe zu erwarten habe, den Umfang dieser Änderungen aber nicht einschätzen könne.

Wie in den Jahren zuvor kam es auch im Berichtsjahr zu einigen Beschwerden über Ablaufleistungen und Rückkaufswerte bei Unfallversicherungsverträgen mit Prämienrückgewähr.

#### ■ **Hausratversicherung**

Im Berichtszeitraum erreichten den Ombudsmann 793 (Vorjahr: 832) zulässige Beschwerden zur Hausrat-, Glas- und Inhaltsversicherung. Im Hinblick auf die gestiegene Zahl an zulässigen Beschwerden insgesamt führte dies zu einer Verringerung der Hausratbeschwerden am Gesamtaufkommen der zulässigen Eingaben auf 5,4 Prozent, nach 6,0 Prozent im Vorjahr.

Über eine Hausratversicherung sind Gegenstände abgesichert, die einem Haushalt zur Einrichtung, zum Gebrauch oder Verbrauch dienen. Versicherungsschutz besteht gegen Risiken wie Feuer, Leitungswasser, Sturm, Hagel, Einbruchdiebstahl, Raub oder Vandalismus. Durch besondere Tarife oder den Einschluss von Klauseln lässt sich der Deckungsumfang individuell den persönlichen Bedürfnissen anpassen. Möglich ist beispielsweise die Erweiterung auf Elementarschäden (zum Beispiel durch Überschwemmungen oder Erdbeben), blitzbedingte

## 2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Überspannung oder verschiedene Ausprägungen des einfachen Diebstahls. Hierzu zählen der Diebstahl von Fahrrädern, Trickdiebstahl oder die Entwendung von Hausratgegenständen aus Kraftfahrzeugen. Im Schadenfall hat der Versicherungsnehmer Anspruch auf die notwendigen Reparaturkosten zur Wiederherstellung einer beschädigten Sache oder auf den Neuwert zerstörter oder abhandengekommener Hausratgegenstände. Daneben ersetzt der Versicherer bestimmte Kosten, die in den Versicherungsbedingungen genannt sind. Dabei handelt es sich um Kosten, die in Zusammenhang mit einem Versicherungsfall entstehen können, wie zum Beispiel Aufräumungskosten, Schlossänderungskosten oder Hotelkosten.

Wie bereits in den Vorjahren betraf die überwiegende Anzahl der Beschwerden die Schadenregulierung. Dabei ging es oft um die dem Versicherungsnehmer obliegende Beweislast. Er hat zu belegen, dass ein Versicherungsfall eingetreten und welcher Schaden dadurch entstanden ist. Dies gilt insbesondere bei Diebstahlschäden, die auch im vergangenen Jahr wieder die mit Abstand größte Gruppe von Beschwerdefällen im Hausratbereich darstellten.

Bei Einbruchdiebstahlschäden ist es dem Versicherungsnehmer oft nicht möglich, den Tatverlauf im Nachhinein lückenlos festzustellen, weil es in der Regel keine Tatzeugen gibt. Die Rechtsprechung lässt daher Beweiserleichterungen zu. Ausreichend ist danach das Vorliegen plausibler Einbruchspuren, um von einem den Versicherungsfall auslösenden Einbruch in die Wohnung auszugehen. Fehlen solche Spuren, hat der Versicherungsnehmer regelmäßig Schwierigkeiten, einen Einbruchdiebstahl nachzuweisen. Aber auch dann ist ihm dies grundsätzlich noch möglich. Dafür ist der Nachweis erforderlich, dass die unversicherten Begehungsweisen zumindest unwahrscheinlich sind. Kann er beispielsweise belegen, dass er seine Tür zuvor abgeschlossen hatte, und zudem ausschließen, dass der Täter einen der Originalschlüssel verwendete, kommt in der Regel nur noch ein Einbruch bzw. ein versichertes Eindringen in Betracht.

Auffällig war bei dieser Art von Beschwerdeverfahren, dass die Versicherer diese Möglichkeit eines Nachweises selten in ihre Prüfung mit einbezogen hatten, sondern eine Regulierung allein wegen fehlender Einbruchspuren ablehnten. Konnte der Beschwerdeführer auf Rückfrage des Ombudsmanns unversicherte Begehungsweisen in plausibler Weise ausschließen, führte dies erfreulicherweise oft zu einer Vergleichslösung im Schlichtungswege. Dabei spielte ebenfalls eine Rolle, dass ein sicherer Nachweis durch den Beschwerdeführer in diesen Fällen kaum erbracht werden kann, da dies in der Regel nur durch eine Zeugen- oder Parteivernehmung möglich wäre, welche der Ombudsmann in seinem vereinfachten Verfahren aber nicht durchführen kann.

Steht ein Einbruchdiebstahl fest, muss im nächsten Schritt der Diebstahl von Hausrat sowie die Schadenhöhe bewiesen werden. Dies fällt insbesondere dann schwer, wenn es sich bei dem Stehlgut um Bargeld, Schmuckstücke oder hochwertige Uhren handelt, die der Versicherungsnehmer geerbt oder geschenkt bekommen hat. Liegen keine Anschaffungsbelege oder andere Wertnachweise



vor, nehmen die Versicherer regelmäßig Mindestbewertungen auf der Grundlage der vom Beschwerdeführer gemachten Angaben vor. Insbesondere bei hochwertigem Schmuck ist es daher für Versicherungsnehmer grundsätzlich ratsam, sich dessen Wert im Vorhinein durch ein Gutachten bestätigen zu lassen, wenn keine anderen Wertnachweise vorliegen. Anderenfalls kann dies zu einer erheblichen Reduzierung der Entschädigungsleistung führen. In diesen Fällen ist es auch für den Ombudsmann schwierig, eine Schlichtung zu erreichen, insbesondere wenn die Beurteilungen der Beteiligten über den Wert der Schmuckstücke weit auseinanderliegen.

Die Beweislast des Beschwerdeführers spielt auch bei Gebäudebeschädigungen im Zuge eines Einbruchs oder Einbruchversuchs eine wichtige Rolle. Meldet ein Versicherungsnehmer einen solchen Schaden, beauftragen die Versicherer in der Regel eine darauf spezialisierte Fachfirma, die Schäden zu untersuchen und ihre Reparaturfähigkeit zu überprüfen. In diesen Beschwerdeverfahren besteht die Problematik oftmals darin, dass diese Firmen von einer vergleichsweise günstigen Reparaturmöglichkeit ausgehen, während die von den Beschwerdeführern befragten Fachfirmen vor Ort häufig deutlich höhere Kosten für eine Reparatur veranschlagen oder eine komplette Erneuerung des Gebäudeteils für erforderlich halten. Kommen zwei Sachverständige zu unterschiedlichen Ergebnissen, kann der Ombudsmann anders als ein Gericht keinen Obergutachter bestellen. Bleibt der entscheidende Gesichtspunkt dann im Schlichtungsverfahren ungeklärt, geht dies aufgrund der Beweislastverteilung zwangsläufig zu Lasten des Beschwerdeführers, so dass die Regulierungsentscheidung des Versicherers nach Aktenlage nicht zu beanstanden ist.

Die Frage, ob eine Entwendung auf offener Straße einen versicherten Raub oder einen nicht versicherten einfachen Diebstahl darstellt, war erneut Gegenstand vieler Beschwerden. Regelmäßig liegt ein Raub im Sinne der Versicherungsbedingungen vor, wenn gegen den Versicherungsnehmer Gewalt angewendet wird, um dessen Widerstand gegen die Wegnahme versicherter Sachen auszuschalten. Es reicht dagegen nicht aus, wenn der Täter das Diebesgut lediglich an sich reißt, also List und Schnelligkeit das Tatbild prägen. Dies ist typischerweise der Fall bei der Entwendung einer über der Schulter getragenen Handtasche, wenn sich der Täter von hinten nähert und das Überraschungsmoment bei seinem Opfer zur Wegnahme ausnutzt. In solchen Fällen ist es die Aufgabe des Ombudsmanns, den geschilderten Sachverhalt zu prüfen, rechtlich einzuordnen und dem Beschwerdeführer ggf. die nicht immer dem Laienverständnis entsprechende Abgrenzung zwischen einem Raub und einem Diebstahl zu erläutern.

Einen im Jahr 2016 im Vergleich zum Vorjahr deutlich häufigeren Themenkomplex der Beschwerden stellte der Diebstahl aus Kraftfahrzeugen dar, bei welchem nicht selten das sogenannte „Jamming“ eine Rolle spielte. Dabei verhindert der Täter die elektronische Verriegelung des Wagens per Funkschlüssel durch einen Störsender. Das Fahrzeug bleibt somit unverschlossen und kann vom Täter problemlos geöffnet und dessen Inhalt entwendet werden. Nach den vereinbarten Vertrags-

klauseln leistet der Versicherer eine Entschädigung aber meist nur dann, wenn das verschlossene Kraftfahrzeug für die Entwendung aufgebrochen oder mittels falscher Schlüssel oder anderer zum ordnungsgemäßen Öffnen nicht bestimmter Werkzeuge geöffnet worden ist. Durch das Jamming muss der Täter das Fahrzeug jedoch weder aufbrechen noch ein Werkzeug zum Öffnen der Türen benutzen. Ein Diebstahl von Hausratgegenständen aus einem Fahrzeug, welcher durch Jamming ermöglicht wurde, ist somit nicht vom Versicherungsschutz umfasst. Deshalb ist den Versicherungsnehmern anzuraten, sich immer zu vergewissern, dass die Schlösser ihres Wagens auch tatsächlich verriegelt sind.

### ■ Allgemeine Haftpflichtversicherung

Zu dieser Sparte gingen im Berichtszeitraum 615 (Vorjahr: 646) zulässige Beschwerden ein. Das entspricht einem Anteil von 4,2 (Vorjahr 4,7) Prozent am Gesamtaufkommen aller zulässigen Beschwerden.

Die Allgemeine Haftpflichtversicherung schützt vor Vermögensnachteilen infolge von gegen den Versicherungsnehmer gerichteten Schadenersatzansprüchen. Durch Beschreibung der Risikobereiche (zum Beispiel in der Privathaftpflichtversicherung „als Privatperson aus den Gefahren des täglichen Lebens“) und durch Ausschlüsse („nicht versichert sind die Gefahren eines Betriebes, Berufes, Dienstes oder Amtes“) wird jeweils der Umfang des Versicherungsschutzes festgelegt. Die Versicherungsbedingungen untergliedern sich oft in einen allgemeinen Teil sowie zusätzliche besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen.

In der Beschwerdebearbeitung stehen Beschwerden zur Privathaftpflichtversicherung im Vordergrund. Gelegentlich gelten die Eingaben auch Beschwerden zu einem Tierhalter- oder Haus- und Grundbesitzer-Haftpflichtversicherungsvertrag. Zu den üblichen Fallkonstellationen, mit denen sich der Ombudsmann in den Verfahren zu befassen hat, wurde im Jahresbericht 2014 auf Seite 45 f. ausführlich berichtet.

Beschwert sich der Versicherungsnehmer über eine Regulierungsentscheidung seines Versicherers, kann der Ombudsmann, wenn überhaupt, nur vermittelnd helfen. Dies liegt an seinem Aufgabenbereich, der nur die Überprüfung von Ansprüchen im vertraglichen Verhältnis zum Versicherten vorsieht. Deshalb ist in der Regel die Haftungsfrage nicht zu beurteilen, sondern lediglich die Frage, ob der Haftpflichtversicherer seinen Versicherungsnehmer im Rahmen der §§ 100 ff. VVG von Haftungsansprüchen freizustellen hat. Befriedigt der Versicherungsnehmer den Geschädigten eigenmächtig und vereitelt er damit eine Anspruchsabwehr durch den Versicherer, muss dieser nur und so weit eintreten, wie der Haftungsanspruch berechtigt war. Insoweit erweitert sich die Prüfungsmöglichkeit des Ombudsmanns auch auf die Haftungsfrage.

Häufig geht es bei der juristischen Prüfung von Ombudsmannbeschwerden im Bereich der Haftpflichtversicherung um die Frage, ob der jeweilige Sachverhalt unter einen der vertraglich vereinbarten Risikoausschlüsse fällt. Im Berichts-



zeitraum haben sich insbesondere vier Schwerpunkte herausgebildet, nämlich der Vorsatzausschluss, die Abgrenzung zum Geltungsbereich der Kraftfahrtversicherung (Benzinklausel), der Einwand übermäßiger Beanspruchung in der Mietsachschadenversicherung und der Ausschluss von Schäden an geliehenen oder gemieteten Sachen. So lehnte ein Versicherer seine Leistungspflicht wegen Vorsatzausschlusses ab, weil seine Versicherungsnehmerin eine Tür eintrat, da sie in der dahinterliegenden Wohnung einen drohenden Brand vermutete und sich nur durch dieses schädigende Verhalten in der Lage sah, diesen zu verhindern. Hier fehlte es jedoch offensichtlich an der Widerrechtlichkeit als Vorsatzmerkmal, selbst wenn sich die Versicherungsnehmerin in Bezug auf den vermuteten Brand im Irrtum befand. Der Versicherer half der Beschwerde nach einem entsprechenden Hinweis des Ombudsmanns ab. Ebenfalls ein zentraler Streitpunkt ist die Anwendung der sogenannten Benzinklausel, nach der kein Versicherungsschutz aus der Haftpflichtversicherung besteht, wenn der Schaden im Zusammenhang mit dem Gebrauch eines Kraftfahrzeuges entstanden ist. Der BGH hat bereits vor einigen Jahren die Anwendbarkeit des Ausschlusses von der Frage abhängig gemacht, ob der Schaden infolge eines der typischen Risiken entstanden ist, die von einem Kraftfahrzeug ausgehen, und dadurch den Anwendungsbereich dieses Ausschlusstatbestandes merklich eingeschränkt. Allerdings begründen nach wie vor viele Versicherer ihre Entscheidung, den Ausschluss anzuwenden, mit Urteilen, die vor der Entscheidung des BGH ergingen. So lehnte ein Privathaftpflichtversicherer seine Deckungspflicht mit dem Hinweis auf die Zuständigkeit der Kraftfahrtversicherung in einem Fall ab, in dem ein Versicherungsnehmer eine ihm nicht gehörende Marmorplatte in den Kofferraum seines Kfz legte und die Marmorplatte dabei zerbrach. Da die Gefahrensituation letztlich nicht von einem der typischen Risiken ausging, die einem Fahrzeug innewohnen, half der Versicherer nach Hinweisen des Ombudsmanns der Beschwerde ab.

Ein weiterer Streitpunkt war im Berichtszeitraum auch die Frage, wann die Voraussetzungen des Ausschlusstatbestandes einer übermäßigen Beanspruchung der Mietsachschadenversicherung vorliegen. Soweit ersichtlich, hat sich in der Rechtsprechung die Unterscheidung zwischen dem versicherten vertragswidrigen Gebrauch und der vertragsgemäßen, aber in ihrer Intensität überbordenden Nutzung der Mietsache herausgebildet. Letzteres ist etwa gegeben, wenn die Katze des Versicherungsnehmers über einen längeren Zeitraum hinweg immer wieder auf den Parkettboden uriniert oder wenn der Hund bei Abwesenheit des Versicherungsnehmers regelmäßig an den Türen kratzt. Die Beweislast für eine Schadenverursachung durch übermäßige Beanspruchung trägt wie bei jedem Risikoausschluss der Versicherer. Nicht immer begründen die vorgelegten Unterlagen den Ausschluss. So lehnte ein Versicherer die Deckung eines Schadens an einem auf dem Balkon verlegten Holzboden ab, weil er durch Katzenurin verursacht worden sei. Tatsächlich aber entstand, wie aus den Unterlagen ersichtlich war, der Schaden durch das Versäumnis der Versicherungsnehmerin, nach der erfolgreichen Reinigung des Fußbodens diesen wieder gegen Witterungseinflüsse zu versiegeln. Im Ombudsmannverfahren half der Versicherer der Beschwerde daher bezogen auf diesen Teil des Schadens ab.

Neben einer Basisdeckung bieten die Versicherer regelmäßig auch erweiterte Tarifoptionen an, die unter anderem eine Forderungsausfallversicherung enthalten. Der Versicherungsnehmer ist damit gegen das Risiko abgesichert, dass er einen gesetzlichen Leistungsanspruch gegen einen Dritten wegen dessen Zahlungsunfähigkeit nicht durchsetzen kann. Häufig wird er dabei so gestellt, als ob der Schuldner eine der Forderungsausfallversicherung entsprechende Privathaftpflichtversicherung abgeschlossen hätte. Voraussetzung für einen Anspruch aus der Forderungsausfalldeckung ist u. a., dass gegen den Schuldner ein rechtskräftiger Titel, etwa ein Gerichtsurteil, erwirkt wurde und Vollstreckungsversuche gescheitert sind.

Insgesamt waren die Verfahren häufig von intensiven rechtlichen Überprüfungen und regelmäßigen, auch telefonischen, Kontakten mit den Versicherungsunternehmen geprägt, wobei sich im direkten Kontakt sehr oft eine für beide Seiten zufriedenstellende Lösung erzielen ließ.

### ■ Berufsunfähigkeitsversicherung

Zur Berufsunfähigkeitsversicherung erhielt der Ombudsmann im Berichtszeitraum 383 (Vorjahr: 394) zulässige Beschwerden. Der prozentuale Anteil an den Gesamtbeschwerden beträgt 2,6 (2,9) Prozent und zeigt wie schon im Vorjahr eine leicht sinkende Tendenz.

Die Berufsunfähigkeitsversicherung stellt eine Risikoversicherung dar. Sie dient der Vorsorge für den Fall der Berufsunfähigkeit und soll durch Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfall verursachte Einkommenseinbußen auffangen. Die Versicherungsverträge haben daher lange Laufzeiten und beinhalten hohe Kapitalwerte. Der Versicherungsschutz wird in Form von selbstständigen Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- und Dienstunfähigkeitsversicherungen oder Zusatzversicherungen angeboten.

Eine große Anzahl der Beschwerden betraf – wie in den Vorjahren – die Frage, ob der Versicherer leistungspflichtig ist, wann die Leistung einzusetzen hatte bzw. bis zu welchem Zeitpunkt zu leisten war. Die Prüfungen von zeitlich befristeten Leistungsanerkennnissen, Leistungsausschlussfristen bei verspäteten Leistungsanträgen, Vereinbarungen über die Versicherungsleistung, Leistungsablehnungen im Erstprüfungsverfahren und Leistungseinstellungen im späteren Nachprüfungsverfahren spielten eine wesentliche Rolle. In einer Vielzahl von Beschwerdefällen ging es um die Rechtmäßigkeit der Einstellung der Berufsunfähigkeitsleistung, nachdem die Versicherten nach einer Erkrankung eine andere berufliche Tätigkeit aufgenommen hatten, die ihren Gesundheitsverhältnissen entsprach.

Nach wie vor fällt es den Versicherten mitunter schwer, medizinische Unterlagen beizubringen, die den vertraglich vereinbarten Berufsunfähigkeitsgrad belegen. Dies gilt insbesondere bei psychischen Erkrankungen. Viele Beschwerden warfen komplizierte medizinische Fragen auf, die nicht immer im Ombudsmannverfahren geklärt werden konnten, da hierzu eine Beweiserhebung durch Einbeziehung eines parteiunabhängigen Sachverständigen nötig gewesen wäre. Die Beauf-



tragung eines Gutachters ist im Ombudsmannverfahren jedoch nicht möglich, sondern bleibt den Gerichten vorbehalten.

Weiter große Bedeutung kam Beschwerden zu, denen Rechtsfragen im Zusammenhang mit einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung zugrunde lagen. Hier galt es zu klären, ob der Vertrag fortzusetzen war oder nicht und ggf. eine Leistungspflicht bestand. Vorvertragliche Anzeigepflichtverletzungen waren überwiegend im Hinblick auf die im Antrag abgefragten Gesundheitsverhältnisse und die Angabe der beruflichen Tätigkeit Beschwerdegegenstand. Soweit Beschwerdeführer bei Vertragsabschluss falsche oder unvollständige Angaben zu den Gesundheitsfragen machen, stellt dies unter bestimmten Voraussetzungen die Gültigkeit des Versicherungsvertrages und damit des Versicherungsschutzes infrage und enthält schwerwiegendes Streitpotential. In solchen Fällen war in der Regel die Wirksamkeit von Anfechtungen wegen arglistiger Täuschung, des Rücktritts vom Vertrag oder dessen Kündigung durch den Versicherer zu prüfen. Zum Teil ging es auch um die einseitige rückwirkende Vertragsanpassung durch den Versicherer etwa in Form eines Ausschlusses des Versicherungsschutzes für eine bestimmte Erkrankung, die bei Abfrage der vorvertraglichen Gesundheitsverhältnisse nicht angezeigt wurde.

Weitere Beschwerden betrafen die Vertragsvermittlung eines Erstvertrages oder eines neuen Vertrages, wenn zuvor oder gleichzeitig ein bereits lange bestehender Vertrag aufgegeben wurde. Da das Ombudsmannverfahren bis auf den Urkundenbeweis keine Beweiserhebung zulässt, war in den Fällen, in denen relevante Tatsachenfragen nicht allein aufgrund der Aktenlage zweifelsfrei aufgeklärt werden konnten, keine Entscheidung oder Empfehlung möglich. Jedoch gelangen teilweise einvernehmliche Streitbelegungen, nachdem den Beschwerdeparteien ausführlich begründete Schlichtungsvorschläge unterbreitet wurden.

#### ■ Realkredit

Seit dem Jahr 2013 befasst sich der Ombudsmann, nachdem seine Zuständigkeit in der Verfahrensordnung entsprechend erweitert wurde, auch mit Beschwerden, die einen eigenen vertraglichen Anspruch aus einem Realkreditvertrag (§ 14 und § 16 Absatz 1 und 2 Pfandbriefgesetz) betreffen (vgl. Jahresbericht 2013, Seite 16). Bei diesen Beschwerden verlässt der Versicherungsombudsmann seinen versicherungsvertragsrechtlichen Schwerpunkt und nimmt eine kreditvertragliche Prüfung unter Berücksichtigung des Bankenrechts vor.

Im Jahr 2016 erhielt der Ombudsmann 79 (Vorjahr: 196) zulässige Eingaben zu Realkrediten. Das entspricht einem Anteil von 0,5 Prozent am Gesamtaufkommen der zulässigen Beschwerden und einem Rückgang um 59,7 Prozent.

Diese Entwicklung ist darauf zurückzuführen, dass die Zahl der Beschwerden im Zusammenhang mit der Erstattung von Bearbeitungsentgelten erwartungsgemäß gesunken ist. Der BGH hatte am 13. Mai und am 28. Oktober 2014 entschieden, dass die von ihm geprüften vorformulierten Bestimmungen zum Bearbeitungs-

## 2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

entgelt bei Verbraucherdarlehen unwirksam sind. Vielen „Rückforderungsansprüchen“ drohte mit Ablauf des Jahres 2014 die Verjährung. Das veranlasste zahlreiche Darlehensnehmer, noch bis zum Jahreswechsel 2014/2015 Beschwerde einzulegen. Die dem Jahr 2015 zugeordneten zulässigen Beschwerden zu Bearbeitungsentgelten beliefen sich auf 166. Im Jahr 2016 gab es indes nur zehn Eingaben zu dieser Thematik.

Der Schwerpunkt lag 2016 bei den Widerrufen. Die Beschwerdeführer widerriefen nach jahrelanger Durchführung ihre Verträge mit der Begründung, bei Abschluss des Darlehens nicht ordnungsgemäß belehrt worden zu sein. Der Ombudsmann prüfte dann die beanstandete Widerrufsbelehrung auf Fehler. Lag eine den gesetzlichen Anforderungen nicht entsprechende Belehrung vor, stellte sich häufig die Frage, ob der Versicherer das für den betroffenen Zeitpunkt maßgebliche Muster verwendet hatte. In diesem Fall konnte sich das Unternehmen nämlich auf die sogenannte „Gesetzlichkeitsfiktion“ berufen. Die Belehrung war danach trotz Fehlers als ordnungsgemäß zu behandeln, so dass die Widerrufsfrist in Gang gesetzt wurde. Der BGH stellt allerdings hohe Anforderungen an die Übernahme des Musters. Schon geringfügige Abweichungen können zur Folge haben, dass die Schutzwirkung entfällt.

In einigen Fällen stellte sich der Versicherer auf den Standpunkt, das Widerrufsrecht sei verwirkt. Auch nach der Rechtsprechung des BGH ist nicht ausgeschlossen, dass es dem Versicherungsnehmer verwehrt sein kann, sich auf die Rechtsfolgen des Widerrufs zu berufen. So führt der BGH in seiner Entscheidung vom 12. Juli 2016 aus, dass gerade bei beendeten Verbraucherdarlehensverträgen das Vertrauen des Unternehmers auf ein Unterbleiben des Widerrufs nach den für die Verwirkung allgemein geltenden Maßgaben schutzwürdig sein kann. Entscheidend sind die konkreten Umstände des Einzelfalls. Streit gab es zudem hinsichtlich der Rechtsfolgen nach wirksam erklärtem Widerruf.

Im Berichtsjahr wurde eine gesetzliche Neuregelung verabschiedet, die das Widerrufsrecht bei Immobiliendarlehensverträgen betraf, die zwischen dem 1. September 2002 und dem 10. Juni 2010 geschlossen wurden. Artikel 229 regelt in § 38 Absatz 3 Satz 1 Einführungsgesetz zum Bürgerlichen Gesetzbuch (EGBGB) nun, dass das aufgrund unzureichender Belehrung fortbestehende Widerrufsrecht bei den betroffenen Verträgen drei Monate nach dem 21. März 2016 erlischt. Wenn der Widerruf nicht bis zum 21. Juni 2016 erfolgte und der Vertrag unter die gesetzliche Neuregelung fiel, konnte die Beschwerde keinen Erfolg haben. Das musste der Ombudsmann auch einer Beschwerdeführerin mitteilen, die zwar noch vor dem besagten Termin Gespräche mit dem Versicherer zu der Frage führte, ob die erteilte Widerrufsbelehrung ordnungsgemäß erfolgt ist, den Widerruf aber nicht rechtzeitig erklärt hatte.

Bei Vertragsbeendigung vor Ablauf der vereinbarten Zinsfestschreibung, aber auch bei der Nichtabnahme des vereinbarten Darlehensbetrages verlangen die Unternehmen in aller Regel eine Vorfälligkeits- beziehungsweise Nichtabnahme-



entschädigung. Auch zu diesem Themengebiet erreichten den Ombudsmann Beschwerden. Während in einigen Fällen zu klären war, ob dem Grunde nach ein Anspruch des Versicherers besteht, beschwerten sich andere Darlehensnehmer nur über die Höhe des geltend gemachten Betrages.

#### ■ Sonstige Versicherungen

Im Jahr 2016 gingen in der Sparte „Sonstige Versicherungen“ 1.420 zulässige Beschwerden (Vorjahr: 1.478) ein. Das sind 9,7 (10,7) Prozent des Gesamteingangs und entspricht einem Rückgang um 3,9 Prozent gegenüber dem vorherigen Jahr.

In der Sparte „Sonstige Versicherungen“ werden solche Versicherungsverträge bearbeitet, die nicht den „großen“ Versicherungssparten zugeordnet werden können. Wie in den Jahren zuvor betrafen viele Beschwerden die Elektronikversicherung in Form der Handyversicherung sowie die verschiedenen Arten der Reiseversicherungen. Außerdem hatte sich der Ombudsmann u. a. mit Photovoltaik-, Tier-, Bau- und Kleingartenversicherungen, aber auch Mietkautionsversicherungen zu befassen. Schließlich fallen hierunter auch Ausfallschutzversicherungen. Deren Abgrenzung zu Restschuldversicherungen ist auf Seite 35 erläutert.

Bei den Beschwerden zur Handyversicherung ging es, wie in den letzten Berichtsjahren, zumeist um die Frage, ob sich mit dem eingetretenen Schaden ein versichertes Risiko verwirklicht hat. Daneben spielte weiterhin auch der Verlust der versicherten Mobiltelefone durch Diebstahl und die damit verbundene Frage, ob das Gerät zum Zeitpunkt der Diebstahlhandlung in einem persönlich sicheren Gewahrsam mitgeführt wurde, eine zentrale Rolle.

Neben den Beschwerden zur Handyversicherung machten im Berichtsjahr auch wieder Beschwerden zur Reisekostenversicherung einen Großteil der Beschwerden in der Sparte „Sonstige Versicherungen“ aus. Dies betraf wie bereits in den Jahren zuvor hauptsächlich die Standardfragen, ob eine unerwartet schwere Erkrankung vorlag und ob der Versicherungsnehmer nach Eintritt des Versicherungsfalles unverzüglich von der Reise zurückgetreten war. Zudem gab es vermehrt Beschwerden zu anderen Rücktrittsgründen, wie zum Beispiel dem Verlust des Arbeitsplatzes oder der Aufnahme eines Arbeitsverhältnisses.

Im Unterschied zu den Vorjahren spielten in der Sparte „Sonstige Versicherungen“ im Berichtsjahr zunehmend auch Meinungsverschiedenheiten zum Vertragsverhältnis selbst eine zentrale Rolle. Insbesondere nahmen die in früheren Jahresberichten bereits erwähnten Beschwerdefälle zu, in denen sich Beschwerdeführer gegen die automatische Verlängerung ihrer Jahresreiseversicherungen wehrten, die im Zusammenhang mit Flug- oder Urlaubsbuchungen auf verschiedenen Onlinereiseportalen abgeschlossen worden waren. Konnten in den Vorjahren hier problemlos flächendeckend Abhilfen erreicht werden, brachte der betroffene Versicherer im Berichtsjahr nach und nach immer wieder neue Einwände vor, die es zu prüfen galt. Zu dieser besonderen Problematik siehe unter 2.3.

### ■ Vermittlerbeschwerden

Für Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsvermittler gelten andere Verfahrensregeln als für die Verfahren mit Versicherungsunternehmen (siehe auch unter 1.5 und 4.2). Das Vermittlerverfahren beruht auf der gesetzlichen Grundlage von § 214 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 VVG; danach kommen dem Ombudsmann jedoch nicht die gleichen Kompetenzen zu, wie die Mitgliedsunternehmen es in der Vereinsatzung geregelt haben. Folglich arbeitet der Ombudsmann mit zwei verschiedenen Verfahrensordnungen: der Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns für Unternehmensbeschwerden (VomVO) und der Verfahrensordnung für Beschwerden im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen (VermVO). Welches Verfahren durchgeführt wird, richtet sich nach dem Anliegen des Beschwerdeführers und was er dazu vorträgt. Allerdings ist bei Verbrauchern auch deren wohlverstandenes Interesse zu berücksichtigen, da sie in Rechts- und Verfahrensfragen häufig Unterstützung benötigen. Dementsprechend bedarf das genannte Beschwerdeziel gelegentlich der Auslegung. Geht es in der Beschwerde um die Vermittlung eines Vertrages durch einen gebundenen Vermittler oder einen Versicherungsvermittler mit Erlaubnis nach § 34d Absatz 1 Gewerbeordnung (GewO), dessen Handeln dem Versicherer zuzurechnen ist, wird in aller Regel ein Verfahren nach der VomVO durchgeführt. Dies gilt nicht, wenn der Beschwerdeführer ausdrücklich ein Verfahren nur oder auch gegen den Vermittler persönlich wünscht (etwa wegen anstößigen Verhaltens). Das Verfahren nach der VomVO hat Vorteile für die Beschwerdeführer, insbesondere weil der Ombudsmann bis 10.000 Euro eine verbindliche Entscheidung treffen und dem Versicherer vorgeben kann, ein eventuelles Mahnverfahren für die Dauer des Ombudsmannverfahrens auszusetzen. Andererseits unterliegt der Zugang zum Verfahren nach der VermVO weniger Beschränkungen. So sind zum Beispiel nicht nur Verbraucher beschwerdebefugt, wie dies die VomVO vorsieht. Auch eine Beschwerdeobergrenze kennt das Vermittlerverfahren nicht. Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass § 214 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 VVG und die VermVO neben dem Vermittler auch den Versicherungsberater als Beschwerdepartei nennen. Bislang sind keine Beschwerden gegen Berater eingelegt worden. Ein Grund dafür dürfte darin bestehen, dass Versicherungsberater kaum konkrete Verträge vermitteln, was nachvollziehbar ist, da sie keine Provision von Versicherungsunternehmen annehmen dürfen (§ 34e Absatz 3 Satz 1 GewO). Eingaben aus dieser Zuständigkeit sind aber nur zulässig, wenn sie im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen stehen.

In Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsvermittler fordert der Ombudsmann vom betroffenen Vermittler eine Stellungnahme an. Auch wenn dieser nach § 214 VVG nicht zur Abgabe einer Stellungnahme verpflichtet ist, zeigt die Praxis, dass die Vermittler überwiegend an einer Konfliktlösung durch den Ombudsmann interessiert sind. Anzumerken ist an dieser Stelle, dass einige Vermittlerverbände eine vereinsrechtliche Pflicht für ihre Mitglieder begründet haben, sich am Ombudsmannverfahren zu beteiligen und das Ergebnis zu respektieren.



Im Berichtsjahr erreichten den Ombudsmann insgesamt 344 (Vorjahr: 336) Beschwerden, die auf der Grundlage der VermVO zu prüfen waren. Damit war der Beschwerdeeingang im Vermittlerverfahren nahezu konstant und verblieb damit auf vergleichsweise niedrigem Niveau. Zu berücksichtigen ist bei einer Bewertung der Beschwerdeanzahl allgemein jedoch die zuvor erläuterte Möglichkeit, Beanstandungen gegen Vermittler im Verfahren gegen Versicherungsunternehmen nachzugehen. Diese werden dort allerdings nicht gesondert ausgewiesen. Im Vermittlerverfahren wird der Vorwurf der Falschberatung verhältnismäßig oft bezogen auf eine Lebens- oder eine Kfz-Versicherung erhoben.

Eine Besonderheit der als Vermittlerbeschwerden registrierten Vorgänge ist, dass mit 137 (Vorjahr: 100) der eingegangenen Beschwerden nur wenige zulässig waren. Auch wenn dies einen Anstieg im Vergleich zum Vorjahr bedeutet, bleibt die Größenordnung doch vergleichsweise niedrig. Es überwiegen nach wie vor die unzulässigen Beschwerden. Nach der gesetzlichen Grundlage in § 214 VVG kann der Ombudsmann eine Beschwerde nur dann prüfen, wenn diese im Zusammenhang mit der Vermittlung eines Versicherungsvertrages steht und ein Versicherungsnehmer oder -interessent sowie ein Versicherungsvermittler beteiligt sind. Dementsprechend fallen Beschwerden, die zum Beispiel auf eine Schadenregulierung oder Bestandsverwaltung abzielen, und Beschwerden zwischen Vermittlern nicht in seinen Zuständigkeitsbereich. Eine große Anzahl an unzulässigen Beschwerden bezog sich auf Sachverhalte, die nicht im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen standen. Das ungeschriebene Tatbestandsmerkmal, wonach der Sachverhalt nach dem 21. Mai 2007 (Inkrafttreten der maßgeblichen Regelung im Vermittlergesetz am 22. Mai 2007) liegen muss, ist durch das Inkrafttreten des VSBG entfallen.

Einen inhaltlichen Schwerpunkt der Vermittlerbeschwerden bilden Beanstandungen der Beratung und der Vermittlung nicht benötigter Versicherungsverträge, überwiegend verbunden mit dem Ziel der Rückabwicklung der betreffenden Verträge, sowie der Vermittlung von nicht passendem Versicherungsschutz. Eine geringere Anzahl von Beschwerden war auf den Ausgleich eines geltend gemachten Schadens gerichtet.

Lässt sich ein Versicherungsinteressent von einem Versicherungsmakler beraten, kann er davon ausgehen, dass dieser seine Empfehlung auf eine ausreichende Produktkenntnis stützt. Im Ergebnis soll die Empfehlung zu einem Vertrag führen, der den Interessen des Versicherungsnehmers am ehesten entspricht. Damit unterscheidet sich die Beratung in Art und Umfang deutlich von der Beratung, die ein Versicherungsvertreter zu erbringen hat. Dieser schuldet nur eine eingeschränkte Produktberatung. Noch entscheidender ist aber die Beratung und Bedarfsermittlung, die nach der Rechtsprechung des BGH zur Hauptleistungspflicht des Maklers gehört. Er hat für individuell angemessenen Versicherungsschutz zu sorgen und muss dazu von sich aus das zu versichernde Risiko ermitteln. Da Kunden Versicherungsmakler unter anderem deswegen einschalten, weil sie sich auf ihre eigene Risikobeurteilung nicht verlassen möchten, darf sich der

## 2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Versicherungsmakler nicht allein damit begnügen, zur Deckung des ihm aus dem konkreten Anlass erkennbar werdenden Risikos ein Produkt vorzuschlagen. Er muss darüber hinaus aufgrund seiner Expertenstellung die Risikosituation gründlich untersuchen und dabei insbesondere erkennen, in welchen Punkten eine individuelle Ausrichtung des Versicherungsschutzes, gegebenenfalls nach vorheriger Absprache und Befragung mit dem Versicherungsinteressenten, erforderlich ist.

Wie jedes Jahr seit der gesetzlichen Einführung der Dokumentationspflicht muss auch für das Berichtsjahr festgestellt werden, dass dieser Pflicht jedenfalls in den Beschwerdefällen häufig nicht ausreichend Rechnung getragen wurde. Insbesondere zeigte sich wiederholt, dass die entsprechenden Formblätter oft schematisch ausgefüllt wurden, also ohne auf die konkrete Lage des Antragstellers Bezug zu nehmen. Besonders fiel dieser Mangel abermals bei Umdeckungen auf. Hier trifft den Vermittler eine erhöhte Beratungspflicht, die vor allem auch Informationen über etwaige Nachteile des Vertragswechsels umfasst. Insbesondere bei Lebens- und Berufsunfähigkeitsversicherungen bestehen hier große Risiken. Notwendig ist stets, über entstehende Kosten aufzuklären und wichtige Unterschiede im Versicherungsschutz zu erläutern.

Beschwerden über das persönliche Verhalten eines Vermittlers nahmen, ebenso wie in den Vorjahren, nur einen sehr geringen Anteil am Gesamtbeschwerdeaufkommen der Vermittlerbeschwerden ein. Die Beschwerdeinhalte unterschieden sich nicht von denen der Vorjahre. So geht es den Beschwerdeführern vorrangig um ungenügende Informationen und Betreuung, 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.

### 2.6 Beschwerdefälle

Nachfolgend wird von einzelnen Beschwerdeverfahren berichtet, die der Ombudsmann im Jahr 2016 zum Abschluss gebracht hat. Anhand der dargestellten Verfahrens- und Entscheidungspraxis des Ombudsmanns soll ein Einblick in die Beschwerdebearbeitung ermöglicht werden.

Die nachstehenden 20 Fälle sind nicht repräsentativ für die Häufigkeit oder die Bedeutung der Themen, mit denen der Ombudsmann befasst war. Die Auswahl erfolgte vielmehr nach Beschwerdefällen bzw. Themen, bei denen ein allgemeines Interesse erwartet werden kann und die jedenfalls in ihrer Gesamtheit einen Eindruck von der Arbeit des Ombudsmanns vermitteln. Aus dieser Fallsammlung lässt sich in Bezug auf das Verfahrensergebnis (Erfolgsquote), die Beendigungsarten (Entscheidung, Vergleich etc.) oder die Sparten bzw. die behandelten Rechtsfragen keine Aussage hinsichtlich der Gesamtstatistik ablesen. Auch sind die Fälle nicht nach einem bestimmten Kriterium sortiert.



## Hausratversicherung

Weg zum Tor, weg die Uhr

Zwei Männer sprachen den Beschwerdeführer an und fragten ihn nach dem Weg zum Brandenburger Tor. Im Verlauf des Gesprächs attackierte der eine Mann mit seinen Füßen die Beine des Beschwerdeführers. Da dem Beschwerdeführer dies lästig wurde, drückte er den Mann mit beiden Händen weg. Danach schlugen beide Täter dem Beschwerdeführer „kumpelhaft“ auf die Schulter und verschwanden. Einige Minuten später bemerkte der Beschwerdeführer, dass seine Armbanduhr fehlte, deren Wert er mit ca. 6.000 Euro bezifferte.

Der Beschwerdeführer war mit zwei Hausratversicherungsverträgen bei zwei unterschiedlichen Versicherern gegen Raub versichert. Beide Versicherer lehnten eine Zahlung ab, weil die Täter die Uhr nicht unter Anwendung von Gewalt entwendet hätten. Der Beschwerdeführer habe die Situation lediglich als lästig beschrieben. Die Gewalt im Sinne der Bedingungen müsse aber so erheblich sein, dass sie geeignet sei, erwarteten Widerstand zu brechen. Dies sah der Ombudsmann nicht als eindeutig an.

Nach den jeweils vereinbarten Versicherungsbedingungen war Raub als die „Entwendung unter Anwendung von Gewalt gegen eine Person (...)“ definiert. Im Gegensatz zu den inzwischen gängigen Klauseln fehlte es an einer Formulierung, wonach die „Gewalt angewendet wird, um den Widerstand des Versicherungsnehmers gegen die Wegnahme versicherter Sachen auszuschalten“. Dies verdeutlicht dem durchschnittlichen Versicherungsnehmer, dass es bei einem Raub um die gewaltsame Wegnahme einer Sache geht. In der älteren Klausel dagegen mangelte es an der Klarstellung eines notwendigen zielgerichteten Zusammenhangs zwischen der Gewaltanwendung und der Ausschaltung von Widerstand.

Nach dem geschilderten Sachverhalt hatten die Täter durch die Attacke auf die Beine des Beschwerdeführers sowie durch das kumpelhafte Schlagen auf dessen Schulter zwar möglicherweise keinen Widerstand gebrochen, aber doch körperlich wirkenden Zwang auf ihn ausgeübt und somit Gewalt angewendet, als sie seine Uhr wegnahmen. Demnach lag es nahe, die Entwendung nach dem normalen sprachlichen Verständnis als Anwendung von Gewalt gegen den Beschwerdeführer einzuordnen.

Aufgrund der nicht völlig geklärten Tatsachenlage und der rechtlich schwierigen Abgrenzung zwischen Trickdiebstahl und Raub regte der Ombudsmann bei den Versicherern eine Vergleichslösung an. Durch die beiden Versicherungsverträge war die Uhr zwar doppelt versichert, gemäß § 78 Absatz 1 VVG kann der Versicherungsnehmer jedoch nicht mehr als den Betrag des Schadens verlangen. Beide Versicherer gingen von einem Wert der Uhr von ca. 4.700 Euro aus. Nach einiger Diskussion bot der eine Versicherer die Zahlung von 3.000, der andere von 500 Euro an. Der Beschwerdeführer stimmte den Angeboten zu.

### **Gebäudeversicherung**

#### Gefährliches Reihenhhaus

Der Versicherungsnehmer musste aus Gesundheitsgründen aus seinem Wohnhaus ausziehen. Sein Sohn kümmerte sich um das Haus, zeigte dem Versicherer den Leerstand des Gebäudes an und teilte mit, dass er den Verkauf beabsichtige. Die wasserführenden Leitungen hatte er entleert und die Frischwasserzufuhr abgesperrt. Der Versicherer schloss daraufhin das Leitungswasserrisiko vom Versicherungsschutz aus und erhöhte den Beitrag um 50 Prozent. Dagegen wandte sich der Sohn mit einer Beschwerde.

Der Versicherer begründete seine Entscheidung mit der Gefahrerhöhung, die durch den Leerstand des Gebäudes eintrete. Der Sohn sei aufgrund der räumlichen Entfernung seines Wohnortes zu dem versicherten Gebäude nicht in der Lage, das Haus regelmäßig zu kontrollieren. Der Versicherungsombudsmann prüfte die Veränderung der Risikolage. Eine Gefahrerhöhung kam unter den geschilderten Umständen allenfalls in Bezug auf die Feuerversicherung in Betracht. Zwar mindert der Auszug der Bewohner aus einem Gebäude in der Regel das Feuerisiko. Andererseits kann ein leer stehendes Gebäude Obdachlose, Hausbesetzer oder andere Unbefugte anziehen, was wiederum zu einer Erhöhung der Feuergefahr führt. Dies ist aber nicht zwangsläufig der Fall, weshalb die Rechtsprechung das Hinzutreten weiterer gefahrerhöhender Umstände fordert. Das können beispielsweise eine ungeschützte Ortsrandlage oder ein verwahrloster Gebäudezustand sein. Mit Google Maps ließ sich klären, dass es sich bei dem versicherten Gebäude um ein Reihemittelhaus in einem Wohngebiet handelte. Ausgehend davon, dass die beiden Nachbarhäuser durchgehend bewohnt waren, lag es nahe, dass eine Kontrolle des Gebäudes von außen durch die Nachbarschaft durchgängig gegeben war. Außerdem wurde der Versicherer darauf hingewiesen, dass er nicht ohne weiteres unterstellen konnte, dass eine Beobachtung des leerstehenden Gebäudes nur durch den Sohn des Beschwerdeführers in Betracht kam. Dieser hätte ebenso Nachbarn oder einen Dienstleister damit beauftragen können, so dass die abstrakte erhöhte Gefahr hätte kompensiert werden können. Die pauschale Annahme einer Gefahrerhöhung, ohne eine vorangegangene Prüfung der Umstände des Einzelfalls, wurde daher als nicht gerechtfertigt bemängelt. Unter Berücksichtigung der Ausführungen des Ombudsmanns prüfte der Versicherer den Vorgang erneut und half der Beschwerde ab.

### **Lebensversicherung**

#### „Reichsbürger“ rechnet mit dem Staatsbankrott

Ein Beschwerdeführer schrieb als Angehöriger des Deutschen Reichs nach dem Reichs- und Staatsangehörigkeitsgesetz vom 22. Juli 1913 („Reichsbürger“) und wollte seine Rentenversicherung auflösen, deren vorzeitige Auszahlung er Jahre zuvor unwiderruflich ausgeschlossen hatte.

Damit wollte er erreichen, dass er staatliche Unterstützung beziehen konnte, ohne zur Verwertung seiner Altersversorgung gezwungen zu werden (Verwertungsaus-



schluss). Als Begründung für die Auflösung nannte er einen bevorstehenden Crash des Kapitalsystems mit Hyperinflation, weil der Euro als Währung nicht mit ausreichend Goldreserven gedeckt sei. Zuvor hatte er verlangt, den Gegenwert seiner Versicherung als Feingold in einem Safe für ihn zu hinterlegen.

Die Entscheidung des Ombudsmanns fiel recht kurz aus:

„Sie wenden sich gegen die Weigerung des Versicherers, Ihre Lebensversicherung an Sie auszuzahlen. Sie hatten am 16. Februar 2005 eine Nutzung des wirtschaftlichen Wertes der Versicherung vor Vollendung des 60. Lebensjahres unwiderruflich ausgeschlossen.

Einen Rechtsanspruch auf Auszahlung haben Sie nicht. Ein Rechtsgrund, Ihre oben genannte Erklärung nach § 199 BGB anzufechten, ist nicht ersichtlich. Ihre Befürchtung einer Geldentwertung gibt Ihnen kein Recht zur außerordentlichen Kündigung.“

### **Kfz-Haftpflichtversicherung**

Aus folgenloser Obliegenheitsverletzung wird Arglist?

Die 74-jährige Versicherungsnehmerin hatte einen Unfall mit Fremdschaden verursacht. Durch den Unfall offenbar geschockt, blieb sie nicht am Unfallort, sondern fuhr nach Hause und wurde dort – noch im Auto sitzend – von der Polizei angetroffen. Es wurde ein Ermittlungsverfahren wegen Unfallflucht eingeleitet. In ihrem Unfallbericht gab die Versicherungsnehmerin zunächst wahrheitswidrig an, dass sie nach dem Unfall zwanzig Minuten gewartet hätte, bevor sie nach Hause fuhr. Der Unfallverlauf und der am Fremdfahrzeug entstandene Schaden waren unstrittig. Es standen mehrere unbeteiligte Zeugen zur Verfügung, die den Unfall beobachtet hatten.

Der Versicherer warf der Versicherungsnehmerin zwei Obliegenheitsverletzungen vor, zum einen eine Unfallflucht, zum anderen die Falschangabe im Unfallbericht. Deswegen nahm er sie in Höhe der Zahlung an den Geschädigten in Regress. Das setzt im Regelfall voraus, dass eine Obliegenheitsverletzung für die Feststellung oder den Umfang seiner Leistungspflicht ursächlich war. Davon ging der Ombudsmann nicht aus, so dass er den Versicherer insoweit um ergänzende Stellungnahme bat. Statt die Ursächlichkeit zu begründen, trug der Versicherer erstmals vor, das Verhalten seiner Kundin sei arglistig gewesen, weshalb es auf einen Kausalitätsnachweis nicht ankomme. Auch dieser Vortrag überzeugte den Ombudsmann nicht. Arglistiges Handeln setzt voraus, dass der Versicherungsnehmer auf die Regulierungsentscheidung des Versicherers der Höhe nach Einfluss nehmen will. Das lag weder nahe, noch konnte der Versicherer zum Vorwurf der Arglist etwas Überzeugendes vortragen.

In einer verpflichtenden Entscheidung stellte der Ombudsmann klar, dass der Versicherer nicht berechtigt war, die Beschwerdeführerin im Zusammenhang mit der Regulierung des Schadens in Regress zu nehmen. Er führte dazu aus:

„In der Unfallschilderung, welche die Beschwerdegegnerin zur Begründung anführt, räumt die Beschwerdeführerin das Verschulden am Unfall ein. Offenbar falsch war ihre Aussage lediglich im Hinblick darauf, dass sie zwanzig Minuten gewartet und erst dann den Unfallort verlassen habe. Damit wollte sie aber nicht die Regulierungsentscheidung der Beschwerdegegnerin beeinflussen, sondern sich lediglich gegen den Vorwurf der Unfallflucht verteidigen. Auch die Unfallflucht als solche kann nicht in Beeinträchtigungsabsicht gegenüber der Beschwerdegegnerin begangen worden sein. Wäre die Beschwerdeführerin im Ergebnis ‚erfolgreich‘ geflohen, wäre es zu einer Einschaltung der Beschwerdegegnerin in den Regulierungsvorgang gar nicht gekommen. Als klar war, dass die Beschwerdeführerin als Verursacherin ausfindig gemacht wurde, kam es zu keinerlei Versuchen, das Verschulden des Unfallereignisses oder die Höhe des eingetretenen Schadens zu bestreiten.“

### **Restschuldversicherung**

Mehrfache Kreditaufstockung mit Nebenwirkungen

Die Beschwerdeführerin hatte im Jahr 2008 per Online-Abschluss ein Darlehen aufgenommen und dieses mit einer Restschuldversicherung abgesichert. In den Jahren 2010 bis 2012 und 2014 hatte sie weiteren Finanzierungsbedarf und entschied sich jeweils für eine Kreditaufstockung per Online-Formular statt für einen separaten weiteren Kredit. Dieses Vorgehen sollte gemäß der Erläuterung im Internet den Vorteil haben, dass nur eine statt zwei Kreditraten fällig würden. Auf etwaige Nachteile, die sich bei der optionalen Restschuldversicherung ergeben könnten, wurde sie nicht hingewiesen.

Nachträglich wurde ihr bewusst, dass ihre Restschuldversicherungen jeweils gekündigt und unter Anrechnung der Kündigungsleistungen neue Versicherungsverträge abgeschlossen worden waren. Die Beschwerdeführerin monierte beim Ombudsmann, ihr sei ein Schaden dadurch entstanden, dass nicht nur für den aufgestockten Kreditbetrag eine neue Restschuldversicherung hinzugekommen, sondern jeweils der Einmalbeitrag für den Gesamtkredit mitfinanziert worden war. Bei den jeweiligen Kündigungen seien nur verhältnismäßig geringe Rückkaufswerte angerechnet worden. Der Ombudsmann erläuterte dem Versicherer seine Bedenken gegen die verharmlosende Darstellung der Kreditaufstockung im Internet. Daraufhin berechnete der Versicherer die Kosten für das alternative Vorgehen. Der so ermittelte Kostenunterschied erreichte zwar nicht die von der Beschwerdeführerin erwartete Höhe. Jedoch griff der Versicherer die Anregung des Ombudsmanns auf und bot im Rahmen eines Vergleichs pauschal 2.000 Euro zur endgültigen Erledigung an. Außerdem sagte er zu, die Gestaltung und Information im Internet auf Verbesserungen prüfen zu wollen. Der Beschwerdeführerin stellte der Ombudsmann frei, einen höheren Schaden als den vom Versicherer angebotenen Mehrbetrag nachzuweisen. Da sie das nicht konnte, nahm sie das Vergleichsangebot an.



## Realkredit

### Unzulässige Rechtsausübung

Der Beschwerdeführer, der eine Versicherungsagentur betrieb, hatte zusammen mit seiner Ehefrau im Jahr 2003 einen Darlehensvertrag geschlossen. Außerdem bestand eine Lebensversicherung, bei der sie die versicherte Person war. Es wurde eine Verrechnungsabrede getroffen, wonach im Falle einer Zahlung aus der Lebensversicherung ein entsprechender Betrag des Darlehens fällig und mit der Versicherungsleistung verrechnet werden sollte. Weniger als zwei Jahre nach Vertragsschluss zahlte der Lebensversicherer nach dem vermeintlichen Tod der Ehefrau bei dem Tsunami-Unglück in Thailand vom 26. Dezember 2004 die Todesfalleistung (erst im Jahr 2015 stellte sich heraus, dass die Ehefrau gar nicht ums Leben gekommen war).

Mit der Versicherungsleistung hätte das Darlehen vollständig zurückgezahlt werden können, ohne dass der Versicherer eine Vorfälligkeitsentschädigung berechnet hätte. Der Darlehensvertrag wäre damit beendet gewesen. Auf Wunsch des Beschwerdeführers wurde aber das Darlehen nicht abgelöst, sondern stattdessen die fällig gewordene Lebensversicherung freigegeben und dafür eine andere seiner bestehenden Versicherungen als Sicherheit für das Darlehen verwendet.

Im Januar 2016 widerrief der Beschwerdeführer den Darlehensvertrag wegen fehlerhafter Widerrufsbelehrung. Der Ombudsman sah den Widerruf als unzulässig an, da der Beschwerdeführer ausdrücklich darauf bestanden hatte, das Darlehen entgegen der getroffenen vertraglichen Vereinbarungen unverändert fortzuführen. Deshalb stelle der mehr als zehn Jahre später erklärte Widerruf des Vertrages ein widersprüchliches Verhalten dar.

Der Ombudsman erklärte dem Beschwerdeführer, dass „von der Rechtsprechung [...] anerkannt [ist], dass eine Rechtsausübung unzulässig sein kann, wenn sich objektiv das Gesamtbild eines widersprüchlichen Verhaltens ergibt, weil das frühere Verhalten mit dem späteren sachlich unvereinbar ist und die Interessen der Gegenpartei im Hinblick hierauf vorrangig schutzwürdig erscheinen (BGH, Urteil vom 15. November 2012 – IX ZR 103/11 mit weiteren Nachweisen). Der BGH stellte zwar wiederholt klar, dass ein Unternehmen grundsätzlich keine vorrangige Schutzwürdigkeit für sich beanspruchen kann, wenn es versäumt hat, seinen Kunden ordnungsgemäß über das Widerspruchsrecht zu belehren (BGH, Urteil vom 7. Mai 2014 – IV ZR 76/11). Etwas anderes kann nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung aber dann gelten, wenn der Verbraucher durch sein Verhalten den Eindruck erweckt hat, den Vertrag unbedingt fortsetzen zu wollen (BGH, Beschluss vom 11. November 2015 – IV ZR 117/15).“

Der Ombudsman ging im vorliegenden Fall von besonders gravierenden Umständen aus, die dem Beschwerdeführer die Geltendmachung des möglichen Anspruchs nach erklärtem Widerruf verwehren.

### **Unfallversicherung**

Guter Rat ist teuer – falscher auch

Der Beschwerdeführer trug vor, er habe eine Unfallversicherung mit Krankentagegeld abschließen wollen. Die Versicherungsvertreterin habe ihm jedoch unzutreffenderweise erklärt, eine Krankentagegeldversicherung könne er nicht zusammen mit einer Unfallversicherung abschließen, sondern nur bei einem privaten Krankenversicherer. Wegen der falschen Beratung habe er nur eine Unfallversicherung ohne Krankenhaustagegeld abgeschlossen. Erst als er einen Unfall erlitten und gemeldet hatte, habe er von anderer Seite erfahren, dass ein Tagegeld durchaus über eine Unfallversicherung abgedeckt werden könne.

Der Ombudsmann stimmte dem Versicherer zwar darin zu, dass von einer gebundenen Vermittlerin – wie in diesem Fall – nicht verlangt werden kann, eine vergleichende Betrachtung und Beratung unter Einbeziehung konkurrierender Angebote anderer Versicherer durchzuführen. Er wies jedoch darauf hin, dass es einen Unterschied mache, ob man einem Versicherungsinteressenten mitteilt, das eigene Haus biete eine bestimmte Absicherung nicht an, oder ob man den Eindruck erweckt, eine bestimmte Absicherung werde in der betreffenden Versicherungssparte generell nicht angeboten. Eben diesen Eindruck habe die Vertreterin jedoch nach Aktenlage vermittelt, indem sie dem Beschwerdeführer mitteilte, er müsse eine Tagegeldversicherung bei einem privaten Krankenversicherer abschließen. Damit habe sie ihn davon abgebracht, sich gegebenenfalls bei anderen Unfallversicherern umzusehen, ob er dort den gewünschten Versicherungsschutz erhalten könne. Es werde zwar nicht verlangt, den potentiellen Kunden an andere Anbieter zu verweisen. Jedoch dürfe nicht die unrichtige Behauptung aufgestellt werden, kein Unfallversicherer böte ein Unfalltagegeld an.

Der Ombudsmann unterbreitete einen Schlichtungsvorschlag dahingehend, dem Beschwerdeführer eine Entschädigung dafür zu zahlen, dass er während des unfallbedingten Krankenhausaufenthalts keine Krankengeldabsicherung hatte. Dabei sollten die Dauer der Arbeitsunfähigkeit nach dem Unfall, die Höhe der versicherbaren Tagegeldleistung sowie der dafür zu erhebende Beitrag berücksichtigt werden.

Auf dieser Grundlage einigten sich die Parteien.

### **Hausratversicherung**

Wann ist ein Anhänger ein Kinderwagen und umgekehrt?

Der Beschwerdeführerin wurde ein Fahrradanhänger für die Beförderung von Kindern entwendet, der mit entsprechender Zusatzausrüstung auch als Buggy bzw. Kinderwagen genutzt werden konnte. Die Beschwerdeführerin nutzte ihn hauptsächlich als Kinderwagen, zur Zeit der Entwendung war er allerdings als Anhänger an ihr Fahrrad montiert gewesen.

Nach den Versicherungsbedingungen waren Fahrradanhänger ausdrücklich nicht versichert, Kinderwagen sowie deren Ausstattung jedoch schon. Fraglich war



nun, ob der entwendete Gegenstand als Fahrradanhänger oder Kinderwagen anzusehen war.

Nach Auffassung des Ombudsmanns sieht ein durchschnittlicher verständiger Versicherungsnehmer, auf dessen Verständnis es bei der Auslegung von Versicherungsbedingungen ankommt, den entwendeten Gegenstand als Fahrradanhänger an. Dafür spricht zum einen, dass dieser im Handel als Fahrradanhänger bezeichnet wurde und als Kinderwagen bzw. Jogging-Buggy nur genutzt werden konnte, wenn man zusätzlich ein entsprechendes Umrüstset erwarb. Zum anderen war er im Entwendungszeitpunkt mit dem Fahrrad der Beschwerdeführerin verbunden und wurde somit von ihr als Fahrradanhänger genutzt. Deshalb geht ein durchschnittlicher verständiger Versicherungsnehmer nicht davon aus, dass der Beschwerdeführerin ein Kinderwagen entwendet worden sei.

Folglich war der Versicherer nach der Auffassung des Ombudsmanns nicht verpflichtet, den Schaden zu regulieren. Im Interesse der Streitbeilegung erklärte sich der Versicherer aber bereit, seiner Kundin entgegenzukommen und 360 Euro zu zahlen.

### **Kfz-Haftpflichtversicherung**

#### **Änderungsantrag ohne Antrag**

Ein Online-Versicherer bat einige seiner Versicherungsnehmer, unterjährig Angaben zu den Kilometerständen ihrer Fahrzeuge zu machen. Er verlangte von ihnen, ein Online-Formular mit der Überschrift „Änderungsantrag“ zu verwenden. Nicht alle Versicherungsnehmer kamen der Aufforderung nach. Einige lehnten dies ab, weil sie befürchteten, dass der Versicherer anhand der gefahrenen Kilometer Prognoseberechnungen zur Jahreslaufleistung anstellen könnte und unter Bezugnahme auf den genannten „Änderungsantrag“ unmittelbar die Prämie erhöhen würde. Der Versicherer beharrte aber auf seiner Anforderung und drohte für den Fall einer Nichtbefolgung Konsequenzen an. Mehrere Versicherungsnehmer beschwerten sich daraufhin.

Der Ombudsmann stellte in einem Schreiben an den Versicherer klar: „Wenn Ihre Kunden auf Ihre Aufforderung hin ihrer Obliegenheit nachkommen, Ihnen ihre Kilometerstände mitzuteilen, beantragen sie nichts. Eine Änderung des Tarifierungsmerkmals ‚Jahreslaufleistung‘ kann auch nicht zu einer Vertragsänderung im eigentlichen Sinne (mit der Folge einer Neutarifizierung) führen, sondern allenfalls zu einer Beitragsanpassung. Der Vertrag als solcher und der diesem zugrunde liegende Tarif bleiben unangetastet.“

Der Versicherer kam den Versicherungsnehmern entgegen und akzeptierte formlose Kilometerstandanzeigen per E-Mail, ohne diese zum Anlass für Vertragsänderungen zu nehmen. Außerdem sagte er zu, die Meldeformulare abzuändern und umzubenennen.

### **Restschuldversicherung**

Nach Auszahlung der Versicherungssumme noch Rückzahlung der Prämie?

Der Sinn sowie die Kosten-Nutzen-Relation von Restschuldversicherungen sind immer wieder einmal Gegenstand der öffentlichen Diskussion. Ein für den Ombudsmann neuer Beanstandungsgrund lag der Beschwerde einer Frau zugrunde, die im Oktober 2015 zusammen mit ihrem Ehemann einen Kredit beantragt und auf Empfehlung der Bank eine Restschuldversicherung auf ihrer beider Leben abgeschlossen hatte.

Nachdem die erste Kreditrate fällig geworden war, starb der Ehemann. Der Versicherer zahlte bedingungsgemäß 70 Prozent der Anfangsversicherungssumme als Todesfallleistung auf das Kreditkonto (rund 30.000 Euro). Der Anwalt der Beschwerdeführerin wandte sich gegen die Ablehnung des Versicherers, zusätzlich den „unverbrauchten Einmalbeitrag“ zu erstatten. Dieser sollte nach der vom Versicherer verwendeten Formel etwa 9.000 Euro betragen. Der Rechtsanwalt vertrat die Auffassung, es sei offensichtlich nicht billig und gerecht, wenn der Versicherer für zwei Monate Versicherungsschutz den gesamten Einmalbeitrag vereinnahmt. Der Ombudsmann konnte sich dem originellen Ansatz nicht anschließen. Da der Leistungsfall eingetreten war, der Vertrag damit endete und der Versicherer seine Leistung nach § 1 VVG erbracht hatte, konnte von einem nicht verbrauchten Teil des Einmalbeitrags nicht die Rede sein.

### **Hausratversicherung**

Wer ist der Dieb?

Der Beschwerdeführer machte gegenüber seinem Versicherer einen Einbruchdiebstahlschaden in Höhe von über 16.000 Euro geltend, der sich vier Tage nach Vertragsbeginn ereignet haben soll. Der Versicherer lehnte eine Entschädigung zunächst mit der Begründung ab, dass der erste Versicherungsbeitrag vom Konto des Beschwerdeführers nicht habe eingezogen werden können. Daher sei er nach § 37 Absatz 2 Satz 1 VVG nicht zur Leistung verpflichtet.

Der Ombudsmann wies den Versicherer jedoch darauf hin, dass dieser zusätzlich zur Erstprämie mit gleicher Abbuchung versucht hatte, die Prämie für den zweiten Monat vom Konto des Beschwerdeführers einzuziehen. In einem solchen Fall kann sich der Versicherer nach der Rechtsprechung und der juristischen Fachliteratur nicht auf Leistungsfreiheit berufen. Auch erschien fraglich, ob die Belehrung des Beschwerdeführers über die Rechtsfolgen einer unterlassenen Zahlung der Erstprämie in der vom Gesetzgeber geforderten qualifizierten Weise erfolgt war.

Der Versicherer zog daraufhin seine bisherige Begründung für die ablehnende Regulierungsentscheidung zurück. Stattdessen berief er sich nun darauf, dass weder der Einbruchdiebstahl noch die Schadenhöhe vom Beschwerdeführer nachgewiesen sei und er den Vortrag des Beschwerdeführers insgesamt anzweifle. Im Übrigen habe der Beschwerdeführer die EC-Karte des Regulierungsbeauf-



trugten, während dieser bei der Begutachtung der Wohnung kurzfristig das Bad des Beschwerdeführers aufgesucht habe, aus dessen Jackentasche entwendet. Mit dieser EC-Karte seien im Anschluss Einkäufe in verschiedenen Supermärkten und Möbelhäusern getätigt worden. Die dort gekauften Sachen seien bei einer späteren Hausdurchsuchung in der Wohnung des Beschwerdeführers aufgefunden worden, das entsprechende Ermittlungsverfahren laufe noch.

Der Rechtsanwalt des Beschwerdeführers erwiderte, dass der Vorfall für das Beschwerdeverfahren unerheblich sei. Außerdem habe der Beschwerdeführer den Regulierungsbeauftragten nicht bestohlen, sondern die EC-Karte zurückgeben wollen. Bei seinen Einkäufen habe er die EC-Karten dann versehentlich verwechselt. Das Strafverfahren sei gegen Zahlung eines Betrages in Höhe von 400 Euro abgeschlossen worden.

Der Ombudsmann bat den Beschwerdeführer mehrfach um die Übermittlung von Unterlagen wie beispielsweise Fotos und Rechnungen, welche den Einbruchdiebstahl sowie den vormaligen Besitz und den Wert des Stehlgutes belegen. Da der Beschwerdeführer dem nicht nachkam, beendete der Ombudsmann das Verfahren mit dem Hinweis auf die Beweislastverteilung und der Feststellung, dass der vom Beschwerdeführer behauptete Versicherungsfall weder dem Grunde noch der Höhe nach bewiesen war.

### **Kfz-Kaskoversicherung**

Es kommt auf jedes Wort an

In den Versicherungsbedingungen eines Vertrages war zu einem bestimmten Schadenereignis geregelt, dass unabhängig von einer vertraglichen Selbstbeteiligung eine zusätzliche Selbstbeteiligung von 500 Euro je Schadenereignis gilt. In einem entsprechenden Schadenfall einer Versicherungsnehmerin, deren Vertrag keine „allgemeine“ Selbstbeteiligung enthielt, brachte der Versicherer die „zusätzliche“ Selbstbeteiligung in Abzug. Die Versicherungsnehmerin wandte sich an den Ombudsmann, der dem Versicherer Folgendes mitteilte:

„Der Wortlaut ist insofern eindeutig. Durch das Wort ‚zusätzlich‘ wird die dort getroffene Regelung auf die Erhöhung einer vereinbarten Selbstbeteiligung begrenzt. Eine solche wurde jedoch gerade nicht vereinbart. Die Beschwerdeführerin hatte einen Teilkaskoversicherungsvertrag ohne Selbstbeteiligung abgeschlossen.“

Der Versicherer half daraufhin der Beschwerde ab.

### **Privathaftpflichtversicherung**

Kinder dürfen Produktbeschreibungen glauben

Ein 11-jähriger Junge hatte eine Häuserwand mit Farbe besprüht, die sich nicht rückstandsfrei entfernen ließ. Der Hauseigentümer forderte Schadenersatz. Der Haftpflichtversicherer wollte für den Schaden nicht aufkommen, da der Junge diesen vorsätzlich verursacht habe.

## 2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

In der Haftpflichtversicherung besteht bei vorsätzlicher Begehung kein Versicherungsschutz. Allerdings gilt die Besonderheit, dass auch der eingetretene Schaden vom Vorsatz umfasst sein muss. Daher hing der Versicherungsschutz von der Frage ab, ob der Junge damit rechnen musste, dass eine vollständige Reinigung nicht möglich war, und er trotzdem die Farbe aufsprühte.

Auf der Sprühdose stand, dass die Farbe abwaschbar sei. Zudem war das Alter des Jungen zu berücksichtigen. Deshalb kam der Ombudsmann zu der Auffassung, dass jedenfalls ein 11-Jähriger sich auf Produktbeschreibungen verlassen darf. Dieses Vertrauen auf die Richtigkeit der Angabe steht einem Schädigungsvorsatz entgegen. Der Versicherer half daraufhin der Beschwerde ab.

### **Lebensversicherung**

Wenn die Übersicht verloren geht

Die Lebensversicherung des Beschwerdeführers beinhaltete eine Berufsunfähigkeitszusatzversicherung (BUZ). Der vereinbarte Ablauftermin der Hauptversicherung lag im Jahr 2031. Die BUZ sollte dagegen bereits 2022 enden. Die Überschussmitteilungen der Jahre 2013 bis 2015 waren fehlerhaft, weil das bei Ablauf im Jahr 2031 garantierte Überschussguthaben darin viel zu hoch angegeben wurde. Der Versicherer hatte für die Ablaufleistungen im Jahre 2031 unter dem garantierten Überschussguthaben aus laufenden Überschussanteilen fälschlicherweise auch die mit dem Garantiezins verzinste Überschussanteile der BUZ berücksichtigt. Das Überschussguthaben wird jedoch nicht bis zum Ablauftermin 2031 verzinst, weil es nach der getroffenen Vereinbarung bereits 2022 ausgezahlt werden soll. Da das Überschussguthaben aber nicht nach Haupt- und Zusatzversicherung aufgeschlüsselt wurde, war dieser Fehler zunächst nicht erkennbar. 2016 korrigierte der Versicherer die Überschussmitteilung.

Mit den falschen Überschussmitteilungen hatte der Versicherer den Eindruck erweckt, dass die dort angegebenen garantierten Werte zum Ablauf unwiderruflich zur Auszahlung kommen. So findet sich in den mit den Standmitteilungen verschickten „Wegweiser durch die wichtigsten Zahlen und Begriffe“ der Hinweis, dass die bisher erreichten Überschussanteile in jedem Fall garantiert werden und nicht mehr sinken können.

Der Beschwerdeführer wollte vom Ombudsmann bestätigt haben, dass er Anspruch auf das hohe Überschussguthaben hat. Dafür kam es darauf an, ob den Werten in den Überschussmitteilungen verbindlicher Charakter zukommt, denn nach der vertraglichen Vereinbarung waren die Korrekturwerte aus 2016 richtig.

Für die Begründung eines vom Vertrag abweichenden Leistungsanspruchs gelten besonders hohe Anforderungen. In der Rechtsprechung wird überwiegend die Auffassung vertreten, dass es sich bei Standmitteilungen sowie bei Einzelauskünften des Versicherers zum Vertragsguthaben regelmäßig nicht um verbindliche Schuldversprechen oder Schuldanerkenntnisse handelt, sondern lediglich um Wissenserklärungen, mit denen der Versicherer seiner Unterrichtungspflicht nachkommt und eine unverbindliche Prognose über die erwartete Entwicklung des



eingesetzten Kapitals abgibt. In der Literatur wird dagegen vereinzelt die Auffassung vertreten, dass diese Rechtsprechung nicht gilt, wenn die Unverbindlichkeit nicht ausreichend klar dargelegt wurde. In den betreffenden Standmitteilungen fehlte nicht nur der Hinweis auf die Unverbindlichkeit; es war sogar von garantierten Werten die Rede.

Bedenken ergaben sich im Vergleich mit den Standmitteilungen aus den Jahren 2011 und 2012. Zum 1. Mai 2011 betrug das garantierte Überschussguthaben aus laufenden Überschussanteilen noch etwa 9.000 EUR. Ein Jahr später wurde es bereits mit etwa 20.000 Euro angegeben. Dies hätte dem Beschwerdeführer auffallen und seine Zweifel wecken müssen, so dass es zumindest fraglich war, ob er auf die mitgeteilten Werte vertrauen durfte.

Vor diesem Hintergrund unterbreitete der Ombudsmann einen Schlichtungsvorschlag. Danach sollte sich der Versicherer dazu bereit erklären, die Überschüsse aus der BUZ bis zum Ende des Hauptvertrages im Jahr 2031 mit dem Garantiezins der Hauptversicherung weiter zu verzinsen. Im Gegenzug verzichtet der Beschwerdeführer auf die vorzeitige Auszahlung der Überschüsse bei Ablauf der Berufsunfähigkeitszusatzversicherung im Jahre 2022.

Dieser Vorschlag wurde angenommen.

### **Gebäudeversicherung**

#### Gutachten mit Denkfehler

Auf dem Versicherungsgrundstück des Beschwerdeführers ereignete sich ein Rohrbruchschaden an einem Frischwasserzuleitungsrohr, das sich im Erdreich befand. Da das Rohr insgesamt sanierungsbedürftig war, ließ es der Beschwerdeführer auf der Gesamtlänge von 22 Metern austauschen. Der Versicherer beauftragte einen Sachverständigen mit der Feststellung der Schadenhöhe. Dieser kalkulierte die Kosten für die Reparatur der Bruchstelle mit 380 Euro. Da eine vertragliche Selbstbeteiligung von 500 Euro vereinbart war, lehnte der Versicherer eine Zahlung ab. Bei Prüfung des Gutachtens auf seine Schlüssigkeit durch den Versicherungsombudsmann fiel auf, dass der Sachverständige bei seiner Kalkulation nicht berücksichtigt hatte, dass es nicht nur um die Reparatur der Bruchstelle des Rohres ging, sondern dass die Bruchstelle zuerst noch hätte lokalisiert, freigelegt, repariert und dann die Baugrube wieder hätte verfüllt werden müssen. Aus vergleichbaren Schäden war dem Ombudsmann bekannt, dass die Kosten für eine solche partielle Reparatur sich auf 2.000 bis 3.000 Euro belaufen können. Er regte daher unter Berücksichtigung der Selbstbeteiligung eine vergleichsweise Erledigung mit einem Betrag von 2.000 Euro an. Damit waren sowohl der Versicherer als auch der Beschwerdeführer einverstanden.

### **Privathaftpflichtversicherung**

Gebrauch des Kraftfahrzeugs durch Radiohören?

Der Versicherungsnehmer hatte seinen Pkw geparkt und stieg aus, um kurz zur nahegelegenen Sparkasse zu gehen. Den Zündschlüssel ließ er stecken. Sein minderjähriger Sohn blieb im Fahrzeug zurück. Als dieser das Radio einschalten wollte, drehte er den Zündschlüssel versehentlich eine Stufe zu weit, so dass das Fahrzeug nach vorne rollte und gegen das davor geparkte Fahrzeug stieß.

Der Versicherer vertrat die Auffassung, der Schaden sei beim Gebrauch eines Kraftfahrzeugs entstanden und deshalb von der Kraftfahrtversicherung, nicht von der Privathaftpflichtversicherung zu decken. Das Fahrzeug befand sich nach Auffassung des Ombudsmanns jedoch nicht (mehr) im Gebrauch, da es geparkt und der Gebrauch des Fahrzeugs damit beendet wurde. Anders, so der Ombudsmann, könne ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer die Ausschlussklausel und den darin enthaltenen Gebrauchsbegriff bei verständiger Würdigung des Regelungszwecks nicht deuten. Das Risiko, das sich hier verwirklichte, bestand darin, dass der Beschwerdeführer den Zündschlüssel hatte stecken lassen und sein Kind im Auto zurückließ, ohne es zuvor darauf aufmerksam zu machen, den Zündschlüssel nicht anzufassen. Diese Auffassung vertrat auch das OLG Celle in einem vergleichbaren Fall. Der Versicherer half schließlich der Beschwerde ab.

### **Lebensversicherung**

Im Zweifel für die Schlichtung

Der Ehemann der Beschwerdeführerin hatte im Jahr 2006 eine Basisrentenversicherung mit einem jährlichen Beitrag von 20.000 Euro abgeschlossen. Die Rentenzahlungen sollten im Jahr 2016 beginnen. Zugunsten der Beschwerdeführerin wurde eine lebenslange Hinterbliebenenrente eingeschlossen, die bei Tod des Versicherungsnehmers vor Rentenbeginn monatlich garantiert etwas über 400 Euro betragen sollte.

Nachdem bei dem Ehemann der Beschwerdeführerin ein bösartiger Hirntumor festgestellt worden und mit seinem baldigen Tod zu rechnen war, suchte er mit der Beschwerdeführerin seinen Versicherungsvertreter auf. Kurz darauf beantragte er die Beitragsfreistellung des Vertrages, so dass 2014 kein Jahresbeitrag fällig wurde. Nach seinem Tod Anfang 2015 zahlte der Versicherer an die Beschwerdeführerin eine monatliche Garantierente von knapp 18 Euro. Dieser Betrag findet sich im Nachtrag des Vertrages.

Die Beschwerdeführerin wandte sich an den Ombudsmann, weil sie mit der Höhe der Hinterbliebenenrente nicht einverstanden war. Sie trug vor, der Vermittler habe ihrem Ehemann zur Beitragsfreistellung geraten. Nach den Abschlüssen hinsichtlich der Leistungen gefragt, habe der Vermittler nach Rücksprache mit der Zentrale geantwortet, dass die Beschwerdeführerin bei Tod ihres Ehemannes vor Rentenbeginn eine monatliche Garantierente von knapp 294,74 Euro erhalten werde. Tatsächlich wird dieser Betrag im Nachtrag genannt, aber bei Tod ihres Ehemannes nach Rentenbeginn. Die Beschwerdeführerin verwies darauf, dass ihr Ehemann und sie sich in dieser Zeit in einem mental sehr angespannten Zustand



befunden hätten. Wenn ihnen der Vermittler die richtige Höhe der Hinterbliebenenrente bei Tod des Versicherungsnehmers vor Rentenbeginn mitgeteilt hätte, wäre ihre Entscheidung anders ausgefallen.

Dem Versicherer war es nicht möglich, in der üblichen Frist eine Stellungnahme des Vermittlers zu erhalten. Zunächst verwies er darauf, dass der Ehemann der Beschwerdeführerin die Beitragsfreistellung beantragt habe. Später bot er an, in regelmäßigen Abständen beim Vermittler wegen der Stellungnahme nachzufragen und spätestens in zehn Monaten eine abschließende Entscheidung zu treffen. Dem Ombudsmann war zwar bewusst, dass die Lage für den Versicherer sehr misslich war, das Ombudsmannverfahren soll für den Verbraucher aber eine schnelle Klärung der Angelegenheit herbeiführen. Darüber hinaus sprach einiges dafür, dass sich der Vermittler bei den Beträgen für die Hinterbliebenenrente vertan hatte. Der ursprüngliche Vertrag sah eine nicht unerhebliche Absicherung der Ehefrau vor, was sich durch die Beitragsfreistellung grundlegend änderte. Es erschien zwar nicht ausgeschlossen, dass die Beschwerdeführerin und ihr Ehemann in dieser besonderen Situation das Geld für den Jahresbeitrag für andere Zwecke nutzen wollten. Dann wäre aber zu erwarten gewesen, dass der Vermittler es dokumentiert hätte, wenn er in Kenntnis der Tragweite der Beitragsfreistellung einen entsprechenden Hinweis gegeben hätte.

Erfreulicherweise erklärte sich der Versicherer im Ombudsmannverfahren zu einer gütlichen Einigung dahingehend bereit, die Beitragsfreistellung gegen Zahlung des letzten Jahresbeitrages (20.000 Euro) rückgängig zu machen.

### **Rechtsschutzversicherung**

Gemietetes Treppenhaus

Der Beschwerdeführer war als Mieter seiner Wohnung rechtsschutzversichert. Er machte einen Instandsetzungsanspruch gegenüber seinem Vermieter geltend. Dieser soll es pflichtwidrig unterlassen haben, das Treppenhaus zu streichen. Die Beschwerdegegnerin versagte den Versicherungsschutz mit der Begründung, dass das Treppenhaus nicht mitversichert sei.

Dieser Rechtsansicht konnte sich der Ombudsmann nicht anschließen. Nach seiner Prüfung bestand Versicherungsschutz.

Versichert war die rechtliche Interessenwahrnehmung aus einem Mietverhältnis in der Eigenschaft als Mieter gegenüber dem Vertragspartner. Der geltend gemachte Instandsetzungsanspruch betraf einen Anspruch aus dem Mietverhältnis. Zum einen standen sich bei dem Streit Mieter und Vermieter gegenüber und zum anderen betraf der geltend gemachte Anspruch den Mietvertrag, denn dieser erstreckte sich auch auf solche Gebäudeteile, die zum Zugang der Mieträume notwendig sind. Eine Einschränkung, wonach etwa Treppenhäuser, die den Zugang zur Mietwohnung erst ermöglichen, nicht mitversichert seien, enthielt der Versicherungsvertrag nicht.

Der Versicherer erteilte schließlich die Deckungszusage.

### **Privathaftpflichtversicherung**

#### Bauherrenpflicht oder Verkehrssicherungspflicht?

Im Zusammenhang mit einer Dachsanierung war ein Mitarbeiter der beauftragten Dachdeckerfirma auf eine Klappe getreten, die seinem Gewicht nicht standgehalten hatte, und verletzte sich durch den Sturz. Der Versicherer sah die Haftung als Bauherr gegeben, die nicht versichert war. Dies sah der Ombudsmann anders. Der Handwerker war zwar im Zusammenhang mit der Ausführung von Bauarbeiten auf dem Dach. Der Schaden entstand aber nicht durch die Ausführung von Bauarbeiten (Ableiten von Ziegeln während der Eindeckung, Stolpern über abgelagerte Baumaterialien o. Ä.), sondern dadurch, dass der Versicherungsnehmer bereits Jahre zuvor die Gefahrenquelle der ungesicherten Dachklappe gesetzt hatte. Diese Gefahrenquelle bestand unabhängig von dem Anlass der Begehung des Daches. Versicherungsschutz bestand zwar nicht für das sogenannte Bauherrenrisiko, jedoch für die gesetzliche Haftpflicht aus der Verletzung von Pflichten, die dem Versicherungsnehmer als Inhaber des Gebäudes obliegen. Exemplarisch waren hierfür die bauliche Instandhaltung, Beleuchtung und Reinigung in den Vertragsbedingungen aufgeführt. Auf den Hinweis des Ombudsmanns, dass die Haftung auf der Verletzung der Verkehrssicherungspflicht des Versicherungsnehmers und nicht seiner Bauherrenpflichten beruhte, half der Versicherer der Beschwerde ab.

### **Kfz-Kasko**

#### Keine Auslegung bei nicht auslegungsfähigem Wortlaut

Der Beschwerdeführer war in eine andere Region umgezogen. Er meldete sein Kfz um, konnte aber sein Kfz-Kennzeichen behalten. Dies ermöglichte eine am 1. Januar 2015 in Kraft getretene Gesetzesänderung. Der Versicherer nahm die Wohnsitzänderung zum Anlass, den Beitrag des Kraftfahrtversicherungsvertrages entsprechend dem von der Zulassungsstelle übermittelten Kreisgemeindeschlüssel zu erhöhen. Gegen diese Regionalklassenänderung und die damit verbundene Beitragserhöhung wandte sich der Beschwerdeführer und stützte sich dabei auf folgende, nicht an die Gesetzesänderung angepasste Klausel in den Versicherungsbedingungen:

„Für die Zuordnung zu den Regionalklassen ist das amtliche Kennzeichen des versicherten Fahrzeugs maßgebend. Bei einer Standortverlegung ist auf das Datum der Zuteilung des neuen Kennzeichens gemäß § 27 Abs. 2 StVZO abzustellen. (...)“

Der Ombudsmann entschied zugunsten des Beschwerdeführers, da sich das amtliche Kennzeichen durch den Umzug nicht geändert hatte und die Klausel darauf Bezug nimmt. Auch wenn Sinn und Zweck der Regionalisierung der Prämien der Risikoklasse für eine Anpassung an die neue Region sprach, bestand im Hinblick auf die klare und eindeutige vertragliche Regelung kein Raum für eine vom Wortlaut abweichende Auslegung zu Lasten des Versicherungsnehmers.



## 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 2016 hatte der Verein 292 (Vorjahr: 292) Mitglieder.

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

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

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



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

Die Tätigkeit des Versicherungsombudsmanns beruht inzwischen auf verschiedenen Grundlagen. Das Verhältnis zu den Mitgliedsunternehmen ist privatrechtlicher Natur. Die Versicherer, die dem Verein angehören, akzeptieren die Vereinssatzung sowie die Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns (VomVO). Damit ermöglichen sie ihren Kunden, Meinungsverschiedenheiten durch eine unabhängige Stelle klären zu lassen. Vorteile für die Beschwerdeführer sind beispielsweise, dass ihre etwaigen vertraglichen Ansprüche während der Prüfung durch den Ombudsmann nicht verjähren und der Spruch des Ombudsmanns unter bestimmten Voraussetzungen für die Versicherer verbindlich ist. Die Verbraucher können ohne bürokratischen Aufwand 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, sogenannte Fernabsatzverträge, zustande gekommen sind. Der Gesetzgeber hatte u. a. durch Änderungen im früheren Versicherungsvertragsgesetz (VVG) die Fernabsatzrichtlinie der Europäischen Union in Deutschland umgesetzt. Im reformierten VVG ist diese Tätigkeit der Schlichtungsstelle in § 214 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 geregelt. Diese Vorschrift bringt den Bezug zu Fernabsatzverträgen jedoch nicht so klar zum Ausdruck wie der frühere § 48e VVG.

Die zweite auf gesetzlicher Grundlage übertragene Aufgabe ist die Bearbeitung von Beschwerden über Versicherungsvermittler. Nach der Vermittlerrichtlinie der Europäischen Union (Richtlinie 2002/92/EG) hatten die Mitgliedsstaaten für die Einrichtung von Verfahren zu sorgen, die es Kunden ermöglichen, Beschwerden über Versicherungsvermittler einzulegen (Artikel 10), sowie die Einrichtung angemessener und wirksamer Beschwerde- und Abhilfeverfahren zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten zwischen Versicherungsvermittlern und Kunden zu fördern (Artikel 11). Der deutsche Gesetzgeber kam diesem Auftrag mit dem sogenannten Vermittlergesetz nach, das in wesentlichen Teilen zum 22. Mai 2007 in Kraft getreten ist. In dem seit 2008 reformierten VVG ist die Aufgabe in § 214 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 genannt. Der Versicherungsombudsmann e. V. ist danach eine anerkannte Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten zwischen Versicherungsvermittlern oder Versicherungsberatern und Versicherungsnehmern im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen. Die Mitgliederversammlung hat nach vorherigem Beschluss des Beirats eine eigene Verfahrensordnung für Beschwerden gegen Versicherungsvermittler

### 3 EINZELHEITEN ZUR SCHLICHTUNGSSTELLE

(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.

Seit August 2016 ist der Versicherungsombudsmann e. V. eine anerkannte Verbraucherschlichtungsstelle nach dem Verbraucherstreitbeilegungsgesetz (VSBG).

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

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



### 3.2 Organisation und Personal

Die Mitgliedsunternehmen haben den Ombudsmann mit der Durchführung der Beschwerdeverfahren betraut und ihn dafür mit Kompetenzen ausgestattet. Angesichts von jährlich rund 20.000 Eingaben kann er jedoch nicht jede Beschwerde selbst bearbeiten. Im Gegensatz zu einigen anderen größeren Einrichtungen der alternativen Streitbeilegung ist diese Kompetenz nicht auf mehrere Personen übertragen worden. Stattdessen stellt der Verein dem Ombudsmann geeignete Mitarbeiter und Sachmittel zur Verfügung, damit er seine Aufgabe erfüllen kann. Zwar sind alle Mitarbeiter des Vereins dem Geschäftsführer unterstellt, soweit es jedoch die Beschwerdebearbeitung betrifft, kommt dem Ombudsmann das fachliche Weisungsrecht zu; dies ist in § 13 der Satzung verankert. Zudem wird er bei der Einstellung und Entlassung von Mitarbeitern beteiligt. Mit der Vergabe von Zeichnungsrechten sowie Vorlagepflichten stellt der Ombudsmann sicher, dass die Beschwerden in der von ihm vorgegebenen Weise bearbeitet werden.

Die Beschwerdebearbeitung findet in zwei Bereichen des Vereins statt, nämlich im Servicecenter und in der juristischen Abteilung. Im Servicecenter des Versicherungsombudsmanns waren im Berichtsjahr 15 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 fällt, 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 unterstützten 21 juristische Referenten den Ombudsmann.

Weiter beschäftigt der Verein Mitarbeiter im Sekretariat und in der Verwaltung. Einschließlich der Teilzeit- und Aushilfskräfte waren zum Ende des Berichtsjahres 45 Personen beim Versicherungsombudsmann e. V. angestellt.

Die Mitarbeiter prüfen die Anliegen der Verbraucher sehr gründlich. Das geschieht zugleich effizient und mit moderner technischer Unterstützung. Eingesetzt wird ein EDV-Programm, das alle wichtigen Informationen zu einem Beschwerdeverfahren aufnimmt und sie den Mitarbeitern schnell und zuverlässig zugänglich macht. Diese Anforderungen erfüllt das eigens für die Schlichtungsstelle entwickelte EDV-Programm „Ombudat“. Es gewährleistet, dass keine wichtigen

### 3 EINZELHEITEN ZUR SCHLICHTUNGSSTELLE

Erkenntnisse verlorengehen und den Beteiligten des Beschwerdeverfahrens bei Bedarf zügig die zutreffende Auskunft erteilt werden kann. Ombudat unterstützt die Mitarbeiter bei allen Schritten der Beschwerdebearbeitung und informiert über sämtliche ein- und ausgehende Mitteilungen. Außerdem ermöglicht es den Referenten, frühere Beschwerdefälle zu finden, die bei einer aktuell anstehenden Entscheidung zu berücksichtigen sind. All das trägt zur hohen Qualität der Beschwerdebearbeitung bei, sorgt für die notwendige Effizienz und bewirkt zudem, dass die Schlichtungsstelle kostengünstig arbeitet. Durch die im Bericht enthaltene Gewinn-und-Verlust-Rechnung (siehe 3.10) und die aus der Statistik ersichtlichen Fallzahlen wird dies auch in der Öffentlichkeit transparent gemacht.

#### 3.3 Vereinsmitglieder und Mitgliederversammlung

Der Versicherungsombudsmann e. V. ist der Trägerverein der Schlichtungsstelle. Nach der Vereinssatzung (siehe 5.3) können der GDV und dessen Mitgliedsunternehmen in den Verein aufgenommen werden. Am 31. Dezember 2016 hatte der Verein 292 (Vorjahr: 292) Mitglieder. Vereinsbeitritte waren auch im Berichtsjahr zu verzeichnen. Ansonsten beruhen Veränderungen im Mitgliederbestand zumeist auf den Folgen von Fusionen, Übertragungen von Versicherungsbeständen und Neugründungen.

Die Mitglieder üben ihre Rechte in der Mitgliederversammlung aus, die zusammen mit dem Vorstand zu den Organen des Vereins gehört und mindestens einmal jährlich einberufen wird. Sie ist der Souverän des Vereins. Zu ihren Aufgaben zählen u. a. 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 Finanzbedarf, wie er sich aus dem von der Mitgliederversammlung genehmigten Wirtschaftsplan ergibt. Diese Umlage wird auf alle Mitglieder aufgeteilt, wobei die Beitragshöhe für jedes einzelne Mitglied vom Verhältnis der jährlichen Bruttobeitragseinnahmen aller Mitgliedsunternehmen zueinander abhängig ist. Darüber hinaus zahlen die Versicherungsunternehmen eine Fallpauschale für nach der VomVO zulässige Beschwerden (Einzelheiten dazu unter 3.10).

Am 22. November 2016 fand die ordentliche Mitgliederversammlung unter Leitung des Vorstandsvorsitzenden, Dr. Wolfgang Weiler, in Berlin statt. Nach den üblichen Berichten von Professor Günter Hirsch und Dr. Horst Hiort beschäftigten sich die Mitglieder mit der Überarbeitung der Vereinsregelwerke. Zur Vereinssatzung und in größerem Umfang zu den Verfahrensordnungen (VomVO und VermVO) lagen diverse Änderungsvorschläge vor, die überwiegend auf die Anpassung an das VSBG zurückzuführen waren (vgl. dazu 1.7). Die Versammlung nahm alle Vorschläge des Vorstands zur Satzung an und beschloss, diese neu zu fassen. Auch die Verfahrensordnungen wurden mit Wirkung zum 23. November 2016



neu gefasst. Die dazu notwendige Zustimmung des Beirats hatte das Gremium in seiner Sitzung am 10. November 2016 erteilt (vgl. 3.5). Anschließend wurde unter Bezugnahme auf die zuvor geänderte Satzung (§ 13 Absatz 2 Satz 2 und 3) der Vertreter des Ombudsmanns bestellt. Die Versammlung nahm, wie schon zuvor der Beirat, den Vorschlag des Vorstands an und wählte Heinz Lanfermann, Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung und Staatssekretär a. D., zum Vertreter des Ombudsmanns für Versicherungen.

Weiter genehmigten die Mitglieder den Jahresabschluss 2015 und entlasteten den Vorstand sowie den Geschäftsführer. Zudem beschlossen sie den vom Vorstand aufgestellten Wirtschaftsplan und die Mitgliederumlage für das Geschäftsjahr 2017, bevor die Neuwahl des Vorstands anstand, da die 4-jährige Amtsperiode im Berichtsjahr endete. Schließlich stand noch die Wahl der Vertreter der Mitglieder und der Vermittlerorganisationen im Beirat an. Alle Tagesordnungspunkte auf der Mitgliederversammlung wurden antragsgemäß entweder einstimmig oder mit großer Mehrheit beschlossen.

### **3.4 Vorstand, Geschäftsführung**

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

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

Die Amtsperiode des Vorstands begann am 14. November 2012 und endete daher im Berichtsjahr. Deshalb fand in der Mitgliederversammlung 2016 eine Neuwahl statt. Aus dem Gremium schieden Professor Dr. Wolfram Wrabetz und Ulrich-Bernd Wolff von der Sahl aus. Neu in den Vorstand gewählt wurden Thomas Flemming, Vorsitzender der Vorstände der Mecklenburgischen Versicherungsgruppe, Hermann Kasten, Vorstandsvorsitzender VGH Versicherungen, und Matthias Scheuber, Mitglied des Vorstands Allianz Versicherungs-AG. Die Zusammensetzung des Gremiums kann der Aufstellung im Anhang unter 5.6 entnommen werden. Den Vorsitz im Vorstand führt Dr. Wolfgang Weiler, Vorstandssprecher der HUK-COBURG Versicherungsgruppe.

Vorstandssitzungen fanden am 14. April und am 14. Juli 2016 jeweils in Berlin statt.

### 3 EINZELHEITEN ZUR SCHLICHTUNGSSTELLE

Der Vorstand stellte den Jahresabschluss des Vereins für das Geschäftsjahr 2015 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 2017. Weiter beschäftigte sich der Vorstand wie schon im Vorjahr mit der anstehenden Anpassung der Vereinsdokumente auf das VSBG und beriet über die Vorlagen des Geschäftsführers.

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

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

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

#### 3.5 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, sie wird jedoch vielfach als die bedeutendste des Beirats angesehen: Das Gremium sichert die Unabhängigkeit des Ombudsmanns in der Ausübung seiner Tätigkeit. Die Ungebundenheit des Ombudsmanns bei der Entscheidung von Beschwerden sowie seine von den Beschwerdeparteien wahrgenommene Neutralität sind unverzichtbar zur Erfüllung der Schlichtungsaufgabe. Die Satzung regelt die Unabhängigkeit grundlegend und uneingeschränkt: 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 Verbraucherorganisationen,



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 die Person des Ombudsmanns, in das von ihm geleitete Beschwerdeverfahren und in seine Entscheidungen. Dies ist die notwendige Voraussetzung dafür, dass der im Verfahren „Unterlegene“ zu der Überzeugung gelangt, dass sachliche Gründe für das Ergebnis ausschlaggebend waren und nicht Voreingenommenheit des Ombudsmanns.

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

Die Amtszeit der Beiratsmitglieder beträgt nach der Satzung fünf Jahre. Die aktuelle Beiratsperiode begann im Februar 2012.

Der Beirat besteht aus 27 Personen, darunter jeweils sieben Vertreter der Mitgliedsunternehmen sowie von Verbraucherorganisationen (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. – vzbv, Stiftung Warentest und der Bund der Versicherten e. V. – BdV). Zwei Vertreter der Versicherungsaufsicht, drei Vertreter der Wissenschaft sowie sechs Vertreter der Bundestagsfraktionen (SPD, CDU/CSU, Bündnis 90/Die Grünen und DIE LINKE.) und zwei Vertreter von Versicherungsvermittlerorganisationen vervollständigen den Beirat.

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

Der Beirat tagte am 10. November 2016 in Berlin. Er nahm zunächst den Bericht von Professor Hirsch entgegen und diskutierte Fragen und Probleme, die sich im Zusammenhang mit der Beschwerdebearbeitung gezeigt hatten. Anschließend berichtete Dr. Hiort über die Organisation, die Beschwerdestatistik und weitere Themen rund um die Schlichtungsstelle. Ein wesentlicher Tagesordnungspunkt war die Änderung der Vereinsdokumente im Hinblick auf das VSBG. Der Beirat nahm den Entwurf zur Neufassung der Satzung zur Kenntnis, weitere Mitwirkung war nicht erforderlich. Danach befasste er sich mit den Vorschlägen zu den Verfahrensordnungen und stimmte diesen uneingeschränkt zu. Dies

### 3 EINZELHEITEN ZUR SCHLICHTUNGSSTELLE

ist nach der Satzung zur wirksamen Änderung erforderlich. Mit dem Vorschlag, Heinz Lanfermann, Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung und Staatssekretär a. D., zum Vertreter des Ombudsmanns für Versicherungen zu bestellen, erklärte sich das Gremium einverstanden.

Weiter wählte das Gremium die Wissenschaftsvertreter für die nächste Beiratsperiode. Die Notwendigkeit dafür ergibt sich aus der Satzung. Danach wählt der amtierende Beirat die Vertreter der Wissenschaft für die folgende Amtszeit, § 12 Absatz 3 Satz 2 Satzung. In der Sitzung wählten die um die Wissenschaftsvertreter reduzierten Mitglieder des Beirats die amtierenden Vertreter erneut, so dass Professor Jürgen Basedow, Professorin Petra Pohlmann und Professor Andreas Richter auch in der nächsten Beiratsperiode, beginnend im Februar 2017, dem Gremium angehören werden.

Die Besetzung des Beirats änderte sich im Berichtsjahr wie folgt: Dr. Ulf Steenken folgte auf das langjährige Beiratsmitglied Dr. Heinz Siegel als Vertreter der Versicherungsaufsicht der Länder.

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



### 3.6 15-jährige Schlichtungstätigkeit

Der Ombudsman für Versicherungen nahm zum 1. Oktober 2001 seine Tätigkeit auf. Dementsprechend stand zum 1. Oktober 2016 das Jubiläum zum 15-jährigen Bestehen an. Aus diesem Anlass fand in Berlin ein Symposium statt, das unter dem Thema stand: „Der Verbraucher hat die Wahl: Richter oder Schlichter“.



v. l. n. r.:

Dr. Wolfgang Weiler, Klaus Müller, Prof. Dr. Günter Hirsch, Gerd Billen, Dr. Alexander Erdland

Dr. Wolfgang Weiler, Vorstandsvorsitzender des Versicherungsombudsmann e. V., führte durch die Veranstaltung und brachte in seiner Eröffnungsrede die Entwicklung der Schlichtungsstelle mit der Aussage auf den Punkt: „Versicherungsombudsmann: Die gelungene Umsetzung einer guten Idee“.

Danach sprach Gerd Billen, Staatssekretär im Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, über die Verbraucherschlichtung als rechtspolitische Aufgabe. Er gab das Statement ab: „Verbraucherschlichtung – das ist für Verbraucherinnen und Verbraucher ein einfacher, schneller und risikoloser Weg, ihre Rechte gegenüber Unternehmen geltend zu machen. Der unabhängige Schlichter sorgt für Vertrauen von Verbrauchern und Unternehmen.“

Klaus Müller, Vorstand Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv), äußerte sich zur Bedeutung der Streitschlichtung aus Sicht der Verbraucher. Er legte sich fest mit: „Gut gemachte Schlichtung, wie die des Versicherungsombudsmanns, ist ein Gewinn für die Durchsetzung individueller Verbraucherrechte. Unabhängig davon ist es im Interesse der Allgemeinheit, bestimmte Sachverhalte einer gerichtlichen Klärung zu unterziehen.“

### 3 EINZELHEITEN ZUR SCHLICHTUNGSSTELLE

Dr. Alexander Erdland, Präsident des Gesamtverbands der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V., erläuterte die Bedeutung der Streitschlichtung aus Sicht der Unternehmen. Die positiven Erfahrungen der Branche mit der Schlichtung zwischen Kunden und Unternehmen fasste er wie folgt zusammen: „Unser Fazit von 15 Jahren Versicherungsombudsmann ist klar und eindeutig: Die Streitschlichtung ist ein Gewinn für die Unternehmen und unsere Kunden.“

Professor Hirsch beschäftigte sich in der „Ziegenparabel“ mit Gerechtigkeit in der Konfliktlösung. An einem anschaulichen Beispiel (das auf der Webseite unter Presse/Sonstige Veröffentlichungen zur Verfügung steht) zeigte er, wie schwer es sein kann, eine interessengerechte Lösung zu finden. Schließlich appellierte er an die Richter, die außergerichtliche Streitbeilegung nicht als Konkurrenz zu sehen, und empfahl den Streitmittlern, die außergerichtliche Streitbeilegung nicht als gleichrangige Wahlmöglichkeit zur Gerichtsbarkeit anzusehen. Vielmehr komplettiere sie den Zugang zum Recht für begrenzte Sachverhalte. Das materielle Verbraucherschutzrecht brauche zu seiner Durchsetzung beides: einen effizienten gerichtlichen Rechtsweg und niederschwellige außergerichtliche Streitbeilegungsverfahren.

#### 3.7 Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Der Ombudsmann repräsentiert die Schlichtungsstelle in der Öffentlichkeit; durch ihn erhält sie ihr unverwechselbares Gesicht. Von 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, den Verbraucherorganisationen und der Rechtswissenschaft zur Verfügung gestellt wird, andererseits aus den Informationsangeboten auf der Webseite.

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

Im Übrigen geht die Initiative zur Berichterstattung regelmäßig von den Medienvertretern aus. Der Versicherungsombudsmann ist bei den Journalisten längst eine



festen Größe, wenn sie zu Versicherungsthemen recherchieren oder fundierte Aussagen einbeziehen wollen. Vielfach benötigen sie eine unabhängige Stellungnahme, nachdem sie von der Anbieterseite einerseits und von Verbraucherorganisationen andererseits verschiedene Standpunkte gehört haben. Im Ombudsmann finden sie einen Fachmann für Versicherungsrecht, der zudem die praktischen Auswirkungen für die Verbraucher und den Versicherungsmarkt kennt. Wieder gab es in diversen Radiosendungen Live-Mitschnitte sowie in Zeitschriften und Onlineartikeln Interviews und Stellungnahmen des Ombudsmanns. Professor Hirsch gab diverse Interviews, darunter für die ZDF-Sendung WISO und den Deutschlandfunk.

Die Diskussion über die außergerichtliche Streitbeilegung erreichte im Berichtsjahr ihren Höhepunkt, weil der Gesetzgebungsprozess des Richtlinienumsetzungsgesetzes, in dem das VSBG enthalten ist, 2016 abgeschlossen wurde. Am 25. Februar wurde es im Bundesgesetzblatt (BGBl.) verkündet, am 1. April traten seine verfahrensbezogenen Regelungen in Kraft. Viele Anfragen von Journalisten erreichten den Versicherungsombudsmann, da die Schlichtungsstelle im öffentlichen Diskurs oft als gelungenes Beispiel für Schlichtungsstellen bezeichnet wird.

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

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

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

### 3.8 Fachlicher Austausch

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

Auf Fachtagungen und Symposien wurden die Berichte und Erfahrungen des Versicherungsombudsmanns gern einbezogen. So hielt Professor Hirsch verschiedene Vorträge über alternative Streitbeilegung im Allgemeinen und die Arbeit des Versicherungsombudsmanns im Besonderen zum Beispiel beim Konstanzer Seminar zur Rechtsentwicklung und auf einer Fachtagung Recht des GDV. Außerdem nahm er an der Konferenz „ADR and Justice Conference“ der Universität Oxford, Großbritannien, teil. Dr. Hiort referierte auf einer Informationsveranstaltung des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz BMJV über die Erfahrungen als anerkannte Schlichtungsstelle. Über die Schlichtungstätigkeit informierte er auf der Tagung der Fachanwälte für Versicherungsrecht in Hamburg sowie auf einem Kongress der Generalagenten eines Versicherers.

Den Versicherungsombudsmann erreichen immer wieder Anfragen ausländischer Delegationen, die sich über die privat organisierte Schlichtungsstelle, den genauen Verfahrensablauf sowie die Erfahrungen informieren wollen. Zumeist handelt es sich um Vertreter staatlicher Stellen oder Verbände der örtlichen Versicherer, die an der Tätigkeit insgesamt oder bezogen auf einzelne Sparten interessiert sind. Nicht selten besteht der Anlass darin, dass im jeweiligen Heimatland Überlegungen zur Einrichtung oder zum Ausbau der außergerichtlichen Streitschlichtung angestellt werden. Im Berichtsjahr informierte sich eine Delegation von Verbraucherschützern aus der Türkei in der Schlichtungsstelle, die im Rahmen eines Projektes der Europäischen Kommission zur Förderung des türkischen Verbraucherschutzes nach Berlin gekommen waren, über die Beschwerdetätigkeit und die nationalen Rahmenbedingungen.

Soweit die Kapazitäten es zulassen, wird gerne jungen Menschen, die sich für eine Berufstätigkeit in der Versicherungswirtschaft entscheiden, die Gelegenheit gegeben, den Versicherungsombudsmann vor Ort kennen zu lernen. Im Berichtsjahr war eine Berufsschulklasse von Versicherungskaufleuten aus Leipzig zu Gast und bekam Einblick in die Streitbeilegungseinrichtung der Branche.

Regelr Austausch bestand auch wieder mit der Stiftung Warentest. Dr. Hiort nahm erneut an der Expertenrunde teil, in der die Themen der Zeitschrift Finanztest diskutiert werden, und brachte vor einem Produkttest von Rechtsschutzversicherungen die Erfahrungen des Ombudsmanns ein.



Seit vielen Jahren werden gute Kontakte zu Ombudsleuten und Verantwortlichen anderer Schlichtungsstellen (mit Schwerpunkt im Finanzdienstleistungsbereich) gepflegt. In diesem Zusammenhang fanden im Berichtsjahr vermehrt Treffen in unterschiedlicher Zusammensetzung statt, um gemeinsame Überlegungen im Hinblick auf das sich im Gesetzgebungsprozess befindliche VSBG anzustellen.

### 3.9 Gremienarbeit

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

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

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

Im FIN-NET (Netzwerk der Schlichtungsstellen für Finanzdienstleistungen) der Europäischen Kommission vertrat, wie schon in den Vorjahren, Dr. Hiort die Schlichtungsstelle. Zusammen mit Professor Hirsch nahm er an der FIN-NET-Tagung in Berlin teil, die im September erstmalig in Deutschland stattfand.

Eine neue Mitgliedschaft wurde im Berichtsjahr mit dem Beirat der Produktinformationsstelle Altersversorgung gGmbH (PIA) begründet. Sie ist die neutrale Stelle, die im Auftrag des Bundesministeriums der Finanzen die Chancen-Risiko-Klassifizierung der geförderten Altersvorsorgeprodukte übernimmt. Zudem soll die PIA die Berechnungsmethodik für die in dem Produktinformationsblatt aufgeführten Effektivkosten vorgeben. Dr. Hiort und K. Busch, juristische Referentin, vertreten den Versicherungsombudsmann in diesem Gremium.

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

#### 3.10 Finanzen

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

Die Fallpauschalen werden erhoben für Beschwerden, die gegen die Unternehmen eingelegt werden. Für nach der Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns zulässige, nicht ungeeignete Beschwerden wird nach Beendigung des Verfahrens eine Fallpauschale erhoben. Dabei kommt es nicht darauf an, ob die Beschwerde rechtlich begründet war. Die Einnahmen aus den Fallpauschalen decken die Kosten, die im Servicecenter des Vereins für die Unterstützung der Beschwerdeführer anfallen. Da sowohl diese Kosten als auch die Zahl der bearbeiteten Beschwerden variieren, wird die Höhe der Fallpauschalen jährlich neu vom Geschäftsführer festgesetzt. Die Pauschale betrug im Berichtsjahr für Beschwerden, die durch eine Entscheidung oder Empfehlung beendet wurden, 112,50 Euro, für auf andere Weise beendete Verfahren 75,00 Euro.

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

Den Jahresabschluss des Vereins für das Jahr 2016, dessen Bestandteil die dargestellte Gewinn-und-Verlust-Rechnung ist, hat der Geschäftsführer, Dr. Hiort, vorbereitet und der Vorstand per Beschluss aufgestellt. Dieser Abschluss wurde der Deloitte GmbH, Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (vormals Deloitte & Touche GmbH, Wirtschaftsprüfungsgesellschaft) vorgelegt. Die Wirtschaftsprüfer erstellten einen Bericht und erteilten darin den uneingeschränkten Bestätigungsvermerk. Jahresabschluss und Wirtschaftsprüfungsbericht sind den von den Mitgliedsunternehmen gewählten ehrenamtlichen Rechnungsprüfern vorzulegen.



<b>Gewinn-und-Verlust-Rechnung<sup>1</sup></b>	<b>2016</b> TEUR	<b>2015</b> TEUR
Mitgliedsumlagen einschließlich verrechneter Beitragsvorauszahlungen	2.815	2.708
Umsatzerlöse	1.136	1.022
Bestandsveränderung <sup>2</sup>	23	-2
Erträge aus Beteiligungen	0	53
Sonstige Zinsen und ähnliche Erträge	0	2
Sonstige Erträge	24	15
<b>Erträge</b>	<b>3.999</b>	<b>3.798</b>
Personalaufwand	2.736	2.573
Raumkosten	370	369
Honorare, Gutachten, Beiträge, Gebühren	391	371
Kommunikationskosten	70	66
Reise-, Sitzungs- und Tagungskosten	77	39
Abschreibung auf immaterielle Vermögenswerte des Anlagevermögens und Sachanlagen	28	39
Zinsen und ähnliche Aufwendungen	11	10
Sonstige Aufwendungen	82	74
Steuern von Einkommen und Ertrag	1	2
<b>Aufwendungen</b>	<b>3.766</b>	<b>3.542</b>
<b>Differenz Erträge und Aufwendungen</b>	<b>232</b>	<b>255</b>
Entnahme/Zuführung Abschreibungsrücklage	23	-8
Zuführung zur zweckgebundenen Rücklage	0	0
Entnahme Mitgliederguthaben	0	0
<b>Überschuss/Mitgliederguthaben</b>	<b>255</b>	<b>247</b>

**Anmerkungen:**

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

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

## 4 Statistik

### 4.1 Gesamtbetrachtung

In Abweichung zu den Vorjahren werden in den folgenden statistischen Betrachtungen die zulässigen Beschwerden in den Vordergrund gestellt. Dafür spricht zum einen, dass vor allem die Vorgänge von Interesse sind, die in den Zuständigkeitsbereich der Schlichtungsstelle fallen. Zufällige Ereignisse wie zum Beispiel die Beschwerden gegen Banken in den Jahren 2014/15 bleiben somit außen vor. Zum anderen hat sich im Laufe des Berichtsjahres die Zuständigkeit aufgrund der Anpassungen an das Verbraucherstreitbeilegungsgesetz (VSBG) verändert. Seitdem führen zeitgleiche Eingaben bei der BaFin nicht mehr zur (vorübergehenden) Unzulässigkeit. Außerdem kann sich der Beschwerdeführer nun auch parallel an den „Unternehmer“ (so die Begrifflichkeit im VSBG) und den Ombudsmann wenden. Als Folge werden weniger unzulässige Vorgänge registriert. Beide Faktoren verändern Werte, die nicht die eigentliche Tätigkeit der Schlichtungsstelle betreffen, so dass bei oberflächlicher Betrachtung falsche Schlüsse gezogen werden könnten. Der Blick auf die zulässigen Beschwerden ergibt insbesondere im Vergleich über mehrere Jahre ein aussagekräftiges Bild.

Im Jahr 2016 sind insgesamt 14.659 zulässige Beschwerden (Vorjahr: 13.805) bei der Schlichtungsstelle eingegangen. Gegenüber dem Vorjahr bedeutet dies eine Steigerung um 6,2 Prozent auf die bisher höchste Zahl seit Aufnahme der Schlichtungstätigkeit im Jahr 2001. Der Zuwachs betraf zwar sowohl Unternehmens- als auch Vermittlerbeschwerden, aufgrund der Verteilung ist der Anstieg jedoch hauptsächlich bei den Beschwerden gegen Versicherungsunternehmen zu verzeichnen.

4.225 (6.373) Eingaben konnten nicht dem Zuständigkeitsbereich der Schlichtungsstelle zugeordnet werden. Unter die unzulässigen Beschwerden fallen Vorgänge, die zwar als Beschwerden gegen Versicherungsunternehmen einzuordnen sind, für die der Ombudsmann jedoch nicht zuständig ist. Dies sind zum Beispiel Eingaben gegen ein Unternehmen, das nicht Vereinsmitglied ist, oder Beschwerden gegen private Krankenversicherer. Aber auch Vermittlerbeschwerden können unzulässig sein, zum Beispiel weil sich ein Vermittler über einen anderen beschwert. Darüber hinaus gibt es Eingaben, die schon deshalb nicht in das Stadium der zulässigen Verfahren kommen, weil der Beschwerdeführer nach Beschwerdeeinlegung notwendige weitere Handlungen unterlässt. Diese werden unter „fehlender Weiterverfolgung“ eingeordnet. Schließlich gibt es Vorgänge, die keinem der beiden Zuständigkeitsbereiche zugeordnet werden können, zum Beispiel eine Beschwerde gegen ein Versandunternehmen. Diese werden in der Statistik als „Anderweitige“ ausgewiesen.

Der starke Rückgang der nicht in den Zuständigkeitsbereich fallenden Eingaben ist auf die bereits erwähnten Effekte zurückzuführen. Er betraf zum einen die Unternehmensbeschwerden, hier gingen die unzulässigen Beschwerden von 4.600 auf 3.614 zurück, und zum anderen die als „Anderweitige“ bezeichneten Vorgänge, die sich von 1.548 auf 414 verringerten. Da der Maßstab des VSBG auch künftig gelten wird, ist zu erwarten, dass in den Folgejahren die unzulässigen Eingaben



bei den Unternehmensbeschwerden niedrig bleiben oder, weil das Gesetz unterjährig in Kraft getreten ist, noch weiter zurückgehen werden.

695 (649) Beschwerdeführer verfolgten ihre Beschwerde nicht weiter. Ein nicht geringer Teil dieser Fälle dürfte darauf zurückzuführen sein, dass sich zwischenzeitlich das Problem für den Verbraucher erledigt hat.

Bei der nachfolgenden Betrachtung der Versicherungssparten werden die zulässigen Beschwerden angegeben, darauf beziehen sich auch die Prozentangaben. Der Gesamteingang, also einschließlich der unzulässigen Eingaben der Sparte, steht in Klammern. Die Reihenfolge ergibt sich aus den prozentualen Veränderungen.

In der Entwicklung der Sparten fällt auf, dass die Beschwerden in der Rechtsschutzversicherung um weitere 36,4 Prozent auf 3.807 (4.136) gestiegen sind. Diesem Anstieg ging schon im Vorjahr ein Zuwachs von 32 Prozent voraus. Damit löst diese Sparte 2016 erstmals die Lebensversicherung als eingangsstärkste Sparte ab. Die Gründe dafür wurden in Kapitel 2 erläutert.

In der Kraftfahrzeugversicherung gab es unterschiedliche Entwicklungen. Die Beschwerden in der Kfz-Kaskoversicherung erhöhten sich weiter, wenngleich weniger stark als in den Vorjahren, auf nunmehr 969 (1.140) nach 887 im Jahr 2015. Dies entspricht einem Zuwachs von 9,2 Prozent. Dagegen sanken die Eingaben in der Kfz-Haftpflichtversicherung um 6,3 Prozent von 894 auf 838 (1.525). Der mit 55 Prozent niedrige Anteil an zulässigen Eingaben ist dadurch zu begründen, dass sich ein Teil der Beschwerden nicht auf den vertragsrechtlichen Anspruch bezieht. Auch wenn hierzu möglichst Erläuterungen abgegeben werden, bleiben diese Vorgänge doch unzulässig. Dieser Effekt tritt ebenso bei der später noch zu betrachtenden Allgemeinen Haftpflichtversicherung ein.

Die Eingaben in der Lebensversicherung veränderten sich nur gering. Im Berichtsjahr betrafen 3.707 (4.699) diese Sparte, nach 3.640 im Vorjahr.

Bei den nachfolgend erwähnten Sparten sank der Eingang der zulässigen Beschwerden gegenüber 2015. In der Berufsunfähigkeitsversicherung fiel der Rückgang mit elf Beschwerden gegenüber dem Vorjahr gering aus. Den Ombudsmann erreichten 383 (548) Eingaben. Der vergleichsweise höhere Anteil von unzulässigen Vorgängen ist unter anderem auf die Beschwerdewertgrenze von 100.000 Euro zurückzuführen, die in dieser Sparte gelegentlich überschritten wird. Die als „Sonstige“ in der Statistik geführten Beschwerden beinhalten kleinere Sparten, wie die Reiseversicherungen und solche Beschwerden, die mehrere Sparten betreffen, weil es sich beispielsweise um kombinierte Verträge handelt. Während 2015 dazu 1.478 Beschwerden eingingen, erhielt der Ombudsmann hierzu im Berichtsjahr 1.420 (1.961). Der Rückgang in der Hausratsversicherung betrug 4,7 Prozent, so dass 793 (910) nach zuvor 832 Eingaben den Ombudsmann erreichten. Die Allgemeine Haftpflichtversicherung, zu der vor allem die Privat- und die Tierhalterhaftpflichtversicherung zählen, verzeichnete 615 (1.121) Eingaben,

was einem Rückgang von 4,8 Prozent entspricht. Der hohe Anteil unzulässiger Vorgänge ist darauf zurückzuführen, dass vom Ombudsmann ausschließlich das Versicherungsverhältnis geprüft wird und nicht die Schadenersatzansprüche. Der prozentual hohe Rückgang der Vorgänge in der Sparte Realkredit ist auf den hohen Basiswert im Vorjahr zurückzuführen, der auf der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH) zu den Bearbeitungsentgelten beruht. Ohnehin ist bei der Betrachtung zu berücksichtigen, dass die Zuständigkeit für Realkreditverträge erst im Jahr 2013 begründet wurde, weil es sich nicht um eine Versicherungssparte handelt. Es bestehen daher noch keine langjährigen Erfahrungen und Vergleichswerte. Im Berichtszeitraum erreichten die Schlichtungsstelle 111 Beschwerden, davon waren 79 zulässig. Im Vorjahr waren es 529 Eingänge, davon waren 196 zulässig.

Im Berichtsjahr wurden 14.288 (Vorjahr: 14.014) zulässige Beschwerden abschließend bearbeitet. Zusammen mit den unzulässigen und von den Beschwerdeführern nicht weiterverfolgten Vorgängen wurden 19.115 Verfahren beendet. Die durchschnittliche Verfahrensdauer der zulässigen Beschwerden konnte auf 2,8 (Vorjahr: 3,0) Monate gesenkt werden und bleibt somit auf einem erfreulich niedrigen Niveau.

#### 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 vor der neuen Zuständigkeit den unzulässigen Unternehmensbeschwerden zugeordnet. Jetzt gehören sie der Kategorie „Anderweitige“ an.

Bei Betrachtung der Statistik ist zu berücksichtigen, dass Beschwerden im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen gegen gebundene Vermittler in der Regel die Voraussetzungen der VomVO, der Verfahrensordnung für Unternehmensbeschwerden, erfüllen, da sich das Beschwerdeziel gegen den Versicherer richtet. Solche Eingaben wurden überwiegend nach der für den Beschwerdeführer vorteilhaften VomVO behandelt, es sei denn, er machte deutlich, dass er ausschließlich ein Verhalten des Vermittlers beanstanden wollte.



Dementsprechend sind in den Unternehmensverfahren auch Beschwerden gegen Vermittler enthalten, die jedoch nicht als solche ausgewiesen werden. Deshalb gilt es bei der Rubrik „Vermittlerverfahren“ zu bedenken, dass die unter diesem Begriff ausgewerteten Beschwerden nur einen Teil der Beschwerden gegen Vermittler darstellen.

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

### 4.3 Beschwerden gegen Versicherungsunternehmen

Von den 14.659 (Vorjahr: 13.805) im Berichtsjahr eingegangenen zulässigen Beschwerden betrafen 14.522 (13.705) die Kategorie Unternehmensbeschwerden, was einem Zuwachs von 6,0 Prozent entspricht. Damit setzte sich im langjährigen Vergleich der Anstieg dieser Beschwerden fort (nach einem Plus von 7,7 und 1,6 Prozent in den Vorjahren).

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

14.172 (13.922) zulässige Beschwerden gegen Versicherungsunternehmen wurden im Berichtsjahr beendet. In 665 (635) 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.

487 (384) Verfahren konnten nicht in der Sache entschieden werden, da die endgültige Bewertung von Fragen abhing, für deren Klärung sich das vereinfachte Ombudsmannverfahren nicht eignete (§ 8 VomVO in der Fassung bis zum 22. November 2016) bzw. deren Behandlung den effektiven Betrieb der Schlichtungsstelle ernsthaft beeinträchtigen würde (§ 9 VomVO in der Fassung vom 23. November 2016, vergleiche hierzu auch die Ausführungen unter 1.7). Zwar änderte sich während des Berichtszeitraums die maßgebliche Vorschrift, da jedoch deren Voraussetzungen und Zielrichtungen Ähnlichkeiten aufweisen, können die Fallgruppen in der Statistik zusammen betrachtet werden.

Von den übrigen 13.685 (13.538) Verfahren beendete der Ombudsmann 8.511 (8.637) Fälle mit einer Entscheidung oder Empfehlung. In 3.287 (3.256) Verfahren half das Versicherungsunternehmen ab. Das bedeutet, der Versicherer rückte von der vom Beschwerdeführer beanstandeten Entscheidung ganz oder teilweise ab.

#### 4 STATISTIK

Ein beiderseitiges Entgegenkommen, also ein Vergleich, kam in 889 (748) Fällen zustande. In 998 (897) Verfahren zog der Beschwerdeführer seine Beschwerde zurück.

In 3.548 (4.543) Fällen musste der Ombudsmann die Befassung mit der Beschwerde ablehnen. Die Zulässigkeitsfrage ist nach der hierfür geltenden Verfahrensordnung (VomVO) zu entscheiden. Beschwerden, mit denen sich der Ombudsmann nicht befassen kann, sind zum Beispiel:

- 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 an den Ombudsmann wenden, ohne die Entscheidung bei dem betroffenen Versicherungsunternehmen zu beanstanden. Dann bittet der Ombudsmann den Beschwerdeführer, dem Unternehmen die Möglichkeit zur Klärung zu geben. Dahinter steht der Gedanke, dass Meinungsverschiedenheiten möglichst auf der niedrigsten Konfliktstufe beendet werden sollen. Gelingt dies, entsteht ein Streit erst gar nicht. Hilft jedoch der Versicherer der Beschwerde nicht ab oder erhält der Beschwerdeführer keine Antwort, fällt dieses Verfahrenshindernis weg und der Ombudsmann kann tätig werden.

Im Berichtsjahr hatten 46,9 (44,3) 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.

Ein Erfolg kann sich in diesen Fällen aber auch auf der Seite des Versicherers einstellen, denn die hohe Quote kommt überwiegend durch Abhilfen zustande. Wenn der Versicherungsnehmer das Entgegenkommen des Versicherers erkennt und deshalb mit ihm das Vertragsverhältnis fortsetzt, kann dies auch zum Vorteil des Versicherers sein.

Beschwerden aus der Lebensversicherung haben zwangsläufig vergleichsweise geringere Erfolgsaussichten. Sie richten sich oft gegen Standmitteilungen, die Höhe der Überschüsse oder gegen die Ablaufleistungen. Der Ombudsmann kann diesbezügliche Anliegen der Beschwerdeführer durchaus nachvollziehen, denn



die Darstellungen sind für Verbraucher oft unklar oder missverständlich. Auch können die mitgeteilten Werte enttäuschen, wenn sie unter den Erwartungen liegen. Sie sind jedoch in der Regel weder hinsichtlich der Berechnung noch unter rechtlichen Gesichtspunkten zu beanstanden. Die Erfolgsquote in der Lebensversicherung bewegte sich bis einschließlich 2011 unter 20 Prozent. 2012 lag sie mit 23,3 Prozent erstmals darüber und erreichte 2013 den Höchststand von 34,0 Prozent. Dieser Anstieg beruht maßgeblich auf der Entwicklung der Rechtsprechung sowie deren Umsetzung durch die Unternehmen und wurde im Bericht 2013 an gleicher Stelle kommentiert. Seit 2014 sinkt die Quote wieder. Im Berichtsjahr waren 23,2 (24,1) Prozent in dem beschriebenen Sinn erfolgreich.

Nicht in diese Statistik fließt ein, ob der Beschwerdeführer nach Erläuterung durch den Ombudsmann die Entscheidung seines Versicherers versteht und akzeptiert. Dieser „Gewinn an Erkenntnis“ stellt sich erfahrungsgemäß sehr häufig ein, er lässt sich statistisch jedoch nicht erfassen. Gleichwohl tragen solche Verfahrensergebnisse maßgeblich dazu bei, dass der Ombudsmann seinen Auftrag als Schlichter erfüllt, wie es die Vereinsatzung in § 13 Absatz 3 (Fassung vom 22. November 2016) vorsieht. Danach soll der Ombudsmann in bestimmten Fällen die Beilegung des Streits durch Bescheidung mit verständlicher Erläuterung der Rechtslage fördern. Eine befriedende Wirkung tritt in aller Regel ein, wenn die zuvor unzufriedene Partei nach der Prüfung 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: Beschwerzt 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 Absatz 4 vorsieht. Dies ist zum einen für derartige Fälle ein ungeeigneter Maßstab, zum anderen würde eine darauf gerichtete Bewertung nicht die Beilegung des Streits fördern.

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. Da eine juristische Bewertung nicht in Betracht kommt, wird bei den Vermittlerbeschwerden zwischen justiziablen und nicht justiziablen Beschwerdegegenständen unterschieden. Diese Differenzierung ist dem Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsunternehmen fremd. Solche Unterschiede zwischen Vermittler- und Unternehmensbeschwerden gilt es bei Betrachtung der statistischen Darstellung zu bedenken. Zudem ist zu 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 344 (Vorjahr: 336) Eingaben in diesem Zuständigkeitsbereich erhalten. Das entspricht einem leichten Anstieg von 2,4 Prozent gegenüber dem Vorjahr.

Die nachfolgenden Ausführungen betreffen ausschließlich die im Geschäftsjahr beendeten (in Abgrenzung zu den eingegangenen) Vermittlerbeschwerden. Bei der Betrachtung ist daher zu berücksichtigen, dass 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.

329 (326) Vermittlerbeschwerden beendete der Ombudsmann im Berichtsjahr. In 12 (13) Fällen haben die Beschwerdeführer ihr Anliegen nicht weiterverfolgt. 201 (221) 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 40 (43) Prozent ein fehlender Zusammenhang mit einer Vertragsvermittlung. Zweithäufigste Fallgruppe waren mit 25 (32) Prozent sonstige Unzulässigkeitsgründe, gefolgt von Verfahren, deren maßgeblicher Sachverhalt sich vor dem 22. Mai 2007 ereignete, also vor Übertragung der Aufgabe durch den Gesetzgeber. Hiervon waren 20 (11) Prozent der unzulässigen Vermittlerbeschwerden betroffen. Diese Kategorie fiel letztmalig an, da wegen des in Kraft getretenen VSBG und der geänderten VermVO dieser Unzulässigkeitsgrund im Laufe des Jahres weggefallen ist. Die ausgewiesenen Vorgänge betreffen Eingaben, die vor der Änderungswirkung beendet wurden bzw. den Ombudsmann erreicht haben.

Von den beendeten Beschwerden fielen 116 (92) in den Aufgabenbereich der Vermittlerbeschwerden. Sie wurden danach unterschieden, ob der Beschwerdegegenstand einer rechtlichen Prüfung zugänglich, also justizierbar war. In diesem Fall suchte der Ombudsmann nach Ansätzen für eine Schlichtung. Bei 4,3 (10,9) Prozent der als zulässig beendeten Beschwerden kam ein Vergleich zustande. Ansonsten versuchte der Ombudsmann, die Partei, deren Auffassung



er nicht teilen konnte, von seinem Prüfungsergebnis zu überzeugen. Darauf sind Abhilfen zurückzuführen, die 6,0 (10,9) Prozent ausmachten, und Rücknahmen mit einem Anteil von 3,5 (4,2) Prozent. In 75,0 (62,0) Prozent dieser Fälle bewertete der Ombudsmann gegenüber den Parteien die Beschwerde abschließend.

Beschwerden, die zwar den Aufgabenbereich betrafen, jedoch nicht justizierbar waren, machten einen Anteil von 8,6 (12,0) 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 justizierbaren, wurden „beantwortet“, wie dies in § 214 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) vorgesehen ist. 25,0 (35,3) 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, lässt sich nicht immer feststellen.

## 4 STATISTIK

### 4.5 Tabellen und Grafiken

#### 1. Gesamtbetrachtung der Eingänge im Berichtsjahr

Diese Auswertungen geben die im Jahr **2016 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*

	2016	2015	2014	2013	2012
Beschwerden gesamt	19.579	20.827	19.897	18.740	17.263
Veränderung zum Vorjahr	- 6 %	+ 4,7 %	+ 6,2 %	+ 8,6 %	- 2,7 %
Zulässige Beschwerden	14.659	13.805	12.815	12.614	11.616
Veränderung zum Vorjahr	+ 6,2 %	+ 7,7 %	+ 1,6 %	+ 8,6 %	- 5,2 %
Unzulässige Beschwerden	4.225	6.373	6.398	5.523	5.128
Veränderung zum Vorjahr	- 33,7 %	- 0,4 %	+ 15,8 %	+ 7,7 %	+ 5,7 %
Keine Weiterverfolgung durch Beschwerdeführer	695	649	684	603	519
Veränderung zum Vorjahr	+ 7,1 %	- 5,1 %	+ 13,4 %	+ 16,2 %	- 16,6 %

##### *Eingang zulässiger Beschwerden im Vergleich zum Vorjahr*

	2016	2015	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Leben	3.707	3.640	+ 67	+ 1,8
Rechtsschutz	3.807	2.791	+ 1.016	+ 36,4
Kfz-Haft	838	894	- 56	- 6,3
Kfz-Kasko	969	887	+ 82	+ 9,2
Gebäude	1.237	1.208	+ 29	+ 2,4
Unfall	811	839	- 28	- 3,3
Hausrat	793	832	- 39	- 4,7
Allgemeine Haftpflicht	615	646	- 31	- 4,8
Berufsunfähigkeit	383	394	- 11	- 2,8
Realkredit	79	196	- 117	- 59,7
Sonstige*	1.420	1.478	- 58	- 3,9
<b>Gesamt</b>	<b>14.659</b>	<b>13.805</b>	<b>+ 854</b>	<b>+ 6,2</b>

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



### Entwicklung der Eingänge nach Zuständigkeitsbereichen

	2016	2015	2014	2013	2012
Unternehmensbeschwerden	18.821	18.943	17.965	17.935	16.468
Veränderung zum Vorjahr	- 0,6 %	+ 5,4 %	+ 0,2 %	+ 8,9 %	- 2,5 %
Vermittlerbeschwerden	344	336	354	363	396
Veränderung zum Vorjahr	+ 2,4 %	- 5,1 %	- 2,5 %	- 8,3 %	- 11,8 %
Anderweitige	414	1.548	1.578	442	399
Veränderung zum Vorjahr	- 73,3 %	- 1,9 %	+ 257,0 %	+ 10,8 %	- 0,2 %
<b>Gesamt</b>	<b>19.579</b>	<b>20.827</b>	<b>19.897</b>	<b>18.740</b>	<b>17.263</b>
Veränderung zum Vorjahr	- 6,0 %	+ 4,7 %	+ 6,2 %	+ 8,6 %	- 2,7 %

### Verteilung der zulässigen Unternehmensbeschwerden nach Sparten

	2016 in Prozent	2015 in Prozent	2014 in Prozent	2013 in Prozent	2012 in Prozent
Leben	25,0	26,3	29,1	34,2	32,8
Rechtsschutz	26,2	20,3	16,6	17,0	17,5
Kfz-Haft	5,8	6,4	5,8	6,8	7,5
Kfz-Kasko	6,6	6,4	5,2	4,7	4,4
Gebäude	8,5	8,8	9,4	7,9	8,2
Unfall	5,6	6,1	7,2	7,2	7,3
Hausrat	5,4	6,1	6,4	6,2	6,0
Allgemeine Haftpflicht	4,2	4,7	4,9	4,6	4,9
Berufsunfähigkeit	2,6	2,9	3,2	3,8	3,7
Realkredit*	0,5	1,4	1,3	-	-
Sonstige**	9,6	10,6	10,9	7,6	7,7

\* Mit Wirkung zum 21. November 2013 hat der Ombudsmann die Zuständigkeit für Beschwerden zu einem Realkredit erhalten (vgl. Jahresbericht 2013, Seite 16). Damit lagen 2014 erstmals Daten über ein vollständiges Jahr vor.

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

### Verteilung der zulässigen Vermittlerbeschwerden nach Sparten

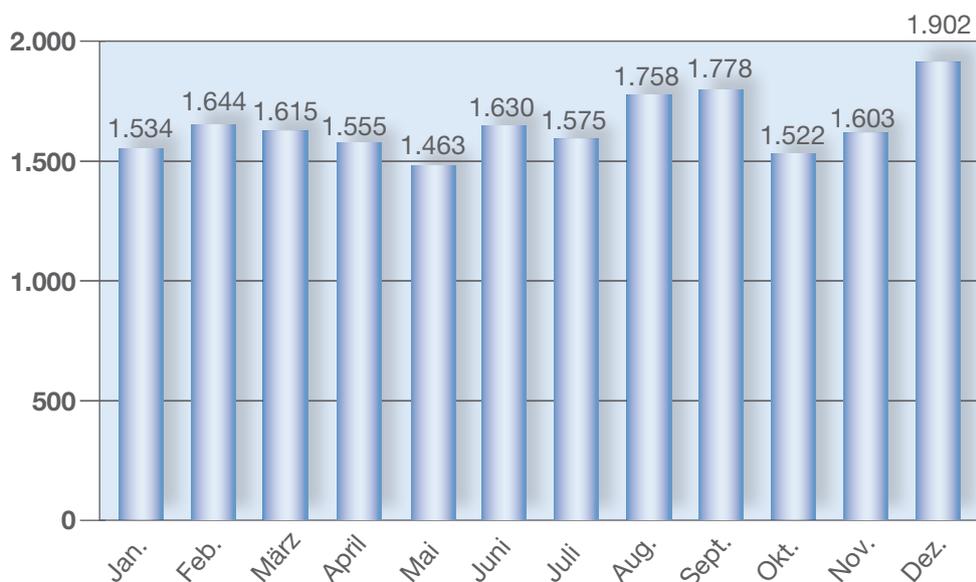
	2016 in Prozent	2015 in Prozent	2014 in Prozent	2013 in Prozent	2012 in Prozent
Leben	55,4	36,0	45,9	51,9	46,9
Rechtsschutz	5,1	5,0	1,2	6,3	7,5
Kfz-Haft	2,2	16,0	7,1	12,7	12,8
Kfz-Kasko	3,7	6,0	4,7	1,3	1,0
Gebäude	2,2	3,0	4,7	3,8	1,0
Unfall	1,4	1,0	1,2	1,3	3,2
Hausrat	5,8	2,0	5,9	2,5	3,2
Allgemeine Haftpflicht	3,7	7,0	3,5	3,8	1,0
Berufsunfähigkeit	3,7	4,0	5,9	3,8	6,4
Sonstige*	16,8	20,0	19,9	12,6	17,0

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

**Verteilung nach Aufgabenbereichen und Zulässigkeit\***

2016	gesamt	zulässig	unzulässig	keine Weiterverfolgung
Unternehmensbeschwerden	18.821	14.522	3.614	685
Anteil in Prozent	100,0	77,2	19,2	3,6
Vermittlerbeschwerden	344	137	197	10
Anteil in Prozent	100,0	39,8	57,3	2,9
Anderweitige	414	0	414	0
Anteil in Prozent	100,0	0,0	100,0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>19.579</b>	<b>14.659</b>	<b>4.225</b>	<b>695</b>
Anteil in Prozent	100,0	74,9	21,6	3,5

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

**Beschwerdeeingänge 2016 dargestellt nach Monaten****Kommunikationseingänge zu den Beschwerden**

	2016	2015	2014	2013	2012
Telefon	9.379	9.637	9.944	9.032	9.330
Anteil in Prozent	10,5	10,9	12,1	11,3	12,8
Brief	49.276	51.237	47.449	50.804	45.617
Anteil in Prozent	55,2	58,0	58,0	63,6	62,4
Fax	10.794	10.931	9.861	7.861	7.755
Anteil in Prozent	12,1	12,4	12,1	9,8	10,6
E-Mail	19.785	16.515	14.568	12.220	10.337
Anteil in Prozent	22,2	18,7	17,8	15,3	14,2
<b>Gesamt</b>	<b>89.234</b>	<b>88.320</b>	<b>81.822</b>	<b>79.917</b>	<b>73.039</b>



## 2. Gesamtbetrachtung der 2016 beendeten Beschwerden

Diese Auswertungen geben die im Jahr **2016 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

	2016	2015	2014	2013	2012
Zulässige Beschwerden	14.288	14.014	12.515	12.630	12.188
Unzulässige Beschwerden	4.150	6.318	6.326	5.558	5.026
Keine Weiterverfolgung durch Beschwerdeführer	677	648	666	615	521
<b>Gesamt</b>	<b>19.115</b>	<b>20.980</b>	<b>19.507</b>	<b>18.803</b>	<b>17.735</b>

### Verteilung der Beschwerden nach der Höhe des Beschwerdewerts

	2016 in Prozent	2015 in Prozent	2014 in Prozent	2013 in Prozent	2012 in Prozent
Bis 5.000 €	79,5	84,4	85,1	84,4	82,9
Bis 10.000 €	12,2	7,7	6,9	7,6	7,6
Bis 20.000 €	3,5	3,6	3,3	3,2	3,9
Bis 100.000 €	4,8	4,3	4,7	4,8	5,6

### Durchschnittliche Dauer der Beschwerdeverfahren

	2016 in Monaten	2015 in Monaten	2014 in Monaten	2013 in Monaten	2012 in Monaten
Zulässige Beschwerden	2,8	3,0	2,9	2,7	3,5
Unzulässige Beschwerden	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
<b>Beschwerden gesamt*</b>	<b>2,2</b>	<b>2,1</b>	<b>2,0</b>	<b>1,9</b>	<b>2,5</b>

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

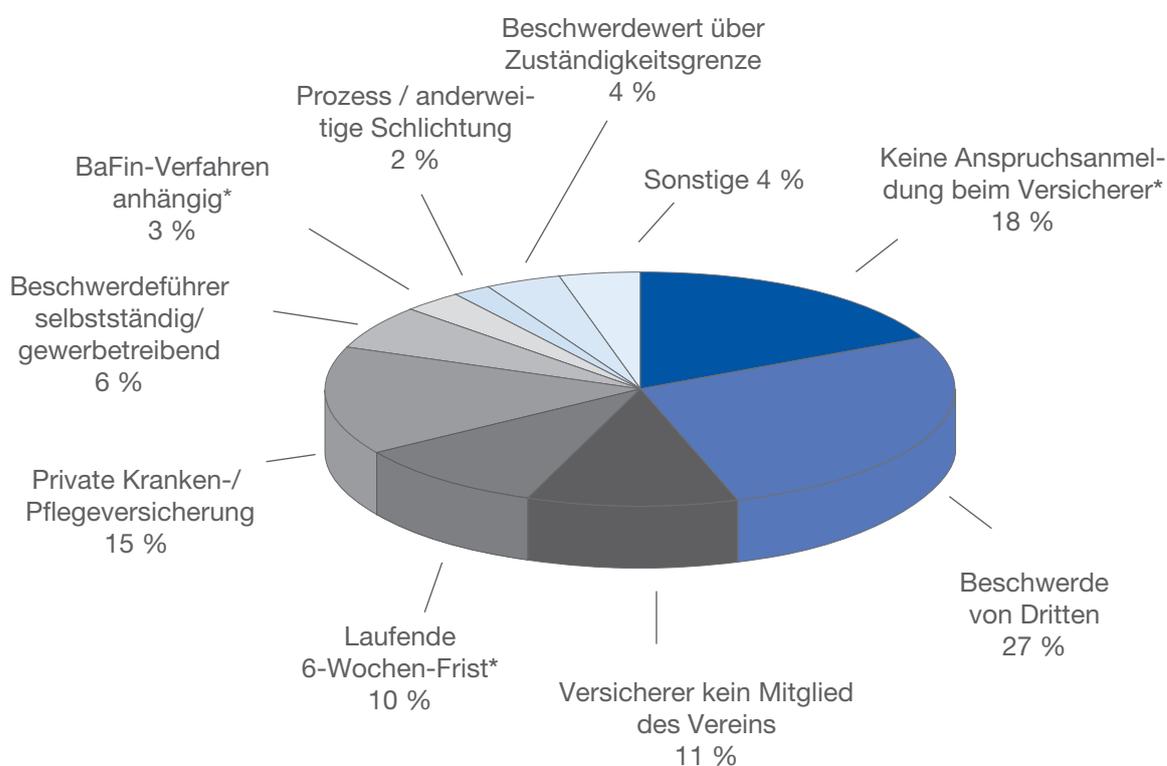
### 3. Unternehmensbeschwerden

Diese Auswertungen geben die im Jahr **2016 beendeten Beschwerden** wieder, die nach der Verfahrensordnung für Beschwerden gegen Versicherungsunternehmen (VomVO) bearbeitet wurden. Erläuterungen dazu enthält 4.3.

#### Beendete Beschwerden

	absolut	in Prozent
Zulässige Beschwerden	14.172	77,1
Unzulässige Beschwerden	3.548	19,3
Keine Weiterverfolgung durch Beschwerdeführer	665	3,6
<b>Gesamt</b>	<b>18.385</b>	<b>100,0</b>

#### Verteilung der Unzulässigkeitsgründe von Unternehmensbeschwerden



\* Diese Tatbestände wurden durch die Anpassung der VomVO an das VSBG im Berichtsjahr verändert bzw. sind weggefallen.



### Verteilung der Beendigungsarten von zulässigen Beschwerden je Sparte in Prozent

	Entscheidung	Empfehlung	Abhilfe	Vergleich	Ungeeignet*	Rücknahme
<b>Leben</b>	64,5	12,1	11,0	4,2	4,9	3,3
Veränderung zum Vorjahr	- 4,9	+ 1,3	- 1,2	+ 2,1	+ 2,5	- 0,2
<b>Rechtsschutz</b>	50,9	1,6	31,1	4,2	4,7	7,5
Veränderung zum Vorjahr	- 3,8	- 0,4	+ 2,5	+ 0,6	+ 1,0	+ 0,1
<b>Kfz-Haft</b>	52,5	0,0	27,8	6,3	0,2	13,2
Veränderung zum Vorjahr	- 1,7	- 0,1	- 1,7	+ 2,6	- 0,2	+ 1,1
<b>Kfz-Kasko</b>	57,2	3,4	27,0	3,0	1,5	7,9
Veränderung zum Vorjahr	+ 5,3	+ 1,1	- 2,1	- 3,2	- 0,8	- 0,3
<b>Gebäude</b>	58,6	6,6	18,8	8,2	0,6	7,2
Veränderung zum Vorjahr	+ 1,7	+ 0,1	- 0,2	- 2,1	- 1,2	+ 1,7
<b>Unfall</b>	64,5	1,3	16,4	9,3	0,0	8,5
Veränderung zum Vorjahr	- 3,4	+ 0,1	- 0,2	+ 1,7	- 0,3	+ 2,1
<b>Hausrat</b>	50,2	5,1	16,7	17,8	2,7	7,5
Veränderung zum Vorjahr	- 10,0	- 0,6	+ 0,9	+ 8,1	- 1,3	+ 2,9
<b>Allg. Haftpflicht</b>	59,2	0,3	24,5	7,5	0,4	8,1
Veränderung zum Vorjahr	+ 1,4	- 0,7	- 0,9	- 1,1	- 0,9	+ 2,2
<b>Berufsunfähigkeit</b>	19,3	43,2	10,9	4,2	16,0	6,4
Veränderung zum Vorjahr	- 0,3	+ 1,8	- 2,4	+ 1,3	- 0,7	+ 0,3
<b>Realkredit</b>	22,1	31,5	7,4	7,4	15,8	15,8
Veränderung zum Vorjahr	- 26,3	+ 28,0	- 15,3	+ 1,8	+ 12,0	- 0,2
<b>Sonstige</b>	33,4	4,1	41,5	9,6	2,1	9,3
Veränderung zum Vorjahr	+ 4,0	+ 2,2	- 7,9	+ 1,4	+ 0,4	- 0,1
<b>Gesamt</b>	<b>53,8</b>	<b>6,3</b>	<b>23,2</b>	<b>6,3</b>	<b>3,4</b>	<b>7,0</b>
Veränderung zum Vorjahr	- 2,3	- 0,3	- 0,2	- 0,9	+ 0,7	+ 0,6

\* Zur Abweisung als ungeeignet siehe 4.3.

### Erfolgsquote der zulässigen Unternehmensbeschwerden\*

Verfahrensausgang zugunsten der Beschwerdeführer					
	2016	2015	2014	2013	2012
	in Prozent				
Leben	23,2	24,1	28,3	34,0	23,3
Übrige Sparten	46,9	44,3	42,1	43,7	36,4

\* Zur Bewertung der Erfolgsquote siehe 4.3.

#### 4 STATISTIK

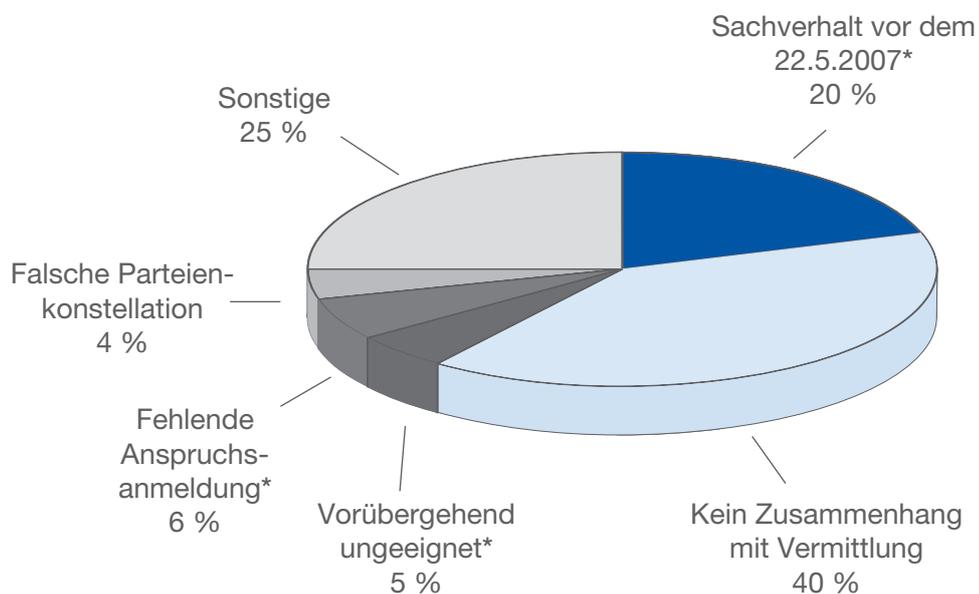
##### 4. Vermittlerbeschwerden

Diese Auswertungen geben die im Jahr **2016 beendeten Beschwerden** wieder, die in Ausübung der Aufgabe nach § 214 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 VWG bearbeitet wurden. Erläuterungen dazu enthalten 4.2 und 4.4.

##### *Beendete Beschwerden*

	Absolut	In Prozent
Zulässige Beschwerden	116	35,3
Unzulässige Beschwerden	201	61,1
Keine Weiterverfolgung durch Beschwerdeführer	12	3,6
<b>Gesamt</b>	<b>329</b>	<b>100,0</b>

##### *Verteilung der Unzulässigkeitsgründe von Vermittlerbeschwerden*



\* Diese Tatbestände wurden durch die Anpassung der VermVO an das VSBG im Berichtsjahr verändert bzw. sind weggefallen.



### Verteilung der Beendigungsarten von zulässigen Beschwerden in Prozent\*

	Bewertung	Abhilfe	Vergleich	Abweisung	Rücknahme	Gesamt
Justiziabel	75,0	6,0	4,3	2,6	3,5	91,4
Veränderung zum Vorjahr	+ 13,0	- 4,9	- 6,6	+ 2,6	- 0,7	+ 3,4
Nicht justiziabel	0,0	1,7	0,0	0,0	6,9	8,6
Veränderung zum Vorjahr	- 1,1	+ 0,6	0,0	0,0	- 2,9	- 3,4
<b>Gesamt</b>	<b>75,0</b>	<b>7,7</b>	<b>4,3</b>	<b>2,6</b>	<b>10,4</b>	<b>100,0</b>
Veränderung zum Vorjahr	+ 11,9	- 4,3	- 6,6	+ 2,6	- 3,6	0,0

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

### Erfolgsquote der zulässigen Vermittlerbeschwerden\*

	2016 in Prozent	2015 in Prozent	2014 in Prozent	2013 in Prozent	2012 in Prozent
Verfahrensausgang zugunsten der Beschwerdeführer	25,0	35,3	36,0	24,4	22,2

\* Zur Bewertung der Erfolgsquote siehe 4.4.

## 5 Anhang

Die folgenden Angaben beziehen sich auf den Stand zum Ende des Berichtsjahres 2016. Die aktuellen Daten sind im Internet unter [www.versicherungsombudsmann.de](http://www.versicherungsombudsmann.de) einzusehen oder können bei der Geschäftsstelle erfragt werden.

### 5.1 Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns (VomVO)

Stand: 23. November 2016

#### Präambel

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

#### § 1 Anwendungsbereich

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

#### § 2 Zulässigkeit der Beschwerde

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

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

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

betrifft oder das Bestehen eines solchen Vertrages zum Gegenstand hat.

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

(4) Ein Verfahren vor dem Ombudsmann findet nicht statt

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

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



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

### **§ 3 Einlegung der Beschwerde**

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

### **§ 4 Vertretung**

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

### **§ 5 Prüfung der Zulässigkeit**

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

### **§ 6 Grundsätze des Verfahrens**

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

### **§ 7 Ablauf des Verfahrens**

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



### **§ 8 Beschwerden im Zusammenhang mit mathematischen Berechnungen**

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

### **§ 9 Ungeeignete Beschwerden**

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

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

kann der Ombudsmann die Durchführung oder Fortführung des Verfahrens ablehnen.

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

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

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

### **§ 10 Verfahrensbeendigung**

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

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

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

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

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

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

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

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

### **§ 11 Bindungswirkung des Bescheids**

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

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

### **§ 12 Hemmung der Verjährung**

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



nachgeholt hat, gilt die Verjährung ab dem Zeitpunkt der ersten Beschwerdeeinlegung als gehemmt. Gesetzliche Verjährungsregelungen bleiben unberührt.

(2) Sofern wegen des Anspruchs auf die Versicherungsprämie des Vertrags, der durch die Beschwerde betroffen ist, das Mahnverfahren eingeleitet wurde, wird das Versicherungsunternehmen auf Veranlassung des Ombudsmanns das Ruhen des Mahnverfahrens bewirken.

### **§ 13 Zinsen**

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

### **§ 14 Kosten des Verfahrens**

(1) Das Verfahren ist für den Beschwerdeführer kostenfrei.

(2) Die Beteiligten des Verfahrens haben ihre eigenen Kosten selbst zu tragen. Diese können nicht zum Gegenstand des Verfahrens gemacht werden.

### **§ 15 Besondere Verfahren**

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

(2) Bei unselbständigen Niederlassungen hat das Hauptunternehmen sicherzustellen, dass der Vertrag, der Gegenstand des Ombudsmannverfahrens ist, in den von der Niederlassung geführten Bestand sowie in den Kompetenzbereich des Ombudsmanns fällt.

### **§ 16 Verschwiegenheit**

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

(2) Geschäftsgeheimnisse des Beschwerdegegners werden den Verfahrensbeteiligten gegenüber nicht offenbart. Der Ombudsmann berücksichtigt die insoweit fehlende Verteidigungsmöglichkeit des Beschwerdegegners im Rahmen seiner Beweiswürdigung.

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

Stand: 23. November 2016

### § 1 Anwendungsbereich

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

(2) Beschwerdebefugt sind auch Verbraucherschutzverbände.

### § 2 Ablehnungsgründe

- (1) Der Ombudsmann lehnt die Durchführung eines Verfahrens ab, wenn
1. die Streitigkeit nicht in die Zuständigkeit nach dieser Verfahrensordnung fällt,
  2. die Streitigkeit Ansprüche aus einem Kranken- oder Pflegeversicherungsvertrag zum Gegenstand hat,
  3. der Beschwerdeführer den Anspruch noch nicht beim Beschwerdegegner geltend gemacht hat,
  4. die Beschwerde offensichtlich ohne Aussicht auf Erfolg ist oder mutwillig erscheint, insbesondere weil
    - (a) der Anspruch bei Beschwerdeeinlegung bereits verjährt war und der Beschwerdegegner sich auf die Verjährung beruft,
    - (b) die Streitigkeit bereits beigelegt ist oder
    - (c) zu der Streitigkeit ein Antrag auf Prozesskostenhilfe bereits mit der Begründung zurückgewiesen worden ist, dass die beabsichtigte Rechtsverfolgung keine hinreichende Aussicht auf Erfolg bietet oder mutwillig erscheint,
  5. eine Verbraucherschlichtungsstelle bereits ein Verfahren zur Beilegung der Streitigkeit durchgeführt hat oder die Streitigkeit bei einer anderen Verbraucherschlichtungsstelle anhängig ist,
  6. ein Gericht zu der Streitigkeit bereits eine Sachentscheidung getroffen hat oder die Streitigkeit bei einem Gericht anhängig ist, es sei denn, das Gericht ordnet nach § 278a Absatz 2 der Zivilprozessordnung im Hinblick auf das Verfahren vor der Verbraucherschlichtungsstelle das Ruhen des Verfahrens an,
  7. die Behandlung der Streitigkeit den effektiven Betrieb der Schlichtungsstelle ernsthaft beeinträchtigt, insbesondere weil
    - (a) der Sachverhalt oder rechtliche Fragen sich nur mit einem unangemessenen Aufwand klären lassen oder
    - (b) komplexe Tatsachenfeststellungen mit Beweisaufnahme erforderlich sind oder
    - (c) eine grundsätzliche Rechtsfrage, die für die Bewertung der Streitigkeit erheblich ist, nicht geklärt ist.
- (2) Der Ombudsmann teilt dem Beschwerdeführer und, sofern die Beschwerde bereits an den Beschwerdegegner übermittelt worden ist, auch diesem die Ableh-

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



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

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

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

### **§ 3 Einlegung der Beschwerde**

(1) Verfahrenssprache ist Deutsch.

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

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

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

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

### **§ 4 Vertretung**

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

### **§ 5 Grundsätze des Verfahrens**

(1) Der Ombudsmann antwortet auf jede Beschwerde.

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

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

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

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

### **§ 6 Ablauf des Verfahrens**

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

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

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

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

### **§ 7 Verfahrensbeendigung**

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

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

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

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

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

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



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

### **§ 8 Kosten des Verfahrens**

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

(2) Der Ombudsmann kann von dem Versicherungsvermittler oder -berater, der zur Teilnahme an dem Verfahren bereit oder verpflichtet ist, ein angemessenes Entgelt verlangen.

(3) Die Beteiligten des Verfahrens haben ihre eigenen Kosten selbst zu tragen. Diese können nicht zum Gegenstand des Verfahrens gemacht werden.

### **§ 9 Verschwiegenheit**

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

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

### 5.3 Satzung des Vereins Versicherungsombudsmann e. V.

Beschlossen auf der Mitgliederversammlung vom 22. November 2016

Der Verein ist anerkannte Verbraucherschlichtungsstelle nach dem Verbraucherstreitbeilegungsgesetz

#### § 1 Name und Sitz des Vereins

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

#### § 2 Zweck

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

#### § 3 Mitglieder

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

#### § 4 Beschwerdeverfahren

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

#### § 5 Pflichten der Mitglieder

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

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



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

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

## **§ 6 Organe des Vereins**

Organe des Vereins sind der Vorstand und die Mitgliederversammlung.

## **§ 7 Vorstand, Geschäftsführung**

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

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

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

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

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

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

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

### **§ 8 Mitgliederversammlung**

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

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

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

### **§ 9 Außerordentliche Mitgliederversammlung**

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

### **§ 10 Beschlussfassung der Mitgliederversammlung**

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

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

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

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

### **§ 11 Aufgaben der Mitgliederversammlung**

Die Mitgliederversammlung hat insbesondere folgende Aufgaben:

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



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

## § 12 Beirat

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

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

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

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

(5) Der Beirat hat die folgenden Aufgaben:

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

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

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

### **§ 13 Aufgaben des Ombudsmanns**

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

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

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

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

### **§ 14 Wahl des Ombudsmanns**

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

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

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

### **§ 15 Persönliche Voraussetzungen des Ombudsmanns**

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



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

### **§ 16 Finanzierung**

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

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

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

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

### **§ 17 Rechnungsprüfer, Jahresabschluss und Rechnungsprüfung**

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

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

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

### **§ 18 Ehrenamtlichkeit**

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

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

### **§ 19 Auflösung des Vereins**

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

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

## 5 ANHANG

### 5.4 Stellvertreter des Ombudsmanns

**Heinz Lanfermann**  
Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung

### 5.5 Mitglieder des Beirats

*(Stand zum 31.12.2016)*

#### Vertreter der Verbraucherorganisationen

**Beate-Kathrin Bextermöller**  
Stiftung Warentest

**Lars Gatschke**  
Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)

**Andreas Gernt**  
Verbraucherzentrale Niedersachsen e. V.

**Andrea Heyer**  
Verbraucherzentrale Sachsen e. V.

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

**Susanne Meunier**  
Stiftung Warentest

**Jochen Weisser**  
VerbraucherService Bayern im KDFB e. V.

#### Vertreter der Wissenschaft

**Prof. 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 Versicherung



**Vertreter des  
öffentlichen Lebens**

**Michael Hennrich**

Mitglied des Bundestags, CDU/CSU

**Susanna Karawanskij**

Mitglied des Bundestags, DIE LINKE.

**Nicole Maisch**

Mitglied des Bundestags, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

**Mechthild Rawert**

Mitglied des Bundestags, SPD

**Dennis Rohde**

Mitglied des Bundestags, SPD

**Max Straubinger**

Mitglied des Bundestags, CDU/CSU

**Vertreter der  
Vereinsmitglieder**

**Dr. Alexander Erdland**

Vorsitzender des Vorstands  
Wüstenrot & Württembergische AG

**Dr. Jörg Frhr. Frank von Fürstenwerth**

Vorsitzender der Geschäftsführung  
Gesamtverband der Deutschen  
Versicherungswirtschaft e. V.

**Gerhard Müller**

Vorsitzender der Vorstände  
Sparkassen-Versicherung Sachsen

**Dr. Norbert Rollinger**

Vorsitzender des Vorstands  
R+V Allgemeine Versicherung AG

**Christoph Schmallenbach**

Vorsitzender der Vorstände  
AachenMünchener Versicherungen

**Dr. Wolfgang Weiler**

Sprecher der Vorstände  
HUK-COBURG Versicherungsgruppe

**Vertreter der  
Versicherungsaufsicht**

**Rainer Schacht**  
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)

**Dr. Ulf Steenken**  
Vorsitzender des Arbeitskreises der  
Versicherungsaufsichtsbehörden der Länder  
Finanzministerium des Landes  
Nordrhein-Westfalen

**Vertreter der  
Versicherungsvermittler**

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

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

**In der Amtsperiode  
ausgeschieden:**

**Dr. Alexander Vollert (07.04.)**  
damals Vorsitzender des Vorstands, Allianz Versicherungs-AG

**Dr. Heinz Siegel (27.05.)**  
ehemals Finanzministerium des Landes Nordrhein-Westfalen



## 5.6 Mitglieder des Vorstands, Geschäftsführer

(Stand zum 31.12.2016)

### Vorstand

**Dr. Wolfgang Weiler** (Vorsitzender des Vereinsvorstands)

Sprecher der Vorstände

HUK-COBURG Versicherungsgruppe

**Dr. Alexander Erdland**

Vorsitzender des Vorstands

Wüstenrot & Württembergische AG

**Thomas Flemming**

Vorsitzender der Vorstände

Mecklenburgische Versicherungsgruppe

**Dr. Jörg Frhr. Frank von Fürstenwerth**

Vorsitzender der Geschäftsführung

Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V.

**Hermann Kasten**

Vorsitzender der Vorstände

VGH Versicherungen

**Uwe Laue**

Vorsitzender der Vorstände

Debeka-Versicherungsgruppe

**Dr. Norbert Rollinger**

Vorsitzender des Vorstands

R+V Allgemeine Versicherung AG

**Mathias Scheuber**

Mitglied des Vorstands

Allianz Versicherungs-AG

### Geschäftsführer

**Dr. Horst Hiort**

In der Amtsperiode  
ausgeschieden:

**Dr. Alexander Vollert (07.04.)**

damals Vorsitzender des Vorstands, Allianz Versicherungs-AG

**Ulrich-Bernd Wolff von der Sahl (22.11.)**

Vorsitzender des Vorstands

SV Sparkassenversicherung Holding AG

**Prof. Dr. Wolfram Wrabetz (22.11.)**

Hauptbevollmächtigter und Vorsitzender der Vorstände i. R.

Helvetia Versicherungen in Deutschland

## 5 ANHANG

### 5.7 Mitglieder des Vereins

(Stand zum 31.12.2016)

- A** AachenMünchener Lebensversicherung AG  
AachenMünchener Versicherung AG  
ACE European Group Ltd., Direktion für Deutschland  
ADLER Versicherung AG  
Advocard Rechtsschutzversicherung AG  
Aegon Niederlassung Deutschland der Aegon Ireland plc  
AGILA Haustierversicherung AG  
AIG Europe Limited, Direktion für Deutschland  
Aioi Nissay Dowa Insurance Company of Europe Limited, Niederlassung Deutschland  
Aioi Nissay Dowa Life Insurance of Europe AG  
Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse AG  
Allianz Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft  
Allianz Pensionsfonds AG  
Allianz Pensionskasse AG  
Allianz Versicherungs-AG  
AllSecur Deutschland AG  
ALTE LEIPZIGER Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit  
ALTE LEIPZIGER Pensionsfonds AG  
ALTE LEIPZIGER Pensionskasse Aktiengesellschaft  
ALTE LEIPZIGER Versicherung AG  
Amlin Europe N. V., Direktion für Deutschland  
Ammerländer Versicherung VVaG  
ARAG Allgemeine Versicherungs-Aktiengesellschaft  
ARAG Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft  
ARAG SE  
ASSTEL Sachversicherung AG  
Assurant Allgemeine, Zweigniederlassung der Assurant General Insurance Limited  
Athene Lebensversicherung AG  
AUXILIA Rechtsschutz-Versicherungs-AG  
AXA Art Versicherung AG  
AXA easy Versicherung AG  
AXA France IARD S.A.  
AXA France VIE S.A.  
AXA Lebensversicherung AG  
AXA Life Europe dac  
AXA Versicherung AG
- B** Baden-Badener Versicherung AG  
Badische Rechtsschutzversicherung AG  
Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG  
Barmenia Lebensversicherung a. G.  
Basler Leben AG, Direktion für Deutschland  
Basler Lebensversicherungs-AG



- B** Basler Sachversicherungs-AG  
Bayerische Beamten Lebensversicherung a. G.  
Bayerische Beamten Versicherung AG  
Bayerische Hausbesitzer-Versicherungs-Gesellschaft a. G.  
Bayerische Landesbrandversicherung Aktiengesellschaft  
Bayerischer Versicherungsverband Versicherungsaktiengesellschaft  
Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG  
BD24 Berlin Direktversicherung AG  
BGV-Versicherung AG  
Bruderhilfe Sachversicherung AG im Raum der Kirchen
- C** Canada Life Assurance Europe plc Niederlassung für Deutschland  
Cardif Allgemeine Versicherung, Zweigniederlassung für Deutschland  
Cardif Lebensversicherung, Zweigniederlassung für Deutschland  
Chubb Insurance Company of Europe SE, Niederlassung für Deutschland  
CNA Insurance Company Limited, Direktion für Deutschland  
Concordia oeco Lebensversicherungs-AG  
Concordia Versicherungs-Gesellschaft auf Gegenseitigkeit  
Condor Allgemeine Versicherungs-Aktiengesellschaft  
Condor Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft  
Continental Lebensversicherung AG  
Continental Sachversicherung AG  
Cosmos Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft  
Cosmos Versicherung Aktiengesellschaft  
Credit Life AG
- D** DA Deutsche Allgemeine Versicherung Aktiengesellschaft  
DARAG Deutsche Versicherungs- und Rückversicherungs-AG  
Debeka Allgemeine Versicherung Aktiengesellschaft Sitz Koblenz am Rhein  
Debeka Lebensversicherungsverein a. G. Sitz Koblenz am Rhein  
Debeka Pensionskasse AG  
Delta Direkt Lebensversicherung AG München  
DEURAG Deutsche Rechtsschutz-Versicherung AG  
Deutsche Ärzteversicherung Aktiengesellschaft  
Deutsche Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft  
Deutsche Steuerberater-Versicherung Pensionskasse des steuerberatenden Berufs VVaG  
DEVK Allgemeine Lebensversicherungs-AG  
DEVK Allgemeine Versicherungs-AG  
DEVK Deutsche Eisenbahn Versicherung Lebensversicherungsverein a. G.  
DEVK Deutsche Eisenbahn Versicherung Sach- und HUK-Versicherungsverein a. G.  
DEVK Rechtsschutz-Versicherungs-AG  
DFV Deutsche Familienversicherung AG  
Dialog Lebensversicherungs-AG  
Direct Line Versicherung AG  
DIREKTE LEBEN Versicherung AG  
DMB Rechtsschutz-Versicherung AG  
DOCURA VVaG  
Domestic & General Insurance PLC Versicherungsgesellschaft, Direktion für Deutschland

## 5 ANHANG

- E** ERGO Direkt Lebensversicherung AG  
ERGO Direkt Versicherung AG  
ERGO Lebensversicherung AG  
ERGO Pensionskasse AG  
ERGO Versicherung AG  
Europ Assistance Versicherungs-AG  
EUROPA Lebensversicherung AG  
EUROPA Versicherung AG
- F** Fahrlehrerversicherung Verein auf Gegenseitigkeit  
Familienfürsorge Lebensversicherung AG im Raum der Kirchen  
Feuer- und Einbruchschadenkasse der BBBank VVaG  
Feuersozietät Berlin Brandenburg Versicherung Aktiengesellschaft  
Financial Assurance Company Limited Lebensversicherung (Teil von AXA) NL Deutschland  
Financial Insurance Company Limited (Teil von AXA) Niederlassung Deutschland  
Frankfurter Lebensversicherung AG  
Friends Life Limited  
FWU Life Insurance Lux S. A. Niederlassung Deutschland
- G** GARANTA Versicherungs-AG  
Gartenbau-Versicherung VVaG  
Gemeinnützige Haftpflicht-Versicherungsanstalt Darmstadt  
Gemeinnützige Haftpflichtversicherungsanstalt Kassel  
Generali Deutschland Pensionskasse AG  
Generali Lebensversicherung AG  
Generali Versicherung AG  
Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V.  
Gothaer Allgemeine Versicherung AG  
Gothaer Lebensversicherung AG  
Gothaer Pensionskasse AG  
Gothaer Versicherungsbank VVaG  
GRUNDEIGENTÜMER-VERSICHERUNG VVaG  
GVO Gegenseitigkeit Versicherung Oldenburg VVaG  
GVV-Privatversicherung AG
- H** Haftpflichtkasse Darmstadt VVaG  
Haftpflichtversicherungsanstalt Braunschweig  
Häger Versicherungsverein a. G.  
Hamburger Feuerkasse Versicherungs-AG  
Hannoversche Direktversicherung AG  
Hannoversche Lebensversicherung AG  
HanseMercur Allgemeine Versicherung AG  
HanseMercur Lebensversicherung AG  
HanseMercur Reiseversicherung AG  
HanseMercur24 Lebensversicherung AG  
HDI Lebensversicherung AG  
HDI Pensionskasse AG  
HDI Versicherung AG



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

## 5 ANHANG

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



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

## 5 ANHANG

- V** Volkswagen Autoversicherung AG  
Volkswagen Versicherung AG  
VOLKSWOHL BUND LEBENSVERSICHERUNG a. G.  
VOLKSWOHL BUND SACHVERSICHERUNG AG  
Vorsorge Lebensversicherung AG  
VPV Allgemeine Versicherungs-AG  
VPV Lebensversicherungs-AG  
VRK Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit im Raum der Kirchen
- W** Waldenburger Versicherung AG  
WERTGARANTIE AG  
Westfälische Provinzial Versicherung Aktiengesellschaft  
WGV-Lebensversicherung AG  
WGV-Versicherung AG  
Württembergische Gemeinde-Versicherung a. G.  
Württembergische Lebensversicherung AG  
Württembergische Versicherung AG  
Würzburger Versicherungs-AG  
WWK Allgemeine Versicherung AG  
WWK Lebensversicherung a. G.  
WWK Pensionsfonds AG
- X** XL Insurance Company SE, 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](http://www.versicherungsombudsmann.de)

[beschwerde@versicherungsombudsmann.de](mailto: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](http://www.versicherungsombudsmann.de)

[info@versicherungsombudsmann.de](mailto:info@versicherungsombudsmann.de)

### **Gestaltung**

Martina Büttel, Katja Trapp

### **Foto**

© Henning Schacht / Seite 3

© Olaf Kleemeyer / Seite 85

### **Druck**

Druckerei Bloch & Co. GmbH, Berlin