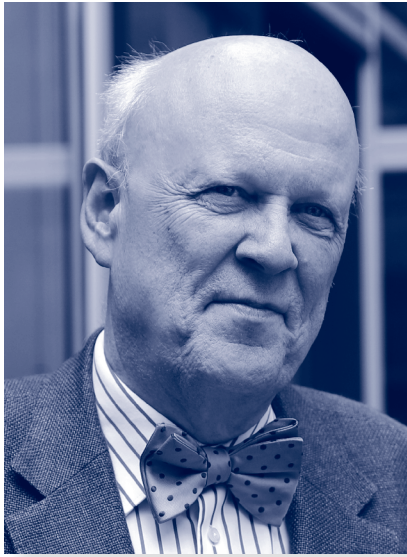


JAHRESBERICHT
2021



Abschiedswort



Im September und Oktober des Jahres 2001 nahmen der erste Ombudsmann, Herr Professor Wolfgang Römer, vormals Richter am Bundesgerichtshof, und die Geschäftsstelle des Versicherungsombudsmann e.V. mit anfänglich drei Mitarbeitern ihre Arbeit auf. Das Bedürfnis für die neue Schlichtungsinstanz zeigte sich sehr rasch. Schon im ersten vollständigen Arbeitsjahr 2002 gingen mehr als 8.000 Beschwerden ein. Ihre Zahl hat sich in einem Jahrzehnt mehr als verdoppelt und liegt seither mit geringen Schwankungen bei knapp 20.000. Nach dem Ausscheiden von Professor Römer hat der Verein an der Leitlinie festgehalten, dass er durch die Persönlichkeit und Autorität eines hochrangigen Richters vertreten sein muss,

der nach innen und außen den Anspruch auf Rechtsbindung verkörpert, der für die Tätigkeit des Ombudsmanns in der Verfahrensordnung festgelegt ist. Diesen Anspruch haben sowohl der Nachfolger von Professor Römer, der frühere Präsident des Bundesgerichtshofs Professor Dr. Günter Hirsch, wie auch der gegenwärtige Ombudsmann, der ehemalige Richter am Bundesverfassungsgericht Dr. h. c. Wilhelm Schluckebier wirksam und glaubhaft vertreten.

Der Jahreswechsel 2021/2022 steht nun für eine wichtige Zäsur: Es wechselt die Leitung der Geschäftsstelle, der inzwischen fast 50 Mitarbeiter angehören, davon über 20 juristische Referenten. Nach 18 Jahren des erfolgreichen Aufbaus der Schlichtungsstelle verabschiedet sich Dr. Horst Hiort in den Ruhestand und übergibt die Geschäftsführung seinem Nachfolger Constantin Graf von Rex. Da auch der Autor dieses Abschiedswortes nach zwei Jahrzehnten den Vorsitz im Beirat niederlegt, bietet sich eine Gelegenheit zu einer Gesamtschau, die über die Tagesereignisse hinausgreift.

Der Versicherungsombudsmann ist eine Institution des Verbraucherschutzes. Sie verdankt ihre Entstehung der Verbraucherpolitik, die letztlich auf die *consumer message* des amerikanischen Präsidenten John F. Kennedy aus dem Jahre 1962 zurückgeht, die dann in Skandinavien in den siebziger Jahren Fuß fasste und ihr volles politisches Gewicht in Deutschland und der Europäischen Union erst in den achtziger und neunziger Jahren entfaltete. Bis dahin wurde Verbraucherschutz im Wesentlichen gleichgesetzt mit dem Schutz vor verdorbenen Lebensmitteln, gefährlichem Spielzeug usw., also mit Gesundheitsschutz. Der Schutz der wirtschaftlichen Belange der Verbraucher wurde in Deutschland erst seit den achtziger Jahren thematisiert. Daraus hervorgegangen sind viele Sondergesetze, die der Gesetzgeber bei der Schuldrechtsreform von 2002 dann in das BGB übernommen hat. Ergebnis der Verbraucherpolitik sind aber auch zahlreiche Institutionen wie etwa die Stiftung Warentest, die Verbraucherzentralen und etliche Einrichtungen der Schlichtung von Verbraucherstreitigkeiten, darunter auch der Versicherungsombudsmann e. V.



Wenn ein Rechtsgebiet institutionalisiert wird, verliert seine Entwicklung häufig an Schwung. An die Stelle gipfelstürmender politischer Forderungen treten allmählich eingeübte Verfahren und Routine, gewissermaßen die Mühen der Ebene. Dies zeichnet sich auch im Verbraucherschutz ab, das politische Interesse scheint zu sinken. Zwar findet sich das Ziel des Verbraucherschutzes seit den achtziger Jahren in der Bezeichnung von Bundesministerien, aber immer nur zusammen mit einem anderen Widmungsgebiet. Dies war zunächst die Landwirtschaft; der Verbraucherschutz konkurrierte hier mit dem über Jahrzehnte verfolgten Hauptziel der Sicherung der Volksernährung. Es folgte die Verbindung mit der Justiz – eine sonderbare Verknüpfung. Zur Justitia gehören ja in der Ikonographie die verbundenen Augen, die versinnbildlichen sollen, dass Recht ohne Ansehung der Person gesprochen wird, während das Ziel des Verbraucherschutzes tendenziell gerade auf eine Begünstigung von Verbrauchern hinweist. In der neuen Bundesregierung ist der Verbraucherschutz nun mit dem Umweltschutz verbunden; wer das Verhalten der Menschen im Alltag beobachtet, wird auch hier Zielkonflikte vorhersehen. Wenn zum Beispiel der Käufer nach Lieferung einer mangelhaften Sache nach seiner Wahl Reparatur oder Ersatz verlangen kann (und sich regelmäßig für Letzteres entscheidet), bleibt der Wunsch nach umweltschützender Ressourcenschonung auf der Strecke. Wo auch immer der Verbraucherschutz organisatorisch beheimatet ist, seine Zuordnung scheint zu der politischen Verhandlungsmasse bei Regierungsbildungen zu gehören. Man schiebt ihn mal hierhin, mal dorthin. Dies spricht nicht gerade dafür, dass die Substanz der Verbraucherpolitik immer noch eine große Rolle spielt. Ihr Bedeutungsverlust paart sich in Zukunft mit einer zunehmenden Wucht der Umwelt- und Klimapolitik; es ist absehbar, welche Politikfelder im Vordergrund stehen werden.

Diese Beobachtungen und Prognosen werden die Arbeit der Institutionen des Verbraucherschutzes nicht beeinträchtigen, auch nicht die des Versicherungsombudsmann e. V. Obgleich die Institutionalisierung auch immer auf einen gewissen Verlust an politischem Schwung hinweist, hat sie doch andererseits den Vorteil, dass die einmal geschaffenen Institutionen, mit einem festen Mandat versehen, ihre Arbeit weiter verrichten können. Und dafür gibt es, wie eingangs bemerkt, ein Bedürfnis, das in der Beschwerdestatistik des Versicherungsombudsmanns unverändert deutlich zutage tritt. Mein Wunsch an und für alle Beteiligten geht dahin, dass sie dieses Bedürfnis noch lange und mit gewohnter Unparteilichkeit und Professionalität erfüllen können.

Prof. Dr. Dr. h. c. mult. Jürgen Basedow, LL.M. (Harvard Univ.)

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

Vorsitzender des Beirats des Versicherungsombudsmann e. V.





Inhalt

1	Der Versicherungsombudsmann	6
1.1	Außergerichtliche Streitbeilegung	6
1.2	Sinn und Zweck der Schlichtungsstelle	7
1.3	Der Ombudsmann in Person: Dr. h. c. Wilhelm Schluckebier	8
1.4	Das Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsunternehmen	10
1.5	Das Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsvermittler	13
1.6	Veröffentlichung der Entscheidungen des Ombudsmanns	14
1.7	20 Jahre Versicherungsombudsmann e. V.	16
2	Bericht des Ombudsmanns	20
2.1	Die COVID-19-Pandemie ist in der Beschwerdebearbeitung bewältigt	20
2.2	Die Folgen der Starkregen-Katastrophe im Juli 2021 (Tief „Bernd“)	20
2.3	Konfliktträchtige Umdeckungsaktion durch großen Makler in der Gebäude- und Hausratversicherung („Assekuradeur-Modell“)	22
2.4	Assekuradeur und Verbraucherschutz	25
2.5	Riester-Renten-Verträge: „Doppelte Abschlusskosten“	26
2.6	Verjährungshemmung und „Silvester-Beschwerden“: Widerrufsfälle in der Lebensversicherung	28
2.7	Lebens- und Rechtsschutzversicherung: Einfluss der Rechtsprechungs- entwicklung („rechtsprechungsinduzierte Beschwerden“)	28
2.8	Die Versicherungssparten in der Jahresbetrachtung	29
2.9	Beschwerdefälle	71
3	Einzelheiten zur Schlichtungsstelle	90
3.1	Allgemeines	90
3.2	Organisation und Personal	92
3.3	Vereinsmitglieder und Mitgliederversammlung	94
3.4	Vorstand, Geschäftsführung	95
3.5	Beirat	96
3.6	Presse- und Öffentlichkeitsarbeit	98
3.7	Auswirkungen der COVID-19-Pandemie	99
3.8	Fachlicher Austausch	99
3.9	Gremienarbeit	100
3.10	Finanzen	102
4	Statistik	104
4.1	Gesamtbetrachtung	104
4.2	Differenzierung nach Zuständigkeiten des Ombudsmanns	107
4.3	Beschwerden gegen Versicherungsunternehmen	108
4.4	Beschwerden gegen Versicherungsvermittler	110
4.5	Tabellen und Grafiken	114
5	Anhang	122
5.1	Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns (VomVO)	122
5.2	Verfahrensordnung für Vermittlerbeschwerden (VermVO)	128
5.3	Satzung des Vereins	132
5.4	Stellvertreter des Ombudsmanns	138
5.5	Mitglieder des Beirats	138
5.6	Mitglieder des Vorstands, Geschäftsführer	141
5.7	Mitglieder des Vereins	142
5.8	Abkürzungsverzeichnis	150

Anmerkung: Wegen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter. Die verkürzte Sprachform hat ausschließlich redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung.

1 Der Versicherungsombudsmann

1.1 Außergerichtliche Streitbeilegung

Die Bedeutung der außergerichtlichen Streitbeilegung nimmt von Jahr zu Jahr zu. Es entspricht nicht nur in Deutschland, sondern in der gesamten Europäischen Union einem zeitgemäßen Verständnis von Staat und Gesellschaft – und dem Interesse der Vertragsparteien –, Konfliktlösung und Rechtsdurchsetzung nicht komplizierter und aufwendiger als nötig zu gestalten. Eine EU-Richtlinie und deren nationale Umsetzung durch das VSBG sind der Beleg dafür.

Nicht alle Streitigkeiten müssen den staatlichen Gerichten zugeführt werden. Für den Bereich hoheitlicher Verwaltung erfüllen staatliche Ombudsleute, Petitionsausschüsse und der bzw. die Europäische Bürgerbeauftragte diese Funktion. Auch bei vielen Unternehmen setzt sich zunehmend die Erkenntnis durch, dass alternative Streitbeilegungsmethoden sinnvoll in modernen Kundenbeziehungen eingesetzt werden können. Durch die objektive, fachkundige und für Laien verständliche Klärung auf Augenhöhe lassen sich Meinungsverschiedenheiten mit Verbrauchern schnell und dauerhaft ausräumen. Hierfür sprechen nicht zuletzt wirtschaftliche Gründe.

Der Bedarf an außergerichtlicher Streitbeilegung erscheint in solchen Wirtschaftsbereichen besonders groß, in denen eine „strukturelle Asymmetrie“ zwischen den Vertragsparteien herrscht. Hier besteht die Gefahr, dass Vertreter der überlegenen Seite ihre Interessen, zum Beispiel bezüglich der Vertragsinhalte oder der Preise, aufgrund der Marktverhältnisse besser durchsetzen können. Dieses Gefälle zwischen den Vertragspartnern kann sich auf den Umgang mit Meinungsverschiedenheiten auswirken. Unabhängig davon, ob diese Verhältnisse im Einzelfall tatsächlich bestehen oder nur von der (vermeintlich) „unterlegenen“ Seite so wahrgenommen werden, kann dadurch die Konfliktlösung beeinträchtigt sein. Daher kommt diesen Bereichen der außergerichtlichen Streitbeilegung mit ihrem kostenlosen und unbürokratischen Verfahren eine besondere Bedeutung zu. Im Versicherungsvertragsverhältnis ist der Versicherer bei der Vertragsgestaltung und durch die tägliche Befassung mit der komplexen Materie im Vorteil. Damit die Verfahren auf Augenhöhe stattfinden und der Streit dauerhaft befriedet wird, achtet der Ombudsmann besonders auf die Wahrung der Verbraucherrechte und -interessen.



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. Versicherte Verbraucher sollen bei einem Streit über ihren Versicherungsvertrag in der Lage sein, sich ohne Kostenrisiko über die Rechtslage Klarheit zu verschaffen. Zum anderen können die Versicherer Meinungsverschiedenheiten mit ihren Kunden auf diese Weise sachlich klären, ohne die Kundenbeziehung weiter zu belasten.

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

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

Die Versicherungswirtschaft hat bei der Ausgestaltung der Verfahrensordnung großen Wert darauf gelegt, das Ombudsmannverfahren an den Interessen und den etwaigen Ansprüchen der Kunden auszurichten. Für die Beschwerdeführer ist die Durchführung kostenfrei und ohne Rechtsbeistand möglich. Der Ombudsmann ist zudem in der Lage, berechtigten Ansprüchen zur Durchsetzung zu verhelfen, denn Entscheidungen gegen Versicherer sind für diese bis zu einem Gegenstandswert von 10.000 Euro verbindlich.

Im Jahr 2007 erhielt der Versicherungsombudsmann e. V. eine Aufgabe auf gesetzlicher Grundlage. Das Bundesministerium der Justiz erkannte den Verein als Schlichtungsstelle an, deren Aufgabe die außergerichtliche Beilegung von Streitigkeiten zwischen Versicherungsvermittlern und Versicherungsnehmern im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen (§ 214 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 VVG) ist. Im August 2016 erfolgte die staatliche Anerkennung als Verbraucherschlichtungsstelle nach dem damals neu geschaffenen VSBG.

1 DER VERSICHERUNGSOMBUDSMANN

1.3 Der Ombudsmann in Person: Dr. h. c. Wilhelm Schluckebier

Dr. h. c. Wilhelm Schluckebier ist seit dem 1. April 2019 Ombudsmann für Versicherungen. Er war viele Jahre mit verschiedenen Aufgaben in der Justiz betraut, u. a. als Richter in Hessen und beim Generalbundesanwalt. Von 1999 bis 2006 war er Richter am

Bundesgerichtshof. Von Oktober 2006 bis November 2017 gehörte er dem Ersten Senat des Bundesverfassungsgerichts an. Hier war er als Berichterstatter auch mit den Verfahren aus dem Rechtsgebiet des Versicherungswesens befasst.



Die Unabhängigkeit des Ombudsmanns

Persönliche und institutionelle Unabhängigkeit sowie Neutralität sind für den Ombudsmann unabdingbar, damit er seine Aufgabe erfüllen kann. Nur wenn beide Verfahrensparteien die Fachkompetenz und persönliche Integrität des Ombudsmanns anerkennen, werden sie ihm die Lösung ihrer versicherungsrechtlichen Probleme anvertrauen, seine Schlichtungsvorschläge annehmen und nicht zuletzt die Entscheidungen und Empfehlungen akzeptieren.

Eine Person muss daher besondere Voraussetzungen erfüllen, damit sie in das Amt des Ombudsmanns gewählt werden kann. Vor allem soll sie die Befähigung zum Richteramt und besondere Erfahrungen in Versicherungssachen vorweisen können. Sie darf in den letzten drei Jahren vor Antritt des Amtes nicht hauptberuflich für ein Versicherungsunternehmen tätig gewesen sein. Seit der Aufgabenerweiterung für Vermittlerbeschwerden gilt dies auch für eine vorherige Tätigkeit als Versicherungsvermittler oder -berater. Der Ombudsmann wird vom Vorstand des Vereins vorgeschlagen und durch Beschlüsse der Mitgliederversammlung und des Beirats bestellt. Eine Amtszeit des Ombudsmanns beträgt höchstens fünf Jahre. Die Wiederwahl ist nur einmal möglich. Ausschließlich bei offensichtlichen und groben Verfehlungen gegen seine Verpflichtungen kann der Ombudsmann mit einer Zweidrittelmehrheit im Beirat 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 dort eine von Regierung oder Parlament ernannte unabhängige Vertrauensperson mit der Aufgabe, Beschwerden über die Verwaltung nachzugehen und so vor behördlicher Willkür zu schützen.

Dieser Grundgedanke, eine Persönlichkeit zu beauftragen und mit Kompetenzen auszustatten, damit sie in bestimmten Bereichen einer als ungerecht empfundenen Behandlung durch staatliche Stellen nachgehen kann, überzeugte und breitete sich aus. Viele Länder schufen für verschiedene Aufgabenbereiche die Position eines Bürgerbeauftragten. In der Bundesrepublik wurde beispielsweise 1956 das Amt des Wehrbeauftragten des Deutschen Bundestags geschaffen und in der Verfassung verankert (Artikel 45b Grundgesetz). Seit 1995 ist der Bürgerbeauftragte (oder Ombudsmann) der Europäischen Union für Beschwerden von Bürgern zuständig, die Missstände bei der Tätigkeit europäischer Organe rügen.

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

Kompetenzen und Verfahrensgrundsätze der Ombudsleute sind nicht einheitlich geregelt. Durch das VSBG hat die außergerichtliche Streitbeilegung 2016 einen gesetzlichen Rahmen erhalten. Seither besteht für alle Verbraucherstreitbelegungsstellen ein gesetzlich vorgegebener Mindeststandard.

Der Versicherungsombudsmann übertrifft diesen Maßstab in mehrfacher Hinsicht. So statten nur wenige Branchen ihren Streitmittler, wie ihn das VSBG bezeichnet, mit der Kompetenz aus, den Beschwerdegegner zur Leistung zu verpflichten. Gleiches gilt für die ausführliche, transparente Darstellung der Schlichtungstätigkeit sowie für die Organisationsstruktur der Schlichtungsstelle: Diese ist vom betreffenden Branchenverband unabhängig organisiert und ihre Arbeit wird von einem Beirat begleitet, dem Verbraucherorganisationen angehören.

1 DER VERSICHERUNGSOMBUDSMANN

1.4 Das Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsunternehmen

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

Die Versicherungsunternehmen, die dem Versicherungsombudsmann e. V. angehören, weisen ihre Kunden zu Vertragsbeginn auf das Ombudsmannverfahren hin. Dies geschieht überwiegend durch Information in den Unterlagen des Versicherungsvertrages. Dazu haben sich die Mitglieder von Anfang an über die Satzung verpflichtet, lange bevor das betriebliche Beschwerdemanagement und die außergerichtliche Streitbeilegung gesetzlich geregelt wurden. Zumeist befinden sich die Angaben zum Versicherungsombudsmann an der Stelle, an der auch die Information zur Versicherungsaufsichtsbehörde – in der Regel ist dies die 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 den Versicherten eingeleitet werden, Versicherern ist das nicht möglich. Allerdings können diese ihre Kunden in der Korrespondenz frühzeitig auf den Ombudsmann hinweisen und seine Einschaltung anregen. Davon machen viele Mitgliedsunternehmen seit Langem Gebrauch, da dies die Diskussion verkürzt und zugleich vermieden wird, dass sich die Standpunkte verhärten und die Tonlage verschlechtert. Seit Inkrafttreten des VSBG ist in § 37 Absatz 1 Satz 1 gesetzlich vorgeschrieben, dass der Unternehmer „den Verbraucher auf eine für ihn zuständige Verbraucherschlichtungsstelle unter Angabe von deren Anschrift und Website hinzuweisen (hat), wenn die Streitigkeit über einen Verbrauchervertrag durch den Unternehmer und den Verbraucher nicht beigelegt werden konnte“.

Die Vereinsmitglieder haben mit dem Ombudsmann freiwillig und auf privatrechtlicher Basis eine neutrale Instanz mit weitreichenden Kompetenzen geschaffen. Durch den Beitritt zum Verein verpflichteten sich die Versicherungsunternehmen am Schlichtungsverfahren teilzunehmen, erkennen die Verfahrensordnung des Ombudsmanns als verbindlich an (§ 5 Absatz 1 der Vereinssatzung) und unterwerfen sich den Entscheidungen des Ombudsmanns bis zu einem Beschwerdewert von 10.000 Euro (§ 5 Absatz 2 der Vereinssatzung in Verbindung mit der VomVO). Auf dieser Grundlage kann der Ombudsmann die Versicherer zur Leistung 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 sollen sie die Entscheidung ihres Versicherers überprüfen lassen können, ohne befürchten zu müssen, nach dem Verfahren schlechter gestellt zu sein, falls der Ombudsmann ihrer Beschwerde nicht zum Erfolg verhelfen kann. Diesem Gedanken folgend wird die Verjährungsfrist von etwaigen Ansprüchen der Verbraucher während des Verfahrens gehemmt, wodurch sich der Lauf der Verjährung um die Dauer des Ombudsmannverfahrens verlängert. Hat das Unternehmen wegen des Anspruchs auf die Versicherungsprämie des Vertrages, der durch die Beschwerde betroffen ist, bereits ein Mahnverfahren eingeleitet, kann der Ombudsmann verlangen, dass dieses zum Ruhen gebracht wird (§ 12 Absatz 2 VomVO). Die Möglichkeit, verbindlich zu entscheiden, besteht nur gegenüber dem Versicherer. Der Beschwerdeführer kann jederzeit, also vor, während oder nach dem Ombudsmannverfahren, vor Gericht gehen. Die VomVO stellt jedoch sicher, dass die Verfahren vor den ordentlichen Gerichten Vorrang haben und in gleicher Sache bereits ergangene Entscheidungen oder getroffene Vergleiche respektiert werden.

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

An den Antrag des Verbrauchers werden nicht die gleichen Anforderungen gestellt, wie sie in einem Gerichtsverfahren gelten. Es wird zum Beispiel nicht erwartet, dass der Verbraucher den genauen Betrag, um den er die Auszahlung seines Lebensversicherungsvertrages für zu gering hält, nennen kann. Auch muss die rechtliche Begründung des erhobenen Anspruchs nicht angegeben werden. Diese niedrige Schwelle für die Einleitung des Verfahrens ist ein wichtiges Element der Verbraucherorientierung. Damit können Meinungsverschiedenheiten ausgeräumt werden, noch bevor ein Konflikt entsteht und sich die Standpunkte verhärten. Weil sich der Ombudsmann auch der Fälle annimmt, die nicht die Zulässigkeitschürde für Gerichtsverfahren überwinden würden, gleicht die Zusammensetzung seiner Beschwerdefälle nicht der von Gerichtsverfahren. Das ist bei der Betrachtung der Statistik zu beachten.

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

1 DER VERSICHERUNGSOMBUDSMANN

prüfen. Ändert er sie ab, wird der Streit ohne Entscheidung des Ombudsmanns beigelegt, was bereits befriedende Wirkung entfaltet. Hält der Versicherer an seiner Auffassung fest, erläutert er seinen Standpunkt im Hinblick auf das Beschwerdevorbringen. Stellungnahmen und Unterlagen werden grundsätzlich der anderen Partei zur Kenntnis gebracht. Handelt es sich um neues, entscheidungserhebliches Vorbringen, wird Gelegenheit zur ergänzenden Stellungnahme eingeräumt. Anschließend überprüft der Ombudsmann unter rechtlichen Gesichtspunkten die Streitfrage, sucht nach Ansätzen zur Schlichtung und legt ggf. seine vorläufige Rechtsauffassung offen, wenn er dies für sachdienlich hält. In jedem Fall ist der Sachverhalt, auf dessen Grundlage der Ombudsmann seine Entscheidung trifft, den Beteiligten bekannt, sodass sie bei Bedarf entsprechend argumentieren können.

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

Auch dann, wenn das Beschwerdeziel nicht erreicht wird, kann das Verfahren für den Beschwerdeführer von großem Nutzen sein. Er erhält kostenlos eine kompetente rechtliche Prüfung seiner Ansprüche, die ihm in laienverständlicher Sprache erläutert wird. Damit kann er seine Prozesschancen und -risiken einschätzen und sich bei Wahrung seiner eventuellen Rechtsposition aufgrund der Verjährungshemmung in Ruhe das weitere Vorgehen überlegen. Entweder geht er gerichtlich gegen den Versicherer vor, wobei er die Argumentation des Ombudsmanns verwenden kann, oder er akzeptiert das Ergebnis des Schlichtungsverfahrens, was ebenso wie andere Beendigungsformen den Streit befriedet.

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 eventuelle Hinzuziehung eines Anwalts, fallen für ihn an. Eine anwaltliche Vertretung ist im Verfahren jedoch nicht erforderlich, da es verbraucherorientiert ausgestaltet ist. Das gilt zugleich für die Kontaktmöglichkeiten. Es stehen kostenlose Rufnummern (0800) zur Verfügung. Zudem können sich potenzielle Beschwerdeführer auf der Website des Vereins über die Schlichtungsstelle und das Verfahren informieren, im Online-Check die Zulässigkeit prüfen und im geführten Dialog einen Beschwerdeantrag stellen.



1.5 Das Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsvermittler

Die Zuständigkeit für Beschwerden über Versicherungsvermittler oder -berater besteht seit dem 22. Mai 2007 und beruht auf einer EU-Richtlinie sowie deren nationaler Umsetzung. Grundlage ist § 214 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 VVG. Inzwischen besteht eine Pflicht der Vermittler zur Teilnahme am Verfahren. Zu den Einzelheiten vgl. 2.6 im Jahresbericht 2018.

Die Ausgestaltung des Vermittlerverfahrens 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. Seit der Anerkennung als Verbraucherstreitbeilegungsstelle im August 2016 bildet neben dem VVG das VSBG die Rahmenbedingungen des Verfahrens. Wegen der Unterschiede zum Unternehmensverfahren gilt für Beschwerden gegen Vermittler eine eigene Verfahrensordnung (VermVO).

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 zwischen Vermittlern untereinander 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 – rechtlich dem jeweiligen Versicherungsunternehmen zuzurechnen ist, wird vorrangig ein Verfahren nach der VomVO durchgeführt.

Verglichen mit der VomVO besteht hinsichtlich der Beschwerdebefugnis in der VermVO ein größerer Spielraum. Während 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, dass Verbraucherschutzverbände ausdrücklich befugt sind, Vermittlerbeschwerden einzulegen. Ebenso wie beim Verfahren nach der VomVO muss der Verbraucher grundsätzlich keine Kosten tragen, von eventuellen Auslagen wie Briefporto abgesehen. Dem Versicherungsvermittler kann ein Entgelt auferlegt werden, wenn er Anlass zur Beschwerde gegeben hat. Bei offensichtlich missbräuchlich eingelegten Beschwerden können auch die Beschwerdeführer zur Kostentragung herangezogen werden.

1 DER VERSICHERUNGSOMBUDSMANN

Nach der VermVO können, anders als bei Unternehmensbeschwerden, keine bindenden Entscheidungen getroffen werden. Dies geht allerdings nicht auf mangelnde „Entscheidungsfreude“ des Ombudsmanns zurück, vielmehr fehlt dafür eine entsprechende Rechtsgrundlage. Wie bereits ausgeführt, wird der Ombudsmann in Vermittlerbeschwerden auf gesetzlicher Grundlage tätig. Daher können Entscheidungen des Ombudsmanns nur kraft Gesetzes oder aufgrund freiwilliger Unterwerfung Bindungswirkung entfalten.

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

Soweit der Beschwerdegegenstand einer rechtlichen Prüfung nicht zugänglich ist, etwa weil der Beschwerdeführer „ungehobeltes Verhalten“ des Vermittlers rügt, versucht der Ombudsmann im Rahmen seiner Aufgabe den Streit zu befrieden. Er beendet das Verfahren jedoch nicht mit einer an § 5 Absatz 4 VermVO ausgerichteten Entscheidung, da es hierfür 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 unterscheiden sich die Formen der Bescheide. Sie richten sich vorrangig an denjenigen, der seine Auffassung im Verfahren (überwiegend) nicht durchsetzen konnte, und versuchen ihn von der Richtigkeit der Ombudsmannentscheidung zu überzeugen. Dementsprechend ähneln Entscheidungen zulasten des Versicherers in Aufbau und zum Teil in der Sprache denen von Gerichtsurteilen. Hier geht es vor allem darum, dem rechtlich bewanderten Versicherer die Gründe der Ombudsmannentscheidung juristisch überzeugend darzulegen. Demgegenüber wird eine die Beschwerde ablehnende Entscheidung dem Verbraucher nur einleuchten, wenn ihm die tragenden Argumente, die Rahmenbedingungen, die Rechtsgedanken und auch mögliche Beweislastfragen in einer für ihn verständlichen Sprache dargelegt werden. Gelingt es dem Ombudsmann, den Beschwerdeführer oder den Versicherer bei Beschwerden über 10.000 Euro von der Richtigkeit der Empfehlung zu überzeugen, wird der Streit durch gewonnene Erkenntnis beigelegt.

Bei nicht wenigen Beschwerden stehen Fragen im Streit, deren Behandlung auch für Außenstehende von Interesse sein kann. Deshalb veröffentlicht der Ombudsmann Bescheide aus Beschwerdefällen mit rechtlichen Fragen, die über den Einzelfall hinausgehen. Diese Entscheidungen werden anonymisiert und für jedermann zugänglich auf die Website des Versicherungsombudsmanns gestellt. Inzwischen



haben viele Entscheidungen des Ombudsmanns Eingang in juristische Fachzeitschriften gefunden oder werden von Gerichten und in versicherungsrechtlichen Kommentaren zitiert.

Eine Veröffentlichung aller oder eines Großteils der Fälle wäre weder sachgerecht noch wirtschaftlich sinnvoll. Anders als die Gerichte entscheidet der Ombudsmann nicht über Fragen von rechtsgrundsätzlicher Bedeutung. Das verringert das allgemeine Interesse, da keine „Leitentscheidungen“ getroffen werden. Weiter erfordert Schlichtung im Einzelfall eine gewisse Vertraulichkeit. Zudem werden, wie bereits erwähnt, Entscheidungen gegen den Verbraucher in für Laien verständlicher Sprache abgefasst und auf ihn in seiner persönlichen Situation ausgerichtet. Er soll erreicht und möglichst überzeugt werden. Zur Verallgemeinerung eignen sich solche Ausführungen in der Regel nicht. Schließlich ist zu bedenken, für wen welcher Informationsgehalt nützlich ist und welche Ressourcen zur Aufbereitung veröffentlichungsfähiger Entscheidungen aufgebracht werden müssen. Diese fehlen dann in der Bearbeitung der Verbraucheranliegen. Aus den genannten Gründen kommen daher nur ausgewählte Fälle zur Veröffentlichung auf der Website in Betracht. Weitere werden in den jährlichen Berichten, wie dem vorliegenden, geschildert. Dies dient vorrangig dazu, die Bandbreite der dem Ombudsmann vorgelegten Themen sowie dessen Arbeitsweise zu beschreiben. Häufig lassen sich so aber auch interessante rechtliche Probleme am konkreten Beispiel verdeutlichen.

Vor allem die auf der Website einzusehenden Entscheidungen des Ombudsmanns dienen dazu, seine Arbeit zu veranschaulichen. Es wird ermöglicht, dass die Verfahrensbeteiligten frühzeitig ihre Erwartungen an den Ausgang des Verfahrens der rechtlichen Realität anpassen. Außerdem können dadurch potenzielle Beschwerdeführer die Bewertung eines vergleichbaren Falls studieren und überlegen, ob sie überhaupt eine Beschwerde führen wollen.

Aus naheliegenden Gründen wird auf die Wiederholung gleichgelagerter Fälle verzichtet, sodass die veröffentlichten Entscheidungen nicht repräsentativ für die Häufigkeit der typischen Themen sind, mit denen der Ombudsmann befasst ist. Auch kann an den Veröffentlichungen nicht die Erfolgsquote von Beschwerden abgelesen werden – das allein schon deshalb, weil diese im Wesentlichen zustande kommt, indem die Unternehmen ihre ursprüngliche Entscheidung zugunsten des Beschwerdeführers abändern, weshalb es dann eines Spruchs des Ombudsmanns nicht mehr bedarf.

1 DER VERSICHERUNGSOMBUDSMANN

1.7 20 Jahre Versicherungsombudsmann e. V.

Am 1. Oktober 2021 jährte sich die Tätigkeitsaufnahme der Schlichtungsstelle Versicherungsombudsmann zum 20. Mal. Das ist Grund genug, an dieser Stelle einen Blick auf die Entwicklung der Schlichtungsstelle und des Trägervereins zu werfen.

Um die Jahrtausendwende setzte sich im Präsidium des GDV die Auffassung durch, dass die Branche ihren Kunden eine Möglichkeit zur Klärung von Meinungsverschiedenheiten mit ihrem Versicherer anbieten sollte. Am 11. April 2001 gründeten in Berlin mehrere Präsidiumsmitglieder unter Führung von Dr. Bernd Michaels, dem damaligen Präsidenten des GDV, den Verein Versicherungsombudsmann. Zum ersten Ombudsmann wurde Professor Wolfgang Römer bestellt, der bis Juni 2001 Mitglied des für das Versicherungsrecht zuständigen Senats des BGH war. Am 1. Oktober 2001 nahm Professor Römer mit drei Volljuristen und zehn Versicherungskaufleuten die Schlichtungstätigkeit auf. Für Beschwerdewerte bis 100.000 DM, ab dem 1. Januar 2002 geändert auf 50.000 Euro, war der Ombudsmann zuständig. Versicherer konnte er bei Beschwerdewerten bis zu 10.000 DM (ab 1. Januar 2002 bis zu 5.000 Euro) zur Leistung verpflichten. Im Jahr 2002, dem ersten vollständigen Beschwerdejahr, erhielt die Schlichtungsstelle 8.408 Beschwerden, davon waren 4.598 zulässig.

Von Anfang an war bei der Schlichtungsstelle ein Beirat gebildet, dem Vertreter der Verbraucherorganisationen in gleicher Zahl angehörten wie solche der Vereinsmitglieder. Weiter einbezogen wurden Vertreter der Bundestagsfraktionen, der Wissenschaft und der Versicherungsaufsicht. Den Vorsitz im Beirat führte Professor Dr. Dr. h. c. mult. Jürgen Basedow, LL.M. (Harvard Univ.) – von Beginn an und bis in das Berichtsjahr. Der Beirat wurde durchgängig mit hochrangigen Vertretern besetzt. So waren die späteren Bundesminister Bettina Stark-Watzinger und Volker Wissing ebenso Mitglieder wie Hubertus Primus, Vorstand der Stiftung Warentest, und Vorstandsvorsitzende führender deutscher Versicherer. Aufgrund der Zuständigkeitserweiterung für Beschwerden gegen Versicherungsvermittler erhielten auch deren Verbände im Jahr 2009 zwei Sitze im Beirat.

Der Schlichtungsstelle wurde alsbald öffentliche Aufmerksamkeit und Anerkennung zuteil. So besuchte die damalige Bundesverbraucherministerin Renate Künast im Februar 2002 den Verein. Dabei merkte sie an, sie halte die Einsetzung des Versicherungsombudsmanns für eine „brillante Entscheidung“. Es sei genau das, was man an außergerichtlicher Streitbeilegung in der Bundesrepublik immer gewollt habe. Die positive Einschätzung der politisch Verantwortlichen hielt an. Bundesminister Heiko Maas, zuständig für Justiz und Verbraucherschutz, stattete der Schlichtungsstelle 2014 im Zuge der Erarbeitung des Verbraucherstreitbeilegungsgesetzes ebenfalls einen Besuch ab. Er nannte die Einrichtung ein „Vorbild für effektiven Verbraucherschutz“. Professor Dr. Christian Kastrop, Staatssekretär im damaligen BMJV, informierte sich 2021 in den Vereinsräumen über die Schlichtungsarbeit in der Versicherungsbranche.



Daher war es nur folgerichtig, dass an die Schlichtungsstelle weitere Aufgaben herangetragen wurden. 2005 wurde sie zuständig für Fernabsatzverträge über Versicherungen. 2007 erkannte das BMJ den Versicherungsombudsmann e. V. als Schlichtungsstelle für die außergerichtliche Beilegung von Streitigkeiten zwischen Versicherungsvermittlern oder -beratern und Versicherungsnehmern im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen an. Beide Aufgaben sind im Versicherungsvertragsgesetz geregelt. 2016 wurde dem Versicherungsombudsmann e. V. – mit dem Inkrafttreten des VSBG – der Status einer staatlich anerkannten Verbraucherschlichtungsstelle zuerkannt. Die Ombudsmänner sind gefragte Fachleute nicht nur als Versicherungsrechtler, sondern auch in verbraucherpolitischer Hinsicht. So gehört der Ombudsmann dem Fachbeirat und dem Verbraucherbeirat der BaFin sowie dem Beirat Finanzen des vzbv an.

Dass die Arbeit des Versicherungsombudsmanns sowohl von den Verbrauchern als auch in der Öffentlichkeit außerordentlich geschätzt wurde und wird, ist maßgeblich den Ombudsmännern zu verdanken. Professor Wolfgang Römer leistete wertvolle Aufbauarbeit und setzte Maßstäbe in der Beschwerdebearbeitung, die bis heute fortwirken. Seine Reputation als Bundesrichter, der dem Verbraucherschutz im Versicherungsrecht zu zeitgemäßer Geltung verholfen hatte, setzte er vertrauensbildend ein. In der Spruchpraxis wahrte er Augenmaß. Dank der allgemeinen Anerkennung der Schlichtungsstelle konnte Professor Dr. Günter Hirsch als Nachfolger gewonnen werden. Der ehemalige Richter am Europäischen Gerichtshof übernahm nach seiner achtjährigen Amtszeit als Präsident des Bundesgerichtshofs die Aufgabe des Ombudsmanns. In den folgenden elf Jahren prägte er das Amt auf besondere Weise. Als Beispiele seien an dieser Stelle die Vorbildwirkung des Versicherungsombudsmanns für das Verbraucherstreitbeilegungsgesetz, die Anerkennung als Verbraucherschlichtungsstelle 2016 und die Fortentwicklung der Verfahrensordnung genannt, die um die Möglichkeit eines Schlichtungsvorschlags bei an sich für das Ombudsmannverfahren ungeeigneten Beschwerden erweitert wurde. Als 2019 der nächste Wechsel im Amt anstand, konnte mit Dr. h. c. Wilhelm Schluckebier wiederum ein Spitzenjurist gewonnen werden. Er übernahm die Aufgabe nach Stationen beim Bundesgerichtshof und zuletzt beim Bundesverfassungsgericht, wo er u. a. mit der Zuständigkeit für das Recht des Versicherungswesens betraut war. Gleich zu Beginn der Amtszeit setzte er sich erfolgreich für den Erhalt der Unabhängigkeit der Verbraucherschlichtungsstellen ein. In der Folge kam eine geplante Änderung des VSBG nicht zum Tragen, wonach die privaten Verbraucherschlichtungsstellen unter die fachliche Kontrolle eines Bundesamtes hätten gestellt werden können.

Mitglieder des Vereins sind Versicherungsunternehmen und der GDV. Am Jahresende 2001 gab es 254 Mitglieder, Ende 2021 betrug der Mitgliederbestand 291. Im Laufe der Jahre wuchs auch die Zahl der jährlichen Beschwerden. Der höchste Stand wurde 2015 erreicht mit 20.827 Eingaben, davon 13.809 zulässige Beschwerden.

1 DER VERSICHERUNGSOMBUDSMANN

Mit dem Anstieg der Beschwerden stieg der Bedarf an Mitarbeitenden. 2021 unterstützten 14 Versicherungskaufleute und 21 juristische Referenten (Volljuristen) den Ombudsmann. Fünf von ihnen arbeiten seit Beginn der Tätigkeitsaufnahme für den Ombudsmann, 33 sind bereits seit über 10 Jahren dabei. Die lange Zugehörigkeit weist nicht nur auf die Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit ihrer Tätigkeit hin; sie sichert auch die hohe Qualität der Beschwerdebearbeitung.

In den beiden Dekaden führten vier Vertreter der Vereinsmitglieder den Vorsitz im Vorstand des Trägervereins. Die Gründungsphase und den Aufbau begleitete Dr. Bernd Michaels. Ihm ist es maßgeblich zu verdanken, dass die auch aus Sicht der Verbrauchervertreter vorbildlich gestaltete Einrichtung von der Branche ins Leben gerufen wurde. Auf ihn folgten Friedrich Schubring-Giese, Dr. Wolfgang Weiler und der amtierende Vorsitzende, Thomas Flemming. Allen Vorständen ist gemein, dass sie sich in herausragender Weise für die Schlichtungsidee und den Vereinszweck einsetzen, die Förderung der außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten mit Verbrauchern. Dabei achten Sie besonders auf die Unabhängigkeit der Beschwerdetätigkeit, denn der selbstständige Trägerverein dient der konstitutionellen Unabhängigkeit. Seine wichtigste Aufgabe ist es, die Voraussetzungen für die neutrale Schlichtungstätigkeit des Ombudsmanns zu gewährleisten, der fachlich allein die Verantwortung für die Beschwerdebearbeitung trägt. Dafür stellt der Verein die personellen und sachlichen Mittel bereit.

Seit 2003 führte Dr. Horst Hiort die Geschäfte des Vereins. In dieser Funktion unterstützte er den ehrenamtlich arbeitenden Vorstand, verantwortete die täglichen Geschäfte und war Personalvorgesetzter aller Mitarbeitenden. Er sicherte die Kontinuität bei Wechseln der Ombudsleute sowie der Vorstände und sorgte dafür, dass im Verein effizient und kostenorientiert gearbeitet werden konnte. So wurde 2005 das mit einem IT-Partner selbst entwickelte Beschwerdebearbeitungssystem, genannt Ombudat, in Betrieb genommen. Dies war eine wesentliche Voraussetzung dafür, das anfangs ausgelagerte Servicecenter, besetzt mit den Versicherungskaufleuten, in den Verein zu integrieren. Im Februar 2020 konnte auf der Grundlage einer Eigenentwicklung die elektronische Akte eingeführt werden. Dadurch und mit der Anschaffung von Laptops für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wurde mobiles Arbeiten ermöglicht. Damit ließen sich auch negative Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Betriebsfähigkeit und die Beschwerdebearbeitung vermeiden. Derzeit ist die Übertragung von Ombudat auf eine neue technische Plattform eingeleitet, um die Arbeit der Schlichtungsstelle zukunftssicher zu machen.



2 Bericht des Ombudsmanns

2.1 Die COVID-19-Pandemie ist in der Beschwerdebearbeitung bewältigt

Nachdem sich die Folgen der COVID-19-Pandemie im Jahr 2020 in der Beschwerdebearbeitung ausgewirkt und namentlich in der Reiseversicherung zu einem erheblichen Anstieg der Beschwerden geführt hatten, haben sich aus der pandemischen Entwicklung und den getroffenen staatlichen Maßnahmen im Jahr 2021 keine spürbaren Effekte in den einzelnen Sparten ergeben. Auch in der Reiseversicherung haben sich die Beschwerdezahlen wieder normalisiert. Reiseveranstalter, Reisende und Versicherer scheinen sich auf die fortwirkende Pandemiesituation eingestellt zu haben. Lediglich in der Kfz-Haftpflichtversicherung kam es vereinzelt zu Beschwerden, weil insbesondere ein Versicherer wegen der Überschreitung der vereinbarten Jahresfahrleistung nicht nur eine Nachberechnung der Beiträge vorgenommen hatte, sondern darüber hinaus eine sich aus den Bedingungen ergebende Vertragsstrafe geltend machte (siehe dazu unter 2.8). Die intensive Kfz-Nutzung ging erkennbar darauf zurück, dass Versicherungsnehmer auch über weite Strecken hinweg und beruflich veranlasst öffentliche Verkehrsmittel mieden und auf das Auto umstiegen. Auch die von Werkstätten bei der Schadenbeseitigung mitunter gesondert in Rechnung gestellten Desinfektionsmaßnahmen am Fahrzeug waren vereinzelt Gegenstand von Beschwerden zur Schadenregulierung in der Kfz-Kaskoversicherung.

2.2 Die Folgen der Starkregen-Katastrophe im Juli 2021 (Tief „Bernd“)

Der Starkregen des Tiefs „Bernd“ im Juli 2021 verursachte mancherorts Niederschläge von mehr als 150 Litern pro Quadratmeter binnen 24 Stunden. Das führte in einigen Teilen Deutschlands zu katastrophalen Verhältnissen mit Todesopfern und schweren Schäden. In der Beschwerdebearbeitung machte sich dies in den Sparten Gebäude- und Hausrat- sowie in der Kfz-Kaskoversicherung bemerkbar. Schon unmittelbar nach Eintritt dieser Großschadenlage kam es – allerdings nur vereinzelt – zu Anfragen noch aus den Überschwemmungsgebieten heraus, soweit Telefone und Mobilfunknetz noch funktionsfähig waren. Auch wenn noch keine abschließende Anspruchsablehnung des Versicherers vorlag, nahm der Ombudsmann in geeigneten Fällen mit den Versicherern Kontakt auf. Mit der Bitte um Verzicht auf übliche Formalien konnten trotz anfänglich bestehender eingeschränkter Kommunikationswege einfache Dinge auf den Weg gebracht und die Schadenregulierung befördert werden.

Im August regte die Landesregierung Rheinland-Pfalz eine Erweiterung der Zuständigkeit des Ombudsmanns an. Die Beschwerdewertgrenze von 100.000 Euro, die die Kompetenz des Ombudsmanns begrenzt, sollte angehoben werden. Zur Begründung wurde angeführt, bei der Vielzahl der versicherten Vorgänge, die von den Versicherern zu bearbeiten sein würden, seien Streitigkeiten über die Schadenhöhe nicht auszuschließen. Das Ausmaß des Schadenereignisses lasse eine hohe Zahl von Streitfällen erwarten, deren Streitwert zum Teil über der Bearbeitungsgrenze für Ombudsmannbeschwerden von 100.000 Euro liegen dürfte.



Der Vereinsvorstand nutzte die ohnehin zeitnah stattfindende Sitzung des Beirats zur Vorbereitung einer Entscheidung. Der Beirat ist heterogen besetzt, hat beratende Funktion und ist bei Änderungen der Verfahrensordnungen, in der die Beschwerdewertgrenze geregelt ist, zu beteiligen (siehe zum Beirat 3.5). Das Gremium beriet auf seiner Sitzung am 8. September 2021 die Initiative aus Rheinland-Pfalz. Es hat im Ergebnis zwar davon abgesehen, eine Erhöhung der Beschwerdewertgrenze zu empfehlen, aber an den Ombudsmann appelliert, Beschwerden aus dem Hochwassergebiet prioritär zu behandeln und der vielfach existenziellen Bedeutung der Hochwasserschäden Rechnung zu tragen. Dabei war auch der Gedanke leitend, dass es nach Lage der Dinge selbst bei hohen Gebäudeschäden allenfalls Differenzen hinsichtlich der Schadenhöhe geben würde und für die Bestimmung des Beschwerdewerts nur diese Differenz maßgeblich ist. Daher stehe in den meisten solcher Fälle der Weg zum Ombudsmann ohnehin offen. Fragen der Eintrittspflicht des Versicherers und der Haftung dem Grunde nach seien angesichts der Rahmenumstände eher nicht in nennenswerter Zahl als konfliktbehaftet zu erwarten. Denn das Bestehen oder Nichtbestehen einer Elementarschadenversicherung sei regelmäßig schnell und verlässlich zu klären. Die Ursache der Schadenfälle (Starkregen, ausufernde Flüsse und Bäche) sei offenkundig. Eine Änderung der seit vielen Jahren bewährten Verfahrensordnung sei deshalb nicht angezeigt.

Diese Einschätzung scheint sich zu bestätigen. Es hat nach jetzigem Stand (Redaktionsschluss April 2022) und nach der statistischen Erfassung – abgesehen von *einer* dokumentierten Ausnahme – nur Beschwerdefälle mit einem Beschwerdewert gegeben, der im Rahmen der Zuständigkeit des Ombudsmanns liegt. Diese konnten alle zügig abgeschlossen werden. Es handelte sich im Jahr 2021 – entgegen der ursprünglich vereinzelt geäußerten Erwartung – um lediglich 91 eingegangene Beschwerden, die fast ausnahmslos auch im Jahr 2021 beendet wurden. Das ist angesichts des Ausmaßes der Schäden eine erstaunlich geringe Zahl. Diese Beschwerden betrafen in 45 Fällen die Gebäudeversicherung, in 27 Fällen die Inhaltsversicherung und in geringerer Zahl andere Sparten. Etwa die Hälfte dieser Schlichtungsanträge hatte keinen Erfolg. Im Übrigen kam es zu Abhilfen, Teilabhilfen und Vergleichen. Damit besteht Grund zu der Annahme, dass es den Versicherern trotz der großen Zahl der Schadenfälle gelungen zu sein scheint, die Schadenregulierung sehr weitgehend ohne Konflikte zu bewerkstelligen. Die weitere Entwicklung gerade hinsichtlich besonders hoher Schadenssummen und eine abschließende Bewertung bleiben indessen abzuwarten.

2.3 Konfliktträchtige Umdeckungsaktion durch großen Makler in der Gebäude- und Hausratversicherung („Assekuradeur-Modell“)

Seit Mitte des Jahres 2021 kam es vermehrt zu Beschwerden vornehmlich zur Gebäude- und in geringerer Zahl auch zur Hausratversicherung. Ein als Versicherungsmakler registrierter Vermittler (Y-AG) hatte einen von ihm verwalteten, großen Vertragsbestand von dem bisherigen Versicherer (Y-VVaG) auf Gegenseitigkeit [Y-VVaG] auf andere Versicherer umgedeckt. Da der Y-VVaG die durch den Vermittler erfolgte Kündigung der bei ihm bestehenden Altverträge für unwirksam erachtete, neue Verträge aber bereits abgeschlossen und in Lauf gesetzt waren, sahen sich die Versicherungsnehmer doppelten Beitragsforderungen ausgesetzt. Insgesamt wandten sich allein im Berichtsjahr bereits über 290 Verbraucher an den Ombudsmann. Da oftmals mehrere Verträge betroffen waren und sich die Beschwerden sowohl gegen den Vermittler, die Y-AG, als auch gegen den Versicherer, den Y-VVaG, richteten, summierten sich die Schlichtungsanträge auf über 800 Beschwerdeverfahren.

Die Beschwerdeführer waren auch von der Namensähnlichkeit der Unternehmen irritiert. Ihnen war wohl nicht geläufig, welche Funktionen diesen in Bezug auf ihren Versicherungsvertrag zukamen. Völlig verständlich wiesen sie darauf hin, dass für den Versicherungsschutz ihres Gebäudes oder Hausrats nur einmal der Beitrag gezahlt werden müsse. Die Beschwerden richteten sich deswegen darauf, die Vertragsverhältnisse und die damit verbundene Pflicht zur Beitragszahlung zu klären.

Nachdem deutlich wurde, dass es sich um eine Vielzahl von Beschwerden handelte, versuchte der Ombudsmann, sowohl zwischen dem Versicherer und dem Vermittler als auch mit den Nachversicherern eine Klärung und Lösung dieser Situation zu erreichen. In der Folge stellte sich heraus, dass die ursprünglich zwischen dem Versicherer und dem Vermittler bestehende Geschäftsverbindung Mitte des Jahres 2020 aufgekündigt worden war. Ihr lag ein Modell zugrunde, bei dem der Versicherer die Vertragsverwaltung an das Vermittlerunternehmen als „Assekuradeur“ ausgelagert hatte. Er hatte diesem auch die Policierung und das Beitragsinkasso übertragen. Dazu waren umfangreiche Vollmachten erteilt, u. a. eine Empfangsvollmacht für an den Versicherer gerichtete Erklärungen. Hierüber waren die Kunden auch informiert. Die eigenen Vertragsbedingungen des Vermittlers enthielten zudem eine Klausel, wonach der Vermittler berechtigt war, das versicherte Risiko jederzeit durch Kündigung und Neuabschluss des Versicherungsvertrages ohne Zustimmung des Versicherungsnehmers bei einem anderen Versicherer in Deckung zu geben.

Der Vermittler vertrat die Ansicht, die Verträge mit dem Versicherer in Vollmacht der Kunden wirksam gekündigt zu haben, indem er eine Kündigung des Gesamtbestandes ausgesprochen und zudem jeden einzelnen Vertrag gesondert gekündigt habe. Die Besonderheit dieser individuellen Kündigung bestand allerdings darin, dass sie in vielen Fällen zwar an den Alt-Versicherer gerichtet, aber vom Vermittler an sich selbst als Empfangsvertreter adressiert war. Dieses Vorgehen begründete das Vermittlerunternehmen damit, einerseits im Namen des Kunden



zur Umdeckung des Vertrages berechtigt gewesen zu sein (Vertretungsverhältnis zwischen ihm und dem Kunden), andererseits sei er, der Vermittler, auch von dem Versicherer mit der Vertragsverwaltung beauftragt und dazu bevollmächtigt gewesen. Die an sich selbst adressierte Kündigung des Altvertrages sei zugegangen und daher wirksam. Bezüglich der darüber hinaus direkt an den Versicherer versandten Kündigungen bestritt der Versicherer, dass die Schreiben bei ihm angekommen seien. In den per Einschreiben übersandten Briefumschlägen habe sich ein anderer Inhalt befunden. Für diese Schilderung hat der Versicherer den Beweis angetreten.

Der Konflikt zwischen den Unternehmen und die damit verbundenen Nachteile für die Kunden konnten trotz intensiver Verhandlungen mit den Beteiligten, bei denen der Ombudsmann eine Vielzahl von Telefonaten führte, nicht beigelegt werden. Zwar zeichnete sich zunächst die Bereitschaft ab, einem Schlichtungsvorschlag des Ombudsmanns zu folgen, der ein Wahlrecht der Versicherungsnehmer vorsah, bei welchem Unternehmen der Vertrag fortbestehen solle. Doch stellten sowohl der Y-VVaG als auch die Y-AG im Verlauf der Gespräche wiederholt neue Forderungen hinsichtlich der Details. Diese waren nicht miteinander vereinbar und konnten im Schlichtungsverfahren nicht erfüllt werden. Obgleich den Beteiligten klar sein musste, dass die unverschuldet in diese Lage geratenen betroffenen Verbraucher weiter in Mitleidenschaft gezogen würden, verfestigte sich der Eindruck, dass die zerstrittenen Parteien im außergerichtlichen Schlichtungsverfahren nicht für eine gütliche Einigung zu gewinnen waren.

Nach Wochen ergebnisloser Gespräche lehnte der Ombudsmann schließlich die Fortführung der anhängigen Schlichtungsverfahren ab. Ihm blieb nur, den Beschwerdeführern in den verfahrensbeendenden Schreiben die Sach- und Rechtslage zu erläutern, wie sie sich nach Aktenlage darstellte. Die Verbraucher wurden darauf hingewiesen, dass im vereinfachten Ombudsmannverfahren die Vertragssituation nicht abschließend geklärt werden könne. Das Ergebnis der rechtlichen Prüfung wurde wie folgt erläutert:

Es liege im Hinblick auf die vom Vermittler an sich selbst adressierten Kündigungen nahe, dass es sich um ein unwirksames Insigeschäft im Sinne von § 181 BGB handele. Diese Regelung besage, dass ein Vertreter im Namen des Vertretenen nicht mit sich selbst im eigenen Namen oder als Vertreter eines Dritten ein Rechtsgeschäft vornehmen könne. Die Vorschrift beruhe auf dem Gedanken, dass die Mitwirkung derselben Person auf beiden Seiten eines Rechtsgeschäfts die Gefahr eines Interessenkonflikts und damit der Schädigung eines Vertragspartners in sich berge. Bei einseitigen Rechtsgeschäften, zu denen auch die Kündigung von Verträgen gehöre, seien die Grundsätze des § 181 BGB anzuwenden, wenn, wie hier, Erklärender und Erklärungsempfänger identisch seien. § 181 BGB regle zwar, dass ein solches Rechtsgeschäft unter anderem dann zulässig sein könne, wenn dazu eine Gestattung erteilt worden sei. Der Versicherer müsse also den Vermittler vom Verbot des Insigeschäfts befreit haben. Hierfür hätten in den besagten Fällen jedoch keine Anhaltspunkte gefunden werden können, die ohne Bedenken tragfähig gewesen wären. Der Vermittler habe in den Beschwerdeverfahren regel-

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

mäßig vorgetragen, er habe einerseits als Vertreter der Versicherungsnehmer und andererseits als Vertragsverwalter des jeweiligen Versicherers und damit auch als dessen Vertreter fungiert. Die Vertragsverwaltung habe die Bevollmächtigung eingeschlossen, sowohl Versicherungsscheine zu erstellen, den Beitragseinzug durchzuführen, sämtlichen Verwaltungsschriftwechsel zu führen als auch Verträge zu kündigen. Auch zur Umdeckung sei er berechtigt gewesen. Dazu habe der Vermittler auf die von ihm jeweils verwendeten Vertragsbedingungen sowie den Text der Versicherungsscheine verwiesen, worin seine Befugnisse aufgeführt seien.

Ob sich aus diesen Regelungen eine Befreiung des Vermittlers von dem Verbot des § 181 BGB (Verbot des Selbstkontrahierens) durch den Alt-Versicherer herleiten lasse, die auch die Umdeckung eines großen oder gar des gesamten bis dahin bei ihm eingedeckten Vertragsbestandes einschließe, erscheine nach Abschluss der rechtlichen Prüfung zweifelhaft. Nach dem Grundsatz von Treu und Glauben könne nicht davon ausgegangen werden, dass ein Vertragspartner damit befugt sein solle, gegen die fundamentalen Interessen des anderen Geschäftspartners zu handeln, indem er den Bestand, also alle Versicherungsverträge bei dem bisherigen Versicherer, kündige und auch die zugehörige Kündigungserklärung an sich selbst als empfangsbevollmächtigten Vertreter adressiere.

Letztlich musste der Ombudsmann diese schwierige Rechtsfrage offenlassen und konnte sie im vereinfachten Verbraucherschlichtungsverfahren nicht abschließend klären. Das war den staatlichen Gerichten vorzubehalten. Gleiches galt für den vom Versicherer vorgetragene Einwand, auch im Übrigen keine Kündigungserklärungen erhalten zu haben, weil die Briefe einen anderen Inhalt gehabt hätten. Diese Frage hätte nur durch eine Beweisaufnahme aufgeklärt werden können, die im Verbraucherschlichtungsverfahren nicht stattfinden kann. Eine pauschale Kündigung des gesamten Bestandes, die auch im Raum stand, begegnete Bestimmtheitsbedenken. Es blieb unklar, welche Verträge von ihr hätten erfasst sein sollen. Es fehlte die namentliche Bezeichnung der von der Kündigung betroffenen Versicherungsnehmer sowie der zugehörigen Verträge.

Im Ergebnis konnten die Verbraucher im Ombudsmannverfahren somit nur über die Rechtslage informiert werden. Außerdem haben sie Hinweise für den Fall erhalten, dass zwischenzeitlich Schäden aufgetreten waren oder dass sie selbst nachträglich noch einmal eine Vertragskündigung erklärt haben sollten. Ihnen wurde außerdem vorgeschlagen, sich noch einmal an die Unternehmen zu wenden und dort darum zu bitten, den von ihnen nicht mehr gewünschten Vertrag vorzeitig aufzuheben. Seither konnte erfreulicherweise zumindest in einigen Fällen festgestellt werden, dass diesem Wunsch entsprochen wurde. Die letztlich nicht hinreichende Schlichtungsbereitschaft des Vermittlerunternehmens und des Alt-Versicherers führt nun dazu, dass nicht wenige betroffene Kunden gerichtliche Hilfe in Anspruch nehmen werden und diese Streitigkeiten vor den jeweils örtlich zuständigen Amtsgerichten in verschiedenen Regionen Deutschlands ausgetragen werden.



2.4 Assekurateur und Verbraucherschutz

Die unter 2.3 geschilderte konfliktbehaftete Umdeckungsaktion verdeutlicht, dass aus einer Verschränkung der im VVG vorgesehenen Vermittlertypen (Vertreter, Makler) auf der Grundlage der Vertragsfreiheit spezifische Gefährdungen der Interessen der Verbraucher, aber auch der Unternehmen erwachsen können.

Der Vermittler wies hier auf seinen Briefbögen auf seine Erlaubnis als Versicherungsmakler nach § 34d Absatz 1 GewO hin. Im Versicherungsschein war der Hinweis enthalten, der Versicherer habe die Vertragsverwaltung auf den Vermittler ausgelagert. In den eigenen Wohngebäude-Versicherungsbedingungen des Vermittlers war eine Maklervollmacht enthalten. Unmittelbar nachgeschaltet sind dort „Vollmachten des Versicherungsvertreters“ geregelt. Es folgt eine eigenständige Klausel unter der Überschrift „Wechsel des Versicherers“. Danach ist der Vermittler berechtigt, das auf der Grundlage seines Vertrages mit dem Kunden versicherte Risiko jederzeit durch Kündigung und Neuabschluss des Versicherungsvertrages, ohne Zustimmung des Versicherungsnehmers, bei einem anderen Versicherer in Deckung zu geben; dies sei jedoch nur möglich bei gleichbleibendem oder besserem Versicherungsschutz.

Zur Einordnung einer solchen Konzeption ist die rechtliche Lage in den Blick zu nehmen: Die Versicherungsvermittlung ist seit dem 22. Mai 2007 erlaubnispflichtig (§ 34 GewO). Die Tätigkeit bedarf der Zulassung, die Ausübung wird beaufsichtigt. Der Begriff des Versicherungsvermittlers ist ein Oberbegriff. Der Gesetzgeber hat zwei Vermittlertypen gebildet: Versicherungsvertreter und Versicherungsmakler (§ 59 Absatz 1 VVG). Versicherungsvertreter vermitteln Versicherungsverträge im Auftrag eines Versicherungsunternehmens. Versicherungsmakler führen ihre Vermittlungstätigkeit im Auftrag des Versicherungsnehmers und unter Wahrung seiner Interessen durch. Die Rechtsprechung hat für die Pflichten des im Kundenauftrag tätigen Versicherungsmaklers das Bild entwickelt, dass dieser „im Lager“ des Versicherungsnehmers stehe.

Danach, wer Auftraggeber des Vermittlers ist, richtet sich, welche Interessen dieser zu vertreten hat, welche Pflichten ihm auferlegt sind und ob Fehler des Vermittlers dem Versicherer zugerechnet werden können (wenn er Vertreter ist) oder nicht (wenn er Makler ist). Daher ist es für Versicherungsnehmer von erheblicher Bedeutung, mit welchem Vermittlertyp sie es zu tun haben. Um dem Versicherungsnehmer hierüber Klarheit zu verschaffen, hat der Gesetzgeber vorgegeben, dass Vermittler, neben anderen Pflichtinformationen, dem Kunden beim ersten Geschäftskontakt mitzuteilen haben, auf welchen Vermittlertyp die Eintragung in das Register nach § 34d Absatz 7 GewO lautet und wie sich diese Eintragung überprüfen lässt.

Makler übernehmen nach der gesetzlichen Definition gewerbsmäßig für den Auftraggeber die Vermittlung oder den Abschluss von Versicherungsverträgen, ohne von einem Versicherer oder von einem Versicherungsvertreter damit betraut zu sein (§ 59 Absatz 3 Satz 1 VVG). Sie sind grundsätzlich verpflichtet, ihrem Rat eine

hinreichende Zahl von auf dem Markt angebotenen Versicherungsverträgen und Versicherern zu Grunde zu legen, sodass sie dem Versicherungsnehmer nach fachlichen Kriterien eine Empfehlung geben können, welcher Versicherungsvertrag für ihn geeignet ist, seine Bedürfnisse zu erfüllen (§ 60 Absatz 1 Satz 1 VVG). Makler sollen also anbieterunabhängig den Markt sondieren, um dem Versicherungsnehmer zu dem für ihn am besten passenden Versicherungsschutz zu verhelfen. Der zugrundeliegende Maklervertrag regelt üblicherweise, dass sie unter anderem einen laufenden Vertrag bei dem Versicherer kündigen und mit einem anderen Versicherer einen neuen Versicherungsvertrag abschließen können.

Bei der vorliegenden Konstellation (siehe dazu 2.3), soweit sie aus der Aktenlage ersichtlich war, stellt sich die Frage, ob diese Gestaltung der Typisierung des VVG entspricht. Die Ausgliederung von Funktionen des Versicherers beruht auf vertraglicher Grundlage. Der Vermittler handelte auf der einen Seite wie ein Versicherungsvertreter, stellte sich nach außen und gegenüber den Kunden jedoch auch als Versicherungsmakler dar. Die tradierte Figur des Assekuradeurs, an die man hier denken könnte, kennzeichnet indessen keine rechtlich vorgegebene, fest umrissene Tätigkeit. Es handelt sich vielmehr um eine traditionell gewachsene Form der Versicherungsvermittlung, die üblicherweise für bestimmte Mehrfachagenten galt. In der Fachliteratur wird das „Mischmodell“ auch kritisch bewertet, weil es als anfällig für Interessenkonflikte zu erachten sei (vgl. etwa Beckmann/Matusche-Beckmann, Versicherungsrechtshandbuch, 3. Auflage, § 5 Rdn. 367, 385; Prölss/Martin/Dörner, Versicherungsvertragsgesetz, 31. Auflage § 59 Rdn. 110 f., 113–115). In den Ausgangsverfahren kam hinzu, dass die in den Bedingungen enthaltenen Makler- und Vertretervollmachten für die Versicherungsnehmer auch nicht verlässlich klarwerden ließen, mit welchem Vermittlertypus sie es zu tun hatten. Ergänzend sei angemerkt, dass aufsichtsrechtlich ein Versicherungsunternehmen bei einer Ausgliederung wichtiger Funktionen und Tätigkeiten sicherzustellen hat, dass eine Gefährdung der kontinuierlichen und zufriedenstellenden Dienstleistung für die Versicherungsnehmer vermieden wird. Außerdem hat sich das ausgliedernde Versicherungsunternehmen die erforderlichen Auskunfts- und Weisungsrechte vertraglich zu sichern (§ 32 Absatz 3 und Absatz 4 Satz 1 VAG).

2.5 Riester-Renten-Verträge: „Doppelte Abschlusskosten“

In der Lebens- und Rentenversicherung (Riester) war vermehrt die erneute (doppelte) Belastung von Versicherungsnehmern mit Abschlusskosten Gegenstand von Beschwerden. Bereits im Jahr 2019 hatte die BaFin Versicherungsunternehmen, die Riester-Verträge anbieten, darauf hingewiesen, dass keine erneuten Abschluss- und Vertriebskosten erhoben werden dürften, wenn sich bei gleichbleibendem Gesamtbeitrag die staatliche Zulage in der Ansparphase ändere und infolgedessen der Eigenbeitrag steige oder sinke. Dabei bezog sich die BaFin auf ein Schreiben des Bundesministeriums der Finanzen (BMF) vom 14. März 2019, in dem Hinweise zum Verständnis von Regelungen für zertifizierte Altersvorsorge- und Basisrentenverträge nach dem AltZertG gegeben werden. Wie die Behörde später im BaFin-Journal und gegenüber der Zeitschrift „Finanztest“ hervorhob,



hatte sie sich „von allen Lebensversicherern schriftlich bestätigen lassen, dass diese bei allen seit 2002 abgeschlossenen Verträgen künftig keine erneuten Abschluss- und Vertriebskosten mehr erheben und einschlägige Kundenbeschwerden im Sinne der Verbraucher behandeln“ werden.

Während in den Vorjahren die Unternehmen bei den sehr wenigen, gleichwohl noch anfallenden Beschwerden abhalfen, weil es in Einzelfällen doch zur erneuten Berechnung von Abschlusskosten gekommen war, stieg deren Zahl im Berichtsjahr geringfügig an. Dem waren entsprechende Veröffentlichungen in der Fachpresse vorausgegangen, u. a. auch in der Zeitschrift „Finanztest“. Nachdem auch für diese Beschwerden in aller Regel nach wie vor zugunsten der Versicherungsnehmer schnell Abhilfen durch die Versicherer erreicht werden konnten, lehnten im weiteren Verlauf des Jahres nunmehr zwei Unternehmen eine Abhilfe ab. Sie verwiesen auf eine abweichende Interpretation des Schreibens des BMF. Darin heißt es, bei einer Änderung der Beitragssumme während der Laufzeit dürften zusätzliche Kosten nur auf die positive Differenz zwischen neuer und ursprünglicher Beitragssumme erhoben werden, maximal in Höhe des Prozentsatzes, der auf dem individuellen Produktinformationsblatt ausgewiesen sei. Eine positive Differenz zwischen neuer und ursprünglicher Beitragssumme liege vor, wenn beispielsweise erhöhte Eigenbeiträge wegfallende Zulagen ersetzten. Gleiches gelte für den umgekehrten Fall, in dem reduzierte Eigenbeiträge durch höhere Zulagen ersetzt würden. Die genannten Versicherer entnehmen dem ein Konnexitätserfordernis. Danach soll das Verbot erneuter Abschlusskosten nur gelten, wenn erhöhte Eigenbeiträge wegfallende Zulagen ersetzten oder der umgekehrte Fall gegeben sei. Erfolgten Beitragsreduktionen unabhängig davon, könnten beispielsweise auf stattdessen geleistete Sonderzahlungen wiederum Abschlusskosten erhoben werden. Darüber hinaus, so einer der Versicherer, würden die Grundsätze des BMF-Schreibens nicht für Verträge gelten, die vor Einführung des § 2 Absatz 1 Nr. 1 des AltZertG zum 1. Januar 2014 abgeschlossen worden seien, denn die Hinweise des BMF-Schreibens bezögen sich auf die seither geltenden Vorschriften.

Da eine gefestigte Rechtsprechung zu diesem Problemkreis bislang nicht vorliegt, hat der Ombudsmann zunächst die wenigen Beschwerdeverfahren, in denen für bestimmte Sonderkonstellationen Abhilfen nicht erreichbar waren, wegen der insoweit noch zu klärenden Rechtsfragen offengelassen und das BMF mit Schreiben vom 14. Oktober 2021 um eine Klarstellung gebeten. Das BMF hat mitgeteilt, es sei beabsichtigt, die praktische Behandlung der aufgeworfenen Fragen zunächst mit der Versicherungswirtschaft zu erörtern, um dann auf die Anfrage zurückzukommen.

Die Problematik der erneuten oder sogenannten doppelten Abschlusskosten stellt sich allerdings nur bei Vertragsgestaltungen, die die Abschlusskostenerhebung nach der vereinbarten Beitragssumme vorsehen, nicht bei Verträgen, zu denen die Abschlusskosten als Prozentsatz jedes tatsächlich gezahlten Beitrages berechnet werden.

2.6 Verjährungshemmung und „Silvester-Beschwerden“: Widerspruchsfälle in der Lebensversicherung

Unmittelbar vor Jahresschluss reichten zwei Rechtsanwaltskanzleien insgesamt mehr als 800 Schlichtungsanträge ein, die ganz überwiegend Fälle des Widerrufs von Lebensversicherungsverträgen betreffen. Dies diene erkennbar auch dazu, die Hemmung der Verjährung durch einen Schlichtungsantrag zu bewirken und sich dabei die geringen formalen Anforderungen an einen solchen Antrag im Verbraucherschlichtungsverfahren zunutze zu machen (zur Verjährungshemmung: § 204 Absatz 1 Nr. 4 BGB, § 12 VomVO). Die Widerrufserklärungen gegenüber dem Versicherer waren großenteils schon lange Zeit zuvor abgegeben worden, die Anwaltsvollmachten sind teilweise älteren Datums. Die Sachen waren in den Anwaltskanzleien vorher offenbar lange nicht weiterbearbeitet worden. In diesen Fällen werden die formalen Verfahrenserfordernisse genau geprüft. Teils wurden aktuelle Vollmachten und weitergehende Angaben nachgefordert. Genügten die Angaben im Schlichtungsantrag nicht, um den Beschwerdegegenstand und das Beschwerdeziel hinreichend kenntlich zu machen, wurde zunächst von der Bekanntgabe des Antrags an den Versicherer abgesehen. Das kann Rückwirkungen auf die Verjährungshemmung haben. Diese setzt voraus, dass der Schlichtungsantrag nicht nur bei der Schlichtungsstelle noch bis zum Jahresende eingereicht wird, sondern dass der Antrag dem Beschwerdegegner auch „demnächst“ bekannt gegeben wird. Werden innerhalb der gesetzten kurzen Frist die erforderlichen Angaben nicht nachgereicht, beendet der Ombudsmann das Schlichtungsverfahren.

2.7 Lebens- und Rechtsschutzversicherung: Einfluss der Rechtsprechungs-entwicklung („rechtsprechungsinduzierte Beschwerden“)

Auch im Berichtsjahr setzte sich eine bereits in den Vorjahren festzustellende Entwicklung fort, die vom Einfluss einer sich fortentwickelnden Rechtsprechung des EuGH, des BGH und der Oberlandesgerichte zu den Fällen des Widerrufs von Lebensversicherungs- und Verbraucherkreditverträgen wegen fehlerhafter Belehrungen und fehlenden Pflichtinformationen gekennzeichnet war. Entscheidungen des EuGH belebten die Diskussion und führten zu erweiterten Argumentationen in Beschwerdebegründungen anwaltlich vertretener Beschwerdeführer (siehe dazu näher unter 2.8). Der von den Versicherern in den Fällen des Widerrufs von bereits viele Jahre zuvor geschlossenen Verträgen häufig erhobene Einwand der Verwirkung des Widerrufsrechts war ebenfalls immer wieder Gegenstand der Prüfung. Während die Instanzgerichte hier bei der Anerkennung des Verwirkungseinwandes großzügiger zu sein scheinen, hielt der BGH an seiner strikten Rechtsprechungslinie fest, der zufolge der Verwirkungseinwand nur bei Vorliegen besonders gravierender Umstände durchgreift (siehe unter 2.8).



2.8 Die Versicherungssparten in der Jahresbetrachtung

Die Entwicklung in den verschiedenen Versicherungssparten im Jahr 2021 wird im Folgenden auf der Grundlage der Beschwerdebearbeitungspraxis näher dargestellt. Dabei werden traditionell alle Sparten behandelt und vornehmlich die jeweiligen Schwerpunkte angesprochen. Es dient dem vollständigen Überblick an dieser Stelle, dass einige Themen noch einmal aufgegriffen und vertieft werden, die bereits bei der Vorstellung der Hauptentwicklungslinien im Jahr 2021 (unter 2.1 bis 2.7) behandelt worden sind.

■ Lebensversicherung

Im Jahr 2021 erhielt der Ombudsmann 3.412 (Vorjahr: 2.779) zulässige Beschwerden zur Lebensversicherung und damit wieder deutlich mehr als in den Vorjahren. Zum Teil ist dies auf kurz vor Jahreswechsel eingereichte Beschwerden von zwei auf Widerrufsfälle spezialisierte Rechtsanwaltskanzleien zurückzuführen. Allein am 30. und 31. Dezember gingen über 800 Schlichtungsanträge ein. Dabei ging es ersichtlich auch darum, die mit dem Schlichtungsantrag einhergehende Verjährungshemmung zu bewirken (ausführlich unter Kapitel 2.6).

Unter dem Begriff „Lebensversicherung“ wird eine Vielzahl von Vertragsarten zusammengefasst. Hierzu gehören „konventionelle“ kapitalbildende Lebens- bzw. Rentenversicherungen, Risikolebensversicherungen, fondsgebundene Versicherungen ohne und mit garantierten Mindestleistungen (sogenannte „Hybridprodukte“) sowie Riesterrenten-, Sterbegeld-, Basisrenten-, Schwere-Krankheiten-, Pflegerenten- und Restschuld-Versicherungen sowie Verträge zur betrieblichen Altersversorgung (bAV).

Wie bereits in den Vorjahren erreichten den Ombudsmann auch im Berichtsjahr viele Beschwerden zum Thema Zurückweisung von Widersprüchen nach § 5a VVG a. F. (Fassung vor 2008) oder von Rücktritten nach § 8 Absatz 5 VVG a. F. Nachdem zunächst insoweit im Vergleich zum Vorjahr ein Rückgang verzeichnet werden konnte, nahmen die Beschwerden zum Ende des Jahres wieder zu. Dies ist vor allem auf die bereits erwähnten Sammelbeschwerden zurückzuführen. Zu den Einzelheiten der Widerrufsthematik kann im Wesentlichen auch auf die Vorjahresberichte (zum Beispiel im Jahresbericht 2018 auf den Seiten 30 und 31) verwiesen werden.

Im Vergleich zum Jahr 2020 zeigt sich ein erheblicher Anstieg von Beschwerden zum Widerrufsrecht nach § 8 in der ab dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung des VVG. Die Beschwerdeführer waren in diesen Fallkonstellationen größtenteils anwaltlich vertreten. Bei den Beschwerden zum Widerrufsrecht kommt es entscheidend darauf an, ob die Widerrufsfrist bei Vertragsschluss in Lauf gesetzt wurde. Bei fehlerhaften Widerrufsbelehrungen oder fehlenden Pflichtinformationen ist das nach der Rechtsprechung in der Regel nicht der Fall, sodass auch viele Jahre später Vertragserklärungen noch widerrufen werden können oder der Rücktritt erklärt werden kann. Allerdings hat der Gesetzgeber als Anlage zum VVG eine Musterbelehrung zur Verfügung gestellt, der, wenn sie verwendet wird, die

Fiktion der Gesetzlichkeit zukommt (Anlage zu § 8 Absatz 5 Satz 1 VVG). Eine Abweichung von der Musterbelehrung begründet jedoch noch keine Fehlerhaftigkeit der Belehrung. Entsprechend die Belehrung nicht dem im Gesetz vorgesehenen Muster, sodass die Gesetzlichkeitsfiktion nicht galt, war sie vom Ombudsmann konkret zu prüfen. Fehler in der Belehrung ergaben sich insbesondere bei der Darstellung der fristauslösenden Unterlagen (die der Versicherungsnehmer erhalten muss, damit die Widerrufsfrist in Lauf gesetzt wird) und der Rechtsfolgen des Widerrufs. Insoweit berührten die Beschwerden aber häufig Rechtsfragen, die nach wie vor höchstrichterlich noch nicht abschließend geklärt sind, sodass der Ombudsmann nach dem derzeitigen Stand der Rechtsprechung nicht in jedem Fall eine sichere Bewertung vornehmen konnte.

In einzelnen Fällen beanstandeten Beschwerdeführer, dass die Belehrung einen „Kaskadenverweis“ auf § 7 Absatz 1 und 2 VVG enthalte, was nach einem Urteil des EuGH vom 26. März 2021 (Az. C-66/19) nicht zulässig sei. Nach dem Urteil des EuGH ist eine Widerrufsbelehrung in Verbraucherkreditverträgen, die auf Vorschriften des nationalen Rechts und dort wiederum auf andere weitere Vorschriften verweist, nicht mit der Verbraucherkreditrichtlinie vereinbar, weil sie nicht hinreichend verständlich sei. Es ist allerdings offen, ob diese zur Verbraucherkreditrichtlinie ergangene Entscheidung auf den Bereich der Lebensversicherungen und auf die Musterwiderrufsbelehrung im VVG übertragbar ist, denn diese entfaltet die Gesetzlichkeitsfiktion.

Mittlerweile hat der Gesetzgeber die Musterwiderrufsbelehrung im VVG angepasst und die Kaskadenverweise aufgelöst (Artikel 3 des Gesetzes vom 9. Juni 2021, Bundesgesetzblatt 2021 Teil I Seite 1666; zum Gesetzentwurf siehe Bundestagsdrucksache 19/29391). Für die Widerrufsfälle zu alten Verträgen sind indessen die früheren Belehrungen zu beurteilen. Die weitere Entwicklung der Rechtsprechung hierzu ist abzuwarten.

In vielen Fällen beriefen sich die Versicherungsunternehmen darauf, dass die an sich berechnete Geltendmachung eines Widerspruchs- bzw. Rücktritts- oder Widerrufsrechts – typischerweise wegen fehlerhafter Belehrung bei Vertragsabschluss – im konkreten Fall gegen Treu und Glauben gemäß § 242 BGB verstoße und deshalb verwirkt sei. Grundsätzlich ist es möglich, dass das Rückabwicklungsverlangen rechtsmissbräuchlich ist. Dies ist der Fall, wenn aus Sicht des Vertragspartners, hier des Versicherers, ein Vertrauenstatbestand geschaffen wurde oder andere besondere Umstände die Rückabwicklung des Vertrages als treuwidrig erscheinen lassen. Der Missbrauchseinwand greift nach der Rechtsprechung des BGH jedoch nur unter sehr hohen Anforderungen. Der BGH begründet diesen strengen Maßstab damit, dass der Versicherer mit der nicht ordnungsgemäßen Belehrung schließlich selbst die Voraussetzungen für das Fortbestehen des Rücktritts-, Widerrufs- bzw. Widerspruchsrechts geschaffen habe.

Diese engen Voraussetzungen konnte der Ombudsmann nicht immer als erfüllt ansehen. Die Versicherer beriefen sich nicht selten lediglich auf die lange Zeitspanne zwischen Vertragsabschluss und Widerruf oder Rücktritt, ohne besondere oder überhaupt Umstandsmomente einzuwenden. Für eine Treuwidrigkeit müssen aber darüber hinaus noch besonders gravierende Umstände vorliegen.



Diese Voraussetzung bekräftigte der BGH auch in seinen jüngeren Entscheidungen. In seinen Beschlüssen vom 28. Oktober 2020 (IV ZR 272/19) und vom 13. Januar 2021 (IV ZR 67/20) stellte das Gericht klar, dass selbst bei längerem Zeitablauf geringere Umstandsmomente nicht ausreichen. In diesen Fällen konnten nach entsprechendem Hinweis des Ombudsmanns Abhilfen erreicht werden. In anderen Fällen unterbreitete der Ombudsmann Schlichtungsvorschläge.

Im Berichtsjahr gab es wieder viele Beschwerden zur Höhe der Ablaufleistung und zum Rückkaufswert beziehungsweise zur Höhe des aktuellen Vertragswertes, der in der jährlichen Wertmitteilung angeführt war. Erneut betrafen zahlreiche Beschwerden die vom Versicherer in die Verträge einkalkulierten Kosten. Gerade bei zertifizierten Produkten, wie der Riester- oder der Basisrente, bei denen der Versicherungsnehmer jährlich in der Wertmitteilung über die Kosten informiert wird, kommt es immer wieder zu Fragen oder Irritationen.

Wie schon im vergangenen Jahr lag ein Schwerpunkt bei dem Thema „doppelte Abschlusskosten“ bei Riesterrenten (siehe auch 2.5). Dieses Thema war von den Verbraucherzentralen und den Medien aufgegriffen worden. Hintergrund war das Schreiben des Bundesministeriums der Finanzen (BMF) vom 14. März 2019 mit Hinweisen zur Auslegung von Vorschriften des AltZertG. Das BMF-Schreiben gibt vor, dass die als Prozentsatz der vereinbarten Beiträge vorgesehenen Kosten zu berechnen sind, indem die vereinbarte Beitragssumme über die gesamte Vertragslaufzeit betrachtet wird. Ändert sich die Beitragssumme während der Laufzeit, dürfen zusätzliche Kosten nur auf Erhöhungen der ursprünglichen Beitragssumme erhoben werden. So soll eine Doppelbelastung vermieden werden.

In einigen Beschwerdefällen konnten dementsprechende „Doppelprovisionierungen“ festgestellt und Abhilfen erreicht werden. In anderen Fällen waren die Berechnungen des Versicherers im Sinne des BMF-Schreibens nicht zu beanstanden. Hier gab es lediglich Zuzahlungen oder Beitragserhöhungen, für die berechtigterweise weitere Kosten erhoben worden waren. Entsprechende Regelungen hierzu waren in den vertraglichen Vereinbarungen der betroffenen Verträge enthalten. In anderen Fällen teilten Versicherer mit, dass sich die Abschlusskosten bei dem beschwerderelevanten Vertrag nicht nach der vereinbarten Beitragssumme berechnen, sondern mittels eines Prozentsatzes jedes tatsächlich eingezahlten Beitrags. Die Problematik doppelter Abschlusskosten kann sich in dieser Konstellation grundsätzlich nicht ergeben. Es bestand daher insoweit kein Erstattungsanspruch.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass die Beschwerdeführer gerade bei Riesterverträgen misstrauisch sind, ob die Kostenbelastung rechtmäßig erfolgt. Die Prüfung dieser Beschwerden ist verhältnismäßig aufwendig. Es muss unter anderem nachvollzogen werden, ob bei der Ausgestaltung der Kostenangaben im Produktinformationsblatt und in der Wertmitteilung die jeweiligen gesetzlichen Vorgaben beachtet wurden. Diese wurden mehrfach geändert und sind für zertifizierte Produkte anhand der jeweils gültigen Fassung des AltZertG zu beurteilen. Je nach Gegenstand der Beschwerde erfolgte die Prüfung sowohl in rechtlicher als auch in versicherungsmathematischer Hinsicht. Die Versicherer stellten dem Ombudsmann hierfür die notwendigen Grundlagen für die interne Prüfung

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

(§ 8 VomVO) zur Verfügung. Im Berichtsjahr gingen über 500 Beschwerden ergänzend in die mathematische Prüfung ein.

Einen weiteren, nicht unerheblichen Anteil machten wieder Beschwerden zur Beratung bei Vertragsabschluss aus. Die Beschwerdegründe waren vielfältig. Insoweit kann im Wesentlichen auf die Vorjahresberichte verwiesen werden.

Um Beweisschwierigkeiten entgegenzuwirken, hat der Gesetzgeber die Versicherungsvermittler verpflichtet, den wesentlichen Beratungsinhalt zu dokumentieren. Die Dokumentationen wurden in den Falschberatungsfällen in der Regel auch erstellt und dem Ombudsmann vorgelegt. In vielen dieser Fälle waren die Beratungsprotokolle jedoch wenig aussagekräftig. Ist die Dokumentation der Beratung unzureichend, kann dies zu Beweiserleichterungen für den Versicherungsnehmer bis hin zur Beweislastumkehr führen. Allerdings kann aus der fehlenden Dokumentation eines Umstands noch nicht geschlossen werden, dass darüber nicht gesprochen wurde. Machen die Beteiligten unterschiedliche Angaben zum Beratungsgespräch, kommt es folglich auf deren persönliche Befragung an. Diese sieht das vereinfachte Schlichtungsverfahren jedoch nicht vor, sodass der Ombudsmann auch bei unzureichender Dokumentation der Beschwerde nicht immer zum Erfolg verhelfen konnte. Erfreulicherweise konnten einige Fälle im Wege des Vergleichs oder der Abhilfe beigelegt werden.

Bei den Beschwerden zur Pflegerentenversicherung war im Vergleich zu früheren Jahren ein geringer Zuwachs zu verzeichnen.

Beschwerden zu coronaspezifischen Themen sind in der Lebensversicherung bislang ausgeblieben, auch wenn fondsgebundene Verträge von den zwischenzeitlich aufgetretenen Turbulenzen an den Finanzmärkten betroffen waren und der ein oder andere Vertrag möglicherweise aufgrund pandemiebedingter finanzieller Engpässe der Versicherungsnehmer nicht im bisherigen Maße beitragspflichtig weitergeführt werden konnte. In einem Fall, in dem zwei Lebenspartner kurz nacheinander an COVID-19 verstarben, kam es zu Irritationen über die Bezugsrechte. Der Ombudsmann konnte zur Aufklärung beitragen.

■ Sonderteil Lebensversicherung

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

Betriebliche Altersversorgung

Als eine der Säulen der Altersvorsorge betrifft die bAV finanzielle Zuwendungen, die ein Arbeitgeber seinem Arbeitnehmer aus Anlass des Arbeitsverhältnisses zur Alters-, Hinterbliebenen- und Invaliditätsversorgung verspricht. Die Besonderheiten regelt unter anderem das Gesetz zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung (BetrAVG), das auch als „Betriebsrentengesetz“ bezeichnet wird. Darin gibt der Gesetzgeber Rahmenbedingungen vor und engt den ansonsten bestehenden, vertraglich regelbaren Spielraum für die Beteiligten ein.



In jeder der zulässigen Varianten der bAV („Durchführungswege“) ist der Abschluss eines Versicherungsvertrages möglich, an dem der Arbeitnehmer als Verbraucher beteiligt wird. Die versicherungsgebundenen Durchführungswege der bAV machen als Teilbereich der Lebensversicherung etwa zehn Prozent der Beschwerden dieser Sparte aus.

In Versicherungsverträgen der bAV ist der versorgungsberechtigte Arbeitnehmer, solange das Arbeitsverhältnis besteht, stets versicherte Person, nicht aber auch Versicherungsnehmer. Frühestens nach Beschäftigungsende kommen die Übernahme der Versicherungsnehmerstellung und eine private Fortführung des Versicherungsvertrages durch den Arbeitnehmer in Betracht. In dieser Mehrparteienkonstellation der bAV (Arbeitnehmer, Arbeitgeber, Versicherer und ggf. Unterstützungskasse) wird der Versicherungsvertrag zudem flankiert von arbeitsvertraglichen, steuerlichen und sozialversicherungsrechtlichen Beziehungen. Da im Ombudsmannverfahren nur eigene versicherungsvertragliche Ansprüche eines Verbrauchers oder einer Person in verbraucherähnlicher Lage geprüft werden können, haben Fragen der Zulässigkeit von Schlichtungsanträgen in der bAV eine größere Bedeutung als bei privaten Renten- und Lebensversicherungsverträgen.

Das BetrAVG macht Vorgaben für die bAV, die als Voraussetzung für die staatliche Förderung sowie den Insolvenz- und Pfändungsschutz der Versorgung erfüllt sein müssen. 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 Sicherung durch den Pensionssicherungsverein (§ 14 BetrAVG). Häufige Beschwerdeziele sind die vorzeitige Auszahlung der Altersversorgungsleistung (§ 6 BetrAVG) und die Abfindung wegen Geringwertigkeit (§ 3 BetrAVG). Die Teilung von Versorgungsanwartschaften im familiengerichtlichen Versorgungsausgleich bei Ehescheidung ist ebenfalls häufiger Beschwerdeanlass.

Auch das VVG enthält Vorschriften speziell für die bAV, etwa die Pflicht des Versicherers, Beitragsrückstände nicht nur beim Versicherungsnehmer, sondern auch bei der versicherten Person (Arbeitnehmer und späterer Versorgungsempfänger) anzumahnen und ihr die Möglichkeit zu geben, den Rückstand selbst auszugleichen (§ 166 Absatz 4 VVG). Anders als in der privaten Lebensversicherung muss die versicherte Person in der bAV nach § 150 Absatz 2 VVG nicht schriftlich einwilligen, damit der Versicherungsvertrag wirksam zustande kommt.

Besondere Informationspflichten gegenüber dem Versorgungsanwärter und -empfänger enthalten die §§ 234k ff. VAG und die Verordnung über Informationspflichten in der betrieblichen Altersversorgung, die von Pensionsfonds, Pensionskassen und anderen Lebensversicherungsunternehmen durchgeführt wird (VAG-InfoV). Auch die Finanzverwaltung macht Vorgaben, die eingehalten werden müssen, damit die steuerliche Förderung der bAV gewährt werden kann. Dazu gehört, dass für eine betriebliche Leistung an Hinterbliebene bei Tod des Arbeitnehmers nur ein begrenzter Personenkreis in Betracht kommt. Eine Hinterbliebenenversorgung im

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

steuerlichen Sinne darf nur Leistungen an die überlebenden Ehegatten, kindergeldberechtigte Kinder, den früheren Ehegatten oder den Lebensgefährten vorsehen („enger Hinterbliebenenbegriff“). An andere als diese Personen kommt ein einmaliges angemessenes Sterbegeld in Betracht, das derzeit 8.000 Euro nicht überschreiten darf (aufsichtsbehördlich festgesetzt nach § 150 Absatz 4 VVG).

Viele Beschwerdeführer fühlen sich bei Einrichtung und Führung ihrer bAV durch den Versicherer fehlerhaft beraten. Eine versicherungsbezogene Beratung und Interessenwahrung kann der versicherte Arbeitnehmer aber grundsätzlich nur von seinem Arbeitgeber verlangen. Auch über die steuer- und sozialversicherungsrechtliche Rahmenrechtslage muss der Versicherer den versicherten Arbeitnehmer grundsätzlich nicht näher aufklären. Weil die Vertragskommunikation hauptsächlich zwischen den Parteien des Versicherungsvertrages stattfindet, also zwischen dem Arbeitgeber und dem Versicherer oder ggf. der Unterstützungskasse, ist es in diesem Dreiecksverhältnis für den versicherten Arbeitnehmer oft nicht leicht, das Vertragsgeschehen genau zu erfassen oder darauf Einfluss zu nehmen. Probleme können bei Arbeitsplatzwechsel, Betriebsaufgabe oder Insolvenz des Arbeitgebers auftreten, etwa weil dieser an der Umgestaltung des Versicherungsvertrages nicht mitwirkt oder seine Gläubiger auf die Versorgung zugreifen wollen. Hier spielen Pfändungs- und Abtretungsfragen eine Rolle.

Seit einigen Jahren greifen manche Pensionskassen in Abstimmung mit der BaFin in laufende Verträge ein, indem sie den Rechnungszins beziehungsweise den Rentenfaktor senken und vereinzelt sogar Renten im Bezug kürzen. Die dafür erforderliche aufsichtsrechtliche Entscheidung kann im Ombudsmannverfahren nicht überprüft werden, sehr wohl aber deren vertragliche Umsetzung durch den Versicherer.

Gleichbleibend zahlreich sind Beschwerden gegen die Erhebung von Krankenkassenbeiträgen auf betrieblich finanzierte Versorgungsbezüge nach dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG). Betroffene Versorgungsempfänger werden häufig von den Abzügen überrascht und wenden sich vor allem gegen die wiederholte Belastung mit Sozialbeiträgen sowohl in der Anspar- als auch in der Auszahlungsphase. Das Problem wird in der politischen Diskussion unter dem Begriff der *Doppelverbeitragung von Betriebsrenten* behandelt. Mit Wirkung zum 1. Januar 2021 hat sich der mit dem GKV-Freibetragsgesetz eingeführte Freibetrag erhöht, wodurch der Effekt der Doppelverbeitragung abgemildert werden soll. Beschwerden gegen den Beitragsbescheid der Krankenkasse selbst sind im Ombudsmannverfahren unzulässig, denn sie richten sich gegen die gesetzliche Krankenkasse, betreffen das sozialversicherungsrechtliche Verhältnis und sind nach öffentlichem Recht zu beurteilen. Beschwerden über die rechnerische Herleitung der Kassenmeldung des Versicherers dagegen kann der Ombudsmann prüfen und oft für Klärung sorgen.

Verträge der bAV müssen im Laufe eines Arbeitslebens mitunter wiederholt an veränderte Umstände angepasst werden. Hier sind Beitragsänderungen, Teilungen



im Versorgungsausgleich und Versicherungsnehmer- bzw. Anbieterwechsel bei Beschäftigungsende zu nennen. Die dabei erforderlichen, der individuellen Entwicklung geschuldeten nachträglichen Eingriffe in das Vertragsverhältnis machen die Verträge anfällig für tatsächliche oder vermutete Bearbeitungsfehler.

Da bei bAV-Verträgen zwischen dem Rechtsverhältnis des Arbeitgebers als Versicherungsnehmer zum Versicherer (Deckungsverhältnis) einerseits und dem Rechtsverhältnis zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber (Valutaverhältnis) andererseits zu unterscheiden ist, diese Rechtsbeziehungen aber in einem wechselwirksamen Verhältnis zueinander stehen, ist ein Entgegenkommen des Versicherers oder eine Anpassung von Vertragsinhalten durch einen Vergleich nicht immer möglich. Kommt ein anderer Ausgleich nicht in Betracht, muss sich der Ombudsmann in solchen Fällen darauf beschränken, die oft komplexen Zusammenhänge verständlich zu erklären.

Restschuldversicherung

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

Davon zu unterscheiden sind Raten- und Kredit-Ausfallschutzversicherungen. Diese werden beim Ombudsmann den „Sonstigen Versicherungen“ zugeordnet. Derartige Verträge stehen zwar häufig auch im Zusammenhang mit einem Kredit, sie decken jedoch nicht das Risiko des Todesfalls ab. Vielmehr besteht zumeist Versicherungsschutz für den Fall der Arbeitslosigkeit und der Arbeitsunfähigkeit. Versichert ist ein bestimmter monatlicher Betrag, der nicht zwingend einer bestimmten Kreditratehöhe entspricht und auch nicht zweckgebunden eingesetzt werden muss. Oft ist auch ein Unfallschutz enthalten.

Wie in früheren Jahren richteten sich die meisten Beschwerden zu Restschuldversicherungen gegen abgelehnte Anträge auf Leistung. Zum Teil spielten hierbei auch in diesem Berichtsjahr pandemiebedingte Umstände eine Rolle. Daneben gab es erneut Beschwerden über die Höhe des Auszahlungsbetrages, wenn die Restschuldversicherung im Zusammenhang mit der vorzeitigen Darlehenstilgung gekündigt wurde.

In einigen Fällen wurde mit den Beschwerden wieder wie in den Vorjahren die Beratung beim Zustandekommen der Restschuldversicherung moniert. Ein beson-

ders eindringlicher Fall konnte im Ombudsmannverfahren erfreulicherweise mit der Erstattung des nicht unerheblichen Einmalbeitrags beendet werden. Die Restschuldversicherung war zur Sicherung eines Aufstockungskredits vereinbart worden, mit dem Kosten für den Umzug in eine Erdgeschosswohnung gedeckt werden sollten. Der Versicherte war aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr in der Lage, die Treppe zur bisherigen Wohnung selbstständig zu bewältigen. Wenige Monate später verstarb der Versicherte. Die Todesfalleistung wurde bedingungs- gemäß nicht fällig, weil die zum Tod führende Erkrankung bereits bei Abgabe der Vertragserklärung eine Arbeitsunfähigkeit verursacht hatte und in der Zwischenzeit keine Arbeitsfähigkeit mehr erlangt wurde. Wie viel von der Leidensgeschichte des Versicherten im Gespräch zur Kreditaufstockung und Restschuldversicherung thematisiert wurde, ließ sich nicht klären. Der Versicherer ging aber davon aus, dass zumindest der Bescheid über die Bewilligung einer Erwerbsunfähigkeitsrente vorgelegt worden war. Mit der Stornierung der Restschuldversicherung konnte der hinterbliebenen Ehefrau und dem Kind zumindest in finanzieller Hinsicht ein wenig geholfen werden.

Im Vorjahr wurde über einzelne Fälle berichtet, bei denen die Beschwerdeführer vortrugen, keine Versicherungsbedingungen erhalten zu haben. Sie reichten zwar die Darlehensunterlagen ein und die Produktinformationsblätter, die zusammen mit dem sogenannten Welcome-Letter noch einmal zu übersenden sind, weitere Unterlagen seien ihnen aber nicht zur Verfügung gestellt worden. Im Berichtsjahr haben sich diesbezüglich keine Auffälligkeiten ergeben. Für den ersten Überblick sind die häufig mit verständlichen Piktogrammen versehenen Produktinformationsblätter für die Kunden sicher hilfreich. Im Zweifelsfall lässt sich der genaue Vertragsinhalt aber nur mithilfe der Versicherungsbedingungen erfassen.

■ Rechtsschutzversicherung

Zur Rechtsschutzversicherung erhielt der Ombudsmann im Berichtsjahr 3.184 (Vorjahr 3.463) zulässige Beschwerden und damit deutlich weniger als in den letzten Jahren. Das könnte auch darin begründet sein, dass die Versicherer begrüßenswerterweise dazu übergegangen sind, in ihren ARB die Leistungsarten sowie die Risikoausschlüsse mit Beispielen zu beschreiben. Diese Darstellung erleichtert das Verständnis des Vertragswerks und führt den Versicherungsnehmern den Umfang des Versicherungsschutzes deutlicher vor Augen.

Eine Rechtsschutzversicherung unterstützt die Versicherten bei der Durchsetzung ihrer rechtlichen Interessen und stellt sie im versicherten Rahmen von den Kosten frei. Unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang ein Anspruch auf Versicherungsschutz besteht, bestimmen der Versicherungsvertrag und die zugrunde liegenden ARB. Zu den versicherten Kosten gehören insbesondere die gesetzlichen Gebühren des eigenen Rechtsanwalts, bei der gerichtlichen Rechtsverfolgung die Kosten des gegnerischen Anwalts sowie die Gerichtskosten und Entschädigungen für Zeugen und Sachverständige im Falle des Unterliegens.

Versicherungsnehmer können nicht mit einer Kostenübernahme in allen Lebensbereichen rechnen. Rechtsschutzversicherungen werden üblicherweise in ver-



schiedenen Bausteinen oder in Paketen angeboten, unter denen der Versicherungsinteressent auswählen kann. Diese Bausteine betreffen versicherbare Lebensbereiche, wie zum Beispiel den Straßenverkehr oder die Arbeit. Es lassen sich auch mehrere Bausteine miteinander kombinieren. In der Praxis werden meist Leistungen zu übergeordneten Bausteinen zusammengefasst und in Produkten wie Privat-, Berufs- und Verkehrs-Rechtsschutz angeboten. Welche Risiken versichert sind, ergibt sich aus dem Versicherungsschein und den ARB.

Häufigster Streitpunkt im Berichtsjahr war wieder einmal die zeitliche Einordnung des Rechtsschutzfalls. Die praktische Bedeutung dieser Frage ist hoch, weil Rechtsschutzfälle vor dem Beginn des Rechtsschutzes (vorvertraglich) oder nach Beendigung des Rechtsschutzvertragsverhältnisses (nachvertraglich) nicht versichert sind. Der BGH hat mit seinen Urteilen vom 24. April 2013 (IV ZR 23/12) und 3. Juli 2019 (IV ZR 111/18 und IV ZR 195/18) entschieden, dass für die zeitliche Festlegung des Rechtsschutzfalls auf diejenige Rechtspflichtverletzung abzustellen ist, die der Versicherungsnehmer seinem Gegner anlastet, wobei es auf die „Parteirolle“ (Anspruchsinhaber oder Anspruchsgegner) bei der Interessenwahrnehmung nicht ankommt. Maßgeblich ist allein der Tatsachenvortrag, mit dem der Versicherte sein Rechtsschutzbegehren begründet.

In der Folge änderten einige Versicherer ihre Bedingungen und regelten darin ausdrücklich und teils sogar mit Beispielfällen unterlegt, dass es für die zeitliche Einordnung des Rechtsschutzfalls nicht nur auf die (behaupteten) Verstöße ankomme, die der Versicherte seinem Anspruchsgegner anlastet und aus denen er seinen Anspruch oder seine Anspruchsabwehr herleitet. Vielmehr sollten sämtliche Tatsachen zu berücksichtigen sein, die vom Versicherungsnehmer *und* von seinem Gegner vorgetragen werden, um die jeweilige Interessenverfolgung zu stützen. Das warf die Frage auf, ob es nicht dem Prinzip des verstoßabhängigen Rechtsschutzfalls zuwiderlaufe, wenn bei der zeitlichen Einordnung auch die Argumente des Gegners relevant seien. Diese Frage hat der BGH mit seiner Entscheidung vom 31. März 2021 (IV ZR 221/19) bejaht. Er hat in der Entscheidung herausgearbeitet, dass eine Klausel, welche die Bestimmung des sogenannten verstoßabhängigen Rechtsschutzfalls auch von den gegnerischen Tatsachenbehauptungen im Ausgangsstreit abhängig macht, den Versicherungsnehmer entgegen Treu und Glauben unangemessen benachteiligt und daher unwirksam ist. Anderenfalls hätte es der Gegner in der Hand, dem Versicherungsnehmer den Rechtsschutz zu entziehen, indem er sich auf lange zurückliegende Verstöße beruft, die möglicherweise bereits in vorversicherter Zeit liegen. Dies entspreche nicht dem Verständnis eines durchschnittlichen Versicherungsnehmers von einem Rechtsschutzfall. Es bleibt abzuwarten, wie die Rechtsschutzversicherer auf diese Rechtsprechung reagieren werden. Möglicherweise werden sie einige potenziell sehr kostenträchtige Interessenwahrnehmungen, bei denen noch dazu eine gesteigerte Gefahr von Zweckabschlüssen besteht, vom Versicherungsschutz ausschließen.

Auch im Verhältnis zwischen Anwalt und Rechtsschutzversicherung können Konflikte auftreten. Wie schon früher bestand im Berichtsjahr ein häufiger Beschwer-

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

degegenstand in der Weigerung von Rechtsschutzversicherern, den von einem Anwalt geltend gemachten Gebührenanspruch dem Grunde oder der Höhe nach anzuerkennen. Der Ombudsmann vertritt in langjähriger und höchstrichterlich bestätigter Spruchpraxis die Auffassung, dass der Versicherer seiner Freistellungspflicht auch in der Weise nachkommen kann, dass er nicht oder nur teilweise leistet und zugleich dem Versicherungsnehmer Kostenschutz für eine etwaige rechtliche Auseinandersetzung mit dem Rechtsanwalt um die Gebührendifferenz zusagt (sogenannte Abwehrdeckung). Der Versicherer muss dann sicherstellen, dass der Versicherte nicht mehr dem Risiko ausgesetzt ist, Gebührenansprüche seines Prozessbevollmächtigten selbst erfüllen zu müssen. Erklärte sich der Versicherer – ggf. auf Anregung des Ombudsmanns – zur Abwehrdeckung bereit, kam er auf diese Weise seiner vertraglichen Leistungspflicht nach und half dadurch der Beschwerde ab.

Bislang höchstrichterlich nicht geklärt ist die Frage, ob der Versicherer für eine vor Eintritt des Rechtsschutzfalls entstandene Geschäftsgebühr des Rechtsanwalts Deckung zu bieten hat. In den Fällen des sogenannten unbefristeten Widerspruchsrechts vertritt der Ombudsmann hierzu die Auffassung, dass der Versicherer seinen Versicherungsnehmer dann freizustellen hat, wenn dieser mit einer Zurückweisung des Widerspruchs rechnen musste und es tatsächlich dazu gekommen ist (Jahresbericht 2017, Seite 25). Der Anregung des Ombudsmanns, in diesen Fällen der Beschwerde abzuweichen, folgten die Beschwerdegegner bislang fast ausnahmslos. Eine Beschwerdegegnerin machte jedoch von der Regelung des § 9 Absatz 3 VomVO Gebrauch und beantragte, die Beschwerde als Musterfall unbeschieden zu lassen. Mit dem Antrag legte sie ihre gegenläufige Rechtsauffassung ausführlich dar. Wenngleich diese den Ombudsmann nicht überzeugte, war die Auffassung doch vertretbar. Der Verpflichtung, ergebnisunabhängig der Gegenseite die Erstattung der erstinstanzlichen Gerichts- und Anwaltskosten einer Deckungsklage zuzusagen, kam die Beschwerdegegnerin nach. Damit lagen die Voraussetzungen von § 9 Absatz 3 VomVO vor, sodass der Ombudsmann dem Antrag stattgab. Es bleibt nun abzuwarten, wann die Klärung vor den Gerichten eingeleitet wird und wie das Ergebnis ausfällt.

Ein Schwerpunkt in der Prüfung der Rechtsschutzbeschwerden bestand, wie schon seit Jahren, in der Anwendung von Risikoausschlüssen. Da durch Ausschlussklauseln besondere Teilrisiken, die an sich im Versicherungsschutz in den jeweiligen Leistungsarten enthalten sind, vom Versicherungsschutz wieder ausgeschlossen werden, besteht hier ein hohes Beschwerdepotenzial.

Der unter anderem für das Versicherungsrecht zuständige IV. Zivilsenat des BGH hat im Urteil vom 20. Mai 2021 (IV ZR 324/19) die Voraussetzungen des Ausschlusses für Streitigkeiten im Zusammenhang mit Vorsatzstraftaten näher bestimmt. Danach ist der Tatbestand des Leistungsausschlusses bereits im Deckungsprozess zu klären. Dies gilt insbesondere für die Frage, ob der Versicherungsnehmer vorsätzlich eine Straftat begangen hat. Dabei besteht weder eine Bindung an das Ergebnis eines gegen den Versicherungsnehmer geführten Ermittlungs- und Strafverfahrens oder des Ausgangsrechtsstreits (zum Beispiel ein



verwaltungsrechtliches Widerspruchsverfahren oder ein Arbeitsrechtsstreit), noch ist der Rechtsschutzversicherer bis zu deren Abschluss nur vorläufig leistungspflichtig. Dem durchschnittlichen Versicherungsnehmer erschließe sich aus dem für ihn erkennbaren Sinn und Zweck der Vertragsklausel, dass es von Anfang an auf die objektive Sachlage, so wie sie sich im Zeitpunkt des Versicherungsfalls darstellt, ankommt und der Versicherer nicht davon unabhängig zunächst vorläufig, das heißt unter Vorbehalt der Rückforderung, leistungspflichtig ist. Den Rechtsschutzversicherer treffe dabei die Darlegungs- und Beweislast, ob ein ursächlicher Zusammenhang des Versicherungsfalls mit der vorsätzlichen Straftat besteht. Damit hat der BGH einen langjährigen Streit entschieden.

In Ombudsmannverfahren waren die Schlichtungsbemühungen nicht zuletzt durch das konstruktive Verhalten der Beschwerdegegner überwiegend erfolgreich, wenn es um die Frage ging, ob der Risikoausschluss wegen eines vorsätzlich und rechtswidrig herbeigeführten Rechtsschutzfalls greift. Als Beispiel dafür kann der Fall einer Beschwerdeführerin gelten, deren Antrag auf Versicherungsschutz von der Beschwerdegegnerin aus eben jenem Grund abgelehnt worden war:

Mit Bescheid vom 26. November 2016 wurde die Beschwerdeführerin von der Stadt A. auf Rückzahlung zu Unrecht gezahlter Hilfen zum Lebensunterhalt in Anspruch genommen, wogegen sie sich rechtlich wehren wollte. Ihr wurde vorgeworfen, sie habe das Jobcenter pflichtwidrig nicht über die Bewilligung der Erwerbsminderungsrente für den Ehemann (Bescheid vom 5. Dezember 2014) informiert. Die Rente führe zu einer Einkommenserhöhung des Versicherungsnehmers, sodass dessen übersteigendes Einkommen bei der Ehefrau (der Beschwerdeführerin) bedarfsmindernd hätte berücksichtigt werden müssen. Der entsprechende Bewilligungsbescheid sei dem Sozialhilfeträger erstmals am 10. November 2016 vorgelegt worden.

Nach Ansicht des Versicherers hatte die Beschwerdeführerin die Stadt A. vorsätzlich über ihre verbesserte wirtschaftliche Situation im Unklaren gelassen, weshalb sie höhere Unterstützungsleistungen erhalten habe. Nach den Feststellungen der Gegenseite im Widerspruchsbescheid sei der Beschwerdeführerin bekannt gewesen, dass sie Veränderungen in ihren persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen unverzüglich hätte angeben müssen. Da sie dies durch ihre Unterschrift bei Antragstellung der Unterhaltsleistung bestätigt hatte, habe sie die Mitteilung gegenüber der Stadt A. bewusst unterlassen, womit sie den Rechtsschutzfall vorsätzlich und rechtswidrig herbeigeführt habe.

Dieser Ansicht schloss sich der Ombudsmann nicht an. Für ihn stand nicht mit hinreichender Sicherheit fest, dass die Beschwerdeführerin den Versicherungsfall vorsätzlich und rechtswidrig herbeigeführt hatte. Die Beschwerdeführerin sei davon ausgegangen, dass die Information über die Verrentung ihres Ehemannes und die damit einhergehende Einstellung der Leistungen durch das Jobcenter an die jeweiligen Stellen weitergeleitet werde, da das Bestehen der Bedarfsgemeinschaft bekannt gewesen sei. Zudem sei nicht nachvollziehbar, dass dies bis zur erstmaligen Rückforderung zwei Jahre lang nicht aufgefallen sein solle. Im Übrigen

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

hatte die Beschwerdeführerin im Rahmen des Verlängerungsantrags die Rente des Ehemannes und deren Beginn angegeben.

Demzufolge sprachen viele Indizien gegen einen Vorsatz der Beschwerdeführerin, und die Beschwerdegegnerin hatte den ihr obliegenden Beweis für die vorsätzliche und rechtswidrige Herbeiführung des Rechtsschutzfalls damit nicht erbracht. Auf entsprechende Anregung des Ombudsmanns prüfte die Beschwerdegegnerin die Leistungsablehnung erneut und half schließlich der Beschwerde ab.

Mit zeitlichem Versatz traten Fragen mit Bezug zur COVID-19-Pandemie und zur Impfkampagne auch in der Rechtsschutzversicherung auf. Zwar schlugen die Beschwerden zahlenmäßig nicht sonderlich zu Buche; dennoch hatte sich der Ombudsmann im Berichtsjahr mit verschiedenen Einzelfällen wie dem Folgenden zu befassen:

Vorausgeschickt seien zunächst die damals geltenden Rahmenbedingungen. Aufgrund der Knappheit der Impfstoffe stand die Möglichkeit zur Impfung zunächst nicht allen Bevölkerungsgruppen gleichermaßen zur Verfügung, sondern wurde besonders gefährdeten Personengruppen, bei denen eine hohe Wahrscheinlichkeit für einen schweren Krankheitsverlauf oder berufsbedingt eine hohe Ansteckungsgefahr bestand, vorrangig gewährt. Die rechtliche Grundlage schaffte die Priorisierungsregelung in den §§ 2 bis 4 der bis zum 6. Juni 2021 geltenden Fassung der Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Corona-Virus SARS-CoV-2 (CoronalmpfV).

Eine 71-jährige Rechtsschutzversicherte gehörte aufgrund ihres Alters zur zweiten Priorisierungsgruppe. Sie befürchtete jedoch wegen ihrer Vorerkrankungen einen sehr schweren Verlauf im Falle einer Coronaerkrankung und wünschte eine frühere Impfung. Sie erhob deshalb eine allgemeine Leistungsklage in Gestalt einer Normergänzungsklage gegen die CoronalmpfV mit dem Ziel, dass eine Ausnahme- oder Härtefallregelung eingeführt wird, die es Personen unter 80 Jahren, welche keine der in § 2 CoronalmpfV genannten Merkmale aufweisen, ermöglicht hätte, in die priorisierte Personengruppe gemäß § 2 CoronalmpfV aufgenommen zu werden. Der Versicherer lehnte die beantragte Deckungszusage mit der Begründung ab, dass keine hinreichenden Erfolgsaussichten bestünden. Daraufhin legte die Versicherungsnehmerin Beschwerde ein.

Die Prüfung der Erfolgsaussichten der von der Beschwerdeführerin erhobenen Klage betraf einige offene Rechtsfragen in Bezug auf die Zulässigkeit und Begründetheit. Zum Zeitpunkt der Klageerhebung im Januar 2021 gab es dazu weder einschlägige Rechtsprechung noch Literatur. Die Rechtsprechungsentwicklung und der Verlauf des Klageverfahrens zeigten allerdings, dass die Priorisierungsregelung keine ungerechtfertigte Ungleichbehandlung enthielt. Damit griff das Hauptargument der Beschwerdeführerin nicht durch. Zum Zeitpunkt der Deckungsanfrage und der Deckungsablehnung, welcher für die Entscheidung über das Bestehen von Erfolgsaussichten maßgeblich ist, war dies allerdings noch nicht klar. Der Ombudsmann unterbreitete den Parteien daher einen Schlichtungsvor-



schlag, welcher die Rechtsfragen aufführte und die Prozessrisiken bewertete. Beide Parteien nahmen den Vorschlag an und der Versicherer übernahm einen Teil der Kosten des Rechtsstreits.

Diese Beschwerde ist ein Beispiel dafür, dass es im bewusst vereinfacht gestalteten Ombudsmannverfahren nicht immer möglich ist, die Frage der Eintrittspflicht abschließend zu bewerten. Bei der Prüfung der Erfolgsaussichten einer Klage ist der mögliche Ausgang eines gerichtlichen Verfahrens abzuschätzen. Dies ist aufwendig und deshalb sind solche Beschwerden für das Ombudsmannverfahren nicht immer geeignet.

Nach wie vor betreffen viele Beschwerden die Folgen der Diesel-Abgasaffäre. Wir verweisen auf die Berichte aus den Vorjahren. Zwischenzeitlich hat der BGH auch zu diesem Komplex eine ganze Reihe von zunächst umstrittenen Fragen geklärt. Das Beschwerdeaufkommen ist allerdings weiterhin bemerkenswert hoch. Wie bereits im Vorjahr hatte der Ombudsmann im Berichtsjahr hierzu knapp 400 neue Verfahren zu verzeichnen. Mittlerweile hat sich nach Abarbeitung der VW-Fälle eine Fallspitze herausgebildet, die BMW-Fahrzeuge betrifft. Verjährungsfragen spielten hingegen keine große Rolle mehr. Grund hierfür waren einige zwischenzeitlich ergangene klarstellende Entscheidungen des BGH.

Ein Schwerpunkt in den Beanstandungen bei abgelehnter Deckungszusage im Rahmen der Diesel-Abgasfälle lag in den anwaltlichen Stichentscheiden. Hier waren die Beschwerdeführer auch im Schlichtungsverfahren zumeist anwaltlich vertreten. Die Bindungswirkung solcher Stichentscheide erkannten die Rechtsschutzversicherer in der weit überwiegenden Zahl der Beschwerdefälle nicht an. Sie machten geltend, diese wichen erheblich und offenbar von der wirklichen Sach- und Rechtslage ab. Im Streit stand zumeist die Frage, ob die Anhaltspunkte für die Ausstattung des konkreten Fahrzeuges mit einer unzulässigen prüfstandsbezogenen Abschalteinrichtung oder anderer nicht statthafter abgasmanipulierender Technik genügend waren. Des Weiteren wurden die zureichenden Anhaltspunkte für den Nachweis des Vorsatzes der Unternehmensorgane des Fahrzeugherstellers für eine sittenwidrige Schädigung in Abrede gestellt.

Die Nichtanerkennung der Bindungswirkung von anwaltlichen Stichentscheiden in der Rechtsschutzversicherung nahm allerdings auch auf anderen Gebieten zu. Das betraf vornehmlich das sogenannte ewige Widerrufsrecht bei Lebensversicherungs- und Darlehensverträgen sowie den Verwirkungseinwand, den Versicherer zumeist erheben, wenn Versicherungsnehmer den Widerruf der Verträge erst „nach Jahr und Tag“ erklären. Dies geschah ganz überwiegend unter anwaltlicher Vertretung der Beschwerdeführer durch spezialisierte Kanzleien, die ihre Mandanten über Anzeigen im Internet ansprachen. Die Probleme sind altbekannt. Angesichts der hohen Anforderungen, die an eine Ausnahme von der Bindungswirkung der Stichentscheide zu stellen sind – dies erfordert eine offenbare und erhebliche Abweichung von der wirklichen Sach- und Rechtslage –, drangen die Versicherer damit oft nicht durch. Auf der anderen Seite war allerdings mitunter zu beobach-

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

ten, dass solche als Stichentscheid bezeichneten gutachtlichen anwaltlichen Stellungnahmen zwar den formellen Anforderungen noch genügten, inhaltlich aber eher den Charakter eines Parteischriftsatzes hatten.

Im Berichtsjahr lagen dem Ombudsmann einige Beschwerden zum Stichentscheid vor, bei denen das Vorgehen bei der Einholung einer Deckungszusage durch eine Besonderheit gekennzeichnet war. Die betroffene Rechtsanwaltskanzlei forderte zunächst nur Deckung für die *außergerichtliche* Interessenwahrnehmung in Widerrufsfällen. Nach Ablehnung durch den Versicherer erstellte sie einen Stichentscheid, den der Versicherer nicht anerkannte. Daraufhin stellte die Kanzlei um und forderte nun Deckung für die gerichtliche Geltendmachung des behaupteten Anspruchs, ohne dass neue Umstände hinzugetreten wären. Das entsprechende Schreiben fiel entsprechend kurz aus (sogenannter „Dreizeiler“). Der Versicherer wies daraufhin auch die Deckung für die gerichtliche Interessenwahrnehmung wegen nicht hinreichender Erfolgsaussicht pauschal und nur unter Hinweis auf die vorangegangene Ablehnung zurück. Damit war er aber, formal betrachtet, den Anforderungen an die Verpflichtung zum Hinweis auf ein Schiedsgutachter- oder Stichentscheidverfahren für diesen Verfahrensabschnitt nicht gerecht geworden (siehe § 128 VVG). Der fehlende Hinweis hätte an sich zur Folge, dass das Rechtsschutzbedürfnis des Versicherungsnehmers als anerkannt gilt. Die Rechtsprechung lässt Ausnahmen von der Pflicht zum Hinweis auf ein Gutachter- oder Stichentscheidverfahren nicht zu. Das gilt grundsätzlich auch dann, wenn die Betroffenen schon Kenntnis von der Möglichkeit des Stichentscheidverfahrens hatten.

Der Ombudsmann sah in diesen Fällen von einer Entscheidung ab. Zum einen war fraglich, ob der erwähnte Dreizeiler oder die Wiederholung der ersten Ablehnung durch Übersendung einer Kopie überhaupt die Hinweispflicht nach § 128 VVG auslösen konnte. Zum anderen stellte sich in der hier gegebenen besonderen Situation die Frage, ob auch eine angesichts des Verfahrensablaufs sinnentleerte Pflicht zu einem nochmaligen Hinweis bei Nichtbefolgung die Präklusion des Versicherers mit dem Erfolglosigkeitseinwand auslösen kann. Beides ist für diese Konstellation durch die Rechtsprechung noch nicht geklärt.

Im Vergleich zum Vorjahr ist die Anzahl der vertragsbezogenen Beschwerden in der Rechtsschutzversicherung leicht gesunken. Beschwerdegegenständlich waren überwiegend ordentliche Kündigungen durch den Versicherer. In diesen Fällen beschränkte sich die Prüfung des Ombudsmanns regelmäßig darauf, ob der Versicherer den Vertrag form- und fristgerecht gekündigt hatte. Lag diese Voraussetzung vor, war die Entscheidung des Versicherers nicht zu beanstanden. Der Ombudsmann kann dem Versicherer weder das vertraglich eingeräumte Kündigungsrecht absprechen, noch die wirtschaftlichen Überlegungen des Versicherungsunternehmens bewerten, die im konkreten Fall zu einer Kündigung des Vertrages geführt haben mögen. Dies erläuterte er dem Beschwerdeführer ausführlich. Beschwerden zu Anfechtungs- und Rücktrittserklärungen der Versicherer wegen Verletzung vorvertraglicher Anzeigepflichten (etwa das Verschweigen einer Vorversicherung) spielten nur eine untergeordnete Rolle.



Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Rechtsschutzversicherung rechtlich ein vergleichsweise komplexes Versicherungskonstrukt ist, das zudem in der Anwendung zu schwierigen Rechtsfragen führt. Deshalb wirft sie, nicht nur für den Laien, eine Vielzahl von Rechtsproblemen auf. Die ständige Weiterentwicklung der Rechtsprechung und deren Verarbeitung durch die Versicherungsunternehmen erhöhen die Anforderungen an die Beschwerdebearbeitung. Daher bedurfte es eines erheblichen Arbeits- und Organisationsaufwands, um auch in dieser Sparte ein zügiges, effizientes und verbraucherverständliches Ombudsmannverfahren durchzuführen, das stets den aktuellen höchstrichterlichen Entscheidungen gerecht wird.

■ Kfz-Versicherung

Die zulässigen Eingaben beliefen sich in der Kfz-Haftpflicht- und Kaskoversicherung sowie der Schutzbrief- und Insassenunfallversicherung auf 2.209 (Vorjahr: 2.291). Dies entspricht einem Anteil von 6,7 Prozent (Kfz-Haftpflichtversicherung) bzw. 9,0 Prozent (Kfz-Kaskoversicherung) am Gesamtaufkommen der zulässigen Beschwerden. Mit zusammengekommen 15,7 Prozent stellt die Kfz-Versicherung damit die Sparte mit den drittmeisten Eingängen.

Auf die **Kfz-Haftpflichtversicherung**, die gesetzlich vorgeschriebene Pflichtversicherung für zulassungspflichtige Fahrzeuge, entfielen 942 (Vorjahr: 971) der zulässigen Beschwerden. Sie dient dem Schutz des Führers und Halters von Fahrzeugen vor der Inanspruchnahme durch Dritte, indem der Kfz-Haftpflichtversicherer für berechnigte Schadenersatzansprüche des Dritten einsteht und unberechtigte Ansprüche abwehrt. Dem geschädigten Dritten steht wiederum ein gesetzlicher Direktanspruch gegen den Versicherer des Schädigerfahrzeugs zu. Der Geschädigte muss daher nicht zwangsläufig gegen die Fahrzeugverantwortlichen vorgehen, sondern kann sich direkt an den Kfz-Haftpflichtversicherer des Schädigers wenden.

Die Hauptthemen, mit denen sich der Ombudsmann in der Kfz-Haftpflichtversicherung im Berichtsjahr beschäftigte, blieben im Vergleich zu den vorangegangenen Jahren erneut unverändert. Es handelt sich hierbei um die Schadenfreiheitsklasseneinstufung des Vertrages bzw. die Übertragung dieser Einstufung bei einem Wechsel des Versicherers sowie um Schadenfälle, welche aus Sicht des Versicherungsnehmers vom Versicherer zugunsten des Unfallgegners zu Unrecht reguliert wurden.

Nur äußerst selten war die Regulierung eines Kfz-Haftpflichtschadenfalls des Unfallgegners und Anspruchstellers zu beanstanden, die der Versicherer vorgenommen hatte und mit der der Beschwerdeführer nicht einverstanden war. Die meisten Regulierungen, die typischerweise ohne vorherige aufwendige Sachverhaltsklärung erfolgten, waren nach Aktenlage nicht als willkürlich oder völlig unsachgemäß zu bewerten. Dem Versicherer steht diesbezüglich eine weitreichende Regulierungsvollmacht zu. In den meisten nicht zu beanstandenden Fällen erläuterte der Ombudsmann den Beschwerdeführern die Regulierungsentscheidung des Versicherers und die Rechtslage. Die Regulierungsvollmacht des

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Versicherers, die sich aus den Versicherungsbedingungen ergibt und die bei solchen Schäden in niedriger Höhe dem Versicherer aus wirtschaftlichen Gründen eine Schadlosstellung des Geschädigten auch gegen den Willen des Versicherungsnehmers gestattet, ist immer wieder aufs Neue erklärungsbedürftig.

Bei den Beschwerdefällen, welche im Zusammenhang mit der Vertragseinstufung standen, sind die Beschwerdeanlässe sehr vielfältig. Oft geht es um gewährte unternehmensgebundene Sondereinstufungen. Dass dem Vertrag eine Sondereinstufung zugrunde lag, war vielen Beschwerdeführern nicht bewusst. Hinzu kommt, dass die Versicherer nur in sehr seltenen Fällen überhaupt in den Versicherungsscheinen oder sonstigen Vertragsunterlagen, wie beispielsweise der Beitragsrechnung, verdeutlichen, über welche Schadenfreiheitsklasse die Versicherungsnehmer *verfügen* können. Bei einem Wechsel des Versicherers führte dieser Umstand dann regelmäßig zu Meinungsverschiedenheiten, da es in der Folge bei der Vertragseinstufung durch den Nachversicherer zu entsprechenden rückwirkenden Korrekturen bei der Schadenfreiheitsklasseneinstufung kam. Diese Problematik kann sogar zwei Beschwerdeverfahren auslösen, da zunächst ein Verfahren gegen den Nachversicherer wegen einer vermeintlich zu Unrecht vorgenommenen Vertragsänderung durchgeführt und im Anschluss dann die Beschwerde gegen den Vorversicherer gerichtet wird. Oft stellt sich in dem zweiten Beschwerdeverfahren heraus, dass eine gewährte Sondereinstufung der Grund für die dem Nachversicherer abweichend bestätigten schadenfreien Jahre war.

Hervorzuheben sind, wie bereits im letzten Jahresbericht, die gewährten Sondereinstufungen infolge einer Rabattschutzvereinbarung. Die Beschwerdeführer gingen oftmals davon aus, dass der „Rabatt“ generell geschützt sei, zumal sie hierfür aus ihrer Sicht auch einen „Mehrbeitrag“ gezahlt haben. Ein Wechsel des Versicherers führte daher oft zu Unverständnis hinsichtlich der dann folgenden Einstufung, welche die vorangegangene Sondereinstufung nicht berücksichtigte. Die beständigen Beschwerden im Zusammenhang mit der Vertragseinstufung in eine bestimmte Schadenfreiheitsklasse weisen darauf hin, dass das damit verbundene Schadenfreiheitsklassensystem eine Vielzahl an Problemen mit sich bringt. Dies wirft die grundsätzliche Frage auf, ob es kundengerecht ist. Einerseits ist das derzeitige System Ausdruck individueller Vertragsfreiheit und -gestaltung und ermöglicht eine gewisse Kundenbindung. Andererseits könnte eine Einschränkung oder Anpassung zu mehr verbraucherfreundlicher Transparenz führen und Unzufriedenheit vermeiden. In jedem Fall ist den Versicherern zu raten, die „Nichtmitnahme“ von Sondereinstufungen im Fall des Versichererwechsels noch deutlicher hervorzuheben und gegenüber ihren Kunden besser zu kommunizieren.

Ebenfalls beschwerderelevant blieben Fälle im Zusammenhang mit Regressforderungen der Versicherer aufgrund von Obliegenheitsverletzungen der Versicherungsnehmer, beispielsweise bei Unfallflucht oder Fahren unter Alkoholeinfluss. Dass die Obliegenheitsverletzung im Einzelfall auch in ursächlichem Zusammenhang mit der Leistungspflicht des Versicherers stehen muss, wird oftmals seitens des Versicherers nicht beachtet. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn dem Versicherer aufgrund der Obliegenheitsverletzung Nachteile bei der Überprüfung



des Sachverhalts entstehen. Wie schon in den letzten Jahresberichten erwähnt, gehört die Feststellung des Sachverhalts zu den wesentlichen Voraussetzungen für die Prüfung einer Regressforderung. In den Beschwerdefällen, in denen die Versicherer dies nicht beachtet hatten, wurden sie daher um eine erneute Prüfung bzw. Stellungnahme gebeten. Sie nahmen daraufhin entweder substantiiert Stellung oder halfen den jeweiligen Beschwerden ab; das vor allem dann, wenn keine Ursächlichkeit bestand, also die Obliegenheitsverletzung keinen Einfluss auf die Leistungspflicht des Versicherers hatte.

Auf die **Kfz-Kaskoversicherung** entfielen 1.267 der zulässigen Beschwerden, nach 1.320 im Vorjahr. Der Versicherungsschutz im Rahmen der Kaskoversicherung erstreckt sich auf das Fahrzeug als solches und seine mitversicherten Teile. Es handelt sich somit um eine Sachversicherung. Im Rahmen der Teilkaskoversicherung sind bestimmte Ereignisse wie Brand, Entwendung, Sturm, Hagel, Blitzschlag und Zusammenstöße mit (ggf. bestimmten) Tieren versichert. Die Vollkaskoversicherung deckt neben den Schäden aus der Teilkaskoversicherung unter anderem auch Unfall- und Vandalismusschäden ab.

Die zentralen Themen in diesem Berichtsjahr waren wieder Diebstahlsfälle und Beschwerden, welche die Schadenhöhe betrafen. Soweit sich die Beschwerden gegen die Nichtregulierung eines gemeldeten Diebstahls richteten, war Auslöser oftmals die Leistungsablehnung des Versicherers ohne nähere Begründung mit Verweis auf den Rechtsweg. Wie schon in den letzten Jahresberichten erwähnt, kann der Ombudsmann in solchen Fällen die Befassung mit der Beschwerde aber nicht einfach ablehnen, auch wenn dies weiterhin von einigen Versicherern ausdrücklich gewünscht wurde. Die jeweiligen Versicherer wurden daher darauf aufmerksam gemacht, dass es eines plausiblen Vortrags bedarf, wonach hinreichende Anhaltspunkte für einen beabsichtigten Versicherungsbetrug vorliegen und Beweismittel vorhanden sein müssen, die nur in einem gerichtlichen Verfahren erhoben werden können. Erst auf dieser Grundlage kann der Ombudsmann die Durchführung eines Beschwerdeverfahrens mit der Begründung ablehnen, dass das Ombudsmannverfahren wegen der begrenzten Beweisführungsmöglichkeiten nicht geeignet ist.

Auch die Höhe der Entschädigungsleistung bei der Abrechnung eines Kaskoschadensfalls blieb ein weiteres zentrales Beschwerdeanliegen. Nicht nur der ermittelte Wiederbeschaffungs- bzw. Restwert war häufig Beschwerdegegenstand, sondern auch die Frage, ob und aus welchen Gründen der Versicherer Kürzungen vornahm. Da es dem Ombudsmann nicht möglich ist, selbst einen Sachverständigen zur Klärung hinzuzuziehen, blieb es in diesen Fällen bei der Darstellung der Rechtslage. Wenn nach den Versicherungsbedingungen bei Meinungsverschiedenheiten zur Schadenhöhe einschließlich der Feststellung des Wiederbeschaffungswerts oder über den Umfang der erforderlichen Reparaturarbeiten die Möglichkeit des Sachverständigenverfahrens vorgesehen war, wurde der Beschwerdeführer hierauf aufmerksam gemacht.

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Aber auch die Durchführung des Sachverständigenverfahrens zog vereinzelt Streitigkeiten nach sich. Die in diesem Zusammenhang federführend von einem Rechtsanwalt für unterschiedliche Versicherungsnehmer eingereichten Beschwerden führten in der Regel hingegen nicht zu Beanstandungen durch den Ombudsmann. Fraglich war teilweise, ob es überhaupt zu einer Meinungsverschiedenheit gekommen war, da der Versicherer auf erneute Reklamation des Beschwerdeführers bereits eine weitere Entschädigungszahlung vorgenommen hatte. Auch war in einigen Fällen fraglich, ob das Sachverständigenverfahren seitens des Rechtsanwalts als Vertreter überhaupt ordnungsgemäß eingeleitet beziehungsweise durchgeführt worden war. Der Ombudsmann erläuterte dann die Haltung des Versicherers sowie die Rechtslage und beendete damit die Verfahren.

Ebenso verhielt es sich bei einer Beschwerde, mit der erreicht werden sollte, dass der Kaskoversicherer bei der Schadenregulierung auch die vom Beschwerdeführer aufgewandte Mehrwertsteuer berücksichtigt. Nach den üblichen Bedingungen geschieht dies nur, wenn und soweit bei der Schadenbeseitigung Mehrwertsteuer anfällt. Besteht die Berechtigung zum Abzug der Vorsteuer, wird diese nicht erstattet. Soweit der Beschwerdeführer das beschädigte Fahrzeug geleast hatte, ist nach der Rechtsprechung auf die Position des Leasinggebers als Fahrzeug-eigentümer abzustellen. Ist dieser vorsteuerabzugsberechtigt, was in der Regel der Fall ist, besteht kein Anspruch auf Erstattung. Zu dieser Auffassung gibt es inzwischen aber kritische Stimmen in der Rechtsliteratur. Hintergrund hierfür ist, dass die Kaskoversicherung nicht nur das Eigentümerinteresse, sondern auch das Sacherhaltungsinteresse des Versicherungsnehmers als Leasingnehmer umfasst. Aus dessen Sicht macht es keinen Unterschied, ob er ein Fahrzeug geleast oder finanziert hat. Insofern bestehen Wertungswidersprüche. Eine Klärung der Thematik im Sinne der Rechtsliteratur zugunsten des Beschwerdeführers konnte im Ombudsmannverfahren jedoch nicht erfolgen, weil es hierzu bislang noch keine abweichenden Gerichtsentscheidungen gibt.

Die Kürzung der Entschädigungszahlung seitens des Versicherers war in diesem Berichtsjahr Anlass für eine Kfz-Werkstatt, eine Vielzahl von Beschwerden für ihre Kunden einzureichen. Problematisch war hier aber nicht nur die Frage, ob wegen vorgenommener Abtretungen an die Werkstatt überhaupt ein im Ombudsmannverfahren überprüfbarer Anspruch eines Verbrauchers bestand. Zudem waren die jeweils übermittelten, der Werkstatt trotz der Abtretung erteilten Vollmachten unzureichend, da sie sich lediglich auf technische, nicht jedoch auf im Ombudsmannverfahren überprüfbare Meinungsverschiedenheiten bezogen.

Das Thema der qualifizierten Mahnung bei einem Beitragsrückstand sowohl in der Kfz-Haftpflicht- als auch in der Kaskoversicherung blieb zwar Gegenstand von Ombudsmannverfahren. Beschwerden zu diesem Themenkomplex waren aber rückläufig.

Die Pandemie trug in diesem Berichtsjahr vereinzelt zu Beschwerden bei. Die in Einzelfällen vermehrt genutzte Möglichkeit, Fahrten mit dem Auto vorzunehmen, um öffentliche Verkehrsmittel zu meiden, führte zu einer Überschreitung der



vertraglich vereinbarten Jahresfahrleistung. Viele Versicherer zeigten sich hier zwar im Rahmen des Ombudsmannverfahrens sehr kulant. Wie schon im letzten Jahresbericht erwähnt (siehe Jahresbericht 2020, Seite 46), nahm jedoch insbesondere ein Versicherer die Überschreitung der Jahreskilometer zum Anlass, nicht nur eine rückwirkende Anpassung der Fahrleistung vorzunehmen und den sich daraus ergebenden Mehrbeitrag geltend zu machen, sondern zudem noch eine Vertragsstrafe zu erheben, die für solche Fälle der Nichtanzeige dieses Umstandes durch den Versicherungsnehmer in den Bedingungen vorgesehen war. Unter Bezug auf ein Urteil des Landgerichts Koblenz (vom 1. September 2021, Az. 16 S 2/21), wonach die Vertragsstrafenregelung eine unangemessene Benachteiligung (Verstoß gegen § 307 Absatz 1 Satz 1, Absatz 2 Nr. 1 BGB) darstellt und deshalb unwirksam ist, wurde der Versicherer erneut angeschrieben und um Abhilfe gebeten.

■ Gebäudeversicherung

Im Jahr 2021 gingen beim Ombudsmann 2.124 (Vorjahr: 1.197) zulässige Beschwerden zur Wohngebäudeversicherung ein. Der Anteil am Gesamtaufkommen der zulässigen Beschwerden erhöhte sich damit von 9,0 auf 15,1 Prozent. Dieser Anstieg ist in erster Linie auf die Vertragsumdeckungen zurückzuführen, auf die in Kapitel 2.3 näher eingegangen wird. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich die Beschwerden in vielen Fällen gegen den Versicherer und den Assekurateur gleichzeitig richteten, sodass zu einem Vertrag zwei Beschwerdeverfahren geführt werden mussten. Es kam auch vor, dass mehrere Versicherungsverträge eines Beschwerdeführers von der Umdeckung betroffen waren.

Durch eine Gebäudeversicherung erhält der Versicherungsnehmer eine Absicherung gegen Schäden an seinem Haus, die durch bestimmte versicherte Gefahren verursacht werden. Hierzu zählen in erster Linie durch Brand, Blitzschlag, Leitungswasser, Rohrbruch, Sturm oder Hagel verursachte Schäden. Es setzt sich inzwischen bei immer mehr Gebäudeeigentümern die Erkenntnis durch, dass der Einschluss von Elementarschäden, zu denen Überschwemmung, Rückstau, Erdsenkung, Erdbeben, Schneedruck, Lawinen und weitere Naturgefahren zählen, eine sinnvolle Ergänzung sein kann. Regelmäßig bieten die Versicherer zudem an, den Versicherungsschutz durch Deckungserweiterungen und Zusatzklauseln an die individuellen Bedürfnisse des Versicherungsnehmers anzupassen.

Die Beschwerdebearbeitung im Berichtsjahr war geprägt durch zwei weitere Ereignisse neben dem unter 2.3 beschriebenen Komplex von konfliktbehafteten Vertragsumdeckungen. Zum einen durch eine Entscheidung des Bundesgerichtshofs zu Nässeschäden („Fugen-Entscheidung“), zum anderen durch die durch das Unwettertief „Bernd“ verursachten Sachschäden (bezüglich der dortigen Anfrage der Landesregierung Rheinland-Pfalz zur VomVO, siehe 2.2).

Die Hochwasserkatastrophe im Juli 2021 im Westen Deutschlands (Tief „Bernd“), bei der zahlreiche Menschen starben, erlangte große öffentliche Aufmerksamkeit. Der Starkregen und die anschließenden Überflutungen verursachten Sachschäden in Milliardenhöhe. Die Anzahl der diesbezüglichen Beschwerden im

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Berichtsjahr lag im mittleren zweistelligen Bereich. Erfahrungsgemäß erreichen den Ombudsmann Beschwerden zu Elementarereignissen jedoch häufig erst nach mehreren Monaten, sodass mit weiteren Eingängen zu rechnen ist. Die Beschwerden betrafen oft den Wunsch des nicht gegen Elementarschäden versicherten Versicherungsnehmers, von seinem Versicherer wenigstens eine Kulanzzahlung zu erhalten. Hierzu konnte der Ombudsmann den Beschwerdeführern aber nicht verhelfen, da Kulanzleistungen alleine Sache des Versicherers sind. Es handelt sich um freiwillige Leistungen ohne Rechtsanspruch, die ausschließlich in dessen geschäfts- und kundenpolitischen freiem Ermessen stehen. Ohne Anspruchsgrundlage kann der Ombudsmann den Versicherer aber nicht zu einer finanziellen Leistung verpflichten.

Die Hochwasserkatastrophe zeigte überdeutlich, dass Überschwemmungsschäden nicht nur an großen Flüssen wie Elbe, Donau oder Rhein auftreten können. Auch andere Regionen können betroffen sein. Experten rechnen wegen des Klimawandels mit einer Häufung extremer Wetterereignisse. Die eintretenden Schäden können für die Betroffenen existenzbedrohend sein. Von Privatpersonen angebotene Hilfen, Spenden sowie Leistungen aus Hilfsfonds sind in der Regel aber nicht ausreichend, um ein stark beschädigtes oder zerstörtes Haus wiederherzustellen. Noch nicht gegen Elementarschäden versicherten Gebäudeeigentümern ist zu empfehlen, sich zu informieren und gegebenenfalls um entsprechenden Versicherungsschutz zu bemühen.

Die Folgen von Tief „Bernd“ hat den direkt Betroffenen auf dramatische Weise vor Augen geführt, wie wichtig es sein kann, ein Gebäude umfassend zu versichern, wenngleich dies mit einem finanziellen Mehraufwand verbunden ist. Auf aktuellen und bedarfsgerechten Versicherungsschutz muss jedoch nicht nur in Hinblick auf Elementarschäden geachtet werden. So kann sich beispielsweise eine Risikosituation dadurch verändern, dass sich der Versicherungswert durch Anbauten oder neu errichtete Nebengebäude (zum Beispiel Carport, Gartenhaus) erhöht hat, die Versicherungssumme aber nicht angepasst wurde. Damit besteht in einem Versicherungsfall die Gefahr, dass für das entsprechende Bauwerk kein Versicherungsschutz besteht oder der Versicherer eine Unterversicherung anrechnet. Wird eine Photovoltaikanlage nachträglich auf das Dach gebaut, ist zu klären, ob diese über den bestehenden Versicherungsvertrag versichert ist oder ein gesonderter Einschluss vereinbart werden muss. Bereits diese Beispiele zeigen, dass auch eine abgeschlossene Versicherung an sich ändernde Bedingungen angepasst und aktualisiert werden muss, damit sie ihren Zweck weiter erfüllt. Im Zweifel sollte ein Versicherungsnehmer seinen Versicherer, dessen Vermittler oder seinen Versicherungsmakler direkt ansprechen und nachfragen, ob er bereit ist, eine entsprechende Prüfung zusammen mit ihm durchzuführen und das Ergebnis schriftlich zu dokumentieren.

Die „Fugen-Entscheidung“ des Bundesgerichtshofs bezieht sich auf Nässe-schäden, die infolge von undicht gewordenen Silikonfugen von Duschkabinen oder Badewannen entstehen. Dieses Thema wurde im letzten Jahresbericht und auch in den Jahren davor immer wieder angesprochen. Der Grund hierfür



war, dass dieser Sachverhalt von der Rechtsprechung nicht einheitlich beurteilt wurde und es bisher keine höchstrichterliche Entscheidung gab. Dies führte zu der unerfreulichen Konstellation, dass manche Versicherer derartige Schäden regulierten, andere aber unter Hinweis auf die gegenteilige Rechtsprechung eine Entschädigung ablehnten. Rechtlich konnte der Ombudsmann dies nicht beanstanden, da Versicherer für ihre Entscheidung Rechtsprechung anführen konnten, die ihre Auffassung bestätigte. Durch das Urteil des Bundesgerichtshofs vom 20. Oktober 2021 (Az.: IV ZR 236/20) herrscht nun Klarheit, allerdings zum Nachteil der Versicherungsnehmer. Der Bundesgerichtshof entschied, dass ein Wohngebäudeversicherer nicht für Nässeschäden aufgrund einer undichten Fuge zwischen einer Duschwanne und einer angrenzenden Wand einzustehen hat. An dieser Stelle kann daher nur die Empfehlung an Haus- und Wohnungseigentümer gegeben werden, Silikonfugen in Sanitärräumen in regelmäßigen Abständen zu kontrollieren und gegebenenfalls zu erneuern, bevor es zu einem Schaden kommt.

Immer wieder Gegenstand von Beschwerden ist folgender Sachverhalt: Meldet ein Versicherungsnehmer seinem Versicherer einen Schaden, verfügt dieser in der Regel nicht sofort über alle notwendigen Informationen, um eine abschließende Entscheidung zum Versicherungsschutz treffen zu können. In der Praxis erteilen Versicherer ihrem Versicherungsnehmer daher oft in einem ersten Anschreiben eine Reparaturfreigabe bis zu einem gewissen Betrag (zum Beispiel 1.000 Euro) und fordern ihn gleichzeitig auf, Unterlagen einzureichen (beispielsweise Fotos, Kostenvoranschläge, Rechnungen etc.). Bedingt durch die Hochwasserschäden und den dadurch erhöhten Arbeitsaufwand bei den Versicherern lag der zur Reparatur freigegebene Betrag zum Teil auch deutlich höher. Der Hintergrund dafür, warum überhaupt eine Reparaturfreigabe erklärt wird, ist, dass ein Versicherungsnehmer stets gehalten ist, vor Beginn der Reparatur den Versicherer zu informieren, damit dieser sich gegebenenfalls selbst ein Bild von Art und Umfang des Schadens machen kann. Mit der Erklärung, nun könne in einem bestimmten finanziellen Rahmen repariert werden, verzichtet der Versicherer auf dieses Recht und verschafft damit dem Versicherungsnehmer die Sicherheit, sich in der Folgezeit nicht mit dem Vorwurf der Obliegenheitsverletzung konfrontiert zu sehen, er habe dem Versicherer die Prüfung des Schadenumfanges verweigert. Eine Kostenübernahmeerklärung ist mit einer solchen Freigabe regelmäßig jedoch nicht verbunden. Versicherungsnehmer verstehen dies aber manchmal entsprechend und können nicht nachvollziehen, wenn der Versicherer nach einer abschließenden Prüfung des Versicherungsschutzes eine Schadenregulierung doch ablehnt. Versicherungsnehmer sollten daher entsprechende Schreiben des Versicherers genau und bis zum Ende lesen. Falls sie Zweifel haben, welche Arbeiten sie ausführen dürfen und welche nicht, empfiehlt sich eine Rücksprache mit dem Versicherer. Im Sinne der Transparenz wäre es natürlich wünschenswert, dass Versicherer entsprechende Schreiben von vornherein verständlich und eindeutig formulieren. Ist dies nicht der Fall, greift der Ombudsmann im Beschwerdeverfahren diesen Punkt auf. Manchmal ergeben sich daraus Ansätze für ein gewisses Entgegenkommen. In jedem Fall wird aber angeregt, für die Zukunft Klarheit zu schaffen.

Vertragsfragen spielten im Berichtsjahr wie in den Jahren zuvor nur eine untergeordnete Rolle. Hier überwogen Beschwerden über Kündigungszurückweisungen von Versicherern nach einem Eigentümerwechsel, wenn Kündigungsfristen nicht eingehalten wurden oder wenn bei einem beabsichtigten Versichererwechsel die gesetzlich vorgeschriebene Zustimmung von Realgläubigern zur Kündigung nicht rechtzeitig eingeholt und dem Versicherer vorgelegt worden war. In diesen Fällen kann der Versicherungsombudsmann in der Regel nur prüfen, ob die Form- und Fristvorschriften eingehalten wurden. War dies nicht der Fall, blieb ihm nur, den Beschwerdeführern die Rechtslage zu erläutern.

■ Hausratversicherung

Im Berichtszeitraum erreichten den Ombudsmann 693 (Vorjahr: 588) zulässige Beschwerden zur Hausrat-, Glas- und Inhaltsversicherung. Dies entspricht einem Anstieg um 18 Prozent im Vergleich zum Vorjahr. Der Trend der letzten beiden Jahre, in denen sich deren Anzahl jeweils im zweistelligen Prozentbereich verringert hatte, kehrte sich somit um. Dazu beigetragen haben Beschwerden aufgrund der Hochwasserschäden vom Juli 2021 (Tief „Bernd“, siehe auch unter 2.2) sowie der Beschwerdekomples der konfliktbehafteten Vertragsumdeckungen (siehe unter 2.3). Der Anteil der Hausratbeschwerden am Gesamtaufkommen der zulässigen Eingaben erhöhte sich von 4,4 auf 4,9 Prozent.

Über eine Hausratversicherung sind Gegenstände abgesichert, die einem Haushalt zur Einrichtung, zum Gebrauch oder zum Verbrauch dienen. Versicherungsschutz besteht gegen Gefahren wie Brand, bestimmungswidrig austretendes Leitungswasser, Sturm, Hagel, Einbruchdiebstahl und Raub. Durch besondere Tarife oder den Einschluss weiterer Risiken lässt sich der Deckungsumfang individuell den persönlichen Bedürfnissen anpassen. Möglich sind beispielsweise Erweiterungen auf Elementarschäden (zum Beispiel Schäden durch Überschwemmungen und Erdbeben), blitzbedingte Überspannung oder verschiedene Ausprägungen des einfachen Diebstahls. Hierzu zählen insbesondere der Diebstahl von Fahrrädern, der Trickdiebstahl oder die Entwendung von Hausratgegenständen aus Kraftfahrzeugen.

Im Versicherungsfall hat der Versicherungsnehmer Anspruch auf die notwendigen Reparaturkosten zur Wiederherstellung einer beschädigten Sache oder auf den Wiederbeschaffungswert zerstörter oder abhandengekommener Hausratgegenstände. Eine Besonderheit im Vergleich zu anderen Sachversicherungen ist somit, dass der Neuwert und nicht nur der Zeitwert der Sachen ersetzt wird, wenn eine Reparatur nicht möglich ist oder unwirtschaftlich wäre. Außerdem sieht der Versicherungsvertrag regelmäßig vor, dass bestimmte Kosten ersetzt werden, die in Zusammenhang mit einem Versicherungsfall entstehen können. Dies sind zum Beispiel Aufräumungskosten, Schlossänderungskosten oder Unterbringungskosten im Fall der Unbewohnbarkeit der eigenen Wohnung.

Wie in den Vorjahren betrafen die Beschwerden zum ganz überwiegenden Teil die Schadenregulierung und nur vergleichsweise wenige Vertragsangelegenheiten. Eine Ausnahme bildete im Berichtsjahr der eingangs erwähnte Beschwerdekomples



plex der Umdeckungsfälle (siehe unter 2.3). Im Übrigen war, so wie auch im Jahr 2020, eine vom Versicherungsunternehmen abgelehnte Kündigung der Beschwerdeführer der häufigste Beschwerdegrund im Zusammenhang mit Vertragsangelegenheiten.

Im Mittelpunkt der Prüfung der Beschwerden zu Schadenfällen stand oft die Frage, ob der Vortrag des Beschwerdeführers nach Aktenlage als hinreichend bewiesen gelten konnte. Grundsätzlich obliegt dem Versicherungsnehmer die Beweislast, weshalb er zu belegen hat, dass ein Versicherungsfall eingetreten und welcher Schaden dadurch entstanden ist. Problematisch ist dies insbesondere bei Einbruchdiebstahlschäden, der seit Jahren mit Abstand größten Gruppe von Beschwerdefällen im Hausratbereich. Im Jahr 2021 verringerte sich deren Anteil von gut 31 Prozent im Vorjahr auf ca. 26 Prozent der Beschwerdefälle. Dies geht einher mit dem Rückgang der Wohnungseinbrüche. Deren Zahl sinkt seit 2016. Zu diesem allgemeinen Trend kommen seit 2020 die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie hinzu, weil sich dadurch die Menschen vermehrt in der eigenen Wohnung aufgehalten haben. Ausgangssperren, Homeoffice und geringere Urlaubsaktivitäten verschlechterten für Einbrecher die Möglichkeiten zur Tatausführung.

Die zweithäufigste Gefahr, die sich bei Beschwerden im Zusammenhang mit einem Versicherungsfall verwirklicht hatte, war erneut bestimmungswidrig ausgetretenes Leitungswasser. Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil aber von knapp 14 Prozent auf ca. 11 Prozent zurückgegangen. Auf Rang drei der Gefahren lagen im Berichtsjahr Brandschäden. Diese Fallkonstellation hat die des Fahrraddiebstahls verdrängt, die noch im Vorjahr am dritthäufigsten Beschwerdegegenstand war.

Eine weitere Beschwerdegruppe, deren Anteil sich im Jahr 2021 auf immerhin jede elfte Beschwerde erhöht hat, ist die der (vermeintlichen) arglistigen Täuschung. Unter diesem Stichwort werden über alle versicherten Gefahren hinweg die Verfahren erfasst, in denen sich ein Versicherer ausdrücklich oder indirekt auf einen Betrug(sversuch) seines Versicherungsnehmers beruft. In den Hausratversicherungsbedingungen ist standardmäßig geregelt, dass der Versicherer von seiner Leistungspflicht befreit ist, wenn ein Versicherungsnehmer versucht, ihn arglistig über Tatsachen zu täuschen, die für den Grund oder die Höhe der Entschädigung von Bedeutung sind. Damit machen die Versicherer von einer im VVG eingeräumten Möglichkeit Gebrauch. Erforderlich ist dabei nicht, dass der Versicherungsnehmer über das Bestehen des Regulierungsanspruchs an sich täuscht oder eine Bereicherungsabsicht hat, sondern es reicht nach der Rechtsprechung des BGH bereits aus, dass dem Beschwerdeführer bei seiner Falschangabe bewusst war, sein Verhalten könne den Versicherer bei der Schadenregulierung möglicherweise beeinflussen (zum Beispiel auch, um eine beschleunigte Bearbeitung oder Auszahlung zu erreichen).

Für das Vorliegen eines Täuschungsversuchs des Versicherungsnehmers sowie dessen Arglist liegt die Beweislast beim Versicherer. Deshalb berufen sich Versicherer im Ombudsmannverfahren häufig nur dann ausdrücklich auf eine arglist-

tige Täuschung, wenn diese offensichtlich ist bzw. eindeutig mittels Unterlagen belegt werden kann (zum Beispiel bei widersprüchlichen schriftlichen Angaben der Versicherungsnehmer). Haben die Unternehmen dagegen nur Anhaltspunkte für eine Täuschung, können diese aber nicht oder zumindest nicht im Rahmen des Ombudsmannverfahrens eindeutig nachweisen, beschränken sie sich in der Regel auf Andeutungen und sprechen beispielsweise von erheblichen Zweifeln, dass sich der Schadenfall wie vorgetragen ereignet habe. Dies liegt oft an den gegenüber einem Gerichtsverfahren eingeschränkten Beweismöglichkeiten im Ombudsmannverfahren, in dem nur der Urkundsbeweis zugelassen ist. Gleichzeitig wird der Vortrag des betroffenen Versicherungsnehmers bestritten und darauf verwiesen, dass der erforderliche Beweis, etwa für einen Einbruchdiebstahl, durch den Beschwerdeführer nicht erbracht worden sei. Der Ombudsmann kann in diesen Fällen in der Regel nur begrenzt vermittelnd tätig werden. Kommt er bei seiner Prüfung aber zu dem Ergebnis, dass ein Täuschungsversuch nach Aktenlage naheliegt oder zumindest nicht unwahrscheinlich erscheint, so entscheidet er je nach Vorbringen des Versicherers entweder aus Beweislastgründen zulasten der Beschwerdeführer oder lehnt die Fortführung des Verfahrens gemäß § 9 Absatz 1 VomVO ab. Denn ob tatsächlich ein Täuschungsversuch gegeben ist und insbesondere arglistig gehandelt wurde, kann in der Regel nur im Rahmen einer Beweisaufnahme vor Gericht geklärt werden. In einem solchen Verfahren können Zeugen oder Parteien vernommen werden. Damit wird der Aufklärung des tatsächlichen Geschehens gegenüber einer schnellen Entscheidung über die Beweislastregel der Vorrang eingeräumt.

In den Beschwerdeverfahren, in denen es nach den vorgelegten Unterlagen keine Anzeichen für eine arglistige Täuschung gibt, bemüht sich der Ombudsmann um eine einvernehmliche Lösung. Die Versicherer werden dann auf die ihnen obliegende Beweislast für eine arglistige Täuschung bzw. auf die bestehenden Prozessrisiken hingewiesen.

Deutlich zugenommen haben, wenngleich auf niedrigem Niveau, Beschwerden im Zusammenhang mit Elementargefahren. Diese Entwicklung hängt im Berichtsjahr vor allem mit der Hochwasserkatastrophe vom Juli 2021 zusammen, welche durch das Sturmtief „Bernd“ verursacht wurde und zahlreiche Starkregen- und Überschwemmungsereignisse zur Folge hatte. Hinsichtlich der Hochwasserschäden ist im Hausratbereich anzumerken, dass der Großteil der Forderungen der Versicherungsnehmer im Rahmen der beim Ombudsmann eingegangenen Beschwerden berechtigterweise von den Versicherern abgelehnt worden war. Dies lag entweder daran, dass gar keine Elementarversicherung bestanden hatte, oder daran, dass der eingetretene Schaden im Rahmen der Elementarversicherung nicht versichert war. Weiterhin beschwerten sich die Versicherungsnehmer mitunter über die Beratung bei Abschluss des Vertrages, weil ihnen keine Elementarversicherung empfohlen worden sei. Darin sahen sie eine Falschberatung. Der Ombudsmann stellte klar, dass Versicherer bzw. deren Versicherungsvertreter ihre Kunden nur dann entsprechend beraten müssen, wenn und soweit sie Anlass für eine Nachfrage oder eine Beratung des Versicherungsnehmers haben. Hier war die Aktenlage oft nicht hinreichend eindeutig.



Zudem gab es mehrere Beschwerden, in denen die Versicherungsnehmer in Kenntnis der fehlenden Elementarversicherung ausschließlich oder hilfsweise um Kulanz durch ihren Versicherer baten. In einigen Fällen kamen die Versicherer dem Wunsch zumindest in Teilen nach oder hatten bereits zuvor eine freiwillige Leistung erbracht. Darauf besteht allerdings kein Rechtsanspruch, denn die Entscheidung, ob und ggf. in welchem Umfang kulanzweise Unterstützung von den Versicherern erbracht wird, obliegt allein dem Versicherer. Kam dieser dem Wunsch nicht nach, konnte der Ombudsmann den Beschwerdeführern nur die Rechtslage erläutern.

Diese Art von Forderungen konnten die Versicherer verständlicherweise schnell behandeln, sodass diese Thematik als Erste den Ombudsmann erreichte. Im weiteren Verlauf trafen komplexere Beschwerden ein, in denen zwar Elementarversicherungen bestanden hatten, aber der genaue Eintrittsweg des Wassers nicht bewiesen oder die Schadenhöhe streitig war. In anderen Fällen machte der Versicherer eine Obliegenheitsverletzung geltend, weil der Versicherungsnehmer die vermeintlich betroffenen Sachen umgehend entsorgt hatte, ohne wenigstens eine ausreichende Fotodokumentation der Schäden zu erstellen. Weiterhin gab es Beschwerden, in denen ein Beratungsverschulden in Betracht kam, beispielsweise wenn Versicherungsmakler beteiligt waren. Bei diesen Beschwerden lag die Einigungsquote deutlich höher als in den ersten Monaten. Ähnlich gelagerte Schlichtungsverfahren dürften auch im Jahr 2022 noch in nicht unerheblichem Maße beim Ombudsmann anhängig werden.

Auf niedrigem Niveau deutlich zugenommen haben im Berichtsjahr Beschwerden zur Gefahr des sogenannten Phishings. Diese Betrugsart ist bei vielen Versicherern durch Zusatzvereinbarung versicherbar. Darunter versteht man Verfahren, mittels derer sich Personen (oder auch Computerprogramme) über gefälschte Websites, E-Mails oder Kurznachrichten als vertrauenswürdige Partner einer elektronischen Kommunikation ausgeben. Ziel der Identitätstäuschung ist es, zum Beispiel an persönliche Daten eines Internet-Nutzers zu gelangen oder ihn zur Ausführung einer schädlichen Aktion wie die Bekanntgabe eines Passwortes oder einer Überweisung auf ein bestimmtes Konto zu bewegen. Die Voraussetzungen für den Versicherungsschutz unterscheiden sich dabei in den Verträgen teils erheblich. Ihnen ist aber gemein, dass jeweils nur ein spezieller und – im Vergleich zu den vielen verschiedenen Vorgehensweisen – kleiner Teil möglicher Betrugshandlungen versichert ist. Beispielsweise sind oft nur Begehungsweisen versichert, bei denen die Täuschung mithilfe von gefälschten E-Mails erfolgt. Wird stattdessen eine Website vorgetäuscht, eine Schadsoftware installiert oder eine per SMS verschickte TAN abgefangen, ist dies nicht vom Versicherungsschutz umfasst. Ein Anspruch kann auch daran scheitern, dass statt über E-Mail nur Nachrichten über das Portal einer Onlinehandelsplattform oder über einen Messengerdienst ausgetauscht wurden oder eine Überweisung nicht über ein Online-Banking-Konto, sondern über einen Online-Bezahldienst wie zum Beispiel PayPal erfolgte. Der Ombudsmann kann in diesen Fällen nur auf die eindeutige Rechtslage verweisen und teilweise Verständnis dafür zeigen, dass die Beschwerdeführer über Versicherungsbedingungen enttäuscht sind, die den neuesten Stand der Betrugsmaschen nicht abbilden.

■ Allgemeine Haftpflichtversicherung

In dieser Sparte gingen im Berichtszeitraum 561 (Vorjahr: 548) zulässige Beschwerden ein. Das entspricht einem Anteil von 4,0 (4,1) Prozent am Gesamtaufkommen aller zulässigen Beschwerden.

Unter den Begriff „Allgemeine Haftpflichtversicherung“ werden viele Arten von Haftpflichtversicherungsverträgen, die sich nach Risikobereichen aufteilen, gefasst. Dazu gehört als wichtiges Beispiel die Privathaftpflichtversicherung, die regelmäßig auch bei der Beschwerdebearbeitung im Vordergrund steht. Daneben sind auch die Haus- und Grundbesitzer-, die Bauherren- und die Tierhalterhaftpflichtversicherung betroffen. In den Zuständigkeitsbereich des Ombudsmanns fallen zudem die eher seltenen Beschwerden zu einer Berufshaftpflichtversicherung für Beamte und Angestellte des öffentlichen Dienstes (auch Amts- oder Diensthaftpflichtversicherung genannt). Die Kfz-Haftpflichtversicherung gehört dagegen nicht dazu. Diese Sparte beruht auf einer eigenständigen Bedingungsgrundlage und wird im Berichtsteil zur Kfz-Versicherung dargestellt.

Haftpflichtversicherungen decken kein bestimmtes Schadenrisiko ab, sondern schützen vor Vermögensnachteilen, die entstehen können, wenn der Versicherungsnehmer oder eine mitversicherte Person von Dritten auf Schadenersatz in Anspruch genommen wird. Geleistet wird dann in Form der Abwehr unberechtigter und in der Befriedigung berechtigter Ansprüche, wobei die Bewertung (zunächst) beim Versicherer liegt. Das Grundbedingungsmerk der Verträge sind in der Regel die AHB. Im Versicherungsschein und zumeist in den Besonderen Bedingungen werden die jeweiligen versicherten Risikobereiche festgelegt.

Zur Privat- und zur Tierhalterhaftpflichtversicherung haben sich die Schwerpunkte der Fallbearbeitung gegenüber den Vorjahren nicht wesentlich verändert. Sie spiegeln häufig das alltägliche Haftungsrisiko des Versicherungsnehmers als Mieter, Tierhalter oder aufsichtspflichtiges Elternteil wider. Zahlreiche Beschwerden betrafen erneut die Frage, ob sich der Versicherer bei einem Schaden in der Mietwohnung auf den Risikoausschluss wegen übermäßiger Beanspruchung, etwa im Zusammenhang mit der Haltung von Katzen oder Hunden, berufen kann (dazu ausführlich im Jahresbericht 2015, Seite 53 f.). Es ist dann zum Beispiel streitig, ob das Haustier nur ein-, vielleicht auch zweimal oder aber immer wieder auf das Holzparkett uriniert oder an den Türen gekratzt hat. Bei mehrfacher Wiederholung kann eine übermäßige Beanspruchung vorliegen. Die Beweislast trägt der Versicherer, wobei nicht immer eine genaue Sachverhaltsaufklärung betrieben, sondern oftmals pauschal von der Größe des beschädigten Bereichs oder der Intensität der Verfärbung auf ein wiederholtes Schadenverhalten geschlossen wird. Solche Folgerungen aufgrund der Umstände reichen aber nicht in jedem Fall aus, um der Beweislast zu genügen. Deshalb lassen sich in solchen Konstellationen häufig Vergleiche erreichen.

Auch auf andere Weise kommt es zu Beschädigungen der Mietwohnung und der mitvermieteten Einrichtungsgegenstände, etwa der Kücheneinrichtung. Die Häufigkeit schlägt sich in den Beschwerdefällen nieder. Für die Frage des Ver-



sicherungsschutzes ist die Unterscheidung von „Schäden an der Mietwohnung“ und „Schäden an Einrichtungsgegenständen“ oft wichtig und entscheidend. Die Haftpflicht für Schäden an der Mietwohnung ist nach der üblichen sogenannten Mietsachschadenklausel grundsätzlich versichert, die Haftpflicht für Schäden an Einrichtungsgegenständen dagegen nicht (siehe auch Jahresbericht 2013, Seite 46). Auch wenn verbesserte Tarifvarianten Schäden an beweglichen gemieteten Sachen inzwischen einbeziehen, gilt dies zum Teil gerade nicht für die Einrichtungsgegenstände der eigenen Mietwohnung. Anders verhält es sich wiederum bei Einrichtungsgegenständen einer gemieteten Ferienwohnung. Für die Versicherungsnehmer ist es angesichts der verschiedenen Ein- und Ausschlüsse von Risiken schwierig, den Umfang des Versicherungsschutzes richtig zu erfassen. Dies wird auch in der folgenden, im Berichtsjahr ebenfalls öfter festzustellenden Fallgestaltung deutlich: In der Mietwohnung kommt es zu einem Schaden an einer Fensterscheibe oder am Glaseinsatz einer Tür. Der durchschnittliche Versicherungsnehmer, auf den nach der Rechtsprechung für das Verständnis der Bedingungen abzustellen ist, erwartet hier Versicherungsschutz aus der Privathaftpflichtversicherung. Die Bedingungen enthalten aber einen Risikoausschluss, wonach Glasschäden (an der Mietwohnung), gegen die sich der Versicherungsnehmer gesondert versichern kann, vom Versicherungsschutz ausgenommen sind. Eine Glasversicherung erfasst nicht nur Schäden am eigenen Eigentum, sondern auch am Eigentum des Vermieters. Diese Versicherungsmöglichkeit ist den meisten Menschen nicht bewusst. Wenn dann im Beratungsgespräch nicht darauf hingewiesen wird, kommt es im Schadenfall zu einer „bösen“ Überraschung. Der Ombudsmann strebt in solchen Fällen regelmäßig eine Lösung durch einen Vergleich an.

Das alltägliche Haftungsrisiko kann sich nicht nur in der Wohnung verwirklichen, sondern auch außerhalb, zum Beispiel gegenüber dem Nachbarn. In eine ganz besonders missliche Lage ist ein Beschwerdeführer gekommen, der mit seinem Nachbarn abgestimmt hatte, dass er die Spitzen dessen auf der Grenze wachsenden Hecke schneiden darf. Der Nachbar warf ihm danach vor, zu viel abgeschnitten zu haben, und bezifferte den Schaden auf über 2.500 Euro. Der Privathaftpflichtversicherer lehnte die Deckung ab und berief sich hierfür auf den Risikoausschluss wegen vorsätzlicher Schadenherbeiführung. Der Vorsatz muss sich aber nicht nur auf die Handlung, sondern auch auf den Schadenerfolg beziehen. Der Beschwerdeführer durfte jedoch nach Aktenlage davon ausgehen, dass sein Tun von der Einwilligung des Nachbarn erfasst war. Letztlich nahm der Versicherer vom Vorsatzvorwurf Abstand und bestätigte den Versicherungsschutz in Form der Anspruchsabwehr.

Eltern haften für ihre Kinder, heißt es oft. Dies gilt rechtlich zwar nur bei Verletzung der Aufsichtspflicht; die Eltern können aber auch in wirtschaftlicher Hinsicht betroffen sein. Wichtig ist in jedem Fall, dass die Kinder im Rahmen eines Familientarifs oder eines erweiterten Singletarifs in den Versicherungsschutz miteinbezogen sind. Dieser Einschluss ist bei volljährigen Kindern regelmäßig an bestimmte Voraussetzungen geknüpft, etwa die, dass sich das Kind noch in einer Schul- oder sich unmittelbar anschließenden Berufs(erst)ausbildung befindet

(siehe hierzu auch Jahresbericht 2018, Seite 49). In einem Fall hatte der Sohn des Beschwerdeführers nach dem Abitur zwei Studiengänge abgebrochen, bevor er eine ganz andere Richtung einschlug und eine Ausbildung begann. Im zweiten Lehrjahr kam es zu einem Fahrradunfall. Der Versicherer war der Ansicht, dass die Mitversicherung durch den zweimaligen Abbruch des jeweiligen Studiengangs beendet worden sei. Dem konnte sich der Ombudsmann nicht anschließen, denn der maßgebliche Bedingungswortlaut konnte auch so verstanden werden, dass es auf die erste abgeschlossene Ausbildung ankommt. In der konkreten Klausel wurde zur Abgrenzung ferner auf eine vergütete Berufstätigkeit abgestellt. Auch dies weckt die Erwartung, dass das Kind erst aus der Mitversicherung fällt, wenn es wirtschaftlich selbstständig ist. Der Versicherer half nach einem entsprechenden Hinweis ab.

Ein besonderer Risikoausschluss, der seit Jahren im Ombudsmannverfahren immer wieder Anlass zur Prüfung gibt, ist die sogenannte Benzinklausel. Diese dient der Abgrenzung der Risikobereiche zwischen der Allgemeinen und der Kfz-Haftpflichtversicherung und ist kompliziert formuliert. Sie schließt die Haftpflicht eines Eigentümers, Besitzers, Halters oder Führers eines Kraftfahrzeugs für Schäden aus, die durch den Gebrauch des Fahrzeugs verursacht werden. So soll eine Überschneidung der Privathaftpflicht- mit der Kraftfahrzeughaftpflichtversicherung und somit eine Doppelversicherung vermieden werden. Ob ein Schaden durch den Kraftfahrzeuggebrauch entstanden ist oder nicht, ist im Einzelfall mitunter schwierig zu beantworten. Obwohl der BGH vor nun schon mehr als zehn Jahren entschieden hat, dass Klauseln, so auch diese, aus sich selbst heraus auszulegen sind und zum Verständnis oder zur Abgrenzung nicht die Bedingungen anderer Verträge, wie zum Beispiel korrespondierende Klauseln in der Kfz-Haftpflichtversicherung, herangezogen werden können, bestehen nach wie vor Anwendungsprobleme (dazu ausführlich im Jahresbericht 2012, Seite 41; zuletzt auch 2017, Seite 51 f.; 2018, Seite 51 f. sowie 2019, Seite 53 f. und 2020, Seite 59 f.). Bei der Auslegung ist stets genau auf den jeweiligen Wortlaut der Klausel in den Bedingungen der Allgemeinen Haftpflichtversicherung zu achten. So greift der Ausschluss nach den heute üblichen Bedingungen zum Beispiel nicht, wenn eine selbstfahrende Arbeitsmaschine (zum Beispiel ein Einachstraktor) ausschließlich auf dem Privatgelände genutzt wird. Dann muss für diese Fälle nicht weiter geklärt werden, wie die maßgeblichen Begriffe, etwa der des „Fahrzeugführers“, zu verstehen sind und ob Gleichbehandlung mit dem Straßenverkehrsrecht zwingend ist. In anderen Konstellationen kann diese Frage von wesentlicher Bedeutung für den Versicherungsschutz sein.

Im Rahmen der Beschwerdebearbeitung hat sich auch im Berichtsjahr gezeigt, wie wichtig die genaue Klärung des Sachverhalts und die Bewertung des konkreten Einzelfalls sind. Immer wieder berufen sich die Versicherer quasi „reflexhaft“ auf den Risikoausschluss Benzinklausel. Wenn die Beifahrerin beim Aussteigen die Tür an das danebenstehende Fahrzeug schlägt, dann besteht für sie Versicherungsschutz aus der Privathaftpflichtversicherung. Dass auch der Halter und dessen Kfz-Haftpflichtversicherung für den Schaden eintreten müssen, spielt dabei, anders als ein Versicherer meinte, keine Rolle. Verursacht ein Kind mit



einem Kindermotorrad einen Schaden und steht eine Aufsichtspflichtverletzung der Eltern im Raum, dann greift die Benzinklausel nicht gegenüber der Mutter, die nach Aktenlage nicht Halterin oder Eigentümerin des Fahrzeugs war. Zum Teil war auch streitig, ob das schadenverursachende Fahrzeug auf öffentlichen Wegen und Plätzen geführt wurde oder nicht. Das Privatgelände eines Anglervereins oder ein Ackergelände waren nach Aktenlage, anders als die Versicherer zuerst annahmen, nicht dem öffentlichen Bereich zuzuordnen, sodass jeweils Abhilfen erreicht wurden. In einem anderen Fall hatte sich der Beschwerdeführer betrunken ans Steuer gesetzt, war aber nicht losgefahren. Als die von der Freundin hinzugerufene Polizei eintraf, stieg er wieder aus. Es kam zu einer körperlichen Auseinandersetzung mit den Beamten, weil der Beschwerdeführer den Fahrzeugschlüssel nicht herausgeben wollte. Dem Einwand des Versicherers, dass schon der zeitlich-räumliche Zusammenhang mit dem Fahrzeuggebrauch ausreiche, um den Privathaftpflichtversicherungsschutz nach der Benzinklausel entfallen zu lassen, konnte nicht zugestimmt werden. Nach der aktuellen Rechtsprechung greift dieser Risikoausschluss nicht, wenn die Schadenverursachung im Schwerpunkt nicht vom Gebrauch des Fahrzeugs, sondern von solchen Umständen ausgeht, die zu einem anderen Gefahrenbereich gehören, oder aber wenn der Schaden mit dem Gebrauch des Fahrzeugs nur in einem äußeren zeitlichen und örtlichen Zusammenhang steht. Auch hier half der Versicherer ab. Zum Teil gehen die Versicherer die Abgrenzungsproblematik aber auch direkt an und erweitern ihre Bedingungen zum Beispiel ausdrücklich um den Risikobereich des Be- und Entladens von Kraftfahrzeugen oder sie übernehmen die Selbstbeteiligung bzw. den Rückstufungsschaden, für die der Versicherungsnehmer haftbar gemacht werden kann, wenn er als Fahrer ein fremdes, kaskoversichertes Fahrzeug beschädigt.

Auch im Berichtsjahr beruhte die Unzufriedenheit der Versicherungsnehmer mit der Regulierungsentscheidung des Versicherers oft darauf, dass dieser nicht oder vermeintlich zu wenig an den Anspruchsteller gezahlt hatte. Häufig ist den Versicherungsnehmern die Bedeutung von Versicherungsschutz in der Haftpflichtversicherung nicht vollständig bekannt. Wie schon mehrfach erläutert (siehe etwa Jahresberichte 2018, Seite 50 f., oder 2019, Seite 52), besteht die Leistungspflicht des Versicherers nicht einzig in der Zahlung an den Geschädigten. Der Haftpflichtversicherer kann seiner Verpflichtung aus dem Versicherungsvertrag auch in Form der Anspruchsabwehr nachkommen. Darauf hat der Versicherungsnehmer keinen Einfluss. Der Ombudsmann achtet bei seiner Prüfung in dem Dreiecksverhältnis Versicherer–Versicherungsnehmer–Anspruchsteller grundsätzlich darauf, ob der Versicherer seiner vertraglichen Einstandspflicht gegenüber dem Versicherungsnehmer, der von einem Dritten in Anspruch genommen wird, nachgekommen ist. Übernimmt er die Anspruchsabwehr, sind Fragen zum Haftungsgrund oder zur Höhe der Entschädigungsleistung grundsätzlich nicht mehr zu prüfen.

Beschwerdeführer ziehen die Schadenregulierung allerdings häufig der Anspruchsabwehr vor. Dies ist bei der oftmals bereits vor dem Schadenereignis vorhandenen Bekanntschaft zwischen den Beteiligten menschlich verständlich. Für die vertragliche Verpflichtung des Versicherers spielt dies allerdings keine Rolle. Die für den Versicherungsnehmer manchmal schwierige Situation wird in den

bereits behandelten Fällen, dass die Mietwohnung beschädigt wird, gut deutlich. Der Vermieter verlangt eine Schadenregulierung, oft zum Neuwert. Der Versicherungsnehmer scheut eine Auseinandersetzung und fühlt sich vom Haftpflichtversicherer, der zum Beispiel nur eine Zeitwertentschädigung leistet oder eine Regulierung insgesamt ablehnt (etwa weil bei einem Leitungswasserschaden der Gebäudeversicherer vorrangig zuständig ist, siehe Jahresbericht 2019, Seite 52), „im Stich gelassen“. In einem anderen Fall hatte die Beschwerdeführerin Zweifel, dass der vom Vermieter geltend gemachte Schaden der Höhe nach gerechtfertigt war, und vermutete gar Betrug. Dem Versicherer reichten die Unterlagen, die vom Vermieter als Nachweis zur Schadenhöhe übersandt wurden, aber aus und er nahm eine entsprechende Erstattung vor. Auch hier gilt, dass der Versicherer ein weitreichendes Regulierungsermessen hat. Das Kostenrisiko, das mit einer Regulierungsverzögerung oder einer streitigen Auseinandersetzung verbunden ist, muss er nicht eingehen. Der Versicherungsnehmer kann eine Zahlung also nicht verbieten. Die genannte Beschwerde hatte deshalb keinen Erfolg.

Insgesamt kann für die Allgemeine Haftpflichtversicherung erneut festgestellt werden, dass in den Beschwerdefällen regelmäßig intensive rechtliche Überprüfungen notwendig sind. Das hat zum Teil mit den bereits erwähnten Deckungsneuerungen, aber auch mit altbekannten Problembereichen zu tun. Die Beschwerdeführer werden häufiger anwaltlich vertreten. Immer wieder waren auch Gerichtsverfahren vorgelagert oder emotional geführte Auseinandersetzungen, was den Umfang der zu prüfenden Unterlagen deutlich erhöhte. Die Schlichtungsbereitschaft ist in dieser Sparte allerdings erfreulich hoch, sodass regelmäßig zufriedenstellende Ergebnisse erreicht werden konnten.

■ Unfallversicherung

Beschwerden zur privaten Unfallversicherung machten im Berichtsjahr mit 486 (Vorjahr: 564) zulässigen Eingaben einen Anteil von 3,4 (4,3) Prozent des Beschwerdeaufkommens aus.

Eine Unfallversicherung kann unterschiedliche Leistungen beinhalten, dient aber stets in erster Linie der Absicherung der wirtschaftlichen Folgen von Invalidität infolge eines Unfalls. Grundvoraussetzung für die Leistungspflicht eines Unfallversicherers ist immer ein Unfall im Sinne einer plötzlichen äußeren Einwirkung oder aufgrund einer erhöhten Kraftanstrengung, die über das alltägliche Maß hinausgeht. Die seit Jahren zu beobachtende Tendenz, dass einige Unfallversicherer den Unfallbegriff auf zusätzliche Sachverhalte erweitern, beispielsweise auf Eigenbewegungen, wenn aus diesen eine bestimmte Verletzungsfolge resultiert, setzte sich fort.

Im Berichtsjahr betrafen die Anliegen der Beschwerdeführer, ebenso wie in den Vorjahren, vor allem die Leistungspflicht des Versicherers wegen unfallbedingter Invalidität. Letztere 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 mittels einer medizinischen Gesamtschau bemessen. Beschwerden gegen Ablaufleistungen oder Rückkaufswerte aus Unfallversicherungsverträgen mit Beitragsrückgewähr hatten im Berichtsjahr kaum Bedeutung. Bei dieser Vertragsart wird die Unfallversicherung mit Elementen der kapitalbildenden Lebensversicherung kombiniert. Die Beschwerden gegen Kündigungen des Versicherers blieben im Vergleich zum Vorjahr in ihrer Anzahl nahezu unverändert. Gleiches gilt für Eingaben gegen Vertragsänderungen und abgelehnte Kündigungen von Versicherungsnehmern.

Wie in den Vorjahren bewerteten die Vertragsparteien die vom Versicherer in Auftrag gegebene medizinische Begutachtung des Invaliditätsgrades, die der Versicherungsleistung zugrunde lag, im Streitfall unterschiedlich. Beschwerdeführer zweifelten oft Güte und Aussagekraft der medizinischen Gutachten an. Sie bemängelten zunehmend, dass in medizinischen Gutachten Schmerzempfindungen nicht berücksichtigt würden. Auch das Recht des Versicherers, das Gutachten in Auftrag zu geben und dabei die zu begutachtende Stelle auswählen zu können, wurde vermehrt kritisiert. Dazu wurde den Rechtsuchenden erläutert, dass vom Versicherer beauftragten Sachverständigen nicht von vornherein Parteilichkeit zum Nachteil des Versicherungsnehmers unterstellt werden könne. Schließlich gibt es für die Beauftragung bestimmter Ärzte oder Institute einen sachlichen Grund. Den Versicherern sind durch die jahrelange Befassung mit Unfallschäden diejenigen Mediziner bekannt, denen die speziellen Bemessungskriterien der privaten Unfallversicherung geläufig sind. Häufig wiesen Versicherer in ihren Stellungnahmen auch darauf hin, dass die jeweils geltenden Versicherungsbedingungen (AUB) die Möglichkeit einer jährlichen Nachbegutachtung innerhalb von drei Jahren nach dem Unfalltag vorsehen. Dieser Hinweis wurde in der Beschwerdebearbeitung mit den Rechtsuchenden erörtert. Auch an dieser Stelle äußerten einige Versicherte die Befürchtung, in der Nachbegutachtung würden die Unfallfolgen nicht neutral, sondern zugunsten des Versicherers beurteilt.

Ein weiterer Streitpunkt blieb die Frage, ob und in welchem Umfang unfallfremde Mitwirkungsfaktoren die Höhe der Versicherungsleistung beeinflussen. Hierzu fiel im Berichtsjahr die Tendenz vieler Unfallversicherer auf, von dem bislang vorherrschenden Mindestgrad von 25 Prozent unfallfremder Mitwirkungsfaktoren abzuweichen und diese zunehmend erst dann leistungsmindernd zu berücksichtigen, wenn sie einen Grad von mindestens 40 oder gar 50 Prozent erreichen. Medizinische Feststellungen, die sich mit dem Entstehen und dem Ausmaß einer unfallbedingten Invalidität befassen, kann der Ombudsmann weder selbst treffen noch kann er eine Begutachtung veranlassen, auch wenn dieser Wunsch immer wieder von Rechtsuchenden geäußert wird. Sind die Ausführungen des Sachverständigen in sich schlüssig und frei von offenkundig sachfremden Erwägungen, sind sie bei der rechtlichen Prüfung zu berücksichtigen. Oft blieb nur, die Beschwerdeführer auf den Gerichtsweg zu verweisen oder, falls dies zeitlich noch möglich ist, auf das Recht der Nachbegutachtung bis zu drei Jahre nach dem Unfall hinzuweisen.

Auch in diesem Jahr rügten die Rechtsuchenden Beratungsfehler des Versicherers oder des Vermittlers. Dies betraf häufig Verträge, die an ältere Menschen vermit-

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

telt worden waren und die nach deren eigener späterer Einschätzung oder nach Ansicht ihrer jüngeren Angehörigen nicht bedarfsgerecht waren. Beratungsfehler sind im Ombudsmannverfahren normalerweise schwer festzustellen, da im Bestreitensfall lediglich die schriftlichen Unterlagen für diese Beurteilung herangezogen werden können. Ließen diese Unterlagen aber Fragen offen, ergab sich oft Raum für Verhandlungen und Kompromissvorschläge, die in vielen Fällen von den Beteiligten angenommen wurden. Auch Stellungnahmen von Vermittlern, die in sich widersprüchlich waren oder Fragen unbeantwortet ließen, gaben oft Anlass für Rückfragen, die nicht selten zu einem Entgegenkommen des Versicherers führten.

Wie in den Vorjahren wurden regelmäßig Vertragsunterlagen eingereicht, die noch den Passus beinhalteten, ab einem bestimmten Lebensalter (zumeist ab dem 65. oder 70. Lebensjahr) könnten Versicherungsverträge in der Regel nicht mit dem bestehenden Inhalt fortgesetzt werden. Hieraus leiteten die Rechtsuchenden meist einen Anspruch auf rückwirkend zu erstattende Beiträge ab, nachdem sie das in dem Passus erwähnte Lebensalter oft schon viele Jahre überschritten hatten. In solchen Fällen wurde den Versicherungsnehmerinnen und Versicherungsnehmern erklärt, dass aufgrund dieser Klausel nicht automatisch der Vertrag mit Erreichen der vorgesehenen Altersgrenze endete, sondern insbesondere aus der Formulierung „in der Regel“ erkennbar sei, dass es zusätzlich einer ausdrücklichen Kündigung des Vertrages bedurfte.

Beschwerden zu Verträgen, in denen ein Versicherer einen für ihn unrentablen Tarif beenden und durch einen neuen ersetzen wollte, traten im Berichtsjahr deutlich seltener als im Vorjahr auf. Die Versicherungsnehmer zeigten sich mit der Kündigung nicht einverstanden, weil nach ihrer Einschätzung der angebotene neue Versicherungsschutz im Vergleich zum bestehenden geringwertiger war. Die insbesondere von Verbraucherorganisationen aufgeworfene Frage, ob ein Versicherer den bestehenden Tarif überhaupt kündigen durfte, weil darin Elemente der Berufsunfähigkeitsabsicherung enthalten waren und solche Versicherungsverträge vom Versicherer nicht ohne Weiteres gekündigt werden können, soll nunmehr durch den Bundesgerichtshof geklärt werden, nachdem ein Versicherer in der Vorinstanz unterlegen war (OLG Köln, Urteil vom 17.12.2021; Az. 20 U 21/21) und gegen dieses Urteil Revision eingelegt hat. Bis zu einer Klärung kann sich der Ombudsmann rechtlich nicht abschließend positionieren, sondern die Verfahrensbeteiligten nur auf die noch ausstehende gerichtliche Klärung hinweisen. Die Beschwerden blieben daher wegen noch nicht abschließend gerichtlich geklärter Rechtsfragen in der Sache unbeschieden (§ 9 Absatz 1 c) VomVO).

Des Weiteren kam es auch in diesem Jahr wiederholt zu Beschwerden, weil die Versicherer einen Widerruf des Vertrages durch den Versicherungsnehmer nicht akzeptierten. Die Versicherungsnehmer bestritten den Erhalt der vorgeschriebenen Unterlagen, sodass die Widerrufsfrist noch nicht begonnen habe. Oft argumentierten die Versicherer, die Postsendung sei nicht als unzustellbar zurückgekommen. Sofern sie keine Indizien beibringen konnten, die sich zu einem Zugangsnachweis verdichten ließen, waren die Unternehmen regelmäßig im Verlauf des Ombudsmannverfahrens bereit, den Widerruf des Versicherungsnehmers doch noch zu



akzeptieren. Eine ähnliche Konstellation ergab sich, wenn Versicherer aus von ihnen versandten Schreiben Rechte geltend machten, beispielsweise aus einer qualifizierten Mahnung. Hier war der Zugangsnachweis durch die Unternehmen ebenfalls oft nicht zu führen.

Auch in diesem Jahr hatte die COVID-19-Pandemie in Beschwerdefällen zur Unfallversicherung Bedeutung. Die zur Bekämpfung der Pandemie getroffenen Maßnahmen wurden wiederholt von den Beschwerdeführern erwähnt und als Grund für verspätete Reaktionen auf Anfragen herangezogen. Im Verhältnis zum jeweiligen Unfallversicherer wurden diese Beschränkungen oft auch als Entschuldigungsgrund angeführt, warum ärztliche Untersuchungen und Invaliditätsfeststellungen, die zum Nachweis einer unfallbedingten Invalidität binnen einer bestimmten vertraglich vorgesehenen Frist erforderlich sind, nicht fristgemäß vorlagen. Die Bereitschaft der Versicherer, die mit der Pandemie einhergehenden Beschränkungen als Entschuldigungsgrund zu akzeptieren, war auch im zweiten Jahr der Pandemie nicht sehr ausgeprägt. Das lag zum einen daran, dass die Beschwerdeführer nicht näher darlegten, inwieweit die Beschränkungen konkret eine rechtzeitige Reaktion verhindert hätten. Zum anderen sind nach der herrschenden Rechtsprechung der Gerichte sowohl die Entstehung einer Invalidität innerhalb einer bestimmten Frist nach dem Unfall als auch die fristgerechte ärztliche Feststellung objektive Anspruchsvoraussetzungen, sodass ein Versicherer bei einer Säumnis dieser Fristen leistungsfrei wird, ohne dass es insoweit auf ein Verschulden des Versicherten ankommt. Nur die Meldung der Invalidität beim Versicherer ist nach der Rechtsprechung eine Ausschlussfrist, deren Säumnis unter bestimmten Voraussetzungen entschuldbar sein kann.

Schließlich spielte in einigen Fällen auch der Einschluss von Infektionen in den Unfallbegriff im Zusammenhang mit COVID-19-Erkrankungen eine Rolle. Da aber in den Versicherungsbedingungen überwiegend bestimmte Infektionen genannt sind, für die Versicherungsschutz besteht, oder bestimmte Übertragungswege gefordert sind, die ein Versicherungsnehmer beweisen muss, konnte den Rechtsuchenden in solchen Fällen zumeist nicht geholfen werden.

Ungeachtet dessen war aber auch im Berichtsjahr erfreulicherweise wieder zu beobachten, dass die Versicherer bereit sind, Anregungen des Ombudsmanns zu prüfen und im Zweifel eine Einigung in diesem Verfahren einer gerichtlichen Überprüfung vorzuziehen. Dabei werden wohl auch wirtschaftliche Überlegungen angestellt. Daher überrascht es nicht, dass diese Bereitschaft bei niedrigeren Beschwerdewerten ausgeprägter ist.

■ **Berufsunfähigkeitsversicherung**

Zur Berufsunfähigkeitsversicherung erhielt der Ombudsmann im Berichtszeitraum 474 Beschwerden, davon waren 349 zulässig (Vorjahr: 389).

Die Berufsunfähigkeitsversicherung dient der Vorsorge für den Fall der Berufsunfähigkeit. Es handelt sich hierbei um eine Summenversicherung, das heißt, der Versicherer erbringt die vertraglich vereinbarte Versicherungsleistung, sofern die versicherte Person die Leistungsvoraussetzungen erfüllt, die in den Versicherungsbedingungen geregelt sind. Dies sind in der Regel die Zahlung einer monatlichen Berufsunfähigkeitsrente und die Befreiung des Versicherungsnehmers von der Beitragszahlungspflicht. Die Berufsunfähigkeitsversicherung stellt damit im Leistungsfall finanzielle Mittel in einer im Vertrag zuvor bestimmten Höhe bereit.

Die Versicherungsbedingungen sind nicht einheitlich, sondern werden von den Versicherern unterschiedlich gestaltet. Grundsätzlich wird darin darauf abgestellt, ob die versicherte Person aufgrund von Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall, der ärztlich nachzuweisen ist, eine bestimmte Zeit ihren zuletzt ausgeübten Beruf nicht mehr verrichten kann und auch in dieser Zeit keine andere Tätigkeit konkret ausgeübt hat, die ihrer bisherigen Lebensstellung entsprach. Es gibt ähnliche Absicherungsarten, wie die Erwerbsunfähigkeitsversicherung, die Arbeitsunfähigkeitsversicherung oder die Dienstunfähigkeitsversicherung. Auf die Unterscheidung ist jedoch zu achten, da die Unterschiede erheblich sein können.

Ein wesentlicher Anteil der Beschwerden im Berichtsjahr betraf – nicht anders als in den Vorjahren – die Fragen, ob der Versicherer überhaupt leistungspflichtig war, wann die Leistung einzusetzen hatte oder ob die Leistung beendet werden durfte. Nach wie vor spielten die Auslegung von vereinbarten Ausschlussklauseln, die Berufung auf Leistungsausschlussfristen bei verspäteten Leistungsanträgen, individuelle Vereinbarungen zur Leistungserbringung und die Höhe des tatsächlichen Grades der Berufsunfähigkeit, der in der Regel mindestens 50 Prozent betragen muss, eine Rolle. In einigen Beschwerdefällen ging es um das sogenannte Nachprüfungsverfahren. Mit dieser in den Versicherungsbedingungen geregelten Möglichkeit will der Versicherer klären, ob eine bislang vorhandene Berufsunfähigkeit noch vorliegt. Konkret ging es um die Einstellung von Berufsunfähigkeitsleistungen, nachdem die versicherte Person nach einer Erkrankung eine andere berufliche Tätigkeit aufgenommen hatte oder sich die Gesundheitsverhältnisse gebessert hatten. Zum Teil stritten sich die Beschwerdeparteien darüber, ob der Berufsunfähigkeitsgrad unter die 50-Prozent-Marke gesunken war. Bei mehreren Beschwerden fiel es den Versicherten schwer, medizinische Unterlagen beizubringen, um zu belegen, dass die konkrete Berufsausübung wegen psychischer Beschwerden im erforderlichen Ausmaß beeinträchtigt war. Viele Beschwerden warfen komplizierte medizinische Fragen auf, die sich im Ombudsmannverfahren nicht immer abschließend klären ließen. Anders als vor den staatlichen Gerichten können im vereinfachten Schlichtungsverfahren keine Gutachten eingeholt werden.



Ein wiederholt auftretendes Verständnisproblem bei Beschwerdeführern bestand darin, dass manche den Erhalt eines Rentenbescheides der Deutschen Rentenversicherung zugleich als maßgeblich und begründend für die Leistungspflicht des privaten Versicherers ansahen. Das ist jedoch nur der Fall, wenn der Versicherungsvertrag eine entsprechende Klausel enthält. Einige Beschwerdeführer verkennen zudem, dass allein mit dem Grad der Behinderung, den ein Versorgungsamt festgestellt hat, nicht der Grad der Berufsunfähigkeit nachgewiesen ist. Gleiches gilt für ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeitszeiten.

Beschwerdeführer, die zu gesunden Zeiten beruflich selbstständig tätig waren, konnten regelmäßig nicht verstehen, warum der Versicherer für seine Prüfungen betriebswirtschaftliche Unterlagen anforderte, da dies nicht immer deutlich genug aus den Versicherungsbedingungen hervorgeht. Der Versicherer ist jedoch berechtigt zu prüfen, ob dem Versicherten etwa eine Umorganisation seines Betriebes zuzumuten ist. Dazu müssen dem Versicherer die betrieblichen Verhältnisse in einer sachdienlichen Art und Weise bekannt sein.

Weiterhin große Bedeutung kam den Beschwerden zu, in denen der Versicherer sich vom Vertrag lösen wollte oder die Leistung ablehnte, weil der Beschwerdeführer eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt haben sollte. Dieser Vorwurf bezog sich in der Regel auf die im Versicherungsantrag abgefragten Gesundheitsverhältnisse. Falsche oder unvollständige Angaben zu den Gesundheitsfragen bei Antragstellung machen unter bestimmten Voraussetzungen das Zustandekommen des Versicherungsvertrags angreifbar. Als Folge ist dann auch der Versicherungsschutz in Gefahr. 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 und deren Gesundheitsfolgen. Viele Beschwerdeführer erwarten, dass sie im Rücktritts- oder Anfechtungsfall ihre eingezahlten Versicherungsbeiträge zurückerhalten. Ihnen ist die gesetzliche Regelung in § 39 Absatz 1 Satz 2 VVG nicht bekannt, wonach bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses durch Rücktritt aufgrund der Nichtanzeige von Gefahrumständen (§ 19 Absatz 2 VVG) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung dem Versicherer die Prämie bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zusteht.

Nachfolgend werden einige Problemstellungen geschildert, die nicht oft vorkommen, aber in der Bedeutung für die Versicherungsnehmer erheblich sein können. Schwierigkeiten ergeben sich häufig bei sogenannten „Umdeckungen“. Darunter fallen Abschlüsse von Verträgen, die mit der Beendigung eines Vorvertrages im Zusammenhang stehen. Entweder wird im Vorfeld des Neuabschlusses oder gleichzeitig der Vorvertrag gekündigt oder er wird beitragsfrei gestellt. Besteht hier ein für den Vermittler erkennbarer Zusammenhang, hat er den Versicherungsinteressenten rechtzeitig und mit hinreichender Deutlichkeit auf die Folgen, wie

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

zum Beispiel den unvorhersehbaren Ausgang einer erneuten Gesundheitsprüfung, sowie auf wesentliche Unterschiede im Vertragsumfang hinzuweisen, wenn er seiner Beratungspflicht gerecht werden will. Manche Beschwerdeführer haben behauptet, ihnen sei vom Vermittler versprochen worden, dass die Berufsunfähigkeitsversicherung nur durch eine andere, bessere „ersetzt“ werde. Ein neuer Vertragsabschluss sollte damit nicht verbunden sein. Die Beschwerdeführer hatten jedoch eine Kündigung des Vorvertrages unterschrieben und einen neuen Versicherungsvertrag bei einem anderen Versicherer abgeschlossen. Unabhängig von der Frage der Falschberatung muss auch für einen juristischen Laien auf der Hand liegen, dass bei einer Kündigung und dem Erscheinen eines neuen Versicherers der Vertrag und der Versicherer gewechselt werden. Letztlich zeigen solche Beschwerdefälle, dass Versicherungsinteressenten und Versicherungsnehmer die Unterlagen, die ihnen übermittelt werden, oft nicht gründlich genug lesen und sie dadurch Nachteile erleiden können. Des Weiteren traten Irritationen auf, wenn Beschwerdeführer keine Klarheit darüber haben, bei welcher konkreten Gesellschaft sie den Versicherungsantrag gestellt haben und welcher Gesellschaft sie gegenüber anzeigepflichtig gewesen sind. Dies betrifft insbesondere die Fälle, in denen der Versicherer einem Konzernverbund angehört.

Einige Beschwerden betrafen die Vertragsvermittlung. Mittlerweile werden viele Verträge über das Internet vermittelt. Teilweise ist den Versicherungsnehmern bei Problemen im Nachgang nicht klar, ob bei Antragstellung ein Versicherungsvertreter oder ein Versicherungsmakler mitgewirkt hat. Dies ist jedoch ein wichtiger Aspekt, denn der Vermittlerstatus kann sich auf die Beweis- und Rechtslage auswirken (Näheres hierzu unter 2.8 Vermittlerbeschwerden, Seite 67).

Beschwerden über den Beratungsvorgang oder die Gesundheitsbefragung und die dazugehörigen Antworten des Antragstellers sind im Ombudsmannverfahren nicht immer abschließend beurteilbar. Probleme bereiten insbesondere Fälle, in denen der Sachverhalt streitig ist. Zur Aufklärung beitragen können oft nur die daran beteiligten Personen. In einem Gerichtsverfahren würden sie als Zeugen oder Partei vernommen. Die beiden Verfahrensordnungen des Ombudsmanns (VomVO und VermVO) sehen diese Möglichkeit jedoch nicht vor. Der Ombudsmann kann nur den Urkundenbeweis erheben. Daher ist eine Entscheidung oder Empfehlung gegen den Versicherer nicht möglich, sofern relevante Tatsachenfragen nicht allein aufgrund der Aktenlage zweifelsfrei aufgeklärt werden können. Kommt in solchen Fällen hinzu, dass die Beschwerdebearbeitung so aufwendig wäre, dass sie den effektiven Betrieb der Schlichtungsstelle ernsthaft beeinträchtigen würde, muss der Ombudsmann, in Übereinstimmung mit dem VSBG, die Befassung mit der Beschwerde ablehnen. Gleichwohl gelangen im Berichtsjahr auch in diesen Fällen nicht selten einvernehmliche Streitbelegungen, denn Vergleiche kann der Ombudsmann dennoch anregen. Zudem ermöglichen es die Verfahrensordnungen, den Beschwerdeparteien ausführlich begründete Schlichtungsvorschläge zu unterbreiten.



■ Realkredit

Seit der entsprechenden Erweiterung seiner Zuständigkeit im Jahr 2013 befasst sich der Ombudsmann auch mit Beschwerden, die einen eigenen vertraglichen Anspruch aus einem Realkreditvertrag (§ 14 und § 16 Absatz 1 und 2 Pfandbriefgesetz) betreffen (vgl. Jahresbericht 2013, Seite 16). Bei diesen Beschwerden verlässt der Ombudsmann seinen versicherungsrechtlichen Schwerpunkt und nimmt eine kreditvertragliche Prüfung unter maßgeblicher Einbeziehung des Bankrechts vor.

Im Jahr 2021 gingen 11 (Vorjahr: 20) zulässige Beschwerden zu Realkrediten ein. Der Anteil am Gesamtaufkommen der zulässigen Beschwerden ist damit weiterhin sehr gering und beträgt nur noch 0,1 Prozent. Der höchste Stand war 2015 mit 196 zulässigen Beschwerden erreicht. Die Entwicklung ist im Wesentlichen darauf zurückzuführen, dass rechtliche Themenkomplexe, die in der Vergangenheit prägend waren, für die Verbraucher an Bedeutung verloren haben (vgl. Jahresbericht 2018, Seite 55).

Die im Berichtsjahr eingegangenen Beschwerden betrafen verschiedene Themen: Beschwerdeführer beanstandeten die vom Unternehmen erhobene Vorfälligkeitsentschädigung dem Grunde und der Höhe nach. Andere versuchten, sich vorzeitig durch Kündigung oder durch Ausübung eines vermeintlich fortbestehenden Widerrufsrechts vom geschlossenen Darlehensvertrag zu lösen. In den meisten Fällen war die Entscheidung des Versicherers nicht zu beanstanden, sodass sich der Ombudsmann auf die Erläuterung der Rechtslage beschränkte.

■ Sonstige Versicherungen

Der Sparte „Sonstige Versicherungen“ werden diejenigen Beschwerden zugeordnet, die nicht in die anderen Versicherungsbereiche fallen. Der Eingang der zulässigen Beschwerden ging im Jahr 2021 im Vergleich zum Vorjahr um ca. 20 Prozent zurück. Dies ist hauptsächlich auf die Einflüsse der COVID-19-Pandemie auf die Reiseversicherung zurückzuführen, die nachfolgend erläutert werden. Der Ombudsmann befasste sich mit 1.077 zulässigen Beschwerden (Vorjahr: 1.396). Das sind 7,6 (Vorjahr: 10,5) Prozent des Gesamteingangs an zulässigen Beschwerden.

Während in den letzten Jahren die Beschwerden zur Reiseversicherung stets deutlich mehr als die Hälfte der Beschwerden in der Sparte „Sonstiges“ ausmachten und im Jahr 2020 pandemiebedingt sogar auf einen Anteil von zwei Dritteln anstiegen (siehe Jahresbericht 2020, Seite 67 ff.), betrug ihr Anteil in diesem Jahr nur noch rund 40 Prozent. Die Abnahme der Beschwerden in der Reiseversicherung hängt sicherlich mit den pandemiebedingten Reisebeschränkungen zusammen und der Zurückhaltung der Menschen, Reisen zu buchen, insbesondere solche, deren Stornierungen Kosten zur Folge hätten. Zudem war erkennbar, dass sich die Reiseveranstalter und die Reiseversicherer mittlerweile besser auf die Pandemie-Situation eingestellt hatten. Wegen des hohen Beschwerdeeingangs 2020 und des im langjährigen Vergleich etwas niedrigeren Eingangs im Berichtsjahr ergibt

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

sich ein sogenannter Basiseffekt, sodass der erwähnte Rückgang von über 20 Prozent etwas zu relativieren ist.

Ebenfalls gingen die Beschwerden zu Elektronik- und Handyversicherungen weiter zurück und lagen zahlenmäßig erstmals hinter den Beschwerden zur Tierkrankenversicherung, deren Eingang sich im Berichtsjahr gegenüber dem Vorjahr verdreifachte. Hauptgrund hierfür war der Bearbeitungsrückstand eines Versicherers bei den Regulierungen, aber wohl auch die pandemiebedingte Tendenz, sich Haustiere anzuschaffen und zu versichern.

Daneben hatte sich der Ombudsmann in dieser Sparte mit einzelnen Problemen diverser Versicherungsprodukte, u. a. der Fotovoltaik-, Bauleistungs-, Fahrrad-, Mietkautions-, Wassersport-, Finanzschutz-, Selbstbehaltsausschluss-, Ausfallschutz-, Transport-, Brillen- oder Hörgeräteversicherung, zu befassen.

Viele Beschwerden, die im Berichtsjahr den Ombudsmann erreichten, betrafen noch Buchungen und Stornierungen aus den Jahren 2019 sowie 2020 und insbesondere die Frage, ob ein Anspruch auf Rückerstattung der Versicherungsbeiträge besteht, wenn die versicherte Reise vom Reiseveranstalter aufgrund der Pandemie abgesagt wurde (siehe Jahresbericht 2020, Seite 72). In der Reiserücktrittsversicherung ging es daneben ansonsten hauptsächlich um die Frage, ob ein versichertes Ereignis zum Reiserücktritt geführt hatte. Wie im Vorjahr galt es, den Beschwerdeführern zu erläutern, dass die Sorge, an COVID-19 zu erkranken, nicht mitversichert ist. Auch Reiseabsagen aufgrund von Quarantäneanordnungen sind in den herkömmlichen Reiseversicherungen nicht vom Versicherungsschutz umfasst. Es konnten allerdings Abhilfen erreicht werden, wenn die Reise aufgrund einer bestätigten Infektion mit dem Coronavirus abgesagt werden musste und die Versicherer aufgrund eines milden Verlaufs oder einer unterbliebenen ärztlichen Behandlung zunächst eingewandt hatten, dass eine „schwere“ Erkrankung nicht nachgewiesen sei.

Im Bereich der Elektronikversicherung sind im Berichtsjahr die Beschwerden zu erwähnen, bei denen es zu einer Leistungskürzung des Versicherers kam, weil der Gerätenutzer den Bruch- oder Feuchtigkeitsschaden, etwa entstanden beim Tragen im Rucksack mit einem undichten Flüssigkeitsbehältnis oder durch Ablegen im Badezimmer, grob fahrlässig herbeigeführt habe. Hier galt es zu prüfen, ob im Rahmen der Regulierung die konkreten Umstände des Einzelfalls berücksichtigt worden waren. Bei Unklarheiten wurden Rückfragen zum Schadenhergang gestellt. Es fiel auf, dass die Versicherer bei gewissen Fallgruppen, wie beispielsweise bei einem Schaden an dem elektronischen Gerät durch Auslaufen einer Flasche oder Dose in einer Tasche, stets eine grob fahrlässige Herbeiführung des Schadens annahmen und die Leistung um 50 Prozent kürzten.

Es ist zwar verständlich, dass ein Versicherer bei der Vielzahl der zu regulierenden Fälle zur Vereinfachung die Fallkonstellationen in bestimmte (Verschuldens-)Kategorien eingliedern möchte. Dabei sollte jedoch darauf geachtet werden, dass trotz der Typisierung die Einzelfälle hinreichend genau geprüft und ggf. differenziert



behandelt werden. Dies kann etwa durch eine Endkontrolle oder durch Bewertungsspielräume sichergestellt werden. Die genaue Vorgehensweise ist Sache des Versicherers. Jedenfalls führte der Eindruck einer pauschalen Prüfung, die nicht alle Aspekte berücksichtigt hatte, bei den Kunden zur Unzufriedenheit. In solchen Fällen galt es, den Versicherer hierauf aufmerksam zu machen und ihn noch einmal um Überprüfung seiner Regulierungsentscheidung und um Abgabe einer ergänzenden Stellungnahme zu bitten. Es konnten daraufhin Abhilfen und Vergleiche erzielt werden. Anderenfalls ließ sich den Beschwerdeführern im Rahmen der Entscheidung nachvollziehbar vermitteln, weshalb die Annahme eines Verschuldens, das den Versicherer zu einer Kürzung seiner Leistung berechtigt, nach Aktenlage nicht beanstandet werden konnte. Der Ombudsmann konnte feststellen, dass die Versicherer die Umstände des jeweiligen Einzelfalls erfreulicherweise zunehmend bereits im Rahmen ihrer ersten Stellungnahme berücksichtigten, sodass Nachfragen immer seltener erforderlich waren.

■ Vermittlerbeschwerden

Im Berichtsjahr erreichten den Ombudsmann insgesamt 677 (Vorjahr: 298) Beschwerden, die auf der Grundlage der VermVO zu prüfen waren. Diese erhebliche Steigerung des Beschwerdeaufkommens der Vermittlerbeschwerden, die seit Übernahme der Aufgabe im Jahr 2007 noch nicht vorgekommen war, beruht auf dem unter 2.3 beschriebenen Sondereffekt der konfliktbehafteten Umdeckungsaktion eines Assekuradeurs. Einher ging damit auch eine erhebliche Erhöhung des Anteils der Beschwerden, die das Stadium der Zulässigkeit erreicht haben. Waren im Vorjahr bei 36 Prozent die Zulässigkeitskriterien erfüllt, stieg der Wert im Jahr 2021 auf 81 Prozent.

Als unzulässig mussten Beschwerden gegen Vermittler überwiegend dann zurückgewiesen werden, wenn kein Zusammenhang mit der Vermittlung eines Versicherungsvertrages bestand. Ein weiterer größerer Anteil bei den unzulässigen Beschwerden betraf die fehlende Anspruchsanmeldung beim Vermittler. Dieser sollte zunächst über den Anspruch informiert werden und die Gelegenheit haben, diesen zu prüfen. Das VSBG sowie die VermVO lassen eine gleichzeitige Information des Vermittlers und die Anrufung des Ombudsmanns zu. Andere unzulässige Beschwerden betrafen die private Kranken- und Pflegeversicherung, für die ein eigener Ombudsmann zuständig ist, an den die Beschwerdeführer regelmäßig verwiesen wurden. Weitere Einzelheiten können dem Berichtsteil 4.4 (zur Verteilung der Unzulässigkeitsgründe) entnommen werden.

Für Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsvermittler gelten andere Verfahrensregeln als für die Verfahren gegen Versicherungsunternehmen (siehe auch unter 1.5 und 4.4). Das Vermittlerverfahren beruht auf der gesetzlichen Grundlage des § 214 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 VVG; danach kommen dem Ombudsmann jedoch nicht die gleichen Kompetenzen zu, wie sie ihm die Mitgliedsunternehmen in der Vereinssatzung für die Beschwerden gegen Unternehmen eingeräumt haben. Folglich arbeitet der Ombudsmann mit zwei verschiedenen Verfahrensordnungen: der Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns für Unternehmensbeschwerden (VomVO) und der Verfahrensordnung für Beschwerden im Zusam-

menhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen (VermVO). Welches Verfahren durchgeführt wird, richtet sich nach dem Anliegen des Beschwerdeführers und seinem Vortrag. 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 GewO, dessen Handeln dem Versicherer zuzurechnen ist, wird in aller Regel nur 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 dessen behaupteten anstößigen Verhaltens). Das Verfahren nach der VomVO hat Vorteile für die Beschwerdeführer, insbesondere weil der Ombudsmann bis zu einem Beschwerdewert von 10.000 Euro eine verbindliche Entscheidung gegen den Versicherer treffen kann. Außerdem kann er dem Versicherer vorgeben, ein bereits eingeleitetes 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 und Beschwerdeführer in verbraucherähnlicher Lage beschwerdebefugt, sondern alle Versicherungsnehmer. Auch eine Beschwerdewertobergrenze kennt das Vermittlerverfahren nicht.

In Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsvermittler fordert der Ombudsmann von betroffenen Vermittlern eine Stellungnahme an. Die Vermittler sind nach der VersVermV, die am 20. Dezember 2018 in Kraft getreten ist, zur Teilnahme am Schlichtungsverfahren verpflichtet (§ 17 Absatz 4 der VersVermV). Mit dieser Regelung wird auf gesetzlicher Grundlage das Prinzip des VSBG durchbrochen, dass für Unternehmer die Teilnahme an einem Schlichtungsverfahren freiwillig ist (vgl. § 15 Absatz 2 VSBG). Nun ist jeder Gewerbetreibende im Sinne der VersVermV nach der staatlichen Rechtsordnung zur Teilnahme verpflichtet, „wenn der Versicherungsnehmer zur außergerichtlichen Beilegung einer Streitigkeit zwischen ihm und dem Gewerbetreibenden die Schlichtungsstelle nach § 214 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes anruft“. Bereits vor Inkrafttreten der Regelung hatte sich allerdings in der Praxis gezeigt, dass die Vermittler überwiegend an einer Konfliktlösung durch den Ombudsmann interessiert sind. Es sind nur Einzelfälle, in denen der Ombudsmann einen Vermittler wiederholt auf seine Pflicht zur Teilnahme am Schlichtungsverfahren hinweisen muss. In der Anforderung der Stellungnahme zur Beschwerde werden die Vermittler regelmäßig auf die Regelung aufmerksam gemacht.

Einen inhaltlichen Schwerpunkt der Vermittlerbeschwerden bildeten, wie auch in den Jahren zuvor und wohl nicht überraschend, Beanstandungen der Beratung sowie der Vermittlung nicht benötigter Versicherungsverträge oder von nicht passendem Versicherungsschutz. Die Beschwerdeführer verfolgten überwiegend das Ziel, sich von den betreffenden Verträgen wieder zu lösen. Die Rückabwicklung kann jedoch nur gegenüber dem Vertragspartner durchgesetzt werden. Das ist der Versicherer, nicht der Vermittler. Gegen diesen kann jedoch bei einer Falschberatung ein Schadenersatzanspruch bestehen. Eine geringere Anzahl von



Beschwerden war auf den Ausgleich eines geltend gemachten Schadens gerichtet. Im Vermittlerverfahren bezieht sich der Vorwurf der Falschberatung verhältnismäßig oft auf eine Lebens- oder Kfz-Versicherung. Weitere Beschwerden betrafen wie ebenfalls in den Vorjahren ungenügende Informationen; auch ging es den Beschwerdeführern um Fragen des Datenschutzes und um die Herausgabe von überlassenen Unterlagen.

Überdies gingen Beschwerden gegen Versicherungsmakler ein, die nach der Rechtsprechung und Literatur im Lager des Versicherungsnehmers stehen, dessen Interessen wahrnehmen und deren Interessenwahrer und Sachwalter sind (BT-Drucks. 16/1935, Seite 22 f). Lässt sich ein Versicherungsinteressent von einem Versicherungsmakler beraten, darf er davon ausgehen, dass dieser seine Empfehlung auf eine ausreichende Produktkenntnis stützt. Im Ergebnis soll die Empfehlung zu einem Vertrag führen, der den Interessen des Versicherungsnehmers am ehesten entspricht. Noch entscheidender sind aber die Beratung und Bedarfsermittlung, die nach der Rechtsprechung des BGH zur Hauptleistungspflicht des Maklers gehören. Er hat für individuell angemessenen Versicherungsschutz zu sorgen und muss dazu von sich aus das zu versichernde Risiko ermitteln. Da Versicherungsmakler vom Kunden unter anderem deswegen eingeschaltet werden, weil sie sich auf ihre eigene Risikobeurteilung nicht verlassen möchten, darf sich der Versicherungsmakler nicht allein damit begnügen, zur Deckung des ihm aus dem konkreten Anlass erkennbar werdenden Risikos ein Produkt vorzuschlagen. Er muss darüber hinaus aufgrund seiner Expertenstellung die Risikosituation gründlich untersuchen und dabei insbesondere erkennen, in welchen Punkten eine individuelle Ausrichtung des Versicherungsschutzes erforderlich ist, ggf. nach vorheriger Absprache mit dem Versicherungsinteressenten.

Problematisch wird es, wenn Vermittler den gesetzlich vorgesehenen Aufgaben des von ihm gewählten Vermittlertyps (Vertreter oder Makler) nicht gerecht werden. Im Berichtsjahr wurde dies deutlich anhand der vielen Beschwerden als Folge der an anderer Stelle beschriebenen konfliktbehafteten Umdeckungsaktion eines Assekuradeurs. Insoweit kann auf die Ausführungen unter 2.3 und 2.4 sowie über die Gebäudeversicherung verwiesen werden.

Für das Verständnis der Verbraucher war es oft hilfreich, wenn ihnen der Unterschied in der rechtlichen Stellung von Maklern (§ 59 Absatz 3 VVG) und Versicherungsvertretern (§ 59 Absatz 2 VVG) erläutert wurde. Zwar muss allen Versicherungsinteressenten die Erstinformation des Vermittlers nach § 15 Absatz 1 VersVermV ausgehändigt werden; jedoch geht damit nicht unbedingt das Verständnis über die rechtliche Stellung des Beratenden und die sich daraus ergebenden Folgen einher.

Die Informations- und Beratungspflichten gelten auch für Betreiber von Websites. Der Anwendungsbereich wurde auf den Internetvertrieb, Internetportale und sogenannte Vergleichsportale ausgeweitet. Da die Begriffsdefinitionen für Versicherungsvertreter und Makler nicht ohne Weiteres den Betreiber einer Website betreffen, wurde in § 59 Absatz 1 VVG eine Regelung eingefügt, wonach

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Versicherungsvermittler auch derjenige ist, der eine Vertriebstätigkeit i.S.v. § 1a Absatz 2 VVG ausführt, ohne dass die Voraussetzungen von § 59 Absatz 2 oder 3 VVG vorliegen. Für den Betreiber einer Website gelten damit alle Regelungen des VVG, denen Versicherungsvermittler unterliegen, insbesondere auch die Beratungs- und Dokumentationspflichten nach § 61 VVG. Zunehmend erreichen den Ombudsmann auch Beschwerden, die sich auf eine Vermittlung über Internet-Vergleichsportale beziehen.

Seit der Einführung der gesetzlichen Dokumentationspflicht stellt der Ombudsmann fest, dass dieser Aufgabe, jedenfalls in den Beschwerdefällen, nicht ausreichend Rechnung getragen wird. Das änderte sich auch im Berichtsjahr nicht. Insbesondere zeigte sich wiederholt, dass die entsprechenden Formblätter oft schematisch ausgefüllt wurden, also ohne auf die konkrete Lage des Antragstellers einzugehen und den maßgeblichen Vermittlungsvorgang festzuhalten. Damit ist die Beratungsleistung nicht nachvollziehbar und die Dokumentation erfüllt nicht ihren Zweck.



2.9 Beschwerdefälle

Nachfolgend wird von einzelnen Beschwerdeverfahren berichtet, die der Ombudsmann im Jahr 2021 zum Abschluss gebracht hat. Anhand der dargestellten Verfahrens- und Entscheidungspraxis des Ombudsmanns soll ein Einblick in die Beschwerdebearbeitung ermöglicht werden.

Die nachstehenden 24 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

Kinderwagen oder Fahrradanhänger, Fortsetzung von 2016

Der Buggy des Beschwerdeführers wurde aus dem Treppenhaus seines Mehrfamilienhauses gestohlen. Ob in das Haus eingebrochen worden war, blieb unklar, sodass ein Einbruchdiebstahl nicht belegt war. Allerdings war nach den Hausratversicherungsbedingungen zusätzlich der einfache Diebstahl von Kinderwagen versichert. Den Buggy konnte man, je nach verwendetem Aufbau, sowohl als Kinderwagen als auch als Fahrradanhänger und sogar zum Skilanglauf nutzen, wenn man die Räder durch Skier ersetzte. Im Entwendungszeitpunkt war er als Kinderwagen hergerichtet.

Der Versicherer lehnte eine Regulierung ab, weil es sich bei dem Buggy nicht um einen Kinderwagen, sondern um einen Fahrradanhänger handele. Der Hersteller bewerbe ihn als Multisport- und Fahrradanhänger. Ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer würde den Buggy als Fahrradanhänger und nicht als Kinderwagen bezeichnen. Der Beschwerdeführer erklärte, den Buggy bisher ausschließlich als Kinderwagen genutzt zu haben, weil sein Kind mit unter einem Jahr noch zu klein für einen Transport im Fahrradanhänger gewesen sei.

Der Ombudsmann erläuterte dem Versicherer, dass ein durchschnittlicher verständiger Versicherungsnehmer den Buggy aus seiner Sicht so bezeichnen würde, wie er ihn zum Entwendungszeitpunkt genutzt habe. Wäre er zum Schlitten umgebaut und würde beispielsweise auf einem Skilanglauf-Ausflug entwendet, würde ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer kaum angeben, ihm sei sein Fahrradanhänger gestohlen worden. Da der Buggy zur Zeit des Diebstahls als Kinderwagen genutzt worden war und zudem Zweifel bei der Auslegung von Allgemeinen Geschäftsbedingungen laut BGB zu Lasten des Verwenders gehen, regte er beim Versicherer eine Abhilfe an.

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Der Versicherer zeigte sich von dieser Rechtsauffassung nicht überzeugt. Gleichwohl entschloss er sich, der Beschwerde abzuhelpfen.

Dass auf die tatsächliche Nutzung im Entwendungszeitpunkt abgestellt werden muss, hatte der Ombudsmann bereits in einem ähnlichen Fall aus dem Jahr 2016 entschieden. Dort allerdings mit dem umgekehrten Ergebnis, da die damalige Beschwerdeführerin den Buggy zum Zeitpunkt des Diebstahls als Fahrradanhänger und nicht als Kinderwagen verwendet hatte (siehe Jahresbericht 2016, Seite 66 f.).

Gebäudeversicherung

Nicht isolierte Leitungen im Kniestock

In dem versicherten Mehrfamilienhaus war eine zur Dachgeschosswohnung gehörende Gasheizung einschließlich Warmwasserspeicher im unbeheizten Dachboden verbaut. Die im Kniestockbereich des Dachbodens verlaufenden Kaltwasserleitungen zum Warmwasserspeicher waren nur dünn isoliert. Sie froren infolgedessen bei sehr niedrigen Außentemperaturen ein und platzten auf. Nach Einschätzung des vom Versicherer beauftragten Sachverständigen hätte der Schaden nur durch eine externe Rohrheizung oder einen Frostwächter vermieden werden können. Der Versicherer berief sich auf eine Verletzung von Sicherheitsvorschriften und nahm eine Leistungskürzung um 70 Prozent vor.

Der Ombudsmann bat den Versicherer, seine Entscheidung zu überprüfen. Zwar würde dem Versicherungsnehmer in den Versicherungsbedingungen die Obliegenheit auferlegt, alle versicherten Gebäude und Gebäudeteile zu beheizen und diese genügend häufig zu kontrollieren oder dort alle wasserführenden Anlagen und Einrichtungen abzusperren, zu entleeren und entleert zu halten. Vorliegend sei der Schaden aber im Dachboden eingetreten, also in einem Gebäudeteil, in dem üblicherweise keine Heizung verbaut werde, die der Beschwerdeführer hätte betätigen können. Richtigerweise hätten die Rohre ausreichend isoliert werden müssen. Dass dies nicht der Fall gewesen sei, hänge möglicherweise damit zusammen, dass das Gebäude im Jahr 1922 erbaut wurde und die Verlegung der Rohre im Kniestock ohne eine Isolierung damals nicht unüblich gewesen sei. Anhaltspunkte dafür, dass dem Beschwerdeführer die Lage der Leitungen bekannt war und er mit deren Einfrieren rechnen musste, lagen nicht vor, sodass aus Sicht des Versicherungsombudsmanns Zweifel bestanden, ob dem Beschwerdeführer zum Vorwurf gemacht werden könne, er habe den Dachboden nicht beheizt und regelmäßig kontrolliert.

In Betracht kam daher allenfalls eine Verletzung der Instandhaltungsobliegenheit, die von dem Versicherungsnehmer verlangt, die versicherten Sachen, insbesondere wasserführende Anlagen und Einrichtungen, Dächer und außen angebrachte Sachen stets in ordnungsgemäßem Zustand zu erhalten und Mängel oder Schäden unverzüglich beseitigen zu lassen. Denn objektiv betrachtet war das Heizungsrohr aufgrund der fehlenden Isolierung in dem nicht gedämmten Dachboden in keinem ordnungsgemäßen Zustand. Voraussetzung für eine Leistungskürzung wäre dann jedoch, dass der Versicherungsnehmer die Obliegenheit grob fahrlässig verletzt



hätte. Nach der gängigen Definition der Rechtsprechung handelt grob fahrlässig, wer die im Verkehr erforderliche Sorgfalt in besonders schwerem Maße verletzt oder, anders formuliert, wer einfachste Überlegungen nicht anstellt und keine Maßnahmen ergriffen hat, die jedem einleuchten mussten. Gemessen an diesem Maßstab bestanden nach Ansicht des Ombudsmanns erhebliche Bedenken, ob dem Beschwerdeführer eine grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung vorgeworfen werden konnte. Etwas anderes würde dann gelten, wenn in der Vergangenheit ein ähnlicher Schadenfall schon einmal aufgetreten wäre oder die für die Wartung zuständige Heizungsfirma dem Beschwerdeführer empfohlen hätte, Isolierungsmaßnahmen vorzunehmen. Darüber war jedoch nichts bekannt.

Auch wenn sich der Versicherer von dieser Auffassung nicht überzeugt zeigte, erklärte er sich dazu bereit, auf eine Kürzung ganz zu verzichten.

Lebensversicherung

Die wankelmütige und verschwiegene Schwägerin

Die Ehefrau des Beschwerdeführers war Versicherungsnehmerin und versicherte Person einer kapitalbildenden Lebensversicherung in Form einer sogenannten Termfixversicherung. Hierbei ist die eigentliche Versicherungsleistung erst nach Ablauf der Vertragslaufzeit zu erbringen, auch wenn die versicherte Person bereits während der Vertragslaufzeit verstirbt. Allerdings übernimmt der Versicherer in diesem Fall die Beitragszahlung während der restlichen Vertragslaufzeit. Für den Todesfall verfügte die Ehefrau des Beschwerdeführers ein Bezugsrecht zugunsten ihrer Schwester, der Schwägerin des Beschwerdeführers.

Nach dem Tod der Versicherungsnehmerin während der Vertragslaufzeit sagte die Bezugsberechtigte ihrem Schwager zu, dass die einige Jahre später fällig werdende Versicherungsleistung ihm zugutekommen solle. Das teilte die bezugsberechtigte Schwägerin dem Versicherer in einem Schreiben entsprechend mit. Zudem bat sie den Versicherer, die Änderung in einem Nachtrag zu bestätigen und diesen ihrem Schwager zuzusenden. Das unterblieb jedoch. Als er sich nach Ablauf der Versicherung mit einer Kopie des Schreibens seiner Schwägerin an den Versicherer wandte, lehnte dieser die Auszahlung der Versicherungsleistung an ihn ab. Darüber beschwerte er sich beim Ombudsmann.

Im Ombudsmannverfahren stellte sich heraus, dass der Beschwerdeführer nicht über den Fortgang der Angelegenheit informiert war. Zwar bestätigte der Versicherer, das Schreiben der Schwägerin bezüglich der Bezugsrechtsänderung erhalten zu haben. Er war jedoch der Meinung, dass die für den Todesfall begünstigte Schwester – insbesondere nach Eintritt des Versicherungsfalles – nicht berechtigt gewesen sei, das Bezugsrecht auf ihren Schwager zu übertragen. Deshalb erstellte er nicht den gewünschten Nachtrag. Stattdessen teilte er der Schwägerin damals mit, dass er wunschgemäß eine Zahlungsanweisung zur Auszahlung der Versicherungsleistung an den Witwer vermerkt habe. Nach Auskunft des Versicherers im Ombudsmannverfahren habe die Schwägerin später, noch vor Ablauf der Versicherung, ihre Meinung geändert und eine neue Zahlungsanweisung erteilt.

Die Prüfung des Ombudsmanns ergab, dass das Verhalten des Versicherers nicht zu beanstanden war. Dem Versicherer war darin zuzustimmen, dass das Schreiben der Schwägerin nicht als Änderung des Bezugsrechts gewertet und ein entsprechender Nachtrag ausgestellt werden konnte. Das zunächst widerruflich eingeräumte Todesfallbezugsrecht zugunsten der Schwägerin war mit dem Tod der Ehefrau, die Versicherungsnehmerin und versicherte Person dieser Termfixversicherung war, zum Vollrecht erstarkt. Nach dem Eintritt des Versicherungsfalls hätte die Zahlung an den Beschwerdeführer nur mit der Wertung des Schreibens als Zahlungsanweisung erreicht werden können. Dazu war es aber nicht gekommen, weil die Bezugsberechtigte diese geändert hatte.

Rechtsschutzversicherung

Fragen über Fragen

Die Beschwerdeführerin war in Sorge um den Erhalt ihres Arbeitsplatzes. Es bestand bereits Kurzarbeit und es sei schon zu Entlassungen gekommen. Um einer Kündigung vorzubeugen, wollte sie den Arbeitgeber anschreiben. Zur Vorbereitung verlangte sie Einsicht in ihre Personalakte. Daher machte sie gegen ihren Arbeitgeber einen Auskunftsanspruch nach § 15 DSGVO geltend. Die dafür gesetzte Frist verstrich jedoch fruchtlos. Daraufhin beantragte sie bei ihrem Rechtsschutzversicherer eine Deckungszusage, welche dieser ablehnte. Seiner Meinung nach fehlte es am Rechtsschutzfall. Beim Anliegen der Beschwerdeführerin stellte er auf den Bestand des Arbeitsverhältnisses ab und bat um Mitteilung, warum die Beschwerdeführerin eine Auskunft über die zu ihrer Person gespeicherten Daten und die Personalakte benötige.

Im Ombudsmannverfahren vertrat der Versicherer die Auffassung, über eine Eintrittspflicht nicht abschließend entscheiden zu können, weil ihm der Sachverhalt nicht vollständig bekannt sei. Deshalb stellte er eine Vielzahl von weiteren Fragen, die sich vor allem auf die Beweggründe der Beschwerdeführerin bezogen, die Ansprüche geltend zu machen. So fragte er unter anderem erneut danach, wofür die Auskünfte konkret benötigt würden und warum sie die Personalakte einsehen möchte, welches Fehlverhalten dem Arbeitgeber zur Last gelegt werde und welcher Schaden der Beschwerdeführerin durch das Verhalten des Arbeitgebers entstanden sei. Auch forderte der Versicherer den Arbeitsvertrag und Betriebsvereinbarungen an.

Der Ombudsmann hatte Zweifel, ob die vielen weiteren Fragen erforderlich waren, um über die konkrete Deckungsanfrage entscheiden zu können, und wandte sich an die Beschwerdegegnerin. Er erläuterte, ein Rechtsschutzversicherer könne zwar umfassende Auskünfte verlangen und auch Unterlagen anfordern, diese müssten jedoch für den Grund oder den Umfang der Versicherungsleistung bedeutsam sein (Hinweis auf die Kommentierung von Harbauer, Rechtsschutzversicherung, 9. Auflage, § 17 ARB 2010 Rdnr. 39).

Das Anliegen der Beschwerdeführerin bestehe in der Einsicht in die Personalakte, dem habe der Arbeitgeber nicht entsprochen. Anspruchsgrundlage sei



§ 15 DSGVO. Die für die Deckungsanfrage erforderlichen Auskünfte habe die Beschwerdeführerin erteilt. Damit bestünde eine hinreichende Entscheidungsgrundlage für den Versicherer. Es sei nicht ersichtlich, dass die Fragen und die angeforderten Unterlagen für den Grund oder den Umfang der geltend gemachten Ansprüche Bedeutung haben könnten. Durch die Fragen zu den Beweggründen für den Auskunftsanspruch würden nur neue Probleme aufgeworfen werden, die mit dem eigentlichen Rechtsschutzfall nichts zu tun haben.

Die Beschwerdegegnerin erteilte daraufhin die gewünschte Deckungszusage.

Hausratversicherung

Kanu als Sportgerät?

Das in einer Werft gelagerte wertvolle Kanu der Beschwerdeführerin wurde bei einem Brand zerstört. Zwar gehört ein Kanu eindeutig zu den Hausratgegenständen, der Schaden entstand jedoch nicht am Versicherungsort. Allerdings waren Sportgeräte wiederum aufgrund einer Zusatzvereinbarung auch außerhalb der Wohnung versichert. Sportgeräte waren dabei definiert als „Hausratsachen, die der Ausübung eines Sports dienen“.

Die Beschwerdegegnerin war der Auffassung, dass den vorliegenden Fotos des Kanus eindeutig zu entnehmen sei, dass es sich dabei nicht um ein Sportgerät handele. Darauf deute auch die Herstellerbezeichnung „Family“ hin. Die Beschwerdeführerin trug vor, dass sie das Kanu u. a. für längere Touren und mehrtägige Wasserwanderungen genutzt habe, bei denen sie auch im Kanu geschlafen habe. Sie betätige sich mit dem Kanu körperlich, folglich diene es ihrer (Kanu-)Sportausübung.

Der Ombudsmann stellte nach seiner vorläufigen Prüfung fest, dass der Regelungsbereich der Klausel nicht eindeutig sei. Der für das Verständnis heranzuziehende durchschnittliche Versicherungsnehmer könnte entweder für eine Einordnung als Sport voraussetzen, dass man sich mit anderen im Rahmen eines Wettkampfes misst bzw. dafür trainiert. Das war hier nicht so. Er könnte aber auch stattdessen unter Sport verstehen, sich regelmäßig zum Zweck der körperlichen Ertüchtigung zu bewegen, wie es beispielsweise auch beim Wandern, Joggen, Yoga oder eben Kanufahren der Fall ist. In diesem Fall wäre die von der Beschwerdeführerin genannte Nutzung ihres Kanus als Sportausübung anzusehen. Schließlich wurde es mit Muskelkraft bewegt.

Aufgrund der verschiedenen Auslegungsmöglichkeiten und der Regelung des BGB, wonach Unklarheiten bei Allgemeinen Geschäftsbedingungen, zu denen auch Versicherungsbedingungen gehören, im Zweifel zu Lasten des Verwenders gehen, regte der Ombudsmann einen Vergleichsschluss an. Darauf konnten sich die Beteiligten verständigen, sie einigten sich auf eine Entschädigungsleistung von 6.500 Euro.

Sonstige – hier: Tierkrankenversicherung

Wie genau muss ein Ausschluss formuliert sein?

Die Beschwerdeführerin wollte erreichen, dass der Tierkrankenversicherer die Behandlungs- und Operationskosten ihres Hundes übernimmt. Ein Tumor war vom Augewinkel aus in die Augenhöhle gewachsen. Der Versicherer berief sich auf den bei Vertragsschluss aufgrund einer Vorerkrankung des Hundes, einer Augapfelschrumpfung, vereinbarten Leistungsausschluss für „Behandlungen des linken Auges“. Inzwischen war der Augapfel so weit geschrumpft, dass er nicht mehr vorhanden war.

Der Ombudsmann teilte dem Versicherer mit, es sei zwar verständlich, dass er aufgrund der Vorerkrankung Behandlungen am Auge und eventuell damit im Zusammenhang stehende Folgeerkrankungen ab Vertragsschluss habe ausschließen wollen. Zweifelhaft sei jedoch, ob der vereinbarte Ausschluss von „Behandlungen des linken Auges“ auch die hier erfolgte Beseitigung des Tumors umfasse, der sich in der Augenhöhle ausgebreitet hatte.

Neben dem Augapfel und dem Sehnerv würden zwar auch die Augenlider zum Organ Auge gehören, nicht aber die Orbita, in der sich das Auge mit seinen Bestandteilen befindet. Es sei fraglich, ob für einen durchschnittlichen Versicherungsnehmer der Ausschluss auch den „Bereich um das Auge“ betreffe. Ausschlüsse seien regelmäßig eng auszulegen. Die Beschwerdeführerin hatte zudem mitgeteilt, dass dieser Bereich vereinbarungsgemäß nicht vom Versicherungsschutz ausgenommen werden sollte.

Der Versicherer entschied sich nach nochmaliger Prüfung, die Operations- und Behandlungskosten des Tumors zu übernehmen.

Kfz-Kaskoversicherung

Auch auf dem Fahrradträger sind Fahrräder keine Fahrzeugbestandteile

Der Beschwerdeführer wollte erreichen, dass ihm der Versicherer anlässlich eines Wildunfalls auch für seine zwei beschädigten Fahrräder, welche er fest auf dem Fahrradträger des Fahrzeugs angebracht hatte, eine Entschädigung zahlt. Dies hatte dieser abgelehnt. Der Ombudsmann konnte diese Entscheidung nicht beanstanden.

Auch wenn die Fahrräder fest auf dem Fahrradträger angebracht waren, handelt es sich bei ihnen nicht um Bestandteile des Fahrzeugs. Bestandteile sind vielmehr Teile einer natürlichen Sacheinheit oder einer zusammengesetzten Sache, soweit sie durch die Verbindung ihre Selbstständigkeit verloren haben und im Allgemeinen das rechtliche Schicksal der Sache teilen. Da dies für Fahrräder nicht zutrifft, wurde dem Beschwerdeführer erläutert, weshalb die Entscheidung des Versicherers den vertraglichen Vereinbarungen entsprach.



Unfallversicherung

Heilsames Ballspielen mit Fingerverletzung?

Die Beschwerdeführerin hatte sich beim Ballspielen verletzt. Sie bekam den Ball auf den rechten kleinen Finger, der daraufhin umknickte, wodurch sie sich einen Kapselriss zuzog. Der Versicherer erkannte darin keinen versicherten Unfall und begründete dies damit, dass sich der Unfall im Rahmen einer Reha-Maßnahme zugetragen hatte. Für Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen bestehe vereinbarungsgemäß kein Versicherungsschutz.

Dieser Entscheidung konnte der Ombudsmann sich nicht anschließen. Die maßgebliche Klausel schloss Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen sowie durch Eingriffe, unabhängig von ihrem Zweck, am Körper der versicherten Person aus. Vorliegend war schon fraglich, ob das Ballspielen als „Heilmaßnahme“ oder „Eingriff“ im Sinne der Bedingungen zu verstehen war. Das Ergebnis entsprach aber auch nicht dem erkennbaren Zweck des Ausschlussstatbestandes, mit erhöhten Risiken behaftete Heilmaßnahmen vom Versicherungsschutz auszunehmen. Ballspielen führe nicht deswegen zu einer höheren Risikolage, so der Ombudsmann, weil es im Rahmen eines Reha-Aufenthalts ausgeübt werde. Eine Verletzung beim Ballspielen außerhalb der Reha-Maßnahme wäre unstrittig versichert gewesen. Nach diesen Ausführungen half der Versicherer der Beschwerde ab.

Gebäudeversicherung

Die Tücken der Versicherungsbedingungen

Im Haus der Beschwerdeführerin war ein Rohrbruchschaden eingetreten, der dem Grund und der Höhe nach unstrittig war. Die Beschwerdeführerin reichte eine Reparurrechnung ein. Durch einen internen Bearbeitungsfehler schrieb ihr der Versicherer, der komplette Schadensbetrag werde übernommen. Sie bat den Versicherer, die Rechnung der Reparaturfirma direkt zu begleichen. Kurz darauf bekam sie eine Mahnung von der Firma, weil 800 Euro zu wenig bezahlt wurden. Auf Nachfrage erhielt sie die Auskunft, der Versicherer habe die Übernahmebestätigung einseitig zurückgenommen, weil eine Selbstbeteiligung von 800 Euro vereinbart sei. Diesen Betrag habe er bei der Überweisung abgezogen. Die Beschwerdeführerin war damit jedoch nicht einverstanden und berief sich auf die Bestätigung des Versicherers, wonach der vollständige Rechnungsbetrag gezahlt werde. Einstweilen hatte die Beschwerdeführerin gegenüber der Reparaturfirma die fehlenden 800 Euro beglichen und forderte nun Zahlung an sich.

Nachdem der Ombudsmann die Vertragsunterlagen eingesehen hatte, bat er den Versicherer, seine Entscheidung zu überprüfen. Er führte aus, dass im Versicherungsvertrag zwar ein Selbstbehalt vereinbart sei. Dieser gelte jedoch nur für die Leitungswasserversicherung. In den Versicherungsbedingungen, so der Ombudsmann weiter, würden Schäden durch Leitungswasser und Rohrbruch in eigenen Vorschriften behandelt. Die Leistungsversprechen seien an unterschiedliche Voraussetzungen geknüpft, für die es wiederum unterschiedliche Entschädigungsregelungen für die jeweiligen Versicherungsfälle gebe. Es bestünde demnach keine einheitliche Leitungswasserversicherung, sondern ein versicherter Gefahrenbereich

für Leitungswasser- und ein weiterer für Rohrbruchschäden. Die Selbstbeteiligung sei aber ausschließlich für die Leitungswasserversicherung vereinbart. Aufgrund dieses Hinweises überwies der Versicherer die in Abzug gebrachte Selbstbeteiligung an die Beschwerdeführerin.

Privathaftpflichtversicherung

Pech beim Glücksspiel

Die Beschwerdeführerin wurde von ihrer Mutter gebeten, einen Lottoschein auszufüllen und aufzugeben. Das sagte sie zu, vergaß aber die Ausführung. Die Mutter spielte immer mit denselben Zahlen, die in der Zusatzlotterie Spiel 77 dann tatsächlich gezogen wurden. Der Gewinn hätte 77.777 Euro betragen. Die Mutter machte daraufhin Ersatzansprüche geltend, was die Beschwerdeführerin ihrem Privathaftpflichtversicherer meldete. Dieser lehnte den Versicherungsschutz ab, übernahm also auch nicht die Anspruchsabwehr. Der Ombudsmann bestätigte in seiner Entscheidung die Auffassung des Versicherers. Da die Antwort an den Rechtsanwalt der Beschwerdeführerin gerichtet war, fiel sie entsprechend juristisch aus:

„Nach den Bedingungen, die dem Vertrag der Beschwerdeführerin zugrunde liegen, sind Ansprüche, die auf die Erfüllung eines Vertrags gerichtet sind, nicht versichert. Das Gleiche gilt für vertragliche oder gesetzliche Ansprüche auf Ersatzleistungen, die an die Stelle der Vertragserfüllung treten. Als Beispiele werden Minderung und Ausfall der Nutzung des Vertragsgegenstands genannt.

Durch die Annahme des Auftrags verpflichtete sich die Beschwerdeführerin, den Lottoschein fristgerecht auszufüllen und abzugeben. Dieser vertraglichen Verpflichtung kam sie nicht nach. Die Mutter macht einen Schadenersatzanspruch statt der Leistung wegen Nichterfüllung geltend (§ 281 BGB), denn sie verlangt so gestellt zu werden, wie sie stehen würde, wenn der Auftrag ordnungsgemäß ausgeführt worden wäre. Sie schreiben zwar, dass kein Erfüllungsersatzanspruch geltend gemacht würde, sondern ein schlichter Schadenersatzanspruch. Dem kann ich mich nicht anschließen. Die Forderung ist auch für den juristischen Laien erkennbar daran orientiert, was durch die vereinbarte Leistung hätte erreicht werden sollen. Ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer versteht, dass in der oben beschriebenen Klausel die Begriffe Minderung und Ausfall der Nutzung nur Beispiele sind und der Wortlaut ‚gesetzliche Ansprüche auf Ersatzleistung, die an die Stelle der Vertragserfüllung treten‘ einen Ersatzanspruch wie hier erfasst (vgl. auch Späte/Schimikowski, AHB-Kommentar, 2. Auflage, 1 AHB, Rdn. 499 ff.). Daran ändert auch der Umstand nichts, dass dem Begriff ‚Ersatzanspruch‘ in dieser Klausel kein ‚Schaden‘ vorangestellt ist.

Vor diesem Hintergrund sehe ich keine Möglichkeit, den Versicherer zu einer Leistung anzuhalten.“



Lebensversicherung

Verschleppter Vertragsschluss

Die Beschwerdeführerin hatte auf das Leben ihres Ehemannes eine Sterbegeldversicherung abgeschlossen. Diese sah in der Anfangszeit eine gestaffelte Leistung vor. Nach dem Tod des Ehemannes zahlte der Versicherer 25 Prozent der Versicherungssumme statt der erwarteten 50 Prozent aus. Die Leistungshöhe begründete er damit, dass der Versicherungsfall noch im ersten Versicherungsjahr eingetreten sei. Das ergebe sich aus dem verschobenen Vertragsbeginn um drei Monate. Der Versicherer habe gegenüber dem ursprünglich gestellten Antrag ein neues Vertragsangebot unterbreitet, das die Beschwerdeführerin angenommen habe. Mit der Beschwerde wollte die Witwe die Zahlung weiterer 25 Prozent der Versicherungssumme erreichen, wie es für das zweite Versicherungsjahr vereinbart war. Zur Begründung trug sie vor, der Versicherer bzw. der Vermittler hätten den Vertragsschluss zum ursprünglich beantragten Versicherungsbeginn verzögert. Diese hätten von ihr bei Antragstellung vorgelegte Schriftstücke nicht vollständig weitergeleitet und sie nicht zeitnah über noch nachzureichende Unterlagen informiert.

Während die Beschwerdeführerin den Ablauf der Ereignisse detailliert schilderte, blieben die Ausführungen des Vermittlers vage. Die Beschwerdeführerin trug vor, sich im Vorfeld des Beratungstermins, in dem die Versicherung beantragt wurde, genau erkundigt zu haben, welche Unterlagen notwendig seien. Ihr fast erwachsener Sohn habe ihr beim Zusammenstellen der Dokumente geholfen und deren Vollständigkeit mit ihr gemeinsam vor dem Termin geprüft. Unter anderem habe sie die Personalausweise von sich und ihrem Ehemann, die Heiratsurkunde und die Urkunde über die Namensänderung ihres Mannes mitgebracht. Im Personalausweis des Ehemannes stand zwar noch der Geburtsname, aber allein aus der Heiratsurkunde ging eindeutig hervor, dass er bei der Eheschließung den Nachnamen der Beschwerdeführerin als Familiennamen angenommen hatte.

Der Vermittler konnte sich nicht mehr genau erinnern. Er bestritt aber nicht, dass ihm die Heiratsurkunde vorgelegt worden war. Der weitere Verlauf – mit welchen Schreiben die Beschwerdeführerin oder der Vermittler auf fehlende, genau bezeichnete Unterlagen hingewiesen worden seien – blieb unklar. Nach den im Ombudsmannverfahren vorliegenden Informationen sprach jedoch einiges dafür, dass das verzögerte Zustandekommen der Sterbegeldversicherung nicht auf dem Verhalten der Beschwerdeführerin beruhte. Letztlich half der Versicherer der Beschwerde zur Freude der Beschwerdeführerin ab.

Sonstige – hier: Reiserücktrittsversicherung

Unwirksam vs. unverträglich

Der Beschwerdeführer konnte eine Schiffsreise nicht antreten, weil die ärztlicherseits empfohlene Impfung gegen das Coronavirus aufgrund seiner Vorerkrankung nicht anschlug. Er bildete keine Antikörper. Die Ärzte rieten ihm daraufhin dringend von der Reise ab, da aufgrund seines geschwächten Immunsystems eine Infektion lebensgefährlich sein könne.

Versicherungsschutz besteht im Rahmen der Reiserücktrittsversicherung im Falle einer „Impfunverträglichkeit“. Zu einer solchen kam es nicht, denn der Körper des Beschwerdeführers reagierte auf die Impfung nicht empfindlich, sondern überhaupt nicht.

Der Ombudsmann bat den Versicherer aufgrund der besonderen Konstellation darum, seine Entscheidung noch einmal zu überprüfen, denn für den Betroffenen hatte die fehlende Wirkung ebenfalls die Unzumutbarkeit der Teilnahme an der Reise zur Folge. Es war als zufällig anzusehen, dass die impfende Stelle ihm mit Rücksicht auf seine gesundheitliche Verfassung von der Impfung nicht abgeraten hatte, was einer Impfunverträglichkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen gleichgestellt wird.

Der Versicherer blieb bei seiner Auffassung, dass die Unwirksamkeit einer Impfung nicht als Unverträglichkeit einer Impfung ausgelegt werden könne, denn das Risiko, das sich verwirklicht habe, sei ein anderes. Er bot jedoch an, sich zu einem Drittel an den Kosten des Versicherungsnehmers zu beteiligen. Hiermit erklärte sich der Beschwerdeführer einverstanden.

Unfallversicherung

Frist oder nicht Frist, das ist hier die Frage

Der Beschwerdeführer wandte sich mit der Bitte an den Ombudsmann, den Einwand seines Unfallversicherers wegen Fristversäumnisses zu überprüfen. Der Versicherer hatte zunächst ordnungsgemäß auf die Einhaltung der 15-monatigen Invaliditätsentstehungs-, Feststellungs- und Meldefrist hingewiesen. Dennoch meldete sich der Versicherungsnehmer nach dem Fristablauf und teilte mit, aufgrund der anstehenden Materialentfernung nach der unfallbedingt erforderlich gewordenen Operation könne erst jetzt eine Einschätzung der Invalidität getroffen werden. Daraufhin schickte der Versicherer den Vordruck einer ärztlichen Invaliditätsbescheinigung an den Versicherungsnehmer und bat um zügige Rückgabe. Nachdem ihm diese irrtümliche Übersendung des Vordrucks aufgefallen war, lehnte der Versicherer eine Befassung mit Invaliditätsansprüchen wegen Fristablaufs ab.

Der Ombudsmann wies den Versicherer auf sein möglicherweise widersprüchliches Verhalten hin. Entsprechend dem Gedanken von Treu und Glauben sei es deshalb fraglich, ob er sich im Nachhinein auf den Ablauf der Invaliditätsfristen berufen könne. Der Sachverhalt ähnele einem gerichtlich entschiedenen Fall, in dem ein Versicherer trotz Fristablaufs einen Sachverständigen mit der Prüfung des Ursachenzusammenhangs beauftragt habe.



Die Parteien nahmen die Bewertung des Ombudsmanns zum Anlass, sich zu einigen. Mit der Zahlung des Versicherers war das Beschwerdeverfahren beendet.

Sonstige – hier: Reiseabbruchversicherung

Ärztliche Bescheinigung auf Hindi?

Der Beschwerdeführer musste seine Motorradreise mit einer Gruppe durch Indien aufgrund eines viralen Magen-Darm-Infektes, einhergehend mit einem Kreislaufkollaps und Muskelkrämpfen, bereits am zweiten Tag abbrechen. Der Reiseverlauf sah längere Etappen über diverse Gebirgspässe vor.

Der Versicherer lehnte eine Leistung aus der Reiseabbruchversicherung ab, weil das ärztliche Attest, das der Beschwerdeführer zum Nachweis seiner zum Reiseabbruch führenden Erkrankung eingereicht hatte, nicht von einem in Indien zugelassenen und praktizierenden Arzt stammte.

Der Ombudsmann bat den Versicherer, seine Entscheidung noch einmal zu prüfen, denn ein versicherter Reiseabbruchgrund war seiner Ansicht nach belegt. Die Versicherungsbedingungen forderten lediglich die Vorlage einer „ärztlichen Bescheinigung“. Der Beschwerdeführer hatte dem Versicherer ein Attest eines die Gruppe begleitenden deutschen Arztes für Innere Medizin vorgelegt. Zweifel am Inhalt der Bescheinigung bestanden nicht. Auch der Reiseleiter bestätigte, dass es am zweiten Reisetag während der Mittagshitze im Stau beim Beschwerdeführer zu einem Herz-Kreislauf-Kollaps gekommen war. Da ein Arzt die Reisegruppe begleitete, sahen die Beteiligten keine Notwendigkeit, einen indischen Arzt vor Ort in der Provinz aufzusuchen, zumal dies wiederum zu Verzögerungen für die Gruppe geführt hätte. Dass der Beschwerdeführer in Deutschland keinen Arzt mehr aufsuchte, war nachvollziehbar, weil die körperliche Belastungssituation dort nicht mehr bestand und bereits einige Tage seit dem Zusammenbruch vergangen waren.

Daraufhin half der Versicherer der Beschwerde ab.

Hausratversicherung

Exklusiv ist nicht Premium

Im Jahr 2017 schloss die Beschwerdeführerin einen Hausratversicherungsvertrag mit dem damals umfangreichsten Versicherungsschutz, den die Beschwerdegegnerin anbot („Exklusiv“), ab. Ab 2018 offerierte die Beschwerdegegnerin einen Tarif mit noch besseren Leistungen („Premium“), ohne die Beschwerdeführerin darüber zu informieren. Im Rahmen einer Vertragsanpassung 2019 behauptete der Versicherer gegenüber seiner Kundin stattdessen: „Ihr Privatschutzprogramm bietet Ihnen immer den bestmöglichen Versicherungsschutz. Damit dies auch weiterhin gilt, passen wir Ihren Vertrag an die geänderten Rahmenbedingungen an.“

Bei einem Aufenthalt in Südafrika im Jahr 2021 wurde in den Mietwagen der Beschwerdeführerin eingebrochen. Als die Beschwerdeführerin ihrem Hausratversicherer den Schaden in Höhe von ca. 800 Euro meldete, forderte dieser sie dazu

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

auf, Belege über die entwendeten Sachen beizubringen. Nachdem die Beschwerdeführerin dies mit einigem Aufwand zeitnah getan hatte, wurde eine Regulierung des Schadens abgelehnt, weil der Diebstahl aus Kraftfahrzeugen nach der vereinbarten Zusatzklausel nur in Deutschland versichert war. Im Premium-Tarif wäre der Schaden jedoch versichert gewesen.

Die Beschwerdeführerin beschwerte sich darüber, dass ihr Versicherer sie nicht über den neuen Premium-Tarif informiert, sondern stattdessen fälschlicherweise mitgeteilt hatte, dass sie den bestmöglichen Versicherungsschutz besessen habe. Außerdem forderte sie Schadenersatz für die von ihr unnötig aufgewendete Zeit für das Zusammenstellen der Belege, obwohl der Schaden bedingungsgemäß offensichtlich nicht versichert gewesen war.

Ob die Beschwerdeführerin bei der Schadenmeldung mitgeteilt hatte, dass der Einbruch im Ausland erfolgt war, blieb zwischen den Beteiligten streitig und konnte nicht aufgeklärt werden. Der Ombudsmann wies den Versicherer aber darauf hin, dass ggf. eine Nachfrage bei der Schadenaufnahme wünschenswert gewesen wäre und aus Kundensicht auch erwartet werden könne, wenn Tarife mit entsprechenden Ausschlüssen bestehen. Des Weiteren erläuterte er, dass die Beschwerdegegnerin ihre Kundin zwar nicht auf den neu angebotenen Tarif hätte hinweisen müssen, aber ihre Aussage hinsichtlich des bestmöglichen Versicherungsschutzes nachweislich falsch war. Insofern regte er ein Entgegenkommen an.

Der Versicherer lehnte eine Kulanzzahlung zunächst ab, weil die Kundenverbindung nicht schadenfrei gewesen war. Nach einer telefonischen Kontaktaufnahme durch den Ombudsmann unterbreitete er aber letztlich doch einen Vergleichsvorschlag in Höhe von 250 Euro, den die Beschwerdeführerin annahm.

Privathaftpflichtversicherung

Ein Schlüsselerlebnis

Der Beschwerdeführer verlor den Schlüssel zu seiner Mietwohnung und der Hauseingangstür und wollte erreichen, dass der Privathaftpflichtversicherer die Kosten eines Austausches der Schließanlage übernimmt. Der Versicherer lehnte dies zunächst ab. Im Beschwerdeverfahren prüfte der Ombudsmann die Unterlagen aus der Sicht eines durchschnittlichen Versicherungsnehmers, wie es bei dem Verständnis von Versicherungsbedingungen der anzulegende Maßstab ist, und schrieb Folgendes an den Versicherer:

„Der Vertrag des Beschwerdeführers umfasst den Basis-Tarif. Unter der Überschrift ‚Abhandenkommen von fremden, privaten Schlüsseln‘ regelt eine Klausel: ‚Eingeschlossen ist – in Ergänzung von § ... AHB und abweichend von § ... AHB – die gesetzliche Haftpflicht aus dem Abhandenkommen von fremden, privaten Schlüsseln/Codekarten (auch General-Hauptschlüssel/Codekarte für eine zentrale Schließanlage), die sich rechtmäßig im Gewahrsam des Versicherten befunden haben.‘



Nach Ihrem Verständnis umfasst diese Klausel nicht den vom Beschwerdeführer verlorenen Schlüssel zu seiner Mietwohnung. Hierfür bestünde nur aus der Basis-Plus-Deckung Versicherungsschutz, die aber nicht gewählt worden sei. In der Basis-Plus-Deckung ist auch die gesetzliche Haftpflicht aus dem Abhandenkommen eigener, privater Schlüssel zu fremden Schlössern eingeschlossen.

Meines Erachtens kann ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer nicht erkennen, dass mit der Formulierung ‚fremder, privater Schlüssel im Gewahrsam des Versicherungsnehmers‘ nicht der Schlüssel zur Mietwohnung erfasst sein soll. Auch dieser rechtmäßig überlassene Schlüssel steht im Eigentum des Vermieters, ist also fremd. Selbst der Vergleich mit der Deckungserweiterung aus dem Tarif Basis-Plus macht Ihre Unterscheidung nicht hinreichend deutlich, denn der Begriff ‚eigener Schlüssel‘ erfasst nicht zwingend den bloßen Eigenbesitz. Im Produktvergleich Basis-Plus und Basis wird als Beispiel für einen eigenen, privaten Schlüssel zu fremden Schlössern auf die Wohnungseigentümergeinschaft abgestellt. Ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer wird sich dadurch bestärkt sehen, dass der Schlüssel zur Mietwohnung ein ‚fremder‘ Schlüssel ist.“

Daraufhin half der Versicherer der Beschwerde ab.

Gebäudeversicherung

Ein besonderer Dachschaden

Bei einem Sturmereignis wurde das Dach eines landwirtschaftlichen Nebengebäudes der Beschwerdeführerin beschädigt. Der Sturm hatte an der Giebelseite des betroffenen Daches vier Ziegel am Ortgang aus der Eindeckung gerissen. Dabei handelte es sich um den Dachrand an der Giebelseite eines Hauses. Der vom Versicherer mit der Prüfung des Schadens beauftragte externe Schadenregulierer ermittelte fiktiv schadenbedingte Reparaturkosten von 773,50 Euro. Auf der Grundlage dieser Kalkulation rechnete der Versicherer den Schaden ab. Die Beschwerdeführerin widersprach der Abrechnung und trug vor, dass es für die zu Schaden gekommenen Ortgangziegel keine passenden Ersatzziegel mehr gebe, sodass das Dach mit dem vom Versicherer zur Verfügung gestellten Betrag nicht fachgerecht instandgesetzt werden könne. Es wären nicht nur die vier zu Schaden gekommenen Ziegel zu erneuern, sondern umfangreichere Reparaturmaßnahmen notwendig. Sie legte eine Bestätigung eines Dachdeckers vor, wonach die vorhandenen Dachziegel seit 1999 nicht mehr produziert würden und Restbestände seit vielen Jahren vergriffen seien. Der Versicherer bedauerte, dass es die entsprechenden Ziegel nicht mehr gebe, lehnte eine Kostenübernahme für die Mehrarbeiten aber ab. Sanierungen, die im Zuge eines Versicherungsfalls durchgeführt werden, seien vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Gegen diese Regulierungsentscheidung äußerte der Ombudsmann Bedenken. Er erläuterte dem Versicherer, dass der Zweck eines Wohngebäudeversicherungsvertrages darin bestehe, das versicherte Gebäude nach einem Versicherungsfall auf Kosten des Versicherers wieder so herzustellen, wie es vorher bestand. Bedingungsgemäß schulde der Versicherer bei zerstörten oder beschädigten Teilen die ortsüblichen Wiederherstellungskosten oder die notwendigen Reparaturkosten

bei Eintritt des Versicherungsfalls. Dementsprechend sei abzugrenzen, ob ein Total- oder ein Teilschaden vorliege. Es sei zu prüfen, ob eine Reparatur technisch durchführbar, also Reparaturfähigkeit gegeben sei. Ist eine Reparatur technisch nicht möglich, so liege ein technischer und wirtschaftlicher Totalschaden vor, wenn die Sache in ihrer Funktion oder in ihrem Aussehen derart beeinträchtigt sei, dass ihr weiterer Gebrauch durch den Versicherungsnehmer nicht möglich oder nicht zumutbar sei. So verhalte es sich im vorliegenden Fall, da die Ortgangziegel zur Wiederherstellung des ursprünglichen Zustandes nicht mehr erhältlich seien. Es liege an dem Versicherer, den Nachweis zu führen, dass eine Reparatur, so wie von dem von ihm beauftragten Schadenregulierer vorgeschlagen, durchgeführt werden könne und das Dach danach in seiner Funktion technisch wiederhergestellt sei.

Der Versicherer nahm daraufhin eine Nachregulierung vor.

Rechtsschutzversicherung

Der Name allein genügt nicht

Der Beschwerdeführer wurde von einem Inkassounternehmen auf Zahlung einer abgetretenen sechsstelligen Forderung in Anspruch genommen, da er für den Erben der ursprünglichen Schuldnerin gehalten wurde. Als Nachweis dafür legte die Gegenseite eine briefliche Auskunft des Nachlassgerichts vor, wonach der Beschwerdeführer als Erbe in Betracht komme, eine Anschrift jedoch nicht bekannt sei. Der Beschwerdeführer wies die Forderung zurück, da er nicht Erbe der Erblasserin und nicht mit ihr verwandt sei, sie nicht einmal gekannt habe.

Für die Abwehr der Ansprüche wünschte der Beschwerdeführer Versicherungsschutz. Dies lehnte der Versicherer ab und berief sich auf zwei in den ARB enthaltene Risikoausschlüsse. Danach besteht kein Versicherungsschutz für Streitigkeiten aus Verbindlichkeiten, die nach Eintritt des Rechtsschutzfalls auf den Versicherungsnehmer übergegangen sind (§ 3 Absatz 4c ARB), bzw. aus einer Haftung für Verbindlichkeiten anderer Personen (§ 3 Absatz 4d ARB).

Bei dieser Argumentation hatte der Versicherer jedoch unberücksichtigt gelassen, dass die Voraussetzungen eines Risikoausschlusses grundsätzlich objektiv vorliegen müssen. Das hat der Versicherer substantiiert darzulegen und notfalls zu beweisen.

Der Beschwerdeführer sah sich zu Unrecht als (vermeintlicher) Erbe in Anspruch genommen, bestritt also die Berechtigung der Inanspruchnahme. Die Richtigkeit des Gegenteils und damit das Vorliegen der Voraussetzungen des Risikoausschlusses hatte der Versicherer nicht dargelegt. Das Schreiben des Nachlassgerichts, wonach eine vornamens- und nachnamensgleiche Person als Erbe „in Betracht“ komme, deren Anschrift nicht bekannt sei, war ohne weitere Identifizierungsmerkmale nicht geeignet, eine Erbenstellung des Beschwerdeführers auch nur nahezulegen. Sowohl der Vor- als auch der Nachname des Beschwerdeführers sind sehr häufig vorkommende Namen.



Damit war bereits die Erbenstellung des Beschwerdeführers vom Versicherer nicht substantiiert dargelegt. Deshalb kam es auf die weiteren Voraussetzungen der Ausschlussklauseln nicht mehr an.

Der Versicherer ließ sich nicht von seiner Auffassung abbringen, weshalb der Ombudsmann von der Möglichkeit des § 11 Absatz 1 Satz 1 VomVO Gebrauch machte und den Versicherer zum Kostenschutz verpflichtete.

Kfz-Versicherung

Unverständliche 5,92 Euro und die Folgen

Der Versicherer hatte über ein Jahr nach Vertragsbeendigung die Einstufung der Schadenfreiheitsklasse berichtet und den sich daraus ergebenden Mehrbeitrag von insgesamt 5,92 Euro vom Versicherungsnehmer erhoben. Dieser konnte die Forderungshöhe nicht nachvollziehen, denn der Versicherer hatte nur einen Nachtrag erstellt und keine Rechnung beigefügt. Daraus ging nicht hervor, dass, ab wann und in welcher Höhe der Versicherer eine Beitragsnachforderung geltend machte. Deshalb rief der Versicherungsnehmer die Lastschriften zurück. Daraufhin beauftragte der Versicherer sogleich ein Inkassounternehmen mit der Beitragseinziehung, wodurch weitere Kosten entstanden.

Der Beschwerdeführer war damit nicht einverstanden und wandte sich an den Ombudsmann. Dessen Prüfung führte zu Bedenken an der Berechtigung der zusätzlichen Kosten. Da der Vertrag beendet war, konnte es sich bei dem Betrag von 5,92 Euro nicht um die Prämie handeln, für die die Fälligkeit kalendermäßig feststand bzw. für die in den Versicherungsbedingungen eine konkrete Regelung zur Fälligkeit bestand. Deshalb hätte eine Mahnung der Abgabe an das Inkassounternehmen vorausgehen müssen. Das war jedoch unstrittig nicht der Fall. Es war auch nicht festzustellen, dass der Beschwerdeführer endgültig und ernsthaft die Erfüllung im Sinne des § 286 Absatz 2 Nr. 3 BGB verweigert hatte. Allein aus dem Rückruf der Lastschriften ließ sich das nicht schließen, da der Versicherer Anspruchsgrund und Höhe der Beitragsnachforderung nicht erläutert hatte. Somit war kein Verzug eingetreten, weshalb die Inkassokosten nicht als Verzugskosten erstattungsfähig waren.

Nachdem der Ombudsmann diesen Befund dem Versicherer mitgeteilt hatte, erklärte sich dieser dazu bereit, die Kosten, die aufgrund der Abgabe an das Inkassounternehmen entstanden waren, zu erstatten. Der Beschwerdeführer verstand nach Erläuterung des Ombudsmanns, dass die Beitragsforderung an sich berechtigt war, und akzeptierte sie. Dass er mit der Beschwerdebearbeitung zufrieden war, äußerte er wie folgt:

„(...) vielen Dank für Ihren Anruf heute, ich habe mich sehr gefreut. Allmählich dachte ich, mein Anliegen ist es nicht wert, einer ‚Versicherungsgesellschaft auf die Finger zu klopfen‘. (...) Ich danke Ihnen nochmals herzlich für Ihren Einsatz.“

Gebäudeversicherung

Umwerfender Schnee

Der Beschwerdeführer ist Eigentümer eines im Schwarzwald stehenden Gebäudes. Nach starken Schneefällen lag auf einem auf dem Versicherungsgrundstück stehenden Baum so viel Schnee, dass dieser unter der Last umfiel und die Dachfläche auf der Rückseite des Gebäudes beschädigte. Der Schaden belief sich auf ca. 6.500 Euro. Im Rahmen der bestehenden Wohngebäudeversicherung bestand Versicherungsschutz für Schäden durch Schneedruck. Schneedruck war in den Bedingungen definiert als die Wirkung des Gewichts von Schnee- oder Eismassen.

Der Versicherer lehnte eine Entschädigung mit der Begründung ab, dass der Versicherungsfall „Schneedruck“ einen Schaden an der versicherten Sache durch die Wirkung des Gewichtes von Schnee- oder Eismassen erfordere. Diese Voraussetzung liege jedoch nicht vor. Es sei lediglich ein Schaden an dem Baum durch den Schnee entstanden. Erst dadurch sei das Gebäude beschädigt worden.

Der Ombudsmann wies den Versicherer darauf hin, die Bedingungen erforderten nicht, dass sich die Wirkung des Gewichtes von Schnee- oder Eismassen ausschließlich auf das versicherte Gebäude beziehen müsse. Auch nach der Begriffsdefinition für Schneedruck müsse sich dieser nicht am Versicherungsort selbst verwirklichen. Vielmehr müsse der Schaden an der versicherten Sache lediglich adäquat kausal durch Schneedruck entstanden sein. Deshalb liege ein versicherter Schaden auch dann vor, wenn infolge Schneedrucks ein Baum umstürzt oder Äste abbrechen, auf das versicherte Gebäude fallen und dort Schäden anrichten.

Der Versicherer erkannte den Schaden daraufhin als versichert an und trat in die Schadenregulierung ein.

Hausratversicherung

Verschulden bei Demenz

Unbekannte Täter brachen in das Auto des Beschwerdeführers ein und entwendeten neben weiteren Hausratgegenständen u. a. einen Wohnungsschlüssel. Diesen hatte die demenzkranke Ehefrau des Beschwerdeführers im Wagen verloren, ohne ihrem Mann davon zu berichten. Aus dem im Fahrzeug befindlichen Garantiebuch konnten die Täter die Adresse des Beschwerdeführers entnehmen, was sie ausnutzten, um in die Wohnung einzudringen und dort weitere Sachen zu entwenden.

Der Diebstahl von Hausrat aus Kraftfahrzeugen war nicht vom Versicherungsschutz des Vertrags umfasst. Eine Entwendung von Hausrat aus der Wohnung war bedingungsgemäß versichert, wenn der Diebstahl des dafür benutzten Wohnungsschlüssels weder vom Versicherungsnehmer noch dem Gewahrsamsinhaber durch fahrlässiges Verhalten ermöglicht worden war. Der Versicherer stellte sich auf den Standpunkt, der Beschwerdeführer habe nicht bewiesen, dass der Schlüsseldiebstahl nicht fahrlässig begünstigt worden sei, und lehnte eine Regu-



lierung ab. Der Beschwerdeführer erwiderte, dass er nicht wisse, wie er dafür einen Nachweis erbringen könne. Er fühle sich von seinem Versicherer im Stich gelassen.

Der Ombudsmann wies den Versicherer darauf hin, dass nach dem bislang unbestrittenen Vortrag des Beschwerdeführers keine Fahrlässigkeit vorliegen dürfte, weil weder der Beschwerdeführer noch seine an Demenz erkrankte Ehefrau die im Verkehr erforderliche Sorgfalt (bewusst) außer Acht gelassen haben dürften. Im Übrigen regte er an, bei etwaigen Zweifeln an der Schilderung seines Kunden Einsicht in die amtliche Ermittlungsakte zu nehmen.

Der Versicherer entschloss sich nach nochmaliger Prüfung der Angelegenheit trotz fortbestehender Bedenken, den Schadenfall anzuerkennen. Er teilte mit, er habe sich bereits mit dem Beschwerdeführer auf eine Zahlung von 8.000 Euro geeinigt.

Kfz-Kaskoversicherung

Neu oder „wie neu“

Der Versicherer hatte bei seiner Schadenabrechnung einen Abzug „neu für alt“ vorgenommen, weil er davon ausging, dass es sich bei dem eingebauten Teil um ein Neuteil handelte. Er konnte jedoch keine Unterlagen vorlegen, die dies belegten. Nach Aktenlage war vielmehr davon auszugehen, dass es sich um ein gebrauchtes Fahrzeugteil handelte. Nach der Sachverständigenbewertung handelte es sich bei dem Austauschteil um ein industriell komplett aufgearbeitetes Gebrauchtteil, das allerdings dem Zustand eines neuen Fahrzeugteils entsprach.

Der Ombudsmann befand, dass allenfalls von einem „neuwertigen Teil“ und nicht einem „Neuteil“ ausgegangen werden könne, und regte eine Abhilfe an. Das wurde dem Versicherer folgendermaßen begründet:

„Der von Ihnen vorgenommene Abzug ‚neu für alt‘ kann dem Wortlaut der Klausel nach jedoch nur dann vorgenommen werden, wenn es zu einem Austausch alter gegen neue Teile kommt. Dass unter dem Begriff ‚neue Teile‘ auch ‚neuwertige Teile‘ verstanden werden sollen, wurde dort nicht klargestellt. Nach dem allgemeinen Verständnis des Wortsinnes ist unter ‚neu‘ ein jüngerer Grad des Alters zu verstehen. So wird beispielsweise im Duden im Bedeutungszusammenhang des Wortes ‚neu‘ aufgeführt, dass die Sache erst vor Kurzem hergestellt oder noch nicht gebraucht wurde. Ein wie hier aufgearbeitetes Gebrauchtteil dürfte daher – auch wenn es dem Stand eines neuen Teils entspricht und damit als neuwertig angesehen werden kann – nicht vom Anwendungsbereich der Klausel erfasst sein, weil es sich nicht um ein ‚neues Teil‘ handelt. Hinzukommt, dass ich den Ausführungen des Sachverständigen entnommen habe, dass das Austauschteil immer preiswerter als ein Neuteil ist. Auch unter diesem Aspekt scheint hier der Abzug ‚neu für alt‘ nicht gerechtfertigt.“

Der Versicherer half daraufhin der Beschwerde ab.

Rechtsschutzversicherung

Reden kann Gold sein

Der Beschwerdeführer zog aus seiner Mietwohnung aus, für die ein Mietrechtsschutzvertrag bestand. In diesem Zusammenhang kündigte er den Vertrag wegen Wagniswegfalls. Der Versicherer wies die Kündigung mehrfach als unwirksam zurück und bot eine Vertragsumstellung auf das neu bewohnte Objekt an. Das wiederum lehnte der Beschwerdeführer ab.

Die dem Vertrag zugrundeliegenden Versicherungsbedingungen (§ 12 Absatz 3 ARB) sahen einen nahtlosen Übergang des Versicherungsschutzes auf das Nachfolgeobjekt vor. Dies ist in der Regel sinnvoll, da in den meisten Fällen Versicherungsnehmer in Objekte gleicher Art nur an einem anderen Ort ziehen und sich der Bedarf des Versicherungsschutzes nicht ändert, sondern nur verlagert. Eine Abweichung von dem üblichen Gang der Dinge war dem Versicherer zunächst nicht bekannt.

Im Ombudsmannverfahren trug der Beschwerdeführer ergänzend auf die weiterhin ablehnende Stellungnahme des Versicherers vor, dass die aktuelle Wohnung seiner Tochter und deren Mann gehöre. Diese hätten ihm und seiner Frau das lebenslange Wohnrecht ohne Kündigungsmöglichkeit eingeräumt sowie sämtliche Verwaltungs- und Gestaltungsrechte übertragen. Dadurch sei der Mietrechtsschutz für sie ohne Sinn, der Versicherungsfall könne nicht mehr eintreten, weshalb dem Versicherer gemäß § 2 Ziffer 2 VVG keine Prämie zustehe.

Aufgrund der neuen Sachlage hob der Versicherer den Vertrag auf.

Gebäudeversicherung

Schwamm oder nicht Schwamm

Im Haus der Beschwerdeführerin war eine Abwasserleitung in der Wand des Badezimmers längere Zeit undicht. Das Wasser tropfte auf einen tragenden Holzbalken, der sich mit der Zeit zersetzte. Ein Außenregulierer des Versicherers besichtigte den Schaden vor Ort, lehnte aber die Kostenübernahme für den Austausch des Balkens ab. Nach seiner Einschätzung war Ursache ein holzerstörender Pilz (sogenannter Hausschwamm), weshalb dieser Teil des Schadens nicht unter den Versicherungsschutz falle. Auch vermerkte er in seinem Bericht, er habe umfangreiche verfaulte Balken vorgefunden. Dem widersprach die Beschwerdeführerin. Sie trug vor, nur der tragende Balken in der Decke direkt unter dem Wasserschaden und nur diese Stelle sei verfault gewesen.

Die vertraglich vereinbarten Versicherungsbedingungen enthielten den in der Leitungswasserversicherung üblichen Ausschluss, wonach Schäden durch Schwamm, ohne Rücksicht auf mitwirkende Ursachen, nicht mitversichert sind. Da es sich um einen Ausschlusstatbestand handelt, durch den der bestehende Versicherungsschutz eingeschränkt wird, ist der Versicherer für die den Ausschluss begründenden Tatsachen beweispflichtig. Das heißt, er muss den Nachweis führen, dass der Balken mit Schwamm befallen war.



Proben des betroffenen Balkens hatte der Mitarbeiter nicht entnommen. Folglich war keine chemische Analyse vorgenommen worden. Die Entscheidung des Versicherers beruhte einzig auf der Sachkunde des eigenen Mitarbeiters. Der Ombudsmann wies den Versicherer darauf hin, dass dies nicht ausreichte, um einen Befall mit holzerstörendem Pilz und damit die Voraussetzungen des Ausschlusstatbestands zu beweisen. Der Versicherer wurde gebeten, seine Entscheidung zu überprüfen und, falls er nicht abhelfe, Unterlagen nachzureichen, die den Schwammbefall bestätigen. Daraufhin erstattete der Versicherer die Reparaturkosten für die Erneuerung des Balkens.

3 Einzelheiten zur Schlichtungsstelle

3.1 Allgemeines

Zum 1. Oktober 2001 nahm die Schlichtungsstelle die Beschwerdebearbeitung auf. Organisatorisch angesiedelt ist sie von Beginn an im Trägerverein Versicherungsombudsmann e.V. Als juristische Person weist der Verein eine eigene Rechtsfähigkeit auf. Damit verfügt die Schlichtungsstelle über eine eigenständige Organisation und ist institutionell unabhängig.

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

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

Nach der Vereinssatzung (siehe 5.3) können der GDV und dessen Mitgliedsunternehmen in den Verein aufgenommen werden. Zum 31. Dezember 2021 hatte der Verein 291 (Vorjahr: 296) Mitglieder. Grund für die Beendigung der Mitgliedschaft waren die Verschmelzung auf ein anderes Mitglied, die Einstellung des Geschäftsbetriebs oder der Austritt des Vereinigten Königreichs aus der Europäischen Union.

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 dieses 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 Einbeziehung der verschiedenen institutionellen Vertreter, nicht zuletzt von Verbraucherorganisationen, im Beirat bis heute nicht selbstverständlich ist. Dies wird daher als herausragendes Kennzeichen dieser Schlichtungsstelle der Versicherungswirtschaft gesehen.



Ombudsmann im Berichtsjahr war Dr. h. c. Wilhelm Schluckebier. Er hat das Amt seit dem 1. April 2019 inne und war zuvor Richter im Ersten Senat des Bundesverfassungsgerichts. Nach Professor Wolfgang Römer und Professor Dr. Günter Hirsch ist Dr. Wilhelm Schluckebier der dritte Ombudsmann für Versicherungen. Seine Amtszeit dauert satzungsgemäß bis zum 31. März 2024. Eine einmalige Wiederwahl ist möglich.

Die Tätigkeit des Vereins Versicherungsombudsmann 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, dabei gehen sie durch die Einlegung der Beschwerde weder eine Verpflichtung noch ein Kostenrisiko ein.

Weitere Aufgaben wurden der Schlichtungsstelle auf gesetzlicher Grundlage zugewiesen. Seit dem Jahr 2005 ist der Versicherungsombudsmann zuständig für die Schlichtung von Verbraucherstreitigkeiten aus Versicherungsverträgen, die unter ausschließlicher Verwendung von Fernkommunikationsmitteln zustande gekommen sind, sogenannte Fernabsatzverträge. Der Gesetzgeber hatte u. a. durch Änderungen im früheren VVG die Fernabsatzrichtlinie der Europäischen Union in Deutschland umgesetzt. Im 2008 reformierten VVG wird 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 zuvor § 48e VVG a. F.

Die zweite auf gesetzlicher Grundlage übertragene Aufgabe ist die Bearbeitung von Beschwerden über Versicherungsvermittler. Nach der Vermittlerrichtlinie der Europäischen Union (Richtlinie 2002/92/EG) hatten die Mitgliedsstaaten Verfahren einzurichten, die es Kunden ermöglichen, Beschwerden über Versicherungsvermittler einzulegen (Artikel 10), und die die Einrichtung angemessener und wirksamer Beschwerde- und Abhilfeverfahren zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten zwischen Versicherungsvermittlern und Kunden fördern (Artikel 11 der Richtlinie). Der deutsche Gesetzgeber kam diesem Auftrag mit dem sogenannten Vermittlergesetz nach, das in wesentlichen Teilen zum 22. Mai 2007 in Kraft trat. Im 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.

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

3 EINZELHEITEN ZUR SCHLICHTUNGSSTELLE

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

Der Versicherungsombudsmann e.V. ist Mitglied im FIN-NET der Europäischen Kommission. Nur solche Einrichtungen können Mitglied im FIN-NET werden, die den Mindestanforderungen an Schlichtungseinrichtungen genügen, welche in einer Empfehlung aus dem Jahr 1998 festgelegt sind. Diesen Kriterien entsprechen 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.

Der Versicherungsombudsmann ist befugt, einen gesetzlich vorgesehenen vorgerichtlichen Einigungsversuch durchzuführen. Nach § 15a des EGZPO können die Bundesländer in bestimmten Fällen die Zulässigkeit einer Klage vor Gericht davon abhängig machen, dass zuvor von einer durch die Landesjustizverwaltung eingerichteten oder anerkannten Gütestelle versucht worden ist, die Streitigkeit einvernehmlich beizulegen. In dieser Hinsicht ist der Versicherungsombudsmann e.V. 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 deshalb mit entsprechenden Kompetenzen ausgestattet. Angesichts von jährlich bis zu 15.000 zulässigen Eingaben kann er jedoch nicht jede Beschwerde selbst bearbeiten. Anders als bei einigen anderen größeren Einrichtungen der alternativen Streitbeilegung ist diese Kompetenz nicht mehreren Personen übertragen worden. Stattdessen stellt der Verein geeignete Mitarbeiter und Sachmittel zur Verfügung, damit der Ombudsmann seine Aufgabe erfüllen kann. Zwar sind alle Mitarbeiter des Vereins dem Geschäftsführer unterstellt, soweit es jedoch die Beschwerdebearbeitung betrifft, kommt dem Ombudsmann nach § 13 Absatz 4 der Vereinssatzung das fachliche Weisungsrecht zu. Zudem wird er bei wesentlichen Personalentscheidungen beteiligt. Mit der Vergabe von Zeichnungsrechten sowie Vorlagepflichten stellt der Ombudsmann sicher, dass die Beschwerden in der von ihm vorgegebenen Weise bearbeitet werden.

Die Mitarbeiter prüfen die Anliegen der Verbraucher sehr gründlich und effizient. Eingesetzt wird dafür das eigens für die Schlichtungsstelle entwickelte EDV-Programm „Ombudat“, das alle wichtigen Informationen zu einem Beschwerdeverfahren aufnimmt und sie den Mitarbeitern schnell und zuverlässig zugänglich macht. Dadurch ist gewährleistet, dass keine wichtigen Erkenntnisse verloren



gehen und den Beteiligten des Beschwerdeverfahrens bei Bedarf zügig die zutreffende Auskunft erteilt werden kann. Außerdem ermöglicht es den juristischen Referenten, frühere Beschwerdefälle zu finden, die bei einer aktuell anstehenden Entscheidung zu berücksichtigen sind. Seit Februar 2020 findet die Bearbeitung von Beschwerden ausschließlich mittels elektronischer Akten und nicht mehr papiergestützt statt.

Die Beschwerdebearbeitung erfolgt in zwei Bereichen des Vereins, nämlich im Servicecenter und in der juristischen Abteilung. Im Servicecenter des Versicherungsombudsmanns waren im Berichtsjahr 14 Versicherungskaufleute mit der Annahme und der Aufbereitung der Beschwerden befasst. Die Mitarbeiter nehmen die Schlichtungsanträge entgegen und erfassen die Angaben im EDV-System. Sie helfen den Verbrauchern bei der Formulierung des Beschwerdeziels und der Zusammenstellung der für das Verfahren notwendigen Unterlagen. Zudem prüfen sie die Zulässigkeit im Sinne der Verfahrensordnungen und teilen den Beschwerdeführern mit, wenn deren Anliegen nicht in den Aufgabenbereich des Ombudsmanns fällt.

In der juristischen Abteilung unterstützen Volljuristen (Referenten) den Ombudsmann bei der Beurteilung der Beschwerden. Sie prüfen die Anliegen der Beschwerdeführer auf rechtliche Anspruchsgrundlagen, 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.

Weitere Mitarbeiter beschäftigt der Verein im Sekretariat, der Verwaltung sowie in der Betriebsorganisation und IT. Einschließlich der Teilzeit- und Aushilfskräfte waren zum Ende des Berichtsjahres 44 Personen beim Versicherungsombudsmann e. V. angestellt.

Durch die im Bericht enthaltene Gewinn-und-Verlust-Rechnung (siehe 3.10) und die aus der Statistik ersichtlichen Fallzahlen wird die Arbeit der Schlichtungsstelle auch aus dieser Perspektive der Öffentlichkeit zugänglich gemacht.

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 2021 hatte der Verein 291 (Vorjahr: 296) Mitglieder. Veränderungen im Mitgliederbestand gingen im Berichtsjahr auf Beitritte, die Verschmelzung auf ein anderes Mitglied, die Einstellung des Geschäftsbetriebs oder den Austritt des Vereinigten Königreichs aus der EU zurück.

Die Mitglieder kommen mindestens einmal jährlich zusammen und bestimmen in einer Versammlung die grundsätzlichen Angelegenheiten des Vereins. Sie beschließen den Haushalt, genehmigen den Jahresabschluss, wählen die Mitglieder des Vorstands und die Mitgliedervertreter im Beirat. Zusammen mit dem Beirat entscheidet die Mitgliederversammlung über die Bestellung des Ombudsmanns und Änderungen der Verfahrensordnungen. Sie ist der Souverän des Vereins und gehört zusammen mit dem Vorstand zu seinen Organen.

Die Mitglieder tragen den Verein in wirtschaftlicher Hinsicht. In einem Umlageverfahren wird von ihnen ein Jahresbeitrag erhoben. Die Höhe der Umlage bestimmt sich nach dem Finanzbedarf, wie er sich aus dem von der Mitgliederversammlung genehmigten Wirtschaftsplan ergibt. Diese Umlage wird auf alle Mitglieder aufgeteilt, wobei die Beitragshöhe für jedes einzelne Mitglied vom Verhältnis der jährlichen Bruttobeitragseinnahmen aller Mitgliedsunternehmen zueinander abhängig ist. Darüber hinaus zahlen die Versicherungsunternehmen eine Fallpauschale für nach der VomVO zulässige Beschwerden (Einzelheiten dazu unter 3.10).

Im Berichtsjahr fand wegen der COVID-19-Pandemie keine Mitgliederversammlung statt. Unter Bezugnahme auf das „Gesetz zur Abmilderung der Folgen der COVID-19-Pandemie im Zivil-, Insolvenz- und Strafverfahrensrecht“ vom 20. März 2020 hat der Verein nach Prüfung alternativer Durchführungswege die geplante Mitgliederversammlung abgesagt und stattdessen Beschlussfassungen ohne Versammlung durchgeführt. Den Mitgliedern wurde hinreichend Zeit gegeben, zu den anstehenden Wahlen Vorschläge einzureichen. Nach Versand der Unterlagen für die Beschlussfassung an die Mitglieder am 7. Oktober 2021 gingen bis zum 3. November 2021 insgesamt 220 gültige Stimmen ein. Damit waren die Beschlüsse wirksam zustande gekommen. Diese betrafen die Entlastung von Vorstand und Geschäftsführung, die Genehmigung des Jahresabschlusses 2020 und des Wirtschaftsplans 2022. Weiter fand die Wahl der Mitgliedervertreter und Vermittlerverbände im Beirat sowie die Wahl des Vertreters des Ombudsmanns statt.

Die Berichte des Ombudsmanns Dr. Wilhelm Schluckebier über die Beschwerdebearbeitung, die Entwicklung der Rechtsprechung und weitere fachliche Themen sowie des Geschäftsführers Dr. Horst Hiort zur Beschwerdestatistik, zur Organisation des Vereins und zu den Finanzen wurden ausschließlich schriftlich abgegeben.



3.4 Vorstand, Geschäftsführung

Der Vorstand des Versicherungsombudsmann e. V. ist für alle Angelegenheiten des Vereins zuständig, soweit diese durch die Satzung nicht 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 aktuelle Amtsperiode des Vorstands begann am 28.09.2020. Im Berichtsjahr gab es keine Änderungen. Den Vorsitz im Vorstand hatte Thomas Flemming, Vorsitzender der Aufsichtsräte der Mecklenburgischen Versicherungen. Die Zusammensetzung des Vorstands kann der Aufstellung im Anhang unter 5.6 entnommen werden.

Aufgrund der Pandemie fanden die Vorstandssitzungen im Berichtsjahr per Videokonferenz statt. Die erforderlichen Beschlüsse wurden schriftlich gefasst. Im Frühjahr stand der Jahresabschluss des Vereins für das Geschäftsjahr 2020 im Vordergrund, danach lag der inhaltliche Schwerpunkt aufgrund der Pandemie in der Vorbereitung und Durchführung der schriftlichen Beschlussfassung. Darüber hinaus beschäftigte sich der Vorstand mit der Nachfolge des Geschäftsführers Dr. Horst Hiort, der auf eigenen Wunsch mit Vollendung des 63. Lebensjahres im nächsten Jahr ausscheidet.

Die laufenden Vereinsgeschäfte nimmt der Geschäftsführer wahr. 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; er hat im Rahmen der Geschäftsordnung Vertretungsmacht im Sinne des § 30 BGB. Zu seinen Aufgaben gehört u. a. die Vorbereitung und Einberufung der Mitgliederversammlung, die Ausführung der Beschlüsse der Mitgliederversammlung sowie die Aufstellung des Wirtschaftsplans. Über seine Entlastung entscheidet, ebenso wie über die des Vorstands, die Mitgliederversammlung.

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

Zum Verein gehört ein Beirat, dem nach der Satzung wichtige Aufgaben und Kompetenzen zukommen. Das Gremium hat u. a. maßgeblichen Einfluss darauf, wer das Amt des Ombudsmanns ausübt, denn es ist an der Bestellung und der eventuellen Abberufung zu beteiligen. Weiter bedürfen Änderungen der Verfahrensordnungen der Zustimmung des Beirats.

Eine weitere wichtige, nicht unbedingt auf den ersten Blick erkennbare Funktion des Beirats liegt darin, die Tätigkeit und die Entwicklung der Schlichtungsstelle aufmerksam zu begleiten. Es gehört zu den Aufgaben des Gremiums, den Bericht des Ombudsmanns entgegenzunehmen und ihn bei Bedarf zu beraten. Damit erhalten die Beiratsmitglieder einen umfassenden Einblick in die Arbeit der Schlichtungsstelle. Sie können Einfluss nehmen und ggf. Unzulänglichkeiten reklamieren. Die Einbeziehung dieses mit anerkannten Fachleuten besetzten Gremiums wirkt vertrauensbildend auf Verbraucher und Verbraucherorganisationen, auf die Mitgliedsunternehmen und die interessierte Öffentlichkeit. Es zeigt deutlich, dass die Unabhängigkeit des Ombudsmanns nicht lediglich in den Vereinsdokumenten niedergelegt ist, sondern in der Praxis gelebt wird und durch die Vereinskonstruktion abgesichert ist.

Grundsätzliches Vertrauen in die Institution ist Voraussetzung dafür, dass Verbraucher sich mit ihrem Anliegen überhaupt an den Ombudsmann wenden, erforderlich ist es auch im Verfahren und vor allem hinsichtlich der abschließenden Entscheidung. Dafür genügt kein bloßer Hinweis auf die Satzung, in der die Unabhängigkeit des Ombudsmanns grundlegend und uneingeschränkt geregelt ist (§ 13 Absatz 2 Satz 1). Der Expertise der einbezogenen Fachleute, darunter durchaus kritische Vertreter von Verbraucherorganisationen, kommt deshalb wertvolle Aussagekraft zu. Insbesondere dann, wenn Beschwerdeführer entgegen ihrer Erwartung mit ihrer Beschwerde nicht erfolgreich sind, müssen sie überzeugt davon sein, dass sachliche Gründe den Ausschlag gegeben haben, die durch eine unparteiliche Prüfung ermittelt wurden. Können Verbraucher sogar einen unerwünschten Ausgang ihres Verfahrens akzeptieren, lässt sich auch auf diese Weise ein Streit befrieden.

Die Anzahl der Beiratsmitglieder ist in der Satzung nicht numerisch festgelegt. Seit der Satzungsänderung vom 26. November 2014 gilt für die Vertreter des öffentlichen Lebens eine abstrakte Verteilungsformel nach Größe und Anzahl der Fraktionen des Bundestags. Dies sichert zeitnah eine dem Bundestag entsprechende und zugleich parteiübergreifende Zusammensetzung dieser Beiratsgruppe.

Im Berichtsjahr bestand der Beirat aus 28 Personen, darunter jeweils sieben Vertreter der Mitgliedsunternehmen sowie von Verbraucherorganisationen (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. – vzbv, Stiftung Warentest und der Bund der Versicherten e. V. – BdV), zwei Vertreter der Versicherungsaufsicht, drei Vertreter der Wissenschaft, zwei Vertreter von Versicherungsvermittlerorgani-



sationen sowie sieben Vertreter der Bundestagsfraktionen (CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und Bündnis 90/Die Grünen). Die Partei AfD hat den ihr angebotenen Sitz bislang nicht besetzt.

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

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

Der Beirat kam im Berichtsjahr am 8. September zusammen. Dr. Schluckebier berichtete dem Beirat ebenso wie Dr. Hiort über die zurückliegenden 12 Monate. Mit Constantin Graf von Rex stellte sich im Rahmen der Sitzung auch der künftige Geschäftsführer des Vereins und Nachfolger von Dr. Hiort dem Beirat vor. Für Professor em. Dr. Dr. h. c. mult. Jürgen Basedow, LL.M. (Harvard Univ), der den Vorsitz von Beginn an innehatte, und Dr. Hiort war es die letzte Beiratsitzung, weshalb Thomas Flemming, Vorstandsvorsitzender des Vereins, das Wirken beider würdigte und sich im Namen des Vereins bedankte. Im Jahr 2022 beginnt eine neue Beiratsperiode. In seiner konstituierenden Sitzung wird das Gremium einen neuen Vorsitzenden aus seiner Mitte wählen.

Bettina Stark-Watzinger, MdB, FDP, legte mit ihrer Ernennung zur Bundesministerin für Bildung und Forschung ihr Mandat im Gremium des Vereins nieder. Andreas Gernt, Verbraucherzentrale Niedersachsen e.V., schied im Berichtsjahr aus. Seine Nachfolgerin ist Rita Reichard, Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen e.V.

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

3.6 Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Der Ombudsmann repräsentiert die Schlichtungsstelle in der Öffentlichkeit. Die aktive Öffentlichkeitsarbeit des Versicherungsombudsmanns besteht einerseits aus dem vorliegenden Jahresbericht, der Interessierten aus Presse, Politik, der Versicherungswirtschaft, den Verbraucherorganisationen und der Rechtswissenschaft zur Verfügung gestellt wird, andererseits aus den Informationsangeboten auf der Website. Die Öffentlichkeitsarbeit der Schlichtungsstelle ist darauf ausgerichtet, transparent über alles Wesentliche zu informieren. So beinhaltet der Jahresbericht sehr umfangreiche Darstellungen der Beschwerdetätigkeit zu allen Versicherungssparten, detaillierte Angaben zur Beschwerdestatistik und auch die Gewinn-und-Verlust-Rechnung des Vereins. Da die Jahresberichte auf der Website zum Download bereitstehen, sind die Angaben dauerhaft und allgemein verfügbar.

Auskünfte gegenüber der Presse übernimmt vorrangig der Ombudsmann. Er nimmt zu aktuellen Ereignissen Stellung, erläutert die Besonderheiten der Beschwerdebearbeitung und die Entwicklung der Rechtsprechung, soweit dies für die Schlichtungsstelle von Bedeutung ist. Ergänzend und insbesondere für Informationen über Statistik und die Organisation steht der Geschäftsführer des Vereins zur Verfügung.

Traditionell wird der Jahresbericht in einer Pressekonferenz vorgestellt und erläutert. Während der Pandemie konnte keine Präsenzveranstaltung durchgeführt werden. Journalisten erhielten daher das Angebot zur persönlichen Erläuterung der behandelten Themen.

Im Übrigen geht die Initiative zur Berichterstattung regelmäßig von den Medienvertretern aus. Im Berichtsjahr wurden in Zeitschriften und Onlineartikeln Interviews und Stellungnahmen des Ombudsmanns wiedergegeben. Einrichtungen der außergerichtlichen Streitbeilegung bedürfen, ebenso wie die Gerichte, der kritischen Begleitung durch die Öffentlichkeit und damit der Medien. Es ist deshalb verständlich, wenn die Medien privatrechtliche Streitschlichtungsstellen auf ihre Unabhängigkeit und Qualität hin „abklopfen“ und über das Ergebnis berichten. Der Versicherungsombudsmann e. V. trägt diesem Gedanken durch die transparente Tätigkeit und eine offene Informationspolitik Rechnung. Trotzdem lassen sich nicht immer alle Fragen beantworten, die an die Schlichtungsstelle gerichtet werden. Dies gilt etwa für die Identität der Beschwerdeparteien. Ebenso wenig teilt der Ombudsmann mit, welche Unternehmen mit welcher Anzahl und mit welchem Verfahrensausgang von Beschwerden betroffen sind.



3.7 Auswirkungen der COVID-19-Pandemie

Die Pandemie wirkte sich auch im Berichtsjahr auf die Arbeit des Ombudsmanns und die Organisation der Schlichtungsstelle aus. Die Folgen für die Beschwerdebearbeitung werden unter 2.1 behandelt. Die vereinsinternen Auswirkungen waren dank der bereits im Vorjahr ergriffenen Maßnahmen (siehe Jahresbericht 2020, Seite 109 f.) gering.

Die Anwesenheitsquote in den Räumen der Geschäftsstelle betrug, ausgerichtet an der Pandemie-Entwicklung und den diesbezüglichen Empfehlungen, weniger als 25 Prozent der Mitarbeiter. Ein Bearbeitungsrückstand bestand zu keiner Zeit. Infektionen mit dem Coronavirus in den Büroräumlichkeiten hat es bis zum Redaktionsschluss des Berichts im April 2022 nicht gegeben.

3.8 Fachlicher Austausch

Die von der Versicherungswirtschaft eingerichtete Ombudsstelle ist seit Langem ein wichtiges Element im Versicherungsmarkt sowie in der nationalen und internationalen Verbraucherschlichtungsstellenlandschaft. Deshalb gibt es ein reges und vielseitiges Interesse an der Tätigkeit des Versicherungsombudsmanns. Erfahrungsaustausch mit anderen Schlichtungsstellen, auch über die Landesgrenzen hinweg, prägt den fachlichen Diskurs. Die sich im Berichtsjahr fortsetzende COVID-19-Pandemie wirkte sich auf die Ausführung von Veranstaltungen aus. Fachtagungen und Symposien fanden überwiegend online statt. Nachfolgend werden die bedeutendsten Begegnungen des Berichtsjahres beschrieben.

Dr. Schluckebier und Dr. Hiort nahmen im Februar am digitalen Erfahrungsaustausch der Verbraucherschlichtungsstellen des damaligen BMJV teil. Ein Forschungsvorhaben über die Funktionsweise der Universalschlichtungsstelle, der vom Ministerium herausgegebene Leitfaden Verbraucherschlichtung und diverse Einzelthemen standen auf der Tagesordnung.

In einer Videokonferenz setzten sich im Februar die Fachgespräche mit dem BMJV auf der Leitungsebene fort und Staatssekretär Professor Dr. Christian Kastrop informierte sich über die Arbeit und Organisation der Schlichtungsstelle. Im Juli besuchte der Staatssekretär dann persönlich die Vereinsräume und verschaffte sich einen Eindruck vor Ort. Dabei wurden relevante Themen erörtert.

Im September nahm Dr. Schluckebier an einer Sitzung der Kommission Versicherungsmedizin des GDV teil und informierte über besondere Rechtsfragen und Beschwerdekongstellationen zur Berufsunfähigkeitsversicherung.

Den Wunsch zur Zusammenarbeit betraf eine Anfrage des Finanzombudsmanns der Russischen Föderation im Herbst 2021. Unterbreitet wurde der Vorschlag zum Abschluss eines Kooperationsabkommens. Dem wurde allerdings nicht entsprochen. Stattdessen schlugen Dr. Schluckebier und Dr. Hiort vor, aus gegebenem Anlass für einen fachlichen Austausch zur Verfügung zu stehen.

3 EINZELHEITEN ZUR SCHLICHTUNGSSTELLE

Der mit der Stiftung Warentest traditionell gute Kontakt wurde im Berichtsjahr weiter gepflegt. Dr. Hiort nahm im Februar an der „Expertenrunde Recht“ (digital) und im November an der Sitzung des Fachbeirates zur Rechtsschutzversicherung der Stiftung Warentest (ebenfalls digital) teil.

3.9 Gremienarbeit

Dr. Schluckebier und Dr. Hiort bringen ihre Erkenntnisse und Erfahrungen aus der Schlichtungstätigkeit in verschiedenen Gremien ein. Diese Mandate werden nachfolgend aufgeführt. Sitzungen fanden in diesem Berichtsjahr ausschließlich online statt.

Bei der 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. Dr. Schluckebier ist im Beirat einer der Vertreter außergerichtlicher Streitschlichtungssysteme. 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. Der Fachbeirat berät die BaFin bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und unterstützt sie bei der Weiterentwicklung aufsichtsrechtlicher Grundsätze. Die Sitzungen von Fachbeirat und Verbraucherbeirat fanden im Berichtsjahr digital statt. An allen Sitzungen nahm Dr. Schluckebier teil. Im FIN-NET der Europäischen Kommission vertrat – wie schon in den Vorjahren – Dr. Hiort die Schlichtungsstelle.

Dr. Hiort ist zudem Mitglied im Beirat des Vereins „Ehrbare Versicherungskaufleute e.V.“ (VEVK), der u. a. den Zweck verfolgt, die Tugenden des „ehrbaren Kaufmanns“ bei Versicherungsvermittlern wieder aufleben zu lassen und so dem zum Teil negativen Image der Vermittler entgegenzuwirken. Dr. Schluckebier ist seit Übernahme des Amtes Mitglied des Beirats Finanzen des vzbv. Dieser berät den vzbv in Fragen von grundsätzlicher Bedeutung, die der Verwirklichung des „Prinzips der Marktbeobachtung“ dienen. Vor allem Fehlentwicklungen sollen so frühzeitig aufgedeckt, die Politik sowie Aufsichts- und Regulierungsbehörden darauf aufmerksam gemacht und Handlungsempfehlungen erarbeitet werden, um den Schutz der Verbraucher zu verbessern. Der Beirat dient als Impulsgeber für die Arbeitsplanung und berät zu Trends in den beobachteten Märkten. Darüber hinaus ist Dr. Schluckebier Mitglied in dem vom damaligen BMJV berufenen Beirat, der ein Forschungsvorhaben begleitet, das sich mit den Ursachen des seit Jahren zu verzeichnenden Trends zurückgehender Eingangszahlen bei den Zivilgerichten in Deutschland befasst. Im Rahmen dieses Vorhabens könnte auch die Frage eine Rolle spielen, ob und inwieweit die Verbraucherschlichtung – gerade auch in der Versicherungsbranche – aufgrund ihrer Komplementärfunktion zur staatlichen Gerichtsbarkeit dazu beiträgt.



Seit 2016 ist der Versicherungsombudsmann im Beirat der Produktinformationsstelle Altersversorgung (PIA) vertreten durch Dr. Horst Hiort und Frau Katja Busch. Zum Ende des Berichtsjahres schied Dr. Hiort aus dieser Funktion aus. Frau Busch übernahm die Nachfolge, ihre Vertreterin wurde Frau Anja Ruch. Der Beirat hat eine beratende Funktion bei der Weiterentwicklung der von der PIA entwickelten Berechnungsmethoden und entscheidet über eingebrachte Vorschläge zur Änderung am Simulationsverfahren, zur Chancen-Risiko-Klassifizierung und zur Effektivkostenberechnung.

Weiter unterstützte Dr. Schluckebier die Erarbeitung einer von der Antidiskriminierungsstelle des Bundes in Auftrag gegebenen Studie zu den „Möglichkeiten der Rechtsdurchsetzung von Diskriminierungsschutz im Bereich des Zugangs zu und der Versorgung mit privaten Dienstleistungen und Gütern“. Davon ist auch die Versicherungsbranche betroffen, weil unter dem Aspekt des Diskriminierungsschutzes auch bestimmte Tarifierungsmerkmale betrachtet werden können.

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 500,00 Euro festgesetzt.

Die Fallpauschalen werden für Beschwerden erhoben, die gegen die Unternehmen eingelegt werden. Für nach der Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns zulässige 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, Empfehlung oder Abweisung mit Schlichtungsvorschlag beendet wurden, 154,50 Euro, für auf andere Weise beendete Verfahren 103,00 Euro. Eine von der Mitgliederversammlung beschlossene Neuregelung der Kostenordnung wirkte sich im Berichtsjahr erstmals aus. Für nach § 9 VomVO beendete Beschwerden werden nun ebenfalls Fallpauschalen erhoben.

Die Satzung sieht vor, dass der Vorstand binnen vier Monaten nach Ende des Geschäftsjahres den Jahresabschluss aufstellt, der von den ehrenamtlichen 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 vorsieht.

Den Jahresabschluss des Vereins für das Jahr 2021, dessen Bestandteil die dargestellte Gewinn- und Verlust-Rechnung ist, hat der Geschäftsführer vorbereitet und der Vorstand per Beschluss aufgestellt. Dieser Abschluss wurde der Deloitte GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft vorgelegt. Die Wirtschaftsprüfer erstellten einen Bericht und erteilten darin den uneingeschränkten Bestätigungsvermerk. Jahresabschluss und Wirtschaftsprüfungsbericht sind den von den Mitgliedsunternehmen gewählten ehrenamtlichen Rechnungsprüfern vorzulegen.



Gewinn-und-Verlust-Rechnung¹	2021 TEUR	2020 TEUR
Mitgliedsumlagen einschließlich verrechneter Beitragsvorauszahlungen	3.610	3.350
Umsatzerlöse	1.442	1.365
Bestandsveränderung ²	2	0
Sonstige Zinsen und ähnliche Erträge	10	7
Sonstige Erträge	8	1
Erträge	5.072	4.723
Personalaufwand	3.217	3.163
Raumkosten	508	487
Honorare, Gutachten, Beiträge, Gebühren	585	445
Kommunikationskosten	73	74
Reise-, Sitzungs- und Tagungskosten	27	15
Abschreibung auf immaterielle Vermögenswerte des Anlagevermögens und Sachanlagen	73	112
Zinsen und ähnliche Aufwendungen	19	13
Sonstige Aufwendungen	136	82
Steuern von Einkommen und Ertrag	0	0
Aufwendungen	4.638	4.391
Differenz Erträge und Aufwendungen	434	332
Entnahme/Zuführung Abschreibungsrücklage	51	46
Zuführung zur zweckgebundenen Rücklage	0	0
Entnahme Mitgliederguthaben	0	0
Überschuss/Mitgliederguthaben	485	378

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 Antje Mündörfer, Mitglied der Vorstände der IDEAL Versicherungsgruppe, und Dr. Frederic Roßbeck, Vorsitzender des Vorstands der Feuersozietät Berlin Brandenburg Versicherung AG.

4 Statistik

4.1 Gesamtbetrachtung

Wie in den Vorjahren werden in der folgenden statistischen Betrachtung die zulässigen Beschwerden in den Vordergrund gestellt. Die in den Zuständigkeitsbereich der Schlichtungsstelle fallenden Vorgänge stoßen erfahrungsgemäß auf das vorrangige Interesse.

Im Jahr 2021 gingen **insgesamt** 14.106 zulässige Beschwerden (Vorjahr: 13.235) bei der Schlichtungsstelle ein. Gegenüber 2020 bedeutet dies eine Zunahme um 6,6 Prozent. Zwar wiesen die meisten Sparten Rückgänge der Beschwerden auf. Die starken Zuwächse in den Sachversicherungen (Gebäude und Hausrat) sowie in der Lebensversicherung führten dennoch insgesamt zu einem Anstieg. Wieder gesunken ist die Zahl der Beschwerden, die nicht in den Zuständigkeitsbereich der Schlichtungsstelle fielen. Dies waren im Berichtsjahr 4.238 (4.898) Vorgänge.

Die als unzulässig ausgewiesenen Vorgänge bestehen aus zwei Fallgruppen:

3.321 (4.045) Eingaben waren nach der Zulässigkeitsprüfung gemäß den Verfahrensordnungen unzulässig. Obwohl durchaus Bezugspunkte zum Aufgabenbereich bestanden, waren diese Vorgänge letztlich weder den Unternehmens- noch den Vermittlerbeschwerden zuzuordnen. Die Zulässigkeit nach der VomVO konnte etwa deshalb scheitern, weil die Eingabe sich gegen einen Versicherer richtete, der nicht dem Verein angehörte, oder das Anliegen einen Krankenversicherungsvertrag betraf. Es gab aber auch unzulässige Vermittlerbeschwerden, zum Beispiel weil sich ein Vermittler über einen anderen beschwerte. Dann erfolgte die Abweisung nach der VermVO.

Vorgänge, die keinem der beiden Zuständigkeitsbereiche zugeordnet werden konnten, beispielsweise eine Beschwerde gegen ein Versandunternehmen, werden in der Statistik als „Anderweitige“ ausgewiesen. Irrläufer, also Eingänge, die erkennbar an einen anderen Adressaten gerichtet waren, jedoch zum Beispiel unter Nutzung der falschen Fax-Nummer in der Schlichtungsstelle ankamen, haben keinen Eingang in die Statistik gefunden. Das Gleiche gilt für Auskünfte, etwa zu anderweitigen Zuständigkeiten.

Die zweite Fallgruppe bildeten 917 (853) Eingaben, die schon deshalb nicht das Stadium der zulässigen Verfahren erreichen konnten, weil der Beschwerdeführer nach Beschwerdeeinlegung notwendige weitere Handlungen unterlassen hatte. Solche Vorgänge werden in die Kategorie „fehlende Weiterverfolgung“ eingeordnet. Ein nicht geringer Teil davon dürfte darauf zurückzuführen sein, dass sich das Problem für den Verbraucher zwischenzeitlich erledigt hatte.

Damit erhielt die Schlichtungsstelle im Berichtsjahr insgesamt 18.344 (18.133) Eingaben.

Bei der nachfolgenden Betrachtung werden die im Beschwerdejahr eingegangenen **zulässigen Beschwerden je Versicherungssparte** angegeben, sowohl in absoluten Zahlen als auch in den Prozentangaben. Die Reihenfolge ergibt sich aus



der Größenordnung der Veränderung im Verhältnis zum Vorjahr. Die Summe aus zulässigen und unzulässigen Eingaben je Sparte steht in Klammern.

In den Jahren 2019 und 2020 betrug der Anteil der Beschwerden zur **Gebäudeversicherung** ungefähr 9,0 Prozent aller zulässigen Eingänge. Im Berichtsjahr sorgte ein Sondereffekt für einen Anstieg auf 15,1 Prozent. Dies entspricht einem Zuwachs gegenüber dem Vorjahr um 77,4 Prozent und ist damit der größte Anstieg unter den Versicherungssparten. Nominal stiegen die Beschwerden von 1.197 (1.351) auf 2.124 (2.285). Dies ist der höchste Beschwerdeeingang in der Gebäudeversicherung seit Bestehen der Schlichtungsstelle.

Wesentliche Ursache für die Steigerung ist die unter 2.3 beschriebene konflikt-behaftete Umdeckungsaktion eines Assekuradeurs. Hierauf gingen mehr als 800 Beschwerdeverfahren zurück. Manche Versicherungsnehmer reichten Eingaben zu zwei Verträgen ein, einerseits zu dem umzudeckenden Vertrag und andererseits zu dem Folgevertrag, weil sie sich zwei Beitragsforderungen ausgesetzt sahen. Nicht wenige Verbraucher richteten zudem ihre Beschwerde (auch) gegen den Assekuradeur und damit gegen einen Vermittler. Auch die Hausratversicherung war von dieser Umdeckungsaktion betroffen, wenn auch in wesentlich geringerem Ausmaß.

In der **Lebensversicherung** kehrte sich der seit 2018 anhaltende Rückgang der Beschwerdezahlen im Berichtsjahr um. Sank die Zahl der Beschwerden 2020 noch um 10,0 Prozent, so stieg sie im Berichtsjahr von 2.779 (3.338) auf 3.412 (3.992). Dies entspricht einer Steigerung von 22,8 Prozent. Auch hier gab es einen Sondereffekt, denn ein erheblicher Anteil der Schlichtungsanträge, insbesondere kurz vor dem Jahreswechsel, ging auf die als „ewiges Widerrufsrecht“ bekannte Thematik zurück (vgl. unter 2.6).

Eine weitere Sparte mit einem erheblichen Zuwachs der Eingänge ist die **Hausratversicherung**. Diese erhöhten sich um 17,9 Prozent. Nachdem seit 2017 die Eingänge stetig gesunken waren, stiegen sie 2021 von 588 (672) auf 693 (766).

Eine Steigerung von 4,0 Prozent der Beschwerden wies die **Allgemeine Haftpflichtversicherung** auf. Diese Sparte verzeichnete im Berichtsjahr 561 (973) Eingaben, nach 548 (1.035) im Jahr davor. Auffallend war der hohe Anteil unzulässiger Vorgänge, der im Berichtsjahr 58,0 Prozent betrug. Eine ähnliche Quote unzulässiger Beschwerden weist die Kfz-Haftpflichtversicherung auf.

Beschwerden zur **Kfz-Versicherung** verringerten sich insgesamt um 3,6 Prozent. Dabei sanken die Eingaben zur Kfz-Kaskoversicherung auf nunmehr 1.267 (1.564) nach 1.320 (1.679) im Jahr 2020. Dies entspricht einem Rückgang von 4,0 Prozent. Beschwerden in der Kfz-Haftpflichtversicherung nahmen im Vergleich zum Vorjahr ebenfalls ab, und zwar von 971 (1.538) auf 942 (1.429). Dies entspricht 3,0 Prozent. Der mit 66,0 Prozent auffallend niedrige Anteil an zulässigen Eingaben in der Kfz-Haftpflichtversicherung ist darauf zurückzuführen, dass sich ein Teil der Beschwerden nicht auf einen eigenen vertragsrechtlichen Anspruch bezog, sondern im Zusammenhang mit Schadenersatzansprüchen Dritter stand. Zwar

4 STATISTIK

wird zumeist versucht, den Verbrauchern mit Erläuterungen zu helfen, dies kann jedoch an der Unzulässigkeit der Eingaben nichts ändern.

Beschwerden in der **Rechtsschutzversicherung** verzeichneten im Berichtsjahr ein Minus von 8,1 Prozent und sanken auf 3.184 (3.569) Eingaben, nachdem sie sich bereits im Vorjahr auf 3.463 (3.907) verringert hatten. Dieser Entwicklung gingen allerdings in den Vorjahren starke Zuwächse, 2015 und 2016 sogar von jeweils mehr als 30,0 Prozent, voraus. Dadurch war die Rechtsschutzversicherung von 2016 bis 2020 die eingangsstärkste Sparte, vor der davor stets führenden Lebensversicherung, die im Berichtsjahr nun wieder vorne liegt.

Die zulässigen Eingaben in der **Berufsunfähigkeitsversicherung** sanken um 10,3 Prozent. 2020 erreichten 389 (519) Beschwerden die Schlichtungsstelle, im Berichtsjahr waren es 349 (474).

Die zulässigen Eingaben in der Sparte **Unfallversicherung** sanken 2021 erneut. Wurden 2020 noch 564 (649) zulässige Beschwerden eingelegt, so waren es im Berichtsjahr 486 (581), was einem weiteren Rückgang von 13,8 Prozent entspricht. Damit verringerten sich die zulässigen Beschwerden in dieser Sparte seit 2014 in jedem Jahr, ausgenommen 2018.

Die als „**Sonstige**“ in der Statistik geführten Beschwerden sanken im Berichtsjahr deutlich. Unter diesem Sammelbegriff werden Sparten mit vergleichsweise wenigen Eingaben geführt, unter anderem Reiseversicherungen und solche Beschwerden, die mehrere Sparten betreffen, weil es sich beispielsweise um kombinierte Verträge handelt (Näheres zur Verteilung in der Jahresbetrachtung, Seite 65 f.). 2020 wurden zu dieser Kategorie noch 1.396 (2.226) Beschwerden eingelegt, wobei dieser Wert maßgeblich durch einen pandemiebedingten Anstieg der Fälle zur Reiserücktrittsversicherung geprägt wurde. Im Berichtsjahr verringerten sich die Eingaben wieder auf 1.077 (1.538) Eingaben. Dies entspricht einem Minus von 22,9 Prozent.

Die Zahl der zulässigen Beschwerden zu **Realkreditverträgen** sank im Berichtsjahr von 20 auf 11 Eingaben. In dieser Größenordnung sind Prozentwerte ohne Aussagekraft. Anzumerken ist jedoch, dass für diesen Aufgabenbereich die Zuständigkeit des Versicherungsombudsmanns im Jahr 2013 begründet wurde; schließlich handelt es sich nicht um eine Versicherungssparte (nähere Einordnung der Zuständigkeit in der Jahresbetrachtung unter 2.8).

Im Berichtsjahr **beendete** die Schlichtungsstelle 13.732 (Vorjahr: 13.341) zulässige Beschwerden. Zusammen mit den unzulässigen und den von den Beschwerdeführern nicht weiterverfolgten Vorgängen wurden 17.904 (18.183) Verfahren abschließend bearbeitet. Die durchschnittliche Verfahrensdauer der zulässigen Beschwerden mit 2,3 Monaten konnte gehalten werden. In Tagen betrachtet, erhöhte sich im Vergleich zum Vorjahr die Verfahrensdauer geringfügig von 70,2 auf 70,3 (ausschließlich Unternehmensbeschwerden 70,6). Dieser Wert ist nicht mit der 90-Tage-Frist nach dem VSBG zu verwechseln, da Letztere erst mit



der Vollständigkeit der Akte zu laufen beginnt. Die hier genannte Beschwerdedauer zählt dagegen ab Einlegung der Beschwerde, bedeutet also eine weit schnellere Abarbeitung, als das VSBG es als Obergrenze definiert.

Wie im Jahr 2019 begonnen, werden auch im Berichtsjahr bei der Gesamtbetrachtung der beendeten Beschwerden diese nach Sparte und Beschwerdewert differenziert (vgl. 4.5). Damit lässt sich beispielsweise erkennen, dass in der Kfz-Haftpflichtversicherung 98,6 Prozent der Vorgänge im Beschwerdewert unter 5.000 Euro liegen, während sich in der Berufsunfähigkeitsversicherung nur 20,9 Prozent der Eingaben innerhalb dieser Bandbreite befinden.

Schließlich wird die Erfolgsquote der zulässigen Unternehmensbeschwerden nach Sparten prozentual ausgewiesen. Hierbei zeigt sich, dass 2021 die Verbraucher bei der Sparte Kfz-Haftpflichtversicherung mit 61,0 Prozent die größten Erfolgchancen hatten. Am anderen Ende der Skala befinden sich im Berichtsjahr von den zahlenmäßig größeren Sparten (Realkredit mit 22,7 Prozent einmal außen vor gelassen) die Berufsunfähigkeitsversicherung (28,4 Prozent) und die Gebäudeversicherung (29,4 Prozent). Die Gründe hierfür werden unter 4.3 erläutert.

4.2 Differenzierung nach Zuständigkeiten des Ombudsmanns

Die Zuständigkeit für Beschwerden gegen Vermittler macht eine Abgrenzung zum Verfahren gegen Versicherungsunternehmen notwendig. Zuvor gab es nur die Kategorien „zulässig“ und „unzulässig“. Seit Ausübung der gesetzlich definierten Aufgabe muss der Ombudsmann festlegen, welches Verfahren er durchführt. In seltenen Fällen kommt es vor, dass zwei Verfahren (eines gegen das Mitgliedsunternehmen, das andere gegen den Vermittler) eröffnet werden. Auch wenn Beschwerden vom Aufgabenbereich des Ombudsmanns nicht erfasst werden, gilt es zu differenzieren, weil entschieden werden muss, für welches Verfahren die Unzulässigkeit gilt: Handelt es sich um eine unzulässige Unternehmensbeschwerde (Beispiel: Beschwerde eines Selbstständigen, ohne dass eine verbraucherähnliche Lage vorliegt), 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 letzteren Art waren ursprünglich den unzulässigen Unternehmensbeschwerden zugeordnet. Inzwischen gehören sie der Kategorie „Anderweitige“ an. Diese Differenzierung hat nicht nur statistische Gründe. Sie ermöglicht zudem eine genauere Bewertung der Verbraucherbeschwerden im Versicherungsbereich.

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 (zum Beispiel Vertragsaufhebung, Schadenregulierung) gegen den Versicherer richtet. Solche Eingaben wurden überwiegend nach der für Verbraucher vorteilhaften

4 STATISTIK

VomVO behandelt, es sei denn, der Beschwerdeführer machte deutlich, dass er ausschließlich ein Verhalten des Vermittlers beanstanden wollte. Dementsprechend sind in den Unternehmensverfahren auch Beschwerden gegen Vermittler enthalten, die jedoch nicht als solche ausgewiesen werden. Dies gilt es bei der Rubrik „Vermittlerverfahren“ zu bedenken. Die beiden Verfahrensarten unterscheiden sich grundlegend, wie unter 1.5 erläutert. Deshalb werden sie 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 14.106 (Vorjahr: 13.235) im Berichtsjahr eingegangenen zulässigen Beschwerden betrafen 13.555 (13.129) die Kategorie Unternehmensbeschwerden, was einem Anstieg von 3,2 Prozent entspricht. 2020 waren diese Beschwerden um 1,9 Prozent gestiegen, während sie 2018 um 4,9 Prozent und 2019 um 8,2 Prozent gesunken waren.

Die nachfolgenden Ausführungen betreffen ausschließlich die im Geschäftsjahr beendeten (in Abgrenzung zu den eingegangenen) Unternehmensbeschwerden. Nach Abschluss des Verfahrens stehen sämtliche Angaben und Erkenntnisse zur Verfügung. Deshalb eignen sie sich für eine vertiefte Auswertung eines Jahres entschieden besser als die Eingänge.

13.172 (13.248) zulässige Beschwerden gegen Versicherungsunternehmen wurden im Berichtsjahr beendet. In 886 (800) Fällen haben die Beschwerdeführer ihr Anliegen nicht weiterverfolgt. Bei vielen dürfte der Grund darin liegen, dass in der Zwischenzeit das Versicherungsunternehmen der Beschwerde bereits abgeholfen hatte. Die Zulässigkeitsprüfung konnte in diesen Fällen entweder noch nicht erfolgen oder war noch nicht abgeschlossen.

1.231 (710) Verfahren konnten nicht in der Sache entschieden werden, da die endgültige Bewertung des geltend gemachten Anspruchs von Fragen abhing, deren Klärung die Möglichkeiten des vereinfachten Ombudsmannverfahrens nicht zuließen oder die rechtsgrundsätzlich waren und deren Behandlung zudem den effektiven Betrieb der Schlichtungsstelle ernsthaft beeinträchtigt hätte (§ 9 Absatz 1 VomVO). Der Anstieg in dieser Kategorie ging im Wesentlichen auf einen Beschwerdekomples in der Gebäudeversicherung zurück (vgl. unter 2.3), in dem sich nicht alle Sachfragen im Ombudsmannverfahren aufklären ließen. Wenn möglich, wurden jedoch Schlichtungsvorschläge gemäß § 9 Absatz 2 VomVO unterbreitet, um den Beschwerdeparteien einen Lösungsansatz für ihr Problem zu geben. Eine Auswertung dieser Vorgänge ist unter 4.5 zu finden.

Von den übrigen 11.941 (12.538) Verfahren beendete der Ombudsmann 6.709 (7.176) Fälle mit einer Entscheidung oder Empfehlung. In 3.266 (3.429) Verfahren half das Versicherungsunternehmen ab. Das bedeutet, der Versicherer kam dem Beschwerdeführer ganz oder teilweise entgegen. Ein beiderseitiges Nachgeben, also ein Vergleich, kam in 769 (791) Fällen zustande. In 1.197 (1.142) Verfahren zog der Beschwerdeführer seine Beschwerde zurück.



In 2.786 (3.430) 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 zu befassen hat, 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).

Ein nur vorübergehender Hinderungsgrund für die Durchführung eines Beschwerdeverfahrens liegt zum Beispiel vor, wenn sich ein Beschwerdeführer an den Ombudsmann wendet, ohne dass er die Entscheidung bei dem betroffenen Versicherungsunternehmen zuvor beanstandet hatte. Dann bittet der Ombudsmann den Beschwerdeführer, dem Unternehmen die Möglichkeit zur Klärung zu geben. Dieses Vorgehen beruht auf dem Gedanken, dass die Bereinigung von Meinungsverschiedenheiten möglichst auf der niedrigsten Konfliktstufe beginnen sollte. Mit der Geltendmachung beim Versicherer kann das Verfahren durchgeführt werden, es sei denn, der Versicherer beantragt die Aussetzung des Verfahrens. Diese in § 2 Absatz 3 VomVO enthaltene Regelung weicht zugunsten der Verbraucher vom VSBG ab und dient der Verfahrensbeschleunigung.

Im Berichtsjahr hatten 45,1 (46,5) Prozent der Beschwerden Erfolg, sofern sie nicht die Lebensversicherung betrafen. Als erfolgreich in diesem Sinne werden solche Beschwerdeverfahren angesehen, die dem Versicherungsnehmer vollständig oder zum Teil den gewünschten rechtlichen oder wirtschaftlichen Vorteil bringen. Dies kann der Fall sein, wenn die Vertragslaufzeit entsprechend dem Wunsch des Versicherungsnehmers angepasst wird, diese also je nach Beschwerdeziel früher oder später als vom Versicherer entschieden endet. Wirtschaftliche Vorteile können in einer höheren Schadenzahlung in der Gebäudeversicherung oder in der Übernahme der Kosten für die rechtliche Interessenvertretung in der Rechtsschutzversicherung bestehen.

Ein Erfolg kann sich in diesen Fällen aber auch auf der Seite des Versicherers einstellen. Zum einen vermeidet das Ausräumen einer Meinungsverschiedenheit Bearbeitungsaufwand, der anfallen würde, müsste man sich damit weiter befassen. Zum anderen verbessert sich meist auch in diesen Fällen das Verhältnis zum Versicherungsnehmer, denn die für Beschwerdeführer erfolgreichen Verfahrensausgänge beruhen überwiegend auf Abhilfen der Versicherer. Dieses freiwillige Entgegenkommen signalisiert Kundenorientierung und Interesse an der Fortsetzung des Vertragsverhältnisses. Eine vom Streit befreite Kundenbeziehung hat Aussicht auf Erhalt und Entwicklung.

Beschwerden aus der Lebensversicherung haben zwangsläufig vergleichsweise geringere Erfolgsaussichten. Sie richten sich oft gegen Standmitteilungen, die Höhe der Überschüsse oder die Ablaufleistungen. Der Ombudsmann kann die diesbezüglichen Anliegen der Beschwerdeführer durchaus verstehen, denn die Angaben sind für Verbraucher rechnerisch nicht nachvollziehbar. Ihnen fehlen dazu die Werte, Formeln und in der Regel die Fachkenntnisse. Zudem erscheinen die Darstellungen der Versicherer oft unklar oder missverständlich. Auch können

4 STATISTIK

die mitgeteilten Größenordnungen enttäuschen, wenn sie unter den Erwartungen liegen. Die Prüfung des Ombudsmanns bringt jedoch zumeist weder hinsichtlich der Berechnungen noch unter rechtlichen Gesichtspunkten Gründe zur Beanstandung hervor.

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 beruhte maßgeblich auf der Entwicklung der Rechtsprechung sowie deren Umsetzung durch die Unternehmen und wurde im Bericht 2013 an gleicher Stelle kommentiert. Im Berichtsjahr waren 29,7 (26,6) Prozent der Beschwerden in der Lebensversicherung im zuvor beschriebenen Sinn erfolgreich.

Der Jahresbericht weist unter 4.5 unter anderem die Erfolgsquoten nach Sparten aus. Da in der Tabelle zugleich die Werte für die davorliegenden vier Jahre enthalten sind, lässt sich die Entwicklung verfolgen und bewerten.

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

4.4 Beschwerden gegen Versicherungsvermittler

Das Vermittlerverfahren unterscheidet sich erheblich von dem Beschwerdeverfahren gegen Unternehmen. Insoweit wird auf die Erläuterungen unter 1.5 und 4.2 verwiesen. Einige der Besonderheiten haben Auswirkung auf die statistische Betrachtung. So gibt es Beschwerden, die durchaus in den Aufgabenbereich fallen, sich jedoch nicht mit rechtlichen Maßstäben bewerten lassen. Dies soll an folgendem Beispiel verdeutlicht werden: Beschwert sich ein Versicherungsnehmer, weil der Vermittler ihn anlässlich eines Beratungstermins für einen Hausrat-Versicherungsvertrag beleidigt haben soll und sich nicht entschuldigen will, so liegen alle vier Voraussetzungen vor, die nach der gesetzlichen Regelung für diese vom Bundesministerium der Justiz übertragene Aufgabe erforderlich sind. Es handelt sich um eine Streitigkeit (1.) eines Versicherungsnehmers (2.) mit einem Versicherungsvermittler (3.), die im Zusammenhang mit der Vermittlung eines Versicherungsvertrages (4.) steht. Dennoch kann der Ombudsmann die Beschwerde nicht nach Recht und Gesetz entscheiden, wie es die Verfahrensordnung für Vermittlerbeschwerden (VermVO) in § 5 Absatz 4 vorsieht. Entsprechendes gilt für den in § 19 Absatz 1 Satz 2 VSBG niedergelegten Maßstab. Danach soll der Schlich-



tungsvorschlag am geltenden Recht ausgerichtet sein. Dies ist für derartige Fälle zum einen ein untauglicher Gradmesser, zum anderen würde eine darauf gerichtete Bewertung nicht die Beilegung des Streits fördern.

Da jedoch eine solche Beschwerde, wie zuvor erläutert, eindeutig in den vom Gesetzgeber übertragenen Aufgabenbereich fällt, nimmt sich der Ombudsmann ihrer an und beantwortet sie. Weil ein rechtlicher Maßstab nicht herangezogen werden kann, wird bei den Vermittlerbeschwerden zwischen justiziablen und nicht justiziablen Beschwerdegegenständen unterschieden. Diese Differenzierung ist dagegen 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 detaillierte statistische Auswertung zu gering ist. Es fehlt insbesondere bei Teilmengen an einer hinreichenden Datengrundlage, um zuverlässige Aussagen treffen zu können. Daher wird empfohlen, Schlussfolgerungen nur mit der gebotenen Vorsicht zu ziehen.

Im Berichtsjahr hat der Ombudsmann 677 (Vorjahr: 298) Eingaben in diesem Zuständigkeitsbereich erhalten. Das entspricht einem Anstieg von 127,2 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Ursache für die große Steigerung ist auch hier der mehrfach erwähnte Beschwerdekomplex der konfliktbehafteten Umdeckung vorwiegend von Gebäudeversicherungsverträgen durch einen Assekurateur (vgl. 2.3).

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

693 (283) Vermittlerbeschwerden beendete der Ombudsmann im Berichtsjahr. In 14 (11) Fällen hatte der Beschwerdeführer sein Anliegen nicht weiterverfolgt. 119 (179) Beschwerden ließen sich nicht dem vom Ombudsmann schon weit ausgelegten Aufgabenbereich zurechnen und waren somit unzulässig. Häufigster Grund, weshalb ein Verfahren nicht durchgeführt werden konnte, war mit 58,0 (59,0) Prozent ein fehlender Zusammenhang mit einer Vertragsvermittlung. Die zweithäufigste Fallgruppe betraf mit 28,0 (33,0) Prozent die fehlende vorherige Anspruchsanmeldung beim Versicherungsvermittler.

Von den beendeten Beschwerden fielen 560 (93) 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 2,5 (2,2) 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 10,2 (12,9) Prozent ausmachten, und Rücknahmen mit einem Anteil von 2,5 (1,0) Prozent. In 10,9 (69,9) Prozent dieser Fälle bewertete der Ombudsmann gegenüber den Parteien die Beschwerde abschließend. In 71,6 (6,5) Prozent der Beschwerden konnten die Verfahren nicht in der Sache entschieden werden, da die endgültige Bewertung von Fragen abhing, deren Behandlung den effektiven Betrieb der Schlichtungsstelle ernsthaft beeinträchtigen würde (§ 2 Absatz 1 Nr. 7 VermVO). Dieser enorme Anstieg ist auf den erwähnten Beschwerdekomples der konfliktbehafteten Umdeckung zurückzuführen.

Beschwerden, die zwar den Aufgabenbereich betrafen, jedoch nicht justiziabel waren, machten einen Anteil von 2,3 (7,5) Prozent der zulässig beendeten Eingaben aus. Hier teilte der Ombudsmann seine Auffassung zum Beschwerdegegenstand mit und versuchte, auf die Beteiligten befriedend einzuwirken. Alle Beschwerden, auch die nicht justiziablen, wurden selbstverständlich „beantwortet“. 16,8 (28,5) Prozent der zulässig beendeten Vermittlerbeschwerden waren ganz oder zum Teil erfolgreich. In diese Kategorie fällt auch die Bewertung allein auf der Grundlage des vom Beschwerdeführer vorgetragenen Standpunktes. In den wenigen Fällen, in denen der Beschwerdegegner keine Stellung zum Vorwurf genommen hatte, konnte die Beschwerde nur auf dieser Basis geprüft werden. Ob der Streit tatsächlich in der vom Ombudsmann bewerteten Weise beendet wurde oder die Parteien ihn weiter vor Gericht austrugen, wird in der Regel nicht mitgeteilt.



4 STATISTIK

4.5 Tabellen und Grafiken

1. Gesamtbetrachtung der Eingänge im Berichtsjahr

Diese Auswertungen geben die im Jahr **2021 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

	2021	2020	2019	2018	2017
Zulässige Beschwerden	14.106	13.235	13.006	14.147	14.910
Veränderung zum Vorjahr	+6,6 %	+1,8 %	-8,1 %	-5,1 %	+1,7 %
Unzulässige Beschwerden	3.321	4.045	3.675	3.941	3.785
Veränderung zum Vorjahr	-17,9 %	+10,1 %	-6,7 %	+4,1 %	-10,4 %
Keine Weiterverfolgung durch Beschwerdeführer	917	853	847	868	1.059
Veränderung zum Vorjahr	+7,5 %	-0,7 %	-2,4 %	-18,0 %	+52,4 %
Beschwerden gesamt	18.344	18.133	17.528	18.956	19.754
Veränderung zum Vorjahr	+1,2 %	+3,5 %	-7,5 %	-4,0 %	+0,9 %

Eingang zulässiger Beschwerden im Vergleich zum Vorjahr

	2021	2020	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Leben	3.412	2.779	+633	+22,8
Rechtsschutz	3.184	3.463	-279	-8,1
Kfz-Haft	942	971	-29	-3,0
Kfz-Kasko	1.267	1.320	-53	-4,0
Gebäude	2.124	1.197	+927	+77,4
Unfall	486	564	-78	-13,8
Hausrat	693	588	+105	+17,9
Allgemeine Haftpflicht	561	548	+13	+2,4
Berufsunfähigkeit	349	389	-40	-10,3
Realkredit	11	20	-9	-45,0
Sonstige*	1.077	1.396	-319	-22,9
Gesamt	14.106	13.235	+871	+6,6

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



Entwicklung der Eingänge nach Zuständigkeitsbereichen

	2021	2020	2019	2018	2017
Unternehmensbeschwerden	17.300	17.413	16.928	18.218	19.105
Veränderung zum Vorjahr	-0,6 %	+2,9 %	-7,1 %	-4,6 %	+1,5 %
Vermittlerbeschwerden	677	298	261	283	297
Veränderung zum Vorjahr	+127,2%	+14,2 %	-7,8 %	-4,7 %	-13,7 %
Anderweitige	367	422	339	455	352
Veränderung zum Vorjahr	-13,0 %	+24,5 %	-25,5 %	+29,3 %	-15,0 %
Gesamt	18.344	18.133	17.528	18.956	19.754
Veränderung zum Vorjahr	+1,2 %	+3,5 %	-7,5 %	-4,0 %	+0,9 %

Zulässige Unternehmensbeschwerden nach Sparten in Prozent

	2021	2020	2019	2018	2017
Leben	24,8	20,8	23,5	21,9	25,7
Rechtsschutz	23,4	26,3	24,8	26,8	27,2
Kfz-Haft	6,9	7,3	6,8	6,6	6,0
Kfz-Kasko	9,2	10,0	8,7	7,8	6,9
Gebäude	12,8	9,1	9,3	10,3	7,8
Unfall	3,6	4,3	4,8	5,1	4,7
Hausrat	4,7	4,4	5,1	5,8	5,3
Allgemeine Haftpflicht	4,1	4,1	4,6	4,5	4,4
Berufsunfähigkeit	2,5	2,9	2,8	2,8	2,5
Realkredit	0,1	0,2	0,2	0,1	0,4
Sonstige*	7,9	10,6	9,4	8,3	9,1

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

Zulässige Vermittlerbeschwerden nach Sparten in Prozent

	2021	2020	2019	2018	2017
Leben	8,9	42,5	55,2	43,7	58,6
Rechtsschutz	1,6	9,4	4,3	8,7	3,4
Kfz-Haft	0,9	6,6	4,3	8,7	4,1
Kfz-Kasko	2,7	8,5	8,6	11,7	8,3
Gebäude	71,9	4,7	2,6	3,9	2,1
Unfall	0,2	1,9	1,7	5,8	1,4
Hausrat	8,9	8,5	1,7	3,9	1,4
Allgemeine Haftpflicht	1,1	5,7	3,5	1,9	2,8
Berufsunfähigkeit	0,9	2,8	11,2	4,9	4,1
Sonstige*	2,9	9,4	6,9	6,8	13,8

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

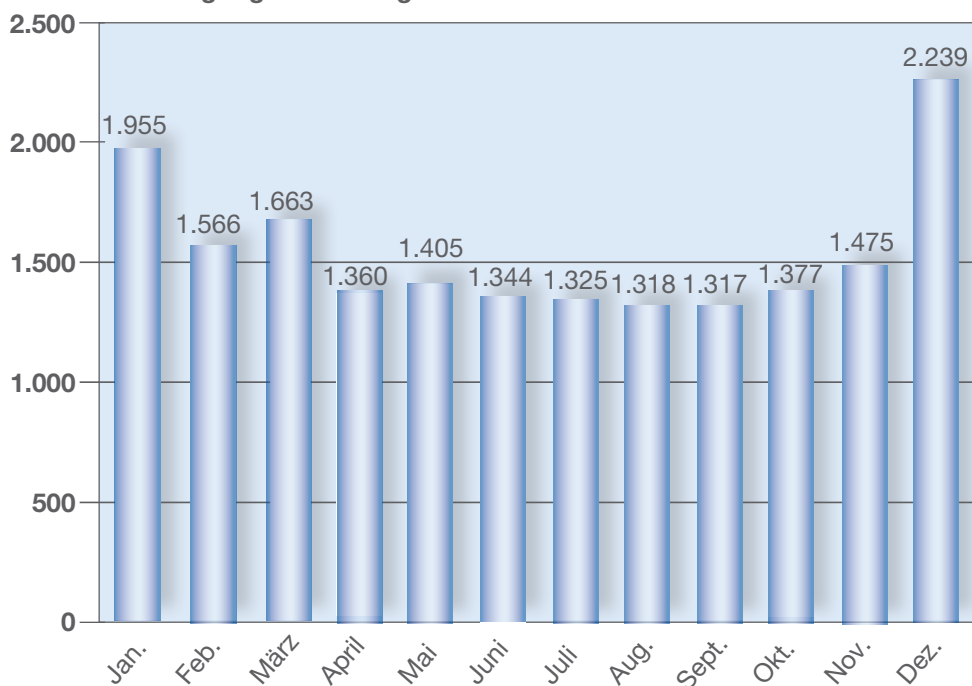
4 STATISTIK

Verteilung nach Aufgabenbereichen und Zulässigkeit*

2021	gesamt	zulässig	unzulässig	keine Weiterverfolgung
Unternehmensbeschwerden	17.300	13.555	2.840	905
Anteil in Prozent	100,0	78,4	16,4	5,2
Vermittlerbeschwerden	677	551	114	12
Anteil in Prozent	100,0	81,4	16,8	1,8
Anderweitige	367	0	367	0
Anteil in Prozent	100,0	0,0	100,0	0,0
Gesamt	18.344	14.106	3.321	917
Anteil in Prozent	100,0	76,9	18,1	5,0

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

Beschwerdeeingänge 2021 dargestellt nach Monaten



Kommunikationseingänge zu den Verfahren

	2021	2020	2019	2018	2017
Telefon	6.641	6.124	7.930	8.349	9.353
Anteil in Prozent	9,5	8,5	10,9	8,7	9,7
Brief	12.950	16.814	21.502	36.813	46.367
Anteil in Prozent	18,5	23,2	29,6	38,2	48,2
Fax	4.236	6.054	8.138	12.188	12.228
Anteil in Prozent	6,1	8,4	11,2	12,7	12,7
E-Mail	35.441	32.175	25.082	26.750	25.439
Anteil in Prozent	50,7	44,5	34,5	27,8	26,5
Web*	10.654	11.171	10.023	12.136	2.769
Anteil in Prozent	15,2	15,4	13,8	12,6	2,9
Gesamt	69.922	72.338	72.675	96.236	96.156

* ab 23.5.2017



2. Gesamtbetrachtung der 2021 beendeten Beschwerden

Diese Auswertungen geben die im Jahr **2021 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

	2021	2020	2019	2018	2017
Zulässige Beschwerden	13.732	13.341	13.309	14.329	15.599
Unzulässige Beschwerden	3.272	4.031	3.690	3.995	3.782
Keine Weiterverfolgung durch Beschwerdeführer	900	811	837	892	1.048
Gesamt	17.904	18.183	17.836	19.216	20.429

Verteilung nach der Höhe des Beschwerdewerts in Prozent

	2021	2020	2019	2018	2017
Bis 5.000 €	84,7	83,4	81,2	82,8	80,0
Bis 10.000 €	7,9	8,8	9,9	8,8	10,9
Bis 20.000 €	2,8	3,2	3,5	3,8	3,9
Bis 100.000 €	4,6	4,6	5,4	4,6	5,2

Verteilung des Beschwerdewerts nach Sparten in Prozent

	bis 5 TEUR	5–10 TEUR	10–20 TEUR	20–100 TEUR
Leben	67,0	19,8	4,9	8,3
Rechtsschutz	95,2	3,8	0,7	0,3
Kfz-Haft	98,6	1,0	0,3	0,1
Kfz-Kasko	90,5	5,8	2,0	1,7
Gebäude	81,0	9,2	5,3	4,5
Unfall	95,9	1,6	0,6	1,9
Hausrat	75,8	11,7	5,5	7,0
Allgemeine Haftpflicht	86,9	7,4	3,0	2,7
Berufsunfähigkeit	20,9	8,9	9,7	60,5
Realkredit	27,3	9,1	27,3	36,3
Sonstige	94,6	1,9	1,7	1,9
Gesamt	84,7	7,9	2,8	4,6

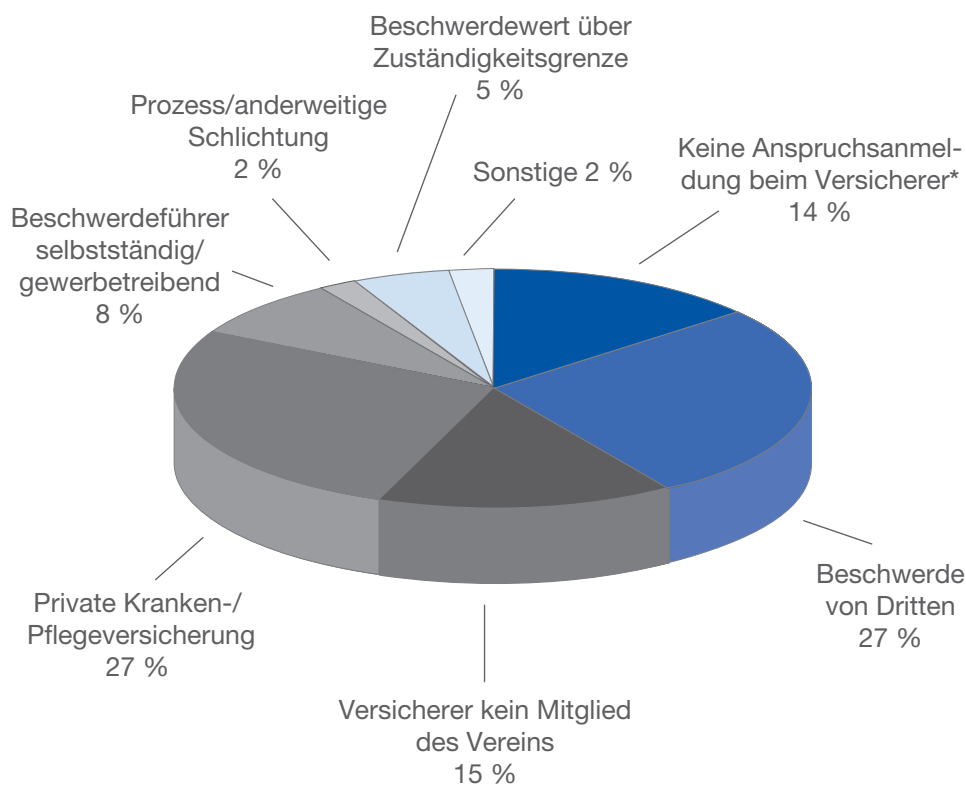
3. Unternehmensbeschwerden

Diese Auswertungen geben die im Jahr **2021 beendeten Beschwerden** wieder, die nach der Verfahrensordnung für Beschwerden gegen Versicherungsunternehmen (VomVO) bearbeitet wurden. Erläuterungen dazu enthält 4.3.

Verteilung der Beendigungsarten von Unternehmensbeschwerden

	2021	2020	2019	2018	2017
Zulässige Beschwerden	13.172	13.248	13.194	14.232	15.440
Anteil in Prozent	78,2	75,8	76,5	77,1	78,3
Unzulässige Beschwerden	2.786	3.430	3.219	3.366	3.237
Anteil in Prozent	16,5	19,6	18,7	18,2	16,4
Keine Weiterverfolgung durch Beschwerdeführer	886	800	825	867	1.047
Anteil in Prozent	5,3	4,6	4,8	4,7	5,3
Beschwerde gesamt	16.844	17.478	17.238	18.465	19.724
Anteil in Prozent	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Verteilung der Unzulässigkeitsgründe von Unternehmensbeschwerden



*Mit Stichtag 31.12.2021. Diese Verfahren können nach Wegfall des Verfahrenshindernisses von den Beschwerdeführern wieder in Gang gesetzt werden.



Verteilung der Beendigungsarten zulässiger Beschwerden in Prozent

	Entscheidung	Empfehlung	Abhilfe	Vergleich	Ungeeignet*	Rücknahme
Leben	49,2	8,2	17,1	2,8	13,1	9,6
Rechtsschutz	56,3	0,5	24,3	3,3	8,7	6,9
Kfz-Haft	42,0	0,0	43,1	3,5	0,1	11,3
Kfz-Kasko	38,4	2,1	41,0	5,3	2,2	11,0
Gebäude	40,3	6,7	14,5	7,4	22,7	8,4
Unfall	61,8	1,5	16,2	7,4	0,2	12,9
Hausrat	37,3	6,6	17,4	21,0	8,4	9,3
Allg. Haftpflicht	49,1	2,6	27,9	12,3	0,2	7,9
Berufsunfähigkeit	15,0	28,5	11,5	5,9	28,8	10,3
Realkredit	27,3	54,5	0,0	9,1	0,0	9,1
Sonstige	39,0	3,1	37,4	9,0	1,4	10,1
Gesamt	46,5	4,4	24,8	5,8	9,1	9,4

* Zur Abweisung als ungeeignet siehe 4.3.

Als ungeeignet abgewiesene Beschwerden*

	2021	2020	2019
Ohne Schlichtungsvorschlag § 9 Abs. 1 VomVO	834	428	489
a) Aufklärung erfordert unangemessenen Aufwand	21	17	63
b) komplexe Tatsachenfeststellung erforderlich	513	176	173
c) grundsätzliche Rechtsfrage ungeklärt	300	235	253
Mit Schlichtungsvorschlag § 9 Abs. 2 VomVO	296	153	185
a) Aufklärung erfordert unangemessenen Aufwand	163	61	59
b) komplexe Tatsachenfeststellung erforderlich	96	48	49
c) grundsätzliche Rechtsfrage ungeklärt	37	44	77
Musterfall § 9 Abs. 3 VomVO	0	0	1
Vorrangige vertragliche Klärung § 9 Abs. 4 VomVO	101	129	106
Abweisungen insgesamt	1.231	710	781

* Zur Abweisung als ungeeignet siehe 4.3

Durchschnittliche Dauer der Beschwerdeverfahren in Tagen

	2021	2020	2019	2018	2017
Zulässige Beschwerden	70,6	70,0	77,2	76,9	85,7
Unzulässige Beschwerden	4,3	4,3	5,0	6,4	9,0
Beschwerden gesamt*	58,9	56,4	62,9	63,2	72,2

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

4 STATISTIK

Erfolgsquote* zulässiger Beschwerden nach Sparten in Prozent

	2021	2020	2019	2018	2017
Leben	29,7	26,6	26,0	26,2	23,6
Rechtsschutz	41,6	45,6	44,3	42,9	44,0
Kfz-Haft	61,0	56,9	53,8	50,0	50,1
Kfz-Kasko	59,2	57,8	54,9	54,7	48,7
Gebäude	29,4	33,9	35,2	36,4	35,5
Unfall	31,2	29,3	29,4	32,4	29,2
Hausrat	47,6	47,1	44,8	41,6	41,5
Allg. Haftpflicht	49,6	45,0	45,4	39,7	44,1
Berufsunfähigkeit	28,4	29,2	30,1	28,0	29,6
Realkredit	22,7	31,3	26,1	52,4	41,4
Sonstige	58,0	53,5	62,3	58,3	50,0
Alle Sparten ohne Leben	45,1	46,5	45,9	44,1	43,0

* Aus Sicht der Beschwerdeführer zur Bewertung der Erfolgsquote siehe 4.3.

4. Vermittlerbeschwerden

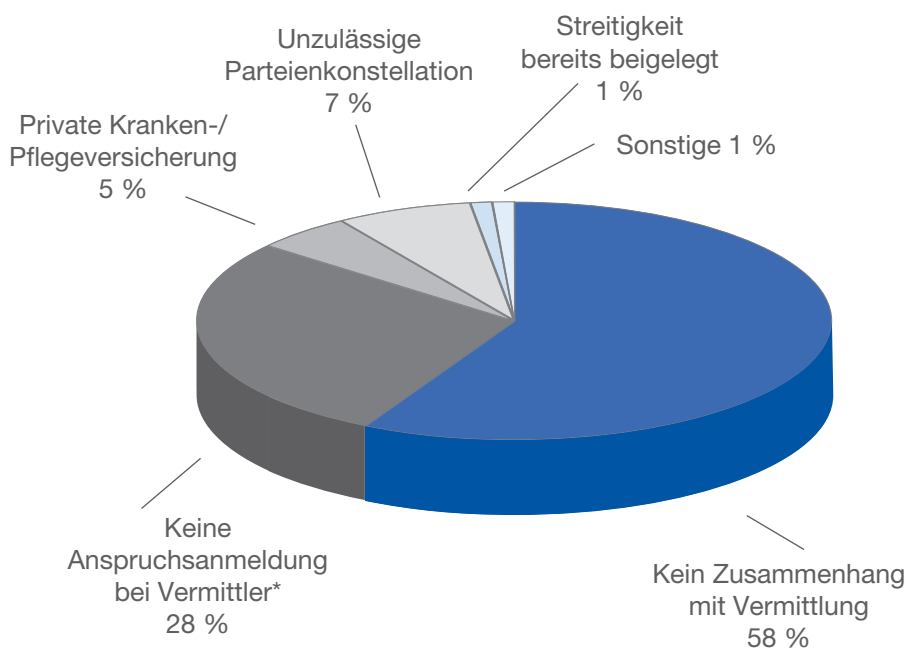
Diese Auswertungen geben die im Jahr **2021 beendeten Beschwerden** wieder, die in Ausübung der Aufgabe nach § 214 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 VVG bearbeitet wurden. Erläuterungen dazu enthalten 4.2 und 4.4.

Verteilung der Beendigungsarten von Vermittlerbeschwerden

	2021	2020	2019	2018	2017
Zulässige Beschwerden	560	93	115	97	159
Anteil in Prozent	80,8	32,8	44,6	32,7	52,3
Unzulässige Beschwerden	119	179	131	175	144
Anteil in Prozent	17,2	63,3	50,8	58,9	47,4
Keine Weiterverfolgung durch Beschwerdeführer	14	11	12	25	1
Anteil in Prozent	2,0	3,9	4,6	8,4	0,3
Beschwerde gesamt	693	283	258	297	304
Anteil in Prozent	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0



Verteilung der Unzulässigkeitsgründe von Vermittlerbeschwerden



*Mit Stichtag 31.12.2021. Diese Verfahren können nach Wegfall des Verfahrenshindernisses von den Beschwerdeführern wieder in Gang gesetzt werden.

Zulässige Beschwerden nach Beendigungsarten in Prozent*

	Bewertung	Abhilfe	Vergleich	Abweisung	Rücknahme
Justiziabel	10,9	10,2	2,5	71,6	2,5
Veränderung zum Vorjahr	-59,0	-2,7	+0,3	+65,1	+1,5
Nicht justiziabel	0,5	0,0	0,0	0,0	1,8
Veränderung zum Vorjahr	-3,8	-1,0	0,0	0,0	-0,4
Gesamt	11,4	10,2	2,5	71,6	4,3
Veränderung zum Vorjahr	-62,8	-3,7	+0,3	+65,1	+1,1

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

Erfolgsquote der zulässigen Vermittlerbeschwerden in Prozent*

	2021	2020	2019	2018	2017
Aus Sicht der Beschwerdeführer	16,8	28,5	24,8	31,4	19,8

* Zur Bewertung der Erfolgsquote siehe 4.4.

5 Anhang

Die folgenden Angaben beziehen sich auf den Stand zum Ende des Berichtsjahres 2021. Die aktuellen Daten sind im Internet unter www.versicherungsombudsmann.de einzusehen oder können bei der Geschäftsstelle erfragt werden.

5.1 Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns (VomVO)

Stand: 23. November 2016

Präambel

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

§ 1 Anwendungsbereich

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

§ 2 Zulässigkeit der Beschwerde

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

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

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

betrifft oder das Bestehen eines solchen Vertrages zum Gegenstand hat.

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

(4) Ein Verfahren vor dem Ombudsmann findet nicht statt

- a) bei Beschwerden, deren Wert 100.000 Euro überschreitet; für die Wertermittlung sind die Grundsätze der Zivilprozessordnung (ZPO) zum Streitwert heranzuziehen, bei einer offengelegten Teilbeschwerde ist der erkennbare Gesamtwert zu berücksichtigen,
- b) bei Beschwerden, die Ansprüche aus einem Kranken- oder Pflegeversicherungsvertrag zum Gegenstand haben,

*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.



- 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 Ablehnung in Textform und unter Angabe der Gründe mit. Der Ombudsmann übermittelt

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



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) Unentschuldig 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.

Beschlussfassung vom 28. September 2020

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 und Ausstattung des Amtes

(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.

(5) Für einen in Ausübung der Tätigkeit nach Absatz 1 Satz 1 eingetretenen Schaden Dritter stellt der Verein den Ombudsmann von der Haftung frei. Mitgliedsunternehmen tragen ihre Schäden selbst. Die vorgenannten Regelungen gelten nicht für vom Ombudsmann vorsätzlich verursachte Schäden.

(6) Der Ombudsmann erhält für die Ausübung der Tätigkeit nach Absatz 1 Satz 1 ein angemessenes Honorar. Über die Höhe entscheidet der Vorstand. Für den Vertreter nach Absatz 1 Satz 2 kann im Falle der Vertretung gleichfalls ein Honorar festgesetzt werden.

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

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

§ 17 Rechnungsprüfer, Jahresabschluss und Rechnungsprüfung

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

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

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

§ 18 Ehrenamtlichkeit

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

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

§ 19 Auflösung des Vereins

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

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

5 ANHANG

5.4 Stellvertreter des Ombudsmanns

Heinz Lanfermann
Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung

5.5 Mitglieder des Beirats

(Stand zum 31.12.2021)

Vertreter der Verbraucherorganisationen

Beate-Kathrin Bextermöller
Stiftung Warentest

Lars Gatschke
Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)

Andrea Heyer
Verbraucherzentrale Sachsen e. V.

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

Susanne Meunier
Stiftung Warentest

Rita Reichard
Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen e. V.

Jochen Weisser
VerbraucherService Bayern im KDFB e. V.

Vertreter der Wissenschaft

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

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

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

**In der Amtsperiode
ausgeschieden:**

Andreas Gernt (Juli 2021)
Verbraucherzentrale Niedersachsen e. V.



**Vertreter der
Vereinsmitglieder**

Thomas Flemming

Vorsitzender der Aufsichtsräte
Mecklenburgische Versicherungen

Jörg Asmussen

Hauptgeschäftsführer
Gesamtverband der Deutschen
Versicherungswirtschaft e. V.

Gerhard Müller

Vorsitzender der Vorstände
Sparkassen-Versicherung Sachsen

Dr. Norbert Rollinger

Vorsitzender des Vorstands
R+V Versicherung AG

Christoph Schmallenbach

Vorstandsvorsitzender
Generali Deutschland Versicherung AG

Frank Sommerfeld

Vorstandsvorsitzender
Allianz Versicherungs-AG

Dr. Wolfgang Weiler

Präsident
Gesamtverband der Deutschen
Versicherungswirtschaft e. V.

**Vertreter der
Versicherungsaufsicht**

Carsten Müller

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)

Dr. Ulf Steenken

Vorsitzender des Arbeitskreises der
Versicherungsaufsichtsbehörden der Länder
Ministerium der Finanzen des Landes Nordrhein-Westfalen

**Vertreter des
öffentlichen Lebens**

Metin Hakverdi

Mitglied des Bundestags, SPD

Michael Hennrich

Mitglied des Bundestags, CDU/CSU

Florian Post

Mitglied des Bundestags*, SPD

Stefan Schmidt

Mitglied des Bundestags, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Max Straubinger

Mitglied des Bundestags, CDU/CSU

Hubertus Zdebel

Mitglied des Bundestags*, DIE LINKE.

**Vertreter der
Versicherungsvermittler-
verbände**

Michael H. Heinz

Präsident
Bundesverband Deutscher
Versicherungskaufleute e. V. (BVK)

Dr. Hans-Georg Jenssen

Geschäftsführender Vorstand
Bundesverband Deutscher
Versicherungsmakler e. V. (BDVM)

**In der Amtsperiode
ausgeschieden:**

Bettina Stark-Watzinger (Dezember 2021)

Mitglied des Bundestags, FDP

* Bezieht sich auf den 19. Bundestag.



5.6 Mitglieder des Vorstands, Geschäftsführer

(Stand zum 31.12.2021)

Vorstand

Thomas Flemming (Vorsitzender des Vereinsvorstands)

Vorsitzender der Aufsichtsräte
Mecklenburgische Versicherungen

Claudia Andersch

Mitglied des Vorstands
R+V Versicherung AG

Jörg Asmussen

Hauptgeschäftsführer
Gesamtverband der Deutschen
Versicherungswirtschaft e. V.

Dr. Wolfgang Breuer

Vorsitzender des Vorstands
Provinzial Holding AG

Klaus-Jürgen Heitmann

Vorstandssprecher
HUK-COBURG Versicherungsgruppe

Gerhard Müller

Vorsitzender der Vorstände
Sparkassen-Versicherung Sachsen

Frank Sommerfeld

Vorstandsvorsitzender
Allianz Versicherungs-AG

Dr. Wolfgang Weiler

Präsident
Gesamtverband der Deutschen
Versicherungswirtschaft e. V.

Geschäftsführer

Dr. Horst Hiort

5 ANHANG

5.7 Mitglieder des Vereins

(Stand zum 31.12.2021)

- A** Achmea Schadeverzekerings N. V.
ADLER Versicherung AG
ADVOCARD Rechtsschutzversicherung AG
AGILA Haustierversicherung AG
AIG Europe S.A., Direktion für Deutschland
Aioi Nissay Dowa Insurance Company of Europe SE, Niederlassung Deutschland
Aioi Nissay Dowa Life Insurance of Europe AG
Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse AG
Allianz Direct Versicherungs-AG
Allianz Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft
Allianz Pensionsfonds AG
Allianz Pensionskasse AG
Allianz Versicherungs-AG
ALTE LEIPZIGER Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit
ALTE LEIPZIGER Pensionsfonds AG
ALTE LEIPZIGER Pensionskasse Aktiengesellschaft
ALTE LEIPZIGER Versicherung AG
Ammerländer Versicherung VVaG
Andsafe Aktiengesellschaft
ARAG Allgemeine Versicherungs-Aktiengesellschaft
ARAG SE
Assurant Europe Insurance N. V.
Astra Versicherung AG
Athora Ireland plc, Niederlassung Deutschland
Athora Lebensversicherung AG
AUXILIA Rechtsschutz-Versicherungs-AG
Aviva Life & Pensions Ireland Designated Activity Company
AWP P&C S. A., Niederlassung für Deutschland
AXA easy Versicherung AG
AXA France IARD S.A.
AXA France IARD S.A. Zweigniederlassung Deutschland
AXA France Vie S.A.
AXA France Vie S.A. Zweigniederlassung Deutschland
AXA Lebensversicherung AG
AXA Life Europe dac
AXA Versicherung AG
- B** BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG
Badische Rechtsschutzversicherung AG
Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG
Barmenia Lebensversicherung a. G.
Basler Lebensversicherungs-AG
Basler Sachversicherungs-AG
BavariaDirekt Versicherung AG



- B** Bayerische Beamten Lebensversicherung a. G.
Bayerische Hausbesitzer-Versicherungs-Gesellschaft a. G.
Bayerische Landesbrandversicherung Aktiengesellschaft
Bayerischer Versicherungsverband Versicherungsaktiengesellschaft
Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG
BD24 Berlin Direkt Versicherung AG
BGV-Versicherung AG
BL die Bayerische Lebensversicherung AG
- C** Canada Life Assurance Europe plc, Niederlassung für Deutschland
Cardif Allgemeine Versicherung, Zweigniederlassung für Deutschland
Cardif Lebensversicherung, Zweigniederlassung für Deutschland
Chubb European Group SE, Direktion für Deutschland
CNA Insurance Company (Europe) S.A., 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
Cowen Insurance Company Limited
Coya AG
Credit Life AG
- D** DA Deutsche Allgemeine Versicherung Aktiengesellschaft
DARAG Deutschland AG
Debeka Allgemeine Versicherung Aktiengesellschaft, Sitz Koblenz am Rhein
Debeka Lebensversicherungsverein a. G., Sitz Koblenz am Rhein
Debeka Pensionskasse AG
Delta Direkt Lebensversicherung AG München
Delvag Versicherungs-AG
DEURAG Deutsche Rechtsschutz-Versicherung AG
Deutsche Ärzteversicherung Aktiengesellschaft
Deutsche Assistance Versicherung Aktiengesellschaft
Deutsche Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft
Deutsche Niederlassung der FRIDAY Insurance S.A.
Deutsche Steuerberater-Versicherung Pensionskasse des steuerberatenden Berufs VVaG
DEVK Allgemeine Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft
DEVK Allgemeine Versicherungs-AG
DEVK Deutsche Eisenbahn Versicherung Lebensversicherungsverein a. G.
DEVK Deutsche Eisenbahn Versicherung Sach- und HUK-Versicherungsverein a. G.
DEVK Rechtsschutz-Versicherungs-AG
DFV Deutsche Familienversicherung AG
Dialog Lebensversicherungs-AG
Dialog Versicherung AG
Die Haftpflichtkasse VVaG

5 ANHANG

- D** DIREKTE LEBEN Versicherung AG
DMB Rechtsschutz-Versicherung AG
DOCURA VVaG
Domestic & General Insurance Europe AG
Dortmunder Lebensversicherung AG
- E** Element Insurance AG
Entis Lebensversicherung AG
ERGO Direkt Versicherung AG
ERGO Lebensversicherung AG
ERGO Pensionskasse AG
ERGO Versicherung AG
ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG
Europ Assistance S.A., Irish Branch
Europ Assistance S.A., Niederlassung für Deutschland
EUROPA Lebensversicherung AG
EUROPA Versicherung AG
- F** Fahrlehrerversicherung Verein auf Gegenseitigkeit
Feuer- und Einbruchschadenkasse der BBBank VVaG
Feuersozietät Berlin Brandenburg Versicherung Aktiengesellschaft
Frankfurt Münchener Lebensversicherung AG
Frankfurter Lebensversicherung AG
FWU Life Insurance Lux S.A. Niederlassung Deutschland
- G** GARANTA Versicherungs-AG
Gartenbau-Versicherung VVaG
GAV Versicherungs-AG
Gemeinnützige Haftpflicht-Versicherungsanstalt Darmstadt
Gemeinnützige Haftpflichtversicherungsanstalt Kassel
Generali Deutschland Lebensversicherung AG
Generali Deutschland Pensionskasse AG
Generali Deutschland 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-Direktversicherung AG
- H** Häger Versicherungsverein a. G.
Hamburger Feuerkasse Versicherungs-AG
Hannoversche Lebensversicherung AG
HanseMercur Allgemeine Versicherung AG
HanseMercur Lebensversicherung AG
HanseMercur Reiseversicherung AG
HDI Lebensversicherung AG



- H** HDI Pensionskasse AG
HDI Versicherung AG
Heidelberger Lebensversicherung AG
HELVETIA Schweizerische Lebensversicherungs-AG
Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft, Direktion für Deutschland
HISCOX S.A. Niederlassung für Deutschland
Hübener Versicherungs-AG
HUK24 AG
HUK-COBURG Haftpflicht-Unterstützungs-Kasse kraftfahrender Beamter Deutschlands a. G. in Coburg
HUK-COBURG-Allgemeine Versicherung AG
HUK-COBURG-Lebensversicherung AG
HUK-COBURG-Rechtsschutzversicherung AG
- I** Ideal Lebensversicherung a. G.
Ideal Versicherung AG
INTER Allgemeine Versicherung AG
INTER Lebensversicherung AG
INTER Partner Assistance S.A., Direktion für Deutschland
Interlloyd Versicherungs-AG
InterRisk Lebensversicherungs-AG, Vienna Insurance Group
InterRisk Versicherungs-AG, Vienna Insurance Group
IptiQ EMEA P&C S.A., Niederlassung Deutschland
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** KRAVAG-ALLGEMEINE Versicherungs-Aktiengesellschaft
KRAVAG-LOGISTIC Versicherungs-Aktiengesellschaft
- L** Landesschadenhilfe Versicherung VaG
LBN Versicherungsverein a. G.
Lebensversicherung von 1871 a. G. München
Lemonade Insurance N. V.
Lifestyle Protection AG
Lifestyle Protection Lebensversicherung AG
Lippische Landes-Brandversicherungsanstalt
Lloyd's Insurance Company S.A., Niederlassung für Deutschland
LVM Landwirtschaftlicher Versicherungsverein Münster a. G.
LVM Lebensversicherungs-AG
- M** Mannheimer Versicherung AG
Markel Insurance SE
Mecklenburgische Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft
Mecklenburgische Versicherungs-Gesellschaft a. G.
Medien-Versicherung a. G. Karlsruhe, vorm. Buchgewerbe-Feuerversicherung, gegr. 1899
Monuta Versicherungen, Niederlassung Deutschland der Monuta Verzekeringen N.V. Apeldoorn
MÜNCHENER VEREIN Allgemeine Versicherungs-AG

5 ANHANG

- M** MÜNCHENER VEREIN Lebensversicherung a. G.
myLife Lebensversicherung AG
- N** Neodigital Versicherung 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
Newline Europe Versicherung AG
nexible Versicherung AG
Niedersächsische Versicherung VVaG
NORDHEMMER Versicherungsverein a. G.
NÜRNBERGER Allgemeine Versicherungs-AG
NÜRNBERGER Beamten Allgemeine Versicherung AG
NÜRNBERGER Beamten Lebensversicherung AG
NÜRNBERGER Lebensversicherung AG
NÜRNBERGER Pensionskasse AG
NV Versicherung VVaG
- O** Öffentliche Feuerversicherung Sachsen-Anhalt
Öffentliche Lebensversicherung Braunschweig
Öffentliche Lebensversicherung Sachsen-Anhalt
Öffentliche Lebensversicherungsanstalt Oldenburg
Öffentliche Sachversicherung Braunschweig
Oldenburgische Landesbrandkasse
ÖRAG Rechtsschutzversicherungs-AG
Ostangler Brandgilde Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit (VVaG)
Ostfriesische Landschaftliche Brandkasse
- P** PB Lebensversicherung AG
PB Versicherung AG
Pensionskasse der Genossenschaftsorganisation Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit
Pro bAV Pensionskasse AG
ProTect Versicherung AG
Protector Lebensversicherungs-AG
Provinzial Nord Brandkasse Aktiengesellschaft
Provinzial NordWest Lebensversicherung Aktiengesellschaft
Provinzial Rheinland Lebensversicherung AG
Provinzial Versicherung AG Die Versicherung der Sparkassen
Proxalto Lebensversicherung Aktiengesellschaft
PRUDENTIA Pensionskasse AG
PVAG Polizeiversicherungs-Aktiengesellschaft
- Q** QBE Europe SA/NV 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 Versicherungs AG
Rhion Versicherung Aktiengesellschaft
ROLAND Rechtsschutz-Versicherungs-AG
ROLAND Schutzbrief-Versicherung AG
- S** SAARLAND Feuerversicherung AG
Schleswiger Versicherungsverein a. G.
SHB Allgemeine Versicherung VVaG
SIGNAL IDUNA Allgemeine Versicherung AG
SIGNAL IDUNA Lebensversicherung a. G.
SIGNAL IDUNA Pensionskasse AG
Skandia Lebensversicherung AG
SOGECAP S.A. Deutsche Niederlassung
SOGESSUR S.A. Deutsche Niederlassung
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 International DAC
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 Europe S.A. Zweigniederlassung für Deutschland
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.
Versicherer im Raum der Kirchen Lebensversicherung AG
Versicherer im Raum der Kirchen Sachversicherung AG
Versorgungsausgleichskasse Pensionskasse VVaG
Verti Versicherung AG
VGH Landschaftliche Brandkasse Hannover
VGH Provinzial Lebensversicherung Hannover
VHV Allgemeine Versicherung AG
VICTORIA Lebensversicherung AG
Volkswagen Autoversicherung AG

5 ANHANG

- V** Volkswagen Versicherung AG
VOLKSWOHL BUND LEBENSVERSICHERUNG a. G.
VOLKSWOHL BUND SACHVERSICHERUNG AG
VPV Allgemeine Versicherungs-AG
VPV Lebensversicherungs-AG
VRK Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit im Raum der Kirchen
- W** Waldenburger Versicherung AG
Wefox Insurance AG
WERTGARANTIE AG
WGV-Lebensversicherung AG
WGV-Versicherung AG
Württembergische Gemeinde-Versicherung a. G.
Württembergische Lebensversicherung AG
Württembergische Versicherung AG
Würzburger Versicherungs-AG
WWK Allgemeine Versicherung AG
WWK Lebensversicherung a. G.
WWK Pensionsfonds AG
- X** XL Insurance Company SE, Direktion für Deutschland
- Z** Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung Aktiengesellschaft
Zurich Insurance plc., Niederlassung Deutschland
Zurich Life Assurance plc.



5.8 Abkürzungsverzeichnis

a. F.	alte Fassung
a. G.	auf Gegenseitigkeit
AG	Aktiengesellschaft
AG	Amtsgericht
AHB	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung
AltZertG	Altersvorsorgeverträge-Zertifizierungsgesetz
ARB	Allgemeine Rechtsschutzversicherungsbedingungen
AUB	Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen
Az.	Aktenzeichen
BaFin	Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
bAV	betriebliche Altersversorgung
BdV	Bund der Versicherten
BetrAVG	Gesetz zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGH	Bundesgerichtshof
BMF	Bundesministerium der Finanzen
BMJ	Bundesministerium der Justiz
BMJV	Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz
DSGVO	Datenschutzgrundverordnung
EDV	elektronische Datenverarbeitung
EGZPO	Einführungsgesetz zur Zivilprozessordnung
EU	Europäische Union
EuGH	Euorpäischer Gerichtshof
e. V.	eingetragener Verein
FinDAG	Finanzdienstleistungsaufsichtsgesetz
FIN-NET	Netzwerk der Schlichtungsstellen für Finanzdienstleistungen
GewO	Gewerbeordnung
GDV	Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GMG	GKV-Modernisierungsgesetz
CoronalmpfV	Coronavirus-Impfverordnung
i. S. v.	im Sinne von
IT	Informationstechnik
Kfz	Kraftfahrzeug
MdB	Mitglied des Bundestags
OLG	Oberlandesgericht
PIA	Produktinformationsstelle Altersversorgung gGmbH
PKV	Ombudsmann private Kranken- und Pflegeversicherung
Rdn.	Randnummer
VAG	Versicherungsaufsichtsgesetz
VAG-InfoV	VAG-Informationspflichtenverordnung
VermVO	Verfahrensordnung für Beschwerden im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen
VersVermV	Versicherungsvermittlungsverordnung
VEVK	Verein Ehrbare Versicherungskaufleute e. V.
VomVO	Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns
VSBG	Verbraucherstreitbeilegungsgesetz
VVaG	Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit
VVG	Versicherungsvertragsgesetz



VW
vzbv

Volkswagen
Bundesverband der Verbraucherzentralen und Verbraucher-
verbände – Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.
Zivilprozessordnung

ZPO

BESCHWERDE - KONTAKT

Versicherungsombudsmann e. V.

Postfach 080632, 10006 Berlin

Telefon: 0800 3696000

Telefax: 0800 3699000

www.versicherungsombudsmann.de

beschwerde@versicherungsombudsmann.de

IMPRESSUM

Herausgeber

Versicherungsombudsmann e. V.

Postfach 080632, 10006 Berlin

Leipziger Straße 121, 10117 Berlin

Telefon: 030 206058-0

Telefax: 030 206058-58

www.versicherungsombudsmann.de

info@versicherungsombudsmann.de

Gestaltung

Katja Trapp

Fotos

© Seite 2, Johanna Detering/

Max-Planck-Institut für ausländisches
und internationales Privatrecht

© Seite 8, Dietmar Gust

Druck

Druckerei Bloch & Co. GmbH, Berlin