

JAHRESBERICHT
2015



OMBUDSMANN
für Versicherungen





Der Ombudsman für Versicherungen ist seit 15 Jahren eine feste Größe der alternativen Streitbeilegung in Deutschland. Er hat Maßstäbe für die Arbeit der Schlichtungsstellen in Deutschland insgesamt gesetzt. Diese Maßstäbe haben ganz wesentlich die Arbeit an dem Verbraucherstreitbeilegungsgesetz geprägt, das am 1. April in Kraft getreten ist. Mit unserem neuen Gesetz können jetzt alle Verbraucherinnen und Verbraucher zu ihrem Recht kommen, wenn es Streit um einen Verbrauchervertrag gibt – schnell, einfach und ohne das Risiko eines Gerichtsprozesses.

Ombudsman Professor Günter Hirsch hat dieses Gesetz einmal als „ein umfassendes Paralleluniversum des alternativen Rechtsschutzes“ bezeichnet. Wenn das so ist, dann war der Versicherungsombudsman darin so etwas wie ein Fixstern. Denn es waren vor allem die guten Erfahrungen mit dem Ombudsman für Versicherungen, die geholfen haben, die alternative Streitbeilegung grundsätzlich zu regeln. Er hat gezeigt, dass sie nicht in Konkurrenz zur gerichtlichen Streitentscheidung steht, sondern den Rechtsschutz durch Gerichte sinnvoll ergänzt und vervollständigt.

Der Versicherungsombudsman hatte auch im letzten Jahr wieder viel zu tun – und das ist auch gut so. Er wird von den Verbraucherinnen und Verbrauchern als wirksames Instrument akzeptiert. Dass sie damit richtig liegen, beweisen zwei Zahlen: 20.827 Beschwerden sind im Jahr 2015 beim Versicherungsombudsman eingegangen, 20.980 hat er im selben Jahr erledigt. Diese Effizienz ist Vorbild und Ansporn für die vielen weiteren Schlichtungsstellen, die nach dem Inkrafttreten des Verbraucherstreitbeilegungsgesetzes bald ihre Tätigkeit aufnehmen.

Vorbild ist der Ombudsman für Versicherungen auch in institutioneller Hinsicht. Er hat große finanzielle und organisatorische Freiheiten. Er wird von fast der gesamten Versicherungswirtschaft im Privatkundenbereich getragen. Und er ist unabhängig: Vertreter der Verbraucherseite, Wissenschaftler und Abgeordnete des Bundestages sitzen im Beirat des Vereins, der den Ombudsman trägt. Auch das stärkt seine Akzeptanz.

Ich danke dem Versicherungsombudsman sowie allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Vereins, die ihn so erfolgreich und damit zu einem Taktgeber gemacht haben, und wünsche Ihnen allen auch für das kommende Jahr weiter Erfolg und gutes Gelingen.

Heiko Maas
Bundesminister der Justiz
und für Verbraucherschutz





Inhalt

1	Der Versicherungsombudsmann	6
1.1	Allgemeines	6
1.2	Sinn und Zweck der Schlichtungsstelle	7
1.3	Der Ombudsmann in Person: Professor Dr. Günter Hirsch	8
1.4	Das Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsunternehmen	10
1.5	Das Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsvermittler	13
1.6	Veröffentlichung der Entscheidungen des Ombudsmanns	15
1.7	Anpassung der Ombudsmannverfahren	16
2	Bericht des Ombudsmanns	18
2.1	Problematische Dreiecksverhältnisse	18
2.2	Beschwerden an die falsche Adresse	21
2.3	Computer außer Kontrolle	21
2.4	Destruktives Verhaltensverhalten	22
2.5	Rechtsschutz durch Abwehrdeckung	23
2.6	Verbraucherstreitbeilegungsgesetz	23
2.7	Die Versicherungssparten in der Jahresbetrachtung	25
2.8	Beschwerdefälle	64
3	Einzelheiten zur Schlichtungsstelle	84
3.1	Allgemeines	84
3.2	Organisation und Personal	87
3.3	Vereinsmitglieder und Mitgliederversammlung	88
3.4	Vorstand, Geschäftsführung	90
3.5	Beirat	91
3.6	Presse- und Öffentlichkeitsarbeit	93
3.7	Fachlicher Austausch	95
3.8	Gremienarbeit	97
3.9	Finanzen	98
4	Statistik	100
4.1	Gesamtbetrachtung	100
4.2	Differenzierung nach Zuständigkeiten des Ombudsmanns	102
4.3	Beschwerden gegen Versicherungsunternehmen	103
4.4	Beschwerden gegen Versicherungsvermittler	105
4.5	Tabellen und Grafiken	108
5	Anhang	116
5.1	Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns (VomVO)	116
5.2	Verfahrensordnung für Vermittlerbeschwerden (VermVO)	122
5.3	Satzung des Vereins	124
5.4	Mitglieder des Beirats	130
5.5	Mitglieder des Vorstands, Geschäftsführer	133
5.6	Mitglieder des Vereins	134

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

1 Der Versicherungsombudsmann

1.1 Allgemeines

Seit einigen Jahren gewinnt die außergerichtliche Streitbeilegung enorm an Bedeutung. Viele Schlichtungsstellen sind bereits entstanden, weitere werden bald folgen. Grund dafür ist eine EU-Richtlinie aus dem Jahr 2013, die ein lückenloses Netz von Schlichtungsstellen fordert. Kunden sollen bei Streitigkeiten aus Verbraucherverträgen einen „kostengünstigen, einfachen und schnellen Rechtsschutz“ ohne Inanspruchnahme der Gerichte erhalten. Die Umsetzung in Deutschland konnte 2016 abgeschlossen werden. Das entsprechende Gesetz wurde am 25. Februar 2016 im Bundesgesetzblatt verkündet (Näheres unter 2.6). Für den Bereich der Privatversicherungen ergeben sich nur wenige Veränderungen, denn die Branche schuf mit dem Versicherungsombudsmann frühzeitig eine Schlichtungsstelle, die – nicht nur für den Finanzdienstleistungsbereich – Maßstäbe gesetzt hat. Der Versicherungsombudsmann, der etwa von Verbraucherorganisationen und vom Deutschen Richterbund ausdrücklich als vorbildhaft bezeichnet wird, entspricht bereits in allen wesentlichen Punkten den Vorgaben der Richtlinie. In anderen Branchen sind jedoch erhebliche Umwälzungen zu erwarten, wenn private Schlichtungsstellen entstehen und eine Allgemeine Verbraucherstelle für die nächsten Jahre die Aufgaben einer Universalschlichtungsstelle übernimmt.

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



1.2 Sinn und Zweck der Schlichtungsstelle

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

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

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

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

1 DER VERSICHERUNGSOMBUDSMANN

1.3 Der Ombudsman in Person: Professor Dr. Günter Hirsch

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



Die Unabhängigkeit des Ombudsmanns

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

Eine Person muss daher besondere Voraussetzungen erfüllen, damit sie in das Amt des Ombudsmanns gewählt werden kann. Insbesondere soll sie die Befähigung zum Richteramt und besondere Erfahrungen in Versicherungssachen vorweisen können. Sie darf in den letzten drei Jahren vor Antritt des Amtes nicht hauptberuflich für ein Versicherungsunternehmen tätig gewesen sein. Seit der Aufgabenerweiterung für Vermittlerbeschwerden gilt dies auch für eine vorherige Tätigkeit als Versicherungsvermittler oder -berater. Der Ombudsman 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 Ombudsman 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 seiner Amts-



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

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

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

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

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

Durch die Richtlinie über alternative Streitbeilegung in Verbraucherangelegenheiten vom 21. Mai 2013 und das Verbraucherstreitbeilegungsgesetz vom 19. Februar 2016 wird die außergerichtliche Streitbeilegung gesetzlich geregelt.

1.4 Das Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsunternehmen

Alle Sparten der privaten Versicherungswirtschaft, ausgenommen die Kranken-, Pflege- und Kreditversicherung, fallen in die Zuständigkeit des Versicherungsombudsmanns. Die Schlichtungsstelle steht den Kunden der Mitgliedsunternehmen offen, soweit die Beschwerde im Zusammenhang mit ihrer Eigenschaft als Verbraucher steht. Durch den Ombudsmann erhalten sie die Möglichkeit, ihre Meinungsverschiedenheit ohne Kostenrisiko auszutragen. Das eröffnet einen im Verhältnis zum Gerichtsverfahren alternativen Zugang zum Recht, der effizient und weniger formal ist. Auf diese Weise erhalten Verbraucher, die in der Regel nicht über besondere Rechts- oder 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. beitreten, verpflichten sich nach der Vereinssatzung, ihre Kunden zu Vertragsbeginn auf das Ombudsmannverfahren aufmerksam zu machen. Dieser Hinweispflicht kommen die Mitglieder überwiegend durch Information in den Unterlagen des Versicherungsvertrages nach. Zumeist befinden sich die Angaben zum Versicherungsombudsmann an der Stelle, an der auch die Information zur Versicherungsaufsichtsbehörde – in der Regel ist dies die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) – aufgeführt ist. Über diese Verpflichtung hinausgehend haben einzelne Mitglieder den Hinweis auf den Ombudsmann in die Standardangaben ihrer Briefe aufgenommen.

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

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

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



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

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

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

1 DER VERSICHERUNGSOMBUDSMANN

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

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

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

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



1.5 Das Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsvermittler

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

Die Ausgestaltung des Verfahrens gegen Versicherungsvermittler ist mit dem gegen Versicherer nicht vergleichbar. Die Kompetenzen des Ombudsmanns für Beschwerden gegen Versicherer werden in der Vereinssatzung begründet, sie beruhen auf privatrechtlicher Grundlage als Folge des freiwilligen Beitritts zum Verein. Dagegen wird der Ombudsmann bei Beschwerden gegen Vermittler aufgrund der gesetzlichen Aufgabenzuweisung tätig. Seine Kompetenzen ergeben sich insoweit aus § 214 VVG. Wegen dieser Unterschiede wurde für Beschwerden gegen Vermittler eine eigene Verfahrensordnung (VermVO) erlassen.

Entsprechend der gesetzlichen Zuweisung ist der Ombudsmann zuständig für Streitigkeiten zwischen Versicherungsnehmern oder -interessenten und Versicherungsvermittlern oder -beratern „im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen“. Die so festgelegte Zuständigkeit führt zu gewissen Einschränkungen. So fallen Beschwerden eines Vermittlers gegen einen anderen Vermittler oder Beschwerden des Vermittlers gegen ein Unternehmen und umgekehrt nicht darunter. Abgrenzungsbedarf besteht auch in Bezug auf das Beschwerdeziel. Wird die Beteiligung des Vermittlers an der Schadenregulierung oder die Kündigung von Versicherungsverträgen durch Vermittler beanstandet, kann der Ombudsmann nicht tätig werden, es sei denn, es besteht eine Verbindung mit der Vermittlung eines neuen Vertrages. Streitigkeiten im Zusammenhang mit der reinen Betreuung von Versicherungsverträgen gehören ebenfalls nicht zur Zuständigkeit des Ombudsmanns. Diese Einschränkungen werden bei Anpassungen an das Verbraucherstreitbeilegungsgesetz (siehe näher unter 1.7 und 2.6) zu überprüfen sein. Rügt der Beschwerdeführer ein Verhalten des Vermittlers, das – wie bei Versicherungsvertretern üblich – dem Unternehmen zuzurechnen ist, wird vorrangig ein Verfahren nach der Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns (VomVO) durchgeführt.

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

1 DER VERSICHERUNGSOMBUDSMANN

Die beiden Beschwerdeverfahren des Ombudsmanns unterscheiden sich noch in weiteren Aspekten. Im direkten Vergleich fällt zum Beispiel auf, dass nach der VomVO kein Verfahren stattfindet, falls der Beschwerdegegenstand von einem Gericht abschließend behandelt wurde. Derartiges regelt die VermVO dagegen nicht ausdrücklich. Der Ombudsmann prüft jedoch, ob das Verfahren geeignet ist, den Streit beizulegen (§ 4 Absatz 6 Satz 1 VermVO). Darunter fällt zum Beispiel, dass nach Abschluss eines Gerichtsverfahrens der Ombudsmann keine erneute Prüfung vornehmen kann.

Das Verfahren selbst ist für den Versicherungsnehmer grundsätzlich kostenfrei, er muss nur seine Auslagen, etwa für Briefporto, selbst tragen. Dem Versicherungsvermittler kann ein Entgelt auferlegt werden, wenn er Anlass zur Beschwerde gegeben hat. Im Fall von offensichtlich missbräuchlich eingelegten Beschwerden können auch die Beschwerdeführer zur Kostentragung herangezogen werden. Ebenso wie das Verfahren nach der VomVO wird das Vermittlerverfahren schriftlich geführt. Anders als bei Unternehmensbeschwerden ist der Sachverhalt allerdings nicht von Amts wegen zu ermitteln. Im Unterschied zur VomVO wird durch eine Vermittlerbeschwerde die Verjährung nicht gehemmt (§ 6 VermVO), auch insoweit wird die Regelung jedoch an das zukünftige Verbraucherstreitbeilegungsgesetz anzupassen sein.

Die Verfahrensordnung für Vermittlerbeschwerden sieht vor, dass der Versicherungsombudsmann „in geeigneten Fällen“ einen Schlichtungsvorschlag unterbreitet. Darüber hinausgehende Befugnisse sind nicht geregelt, insbesondere können bei Vermittlerbeschwerden im Gegensatz zu Unternehmensbeschwerden keine bindenden Entscheidungen getroffen werden. Dies geht allerdings nicht auf mangelnde „Entscheidungsfreude“ des Ombudsmanns, sondern auf die erwähnten unterschiedlichen Grundlagen zurück. Wie ausgeführt, wird der Ombudsmann in Vermittlerbeschwerden auf gesetzlicher Grundlage tätig. Daher könnten den Entscheidungen des Ombudsmanns nur kraft Gesetzes oder freiwilliger Unterwerfung Bindungswirkung verliehen werden. Insoweit könnte das Verbraucherstreitbeilegungsgesetz Weiterentwicklungen befördern.

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

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



1.6 Veröffentlichung der Entscheidungen des Ombudsmanns

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

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

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

1.7 Anpassung der Ombudsmannverfahren

Der Versicherungsombudsmann ist eine nach § 214 VVG anerkannte Schlichtungsstelle und wird deshalb bevorzugt im Anerkennungsverfahren des Verbraucherstreitbeilegungsgesetzes (VSBG) behandelt. Dies ist in Artikel 23 Absatz 2 des Richtlinien-Umsetzungsgesetzes geregelt. Danach kann der Ombudsmann seine Tätigkeit auf der Grundlage der geltenden organisations- und verfahrensrechtlichen Regelungen bis zum 1. August 2016 fortsetzen. Nach Ablauf dieser Frist gilt er ohne weiteren Akt als Verbraucherschlichtungsstelle, die den Anforderungen des VSBG unterliegt.

Die Änderungen von Satzung und Verfahrensordnung werden durch den Vereinsvorstand vorbereitet und von der Mitgliederversammlung, zum Teil unter Mitwirkung des Beirats, in Kraft gesetzt. Da die zuletzt genannten Gremien regelmäßig im November eines Jahres tagen, gibt es eine kurze Übergangsphase, in der die Anpassung noch nicht detailliert umgesetzt werden kann. Damit die Schlichtungsstelle rechtzeitig die Anforderungen des Gesetzes erfüllt, haben die maßgeblichen Vereinsgremien Grundsatzbeschlüsse gefasst, wonach zum ersten Tag des auf das Inkrafttreten des Richtlinien-Umsetzungsgesetzes folgenden Monats (also dem 1. Mai 2016) die Verfahrensregeln des VSBG mit Vorrang gegenüber den Verfahrensordnungen des Versicherungsombudsmanns anzuwenden sind. Die verfahrensrechtlichen Informationsvorgaben des Gesetzes und der Verbraucherstreitbeilegungs-Informationspflichtenverordnung sind bis zum Ablauf der Übergangsvorschriften umzusetzen. Damit ist sichergestellt, dass der Ombudsmann noch früher als es das Gesetz verlangt, auf Grundlage der neuen Regeln arbeitet.



2 Bericht des Ombudsmanns

2.1 Problematische Dreiecksverhältnisse

Unter den Beschwerden häuften sich im Berichtsjahr auffallend Vorgänge, in denen Verbraucher in eine besondere und komplizierte Vertragsgestaltung einbezogen waren. In der Regel hatte dies eine schwächere Rechtsposition der Verbraucher zur Folge, als sie im Versicherungsvertragsgesetz (VVG) für Versicherungsnehmer angelegt ist. Auf diese Entwicklung und deren Auswirkungen soll an dieser Stelle hingewiesen werden.

Gemeint und nachfolgend in den wesentlichen Auswirkungen beschrieben ist die „Versicherung für fremde Rechnung“ (§ 43 VVG), die hinsichtlich der vertraglichen Beziehungen zu einem Dreiecksverhältnis führt. Solche Verträge sind dadurch gekennzeichnet, dass (mindestens) drei Personen in den Versicherungsvertrag einbezogen sind (Versicherer, Versicherungsnehmer und Versicherter). Diese Vertragskonzeption wirft insbesondere die Frage auf, wem die Leistungs- und Gestaltungsrechte zustehen und wer sie geltend machen darf.

Zu finden waren Versicherungen für fremde Rechnung bei Beschwerden, die in Verbindung mit Geschäften des täglichen Lebens standen, wie zum Beispiel Kauf von Handys, Buchung von Reisen oder Darlehensaufnahmen. Aus den Eingaben wurde deutlich, dass den Beschwerdeführern die komplizierte rechtliche Konstruktion sowie die für sie problematische konkrete Ausgestaltung des Versicherungsvertrages nicht einmal ansatzweise bewusst war. Zur weiteren Verwirrung trug in diesen Beschwerdefällen oft bei, dass die als Versicherungsnehmer Eingesetzten zugleich Vermittler und Regulierungsbeauftragte der Versicherer waren.

So lag etwa einer Beschwerde eine Handyversicherung zugrunde, bei der eine GmbH zugleich Vermittler und Versicherungsnehmer war. Gleichwohl wurde in den Stellungnahmen des Versicherers durchgängig der Handybesitzer, also der Versicherte, irrig als Versicherungsnehmer bezeichnet. Ihm wurde ein „Versicherungszertifikat“ ausgehändigt, dessen rechtliche Qualität als Versicherungsschein unklar war. Beigefügt waren Allgemeine Versicherungsbedingungen, für die ersichtlich nicht der Versicherer, sondern der Versicherungsnehmer (= Vermittler) verantwortlich zeichnete.

In einem anderen Fall hatte ein Landesverband der Gartenfreunde als Versicherungsnehmer für die Mitglieder seiner Kreisverbände einen Rahmenvertrag über „Laubenversicherungen“ abgeschlossen. Im Beitritt des Laubenbesitzers zu dieser Versicherung wurde dieser zu Unrecht als „Versicherungsnehmer“ bezeichnet, in den ihm ausgehändigten Versicherungsbedingungen war die Rede von Pflichten und Obliegenheiten des Versicherungsnehmers, die aber eindeutig auf den Versicherten abstellten.

Erwähnt sei weiter eine Beschwerde, der eine Gruppen-Reiseschutzversicherung mit Einbeziehung von Familienangehörigen zugrunde lag. Darin ging es um die



Frage, ob die altersbedingte Erhöhung der Prämie und des Selbstbehalts für alle (mit-)versicherten Personen galt, auch wenn nur eine von ihnen das betreffende Alter erreichte. Die Klausel in den Versicherungsbedingungen begrenzte die altersbedingte Prämienanhebung auf die Person, die Versicherungsschutz beanspruchte. Der Versicherer berief sich jedoch darauf, dass in einem Informationsschreiben an den Beschwerdeführer nachträglich die aktuellen Versicherungsbedingungen mit einer hiervon abweichenden Regelung (wenn eine versicherte Person die höhere Altersstufe erreicht, steigt die Prämie und der Selbstbehalt für alle Mitversicherten) übermittelt worden seien. Der Beschwerdeführer habe diese durch Schweigen akzeptiert. Dieses Rundschreiben an die Versicherten stammte jedoch nicht vom Versicherer, sondern vom Versicherungsnehmer, der die Versicherung auch vermittelt hatte. Dass der Versicherungsnehmer in einem Schreiben an den Versicherten keine Vertragsklausel ändern kann, die in seinem Vertrag mit dem Versicherer steht, entging dem Versicherer und dem Versicherungsnehmer ersichtlich im Gewirr dieser Schachtelkonstruktion.

Teilweise enthalten derartige Vertragskonstruktionen (so etwa im Rahmen eines „Schutzbriefes“ beim Handykauf) eine Klausel in den Bedingungen, mit der eigene Ansprüche des Kunden (Versicherter, der den Schutzbrief erworben hat) völlig ausgeschlossen werden.

Das Versicherungsvertragsgesetz lässt zu, dass mit einem Versicherungsvertrag nicht nur eigene, sondern auch fremde Interessen abgesichert werden können (§ 43 VVG). So ist etwa bei einem Restschuldversicherungsvertrag, den die Bank als Darlehensgeber abschließt, das Interesse des Versicherten an der erfolgreichen Schuldtilgung, aber auch das Ausfallrisiko der Bank versichert. Ein anderes Beispiel ist das Sicherungsinteresse des Leasinggebers, das durch einen Sachversicherungsvertrag vom Leasingnehmer abgesichert wird. Derartige Fremdversicherungen sind nicht nur rechtlich zulässig, sondern in den passenden Konstellationen auch sinnvoll, um den Interessen aller Beteiligten Rechnung zu tragen. Typisch ist jeweils, dass neben den Versicherungsnehmer eine weitere Person tritt. Zwischen diesen beiden werden die Rechte und Pflichten des Versicherungsnehmers aufgeteilt. In der gesetzlichen Grundkonstellation kann der Versicherungsnehmer als Vertragspartei über die Vertragsgestaltung (etwa eine Kündigung) entscheiden, die Rechte aus dem Vertrag stehen jedoch dem Versicherten (versicherte Person) zu. Dieser kann diese Rechte aber nicht ohne weiteres geltend machen, sondern nur dann, wenn er im Besitz des Versicherungsscheins ist oder der Versicherungsnehmer dem zustimmt (§ 44 Absatz 2 VVG). Für die Aufteilung lässt der Gesetzgeber den Vertragsparteien einigen Spielraum. Probleme entstehen insbesondere dann, wenn die rechtliche Gestaltung mit der wirtschaftlichen Interessenlage nicht übereinstimmt.

Für den Ombudsmann beginnt die Prüfung häufig schon mit der Frage der Zulässigkeit. Wird dem Beschwerdeführer als der versicherten Person die Geltendmachung der Rechte aus dem Vertrag untersagt, ist er auch nicht beschwerdebefugt. Ob Versicherer und Versicherungsnehmer sich dieser Kon-

sequenz bewusst sind, darf bezweifelt werden. Enthalten die Bedingungen, wie häufig, nur den nach der Vereinssatzung erforderlichen Pflichthinweis auf den Versicherungsombudsmann als Streitbeilegungsstelle, ist fraglich, ob damit auch materiell-rechtlich umfassend die Beschwerdebefugnis übertragen wurde. Außerdem ist zum Teil nicht eindeutig zu beantworten, ob dem Kunden als versicherter Person nach § 44 VVG ein „eigener vertraglicher Anspruch“ im Sinne von § 2 Satz 1 Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns (VomVO) zusteht. In Zweifelsfällen wird versucht, die Zustimmung des Versicherungsnehmers zur Einlegung der Beschwerde durch den Versicherten einzuholen.

Für den Kunden kann sich eine Fülle von rechtlichen Problemen auftun. So kann fraglich sein, ob etwa bei einem Garantieverprechen oder einem Wartungsvertrag überhaupt ein Versicherungsgeschäft vorliegt, ob bzw. in welchem Umfang die gesetzlichen Pflichten zur Beratung und Information der Versicherungsnehmer nur gegenüber diesen oder auch gegenüber den Versicherten bestehen, welche Obliegenheiten die Versicherungsnehmer und welche die Versicherten treffen, welche Rechtspflichten die Versicherungsnehmer gegenüber den Versicherten haben, welche Ansprüche dem Versicherten aus eigenem Recht zustehen usw.

Wird das Dreiecksverhältnis Versicherer, Versicherungsnehmer, Versicherter – wie in der Praxis häufig – durch eine zugrunde liegende Gruppenversicherung mit unterschiedlichen Bedingungen noch komplexer konstruiert, kommen weitere Problemfelder hinzu. Dem Versicherten ist dieser Gruppenvertrag oftmals nicht bekannt, auch wird er im Ombudsmannverfahren nicht immer vorgelegt. Mitunter sind diese Konstruktionen derart verschachtelt, dass in einigen Fällen selbst den Versicherern und Versicherungsnehmern der Überblick über Details verloren geht und sie nicht ihrer vertraglichen Rolle gemäß agieren. Damit wird die Zuordnung der vertraglichen Rechte und Pflichten noch unklarer und das Entwirren im Dreiecksverhältnis für den Ombudsmann noch schwieriger.

Die Kunden sind in diesen mehrgliedrigen Vertragskonstruktionen in der Regel das schwächste Glied. Sie bezahlen den Versicherungsschutz, erhalten jedoch als versicherte Person keine klare Rechtsstellung, zum Teil wird ihnen selbst der gesetzlich vorgesehene, jedoch abdingbare Anspruch auf Geltendmachung der Leistung entzogen. Auch greifen die vom Gesetzgeber bei Vertragsschluss zu seinem Schutz vorgesehenen Regeln (wie der Beratungsanspruch, das Widerrufsrecht etc.) nicht. Die Prüfung derartiger Vertragskonstruktionen weckt oftmals Zweifel an deren Interessengerechtigkeit, die sich vielfach jedoch nicht rechtlich festmachen lassen.

Erfreulich ist, dass sich in der Beschwerdepraxis die Versicherer häufig konstruktiv auf Beschwerden einlassen, ohne die rechtlichen Unklarheiten (etwa zur Befugnis, den Anspruch geltend zu machen) zu Lasten der Beschwerdeführer zu problematisieren. Es wird auch nicht verkannt, dass insbesondere bei bestimmten Versicherungen (etwa Handyversicherungen) ein gesteigertes Interesse der Versicherer besteht, sich gegen unberechtigte Leistungsansprüche zu schützen.



Gleichwohl wird den Versicherern, die Gruppenverträge der hier angesprochenen Art schließen oder im Bestand haben, empfohlen, sicherzustellen, dass die Rechte der Verbraucher als Versicherte auch in Gruppenverträgen für fremde Rechnung angemessen und in klarer und transparenter Weise geregelt werden. Insbesondere sollten die Rechte der Kunden/Versicherten, im Versicherungsfall die vertraglichen Leistungsansprüche geltend zu machen, nicht beschränkt, sondern diesen eindeutig zugewiesen werden. Die Befugnis, bei Streitigkeiten mit dem Versicherer oder dem Versicherungsnehmer den Ombudsmann aus eigenem Recht anzurufen, sollte ausdrücklich eingeräumt werden.

2.2 Beschwerden an die falsche Adresse

Nachdem die Beschwerdeeingänge bereits im Jahre 2014 einen neuen Höchststand erreicht hatten (19.897), wurde dieser im letzten Jahr noch übertroffen (20.827). Dazu trugen auch im Berichtsjahr Beschwerden bei, die durch eine Entscheidung des Bundesgerichtshofs (BGH) zur Unwirksamkeit von Klauseln über Bearbeitungsentgelte bei Verbraucherkrediten Ende 2014 ausgelöst wurden (siehe hierzu 2.1 Jahresbericht 2014). Auch die Mehrzahl dieser Beschwerden war unzulässig, da sie sich gegen Banken richteten und keine Versicherungsverträge zum Gegenstand hatten.

Die Tatsache, dass viele Verbraucher ihre Beschwerde bei einer unzuständigen Schlichtungsstelle einlegten (und damit unter Umständen das Ziel, den Eintritt der Verjährung etwaiger Ansprüche zu verhindern, verfehlten), zeigt ein gewichtiges praktisches Problem. Das Risiko, bei einer unzuständigen Schlichtungsstelle zu landen, liegt beim Verbraucher. Wenn auf der Grundlage des Verbraucherstreitbeilegungsgesetzes (dazu näher unter 2.6) den Verbrauchern der lückenlose Zugang zur außergerichtlichen Streitbeilegung (AS) eröffnet wird und ein flächendeckendes Netz an Verbraucherstreitbeilegungsstellen entsteht, wird es für viele Verbraucher noch schwieriger werden zu erkennen, welche Schlichtungsstelle für ihr Problem zuständig ist. Dafür sollte Hilfe bereitgestellt werden. Denkbar wäre eine Art Anlaufstelle, bei der Beschwerden mit verjährungshemmender Wirkung eingelegt werden können und die die Beschwerden an die zuständige Schlichtungsstelle weiterleitet. Diese Aufgabe könnte etwa der Universalschlichtungsstelle übertragen werden.

2.3 Computer außer Kontrolle

Im Juli 2015 berichteten die Medien, dass ein großer Versicherer aufgrund fehlerhafter Computerprogramme über Jahre hinweg in hunderttausenden von Fällen sowohl zum Nachteil als auch zum Vorteil der Kunden die Erträge und Gutschriften von Lebensversicherungen falsch berechnet hat. Der Versicherer hatte dies selbst eingeräumt und eine Nachzahlung bei zu geringen Leistungen angekündigt; zu viel ausgezahlte Beträge wurden nicht zurückgefordert. Teilweise wurde die Vermutung geäußert, dass es auch bei anderen Versicherern derartige systemische Fehler gebe.

Die Veröffentlichung löste Beschwerden gegen diesen, aber auch gegen andere Versicherer aus. Die Beschwerdeführer wollten Gewissheit, ob ihre Verträge Berechnungsfehler enthielten. Der Ombudsmann erwartete zunächst von dem betreffenden Versicherer, dass er sich zur Richtigkeit der jeweiligen Berechnungen äußert. Es waren zu diesem Zeitpunkt aber noch nicht alle Prüfungen abgeschlossen, so dass nicht immer feststand, ob der Vertrag vom Computerfehler betroffen gewesen sein konnte oder nicht. Da das Unternehmen jedoch zusagte, auf die Einrede der Verjährung zu verzichten und eine etwaige Nachzahlung ab Fälligkeit zu verzinsen, konnte der Ombudsmann diese Beschwerden abschließen. Schließlich war der Versicherer auch damit einverstanden, die Beschwerdeführer zu informieren, sobald die Überprüfung des Vertrages abgeschlossen war.

2.4 Destruktives Verhaltensverhalten

Mitunter zeigen sich Beschwerdeführer unkooperativ oder versuchen gar, das Verfahren zur Durchsetzung nicht gerechtfertigter Ansprüche zu missbrauchen. Dann stellt sich die Frage, welche Handlungsmöglichkeiten die Verfahrensordnung dem Ombudsmann gibt. Verweigert etwa der Beschwerdeführer die Vorlage von Angaben oder Unterlagen, kann der Ombudsmann das Verfahren beenden. Ist das Beschwerdevorbringen beleidigend oder grob unsachlich, kann die Durchführung des Verfahrens mit der Begründung abgelehnt werden, dass die Grundlage dafür fehlt, eine gütliche Einigung zu vermitteln oder eine Entscheidung zu treffen, die Akzeptanz findet. Trägt der Versicherer substantiiert Gründe für den Verdacht eines Versicherungsbetrugs vor, entzieht sich der Sachverhalt oft den Aufklärungsmöglichkeiten des Ombudsmannverfahrens. Dann muss im Zweifel mit gerichtlichen Mitteln, einschließlich der Vereidigung und nicht zuletzt den dafür einschlägigen Straftatbeständen bei Falschaussagen, der Fall geklärt werden.

In Einzelfällen kann aber auch auf Seiten des Beschwerdegegners die notwendige Kooperations- und Streitbeilegungsbereitschaft fehlen. Die Möglichkeit der Verfahrensordnung (§ 7 Absatz 1 VomVO), allein auf der Grundlage des Vorbringens des Beschwerdeführers zu entscheiden, greift nur, wenn der Beschwerdegegner nicht fristgerecht Stellung nimmt. Drohen Verfahrensverzögerungen oder gar Verfahrensblockaden durch unzulängliche Stellungnahmen, sind die Möglichkeiten des Ombudsmanns, dem entgegenzuwirken, dagegen begrenzt. Deshalb ist es mitunter nötig, einen Beschwerdegegner darauf hinzuweisen, dass mit seiner Mitgliedschaft im Trägerverein die Pflicht verbunden ist, den Vereinszweck, also die außergerichtliche Streitbeilegung, zu fördern. Dies entspricht der Prozessförderungspflicht der Parteien eines Zivilprozesses (§ 282 Zivilprozessordnung). Der Extremfall, dass wegen destruktiven Verhaltensverhaltens vereinsrechtliche Konsequenzen erwogen wurden, ist noch nicht eingetreten.

Zeichnet sich der Erfolg einer Beschwerde ab, regt der Ombudsmann in geeigneten Fällen an, dass das Unternehmen einlenkt und der Beschwerde abhilft. Nur wenige Versicherer verpassen diese Gelegenheit, das Beschwerdeverfahren selbst durch diese kundenfreundliche Maßnahme zu beenden, und lassen lieber eine Entscheidung des Ombudsmanns gegen sich ergehen.



2.5 Rechtsschutz durch Abwehrdeckung

Im Jahresbericht 2014 (Seite 20 f.) wurde auf eine Entscheidung des Oberlandesgerichts (OLG) Düsseldorf hingewiesen, die eine praktisch höchst bedeutsame Frage betraf. Es ging darum, ob ein Rechtsschutzversicherer im Falle einer streitigen anwaltlichen Honorarforderung seiner Leistungspflicht nachkommt, wenn er erklärt, im Falle der Inanspruchnahme des Versicherungsnehmers die Abwehr des Anspruchs zu übernehmen. Das OLG Düsseldorf erklärte – entgegen der ständigen Spruchpraxis des Versicherungsombudsmanns – dies für unzulässig. Am 21. Oktober 2015 verwarf der Bundesgerichtshof (BGH) die Auffassung des OLG Düsseldorf. Damit steht fest, dass die Rechtsschutzversicherer auch weiterhin ein Wahlrecht haben, ihre Eintrittspflicht durch Übernahme der Vergütung des Anwalts zu erfüllen oder aber, wenn sie die Honorarforderung für unberechtigt halten, durch die Zusage der Abwehrdeckung.

2.6 Verbraucherstreitbeilegungsgesetz

Nachdem der Bundestag am 3. November 2015 das Gesetz zur Umsetzung der Richtlinie über alternative Streitbeilegung in Verbraucherangelegenheiten und zur Durchführung der Verordnung über Online-Streitbeilegung in Verbraucherangelegenheiten (RL-Umsetzungsgesetz) verabschiedet hat und der Bundesrat es passieren ließ, ist das Verbraucherstreitbeilegungsgesetz (VSBG) am 1. April 2016 in Kraft getreten.

Das Gesetz weicht in einigen Punkten vom Regierungsentwurf (vgl. hierzu Jahresbericht 2014, Seite 21 f.) ab. Insbesondere werden die Aufgaben der von den Ländern vorzuhaltenden Universalschlichtungsstellen bis Ende 2019 von einer bundesweit tätigen „Allgemeinen Verbraucherschlichtungsstelle“ wahrgenommen. Die Qualifikationsvoraussetzungen für die Streitmittler werden angehoben: Erforderlich ist entweder die Befähigung zum Richteramt oder die Zertifizierung als Mediator. Träger der Schlichtungsstelle muss ein eingetragener Verein sein, der allerdings nicht institutionell unabhängig zu sein braucht, sondern auch Unternehmens- oder Verbraucherinteressen vertreten kann. Verboten wird eine – vom Europäischen Gerichtshof (EuGH) und BGH für zulässig erachtete – Bestimmung der Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB), wonach der Verbraucher vor Anrufung des Gerichts eine außergerichtliche Streitbeilegung versucht haben muss.

Wie der Ombudsmann das Gesetz bewertet, wird aus dem in der Neuen Juristischen Wochenschrift erschienenen Editorial (NJW 7/2016, Seite 3) ersichtlich. Da die Zeitschrift nicht allen Lesern des Jahresberichts geläufig ist, wird der Wortlaut nachfolgend wiedergegeben.

„Richter + Schlichter = Verbraucherschutz

Wird am 1.4.2016 mit dem Inkrafttreten des Verbraucherstreitbeilegungsgesetzes (VSBG) ein trojanisches Pferd (H. Eidenmüller, FAZ v. 12.7.2013, S. 7) im Burgfried des Rechtsstaats seine unheilbringende Wirkung entfalten? Oder wird mit diesem Gesetz der Verbraucherschutz aufgerüstet und der Rechtsschutz komplettiert?

Nach all dem Pulverdampf muss sich nun zeigen, dass mit dem neuen außergerichtlichen Rechtsbehelfsverfahren (so die zu Grunde liegende EU-RL) keine außerrechtliche Paralleljustiz entsteht. Es sei prognostiziert, dass weder ein System der Ziviljustiz in Europa heraufdämmert, das sich nicht mehr auf staatliche Gerichte stützt, wie H. Roth (JZ 2013, 637 [644]) befürchtet, noch die alternative Streitbeilegung (AS) die Gerichte von all den Streitigkeiten entlasten wird, die besser außergerichtlich bereinigt werden sollten. Die Ergänzung der verfassungsrechtlichen Garantie des Rechtswegs durch eine gesetzliche Garantie des Zugangs zur alternativen Streitbeilegung für Verbraucher und die Etablierung einer lückenlosen und flächendeckenden Infrastruktur an AS-Stellen werden jedoch die Rechtsschutzlandschaft verändern.

Dabei besteht im Ansatz durchaus Konsens: Einen Streit gütlich beizulegen, ist auch in einem Rechtsstaat grundsätzlich vorzugswürdig gegenüber einer richterlichen Streitentscheidung (BVerfG, NJW-RR 2007, 1073 [1074]). Auf Einigung hinzuwirken, ist deshalb auch Aufgabe der Richter (§ 278 ZPO). Allerdings besteht zwischen Verbrauchern und Unternehmen ein Machtgefälle. Dem ist durch materiell-rechtliches Verbraucherschutzrecht Rechnung zu tragen. Die Verbraucher müssen ihre Rechte und Interessen (!) jedoch auch barrierefrei, schnell und kostengünstig durchsetzen können. Das VSBG ist so gesehen eine verfahrensrechtliche Ergänzung des materiellen Verbraucherschutzes. Es trägt insbesondere der Scheu vieler Rechnung, kleine Streitwerte gerichtlich geltend zu machen („Gerichtsphobie“). Aufgabe der Schlichter ist, in einem schnellen, vereinfachten Verfahren ohne die Last der umfassenden Sachverhaltsermittlung und die Pflicht zur strikten Rechtsdurchsetzung nach gütlichen Lösungen zu suchen. Dabei haben sie sowohl mehr als auch weniger Möglichkeiten als die Gerichte. Richter entscheiden im „Kampf ums Recht“, Schlichter sollen befrieden. Dabei kann ihnen auch die Kompetenz eingeräumt werden, verbindlich zu entscheiden, allerdings nur gegenüber dem Unternehmer; dem Verbraucher steht immer der Rechtsweg offen. Die Klärung rechtsgrundsätzlicher Fragen soll der Autorität der Gerichte überlassen bleiben.

Verbraucherschutz braucht beides: einen effektiven gerichtlichen Rechtsweg und einen niederschweligen Zugang zur Schlichtung. Das VSBG legt für Letzteren die Grundlagen; nun ist es Sache der Schlichter, die damit verbundenen Versprechen des Gesetzgebers einzulösen.“



2.7 Die Versicherungssparten in der Jahresbetrachtung

Nachfolgend wird die Entwicklung in den Versicherungssparten im Jahr 2015 aus Sicht der Beschwerdebearbeitung aufgezeigt. Wie in den Vorjahren werden alle Versicherungssparten dargestellt. Dies soll dem Leser ermöglichen, jede Sparte über Jahre hinweg zu verfolgen und sich ein eigenes Bild von der Entwicklung aus der Perspektive der Beschwerdebearbeitung zu machen. Alle Berichte aus den Sparten enthalten die wichtigsten statistischen Angaben, die vorwiegenden Themen und Probleme einschließlich der Erläuterungen. Darüber hinaus werden eventuell vorhandene Besonderheiten dargestellt und die langfristige Entwicklung beschrieben, sofern dies von Interesse ist.

Angesichts der Vielzahl an Themen und Ereignissen kann eine Darstellung an dieser Stelle trotz des umfangreichen Berichts nicht vollständig sein. Angaben zur Anzahl oder zum Anteil der Beschwerden beziehen sich immer auf sämtliche Beschwerden – unabhängig von der Zuordnung nach den Aufgabenbereichen des Ombudsmanns. Es wird nur dort zwischen Beschwerden gegen Versicherungsunternehmen und gegen Versicherungsvermittler unterschieden, wo dies angemerkt ist. Gleiches gilt für die Angaben der Beschwerdezahlen; ohne Hinweis beziehen sich diese auf die zulässigen Eingaben. Eine grundlegende Tendenz, die sich schon seit einigen Jahren in allen Sparten zeigt, hält weiter an: Die Bearbeitung der Beschwerden wird zunehmend aufwändiger. Dies betrifft die juristische Bewertung, zeigt sich aber auch bei den Kontakten mit den Beteiligten des Verfahrens. Die Gründe dafür sind mannigfaltig. Nachfolgend werden die beiden wohl wichtigsten genannt:

Das rechtliche Umfeld ist erheblich komplexer und dynamischer geworden. Dies liegt zum Beispiel an jüngeren Gesetzesentwicklungen wie der Reform des VVG, des Vermittlerrechts oder jüngst an den Vorgaben zur Verbraucherschlichtung. Obwohl damit vielfach lang bekannte Probleme gelöst werden sollten, tauchen in der Praxis nicht selten mehr Fragen als vorher auf. Auch in der Rechtsprechung ist diese Entwicklung zu beobachten. Wird eine Streitfrage durch den BGH geklärt, können durch entsprechende Interpretation des Urteils durchaus viele neue Fragen aufgeworfen werden. Zum Teil ergeben sich aber auch zwangsläufig Folgeprobleme, die sich häufig erst im Detail der Rechtsprüfung bei besonderen Fallkonstellationen zeigen. Insgesamt ist festzustellen, dass die Rechtsentwicklung durch den Gesetzgeber und die Gerichte erheblich dynamischer ist als noch vor Jahren, als das Versicherungsrecht nur wenigen Veränderungen unterworfen war.

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

sowie des Steuerrechts und ihrer praktischen Umsetzung im Zulassungsverfahren erforderlich. Eine Tendenz zur Komplexität ist seit einiger Zeit auch in den Bedingungswerken der einzelnen Versicherungssparten festzustellen, die nach der Deregulierung 1994 erst mit erheblicher Verzögerung einsetzte. Diese Aufzählung ließe sich noch weiter fortsetzen.

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

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

■ Lebensversicherung

Im Jahr 2015 erhielt der Ombudsmann 3.640 (Vorjahr: 3.738) zulässige Beschwerden zur Lebensversicherung, das entspricht 26,3 (29,2) Prozent am Gesamteingang aller zulässigen Eingaben. Unter dem Begriff „Lebensversicherung“ wird eine Vielzahl von Vertragsarten zusammengefasst. Die aus Beschwerdesicht häufigsten sind konventionelle kapitalbildende Lebens- bzw. Rentenversicherungen, danach kommen fondsgebundene Versicherungen sowie Riesterrentenversicherungen und Verträge zur betrieblichen Altersversorgung (bAV), gefolgt von Sterbegeld-, Basisrenten- und Restschuldversicherungen. Aus Gründen der Übersichtlichkeit schließt sich ein separater Berichtsteil über Beschwerden zur bAV sowie zur Restschuldversicherung an.

Der Anteil der Lebensversicherung am Beschwerdeaufkommen schwankt im langjährigen Vergleich erheblich. Nach den Entscheidungen des BGH vom 12. Oktober 2005 zum Rückkaufswert und zum Stornoabzug stieg im Jahr 2006 der Anteil der Lebensversicherung auf 55,4 Prozent. Danach war ein kontinuierli-



cher Rückgang zu verzeichnen. Erst seit Dezember 2012 nahmen die Beschwerden wieder deutlich zu, gingen im Berichtsjahr aber wieder etwas zurück. Diese Entwicklung beruht unter anderem auf sinkenden Beschwerden zu den Rückkaufswerten. Offensichtlich haben die Unternehmen mittlerweile die zugrunde liegenden Rechts- und Anwendungsfragen für sich geklärt und entsprechende Berechnungssysteme eingeführt. Zudem können sie ihren Kunden das Thema wohl inzwischen verständlicher vermitteln.

Die Prüfung von Beschwerden in der Lebensversicherung ist für den Ombudsmann weiterhin sehr komplex und aufwändig. Standardfälle, die ohne nähere mathematische Überprüfung entschieden werden können, wurden weniger. Über 800 Beschwerden wurden nicht nur rechtlich, sondern zudem versicherungsmathematisch überprüft. Hierzu lässt sich der Ombudsmann die notwendigen Grundlagen vom Versicherer geben, wie dies die Verfahrensordnung in § 7 Absatz 4 vorsieht. Dies sind zum Beispiel technische Vertragsdaten, Berechnungsformeln mit Zahlenwerten, jeweilige Überschussdeklarationen und Ansammlungszinssätze, ggf. Genehmigungsdaten des entsprechenden Geschäftsplans, Grundsätze für die Berechnung der Prämien- und Deckungsrückstellungen. Häufig lagen den Beschwerden Verträge mit langjährigen „gebrochenen“ Verläufen zugrunde, d. h., die Verträge wurden verändert oder zusammengelegt, Kapital wurde entnommen oder zugezahlt, der Beitrag gehoben, gesenkt oder vorübergehend ausgesetzt. Die Prüfung solcher Beschwerden erfordert regelmäßig wiederholte Nachfragen beim Unternehmen; sowohl versicherungsmathematische als auch juristische Probleme gaben dazu Anlass. Der sinkende Eingang der Beschwerden bedeutete also nicht, dass der Bearbeitungsaufwand im gleichen Maße gesunken wäre.

Der Schwerpunkt der Beschwerdebearbeitung lag im Berichtsjahr in der Prüfung von Widersprüchen nach § 5a VVG a. F. (Fassung vor 2008). Nach dieser Vorschrift erlosch das Widerspruchsrecht spätestens ein Jahr nach Zahlung der ersten Prämie, selbst wenn der Versicherungsnehmer die Vertragsunterlagen nicht erhalten hatte oder nicht ordnungsgemäß über sein Widerspruchsrecht belehrt worden war. Ende 2013 hat der Europäische Gerichtshof (EuGH) auf Vorlage des BGH entschieden, dass § 5a Absatz 2 Satz 4 VVG a. F. mit dem Europarecht nicht vereinbar war.

Die weiteren Auswirkungen dieser Unwirksamkeit waren wiederum vom BGH zu klären. Dieser entschied am 7. Mai 2014, dass § 5a Absatz 2 Satz 4 VVG a. F. im Bereich der Lebens- und Rentenversicherung nicht anwendbar ist. Folglich blieb das Widerspruchsrecht eines Versicherungsnehmers, der nicht ordnungsgemäß belehrt worden ist bzw. die relevanten Versicherungsunterlagen nicht erhalten hat, grundsätzlich bestehen. Hierzu wurde im Vorjahr ausführlich unter 2.3 berichtet.

In vielen Fällen waren die Beschwerden erfolgreich, da die vom Versicherer verwendete Widerspruchsbelehrung entweder inhaltlich nicht den gesetzlichen Vorgaben entsprach und/oder nicht ausreichend deutlich gestaltet war. In man-

chen Fällen konnte der Versicherer auch den Zugangsnachweis der relevanten Vertragsunterlagen nicht erbringen. Der BGH hat im Berichtsjahr seine Rechtsprechung zur Widerspruchsbelehrung ständig weiterentwickelt. Unter anderem gab es zahlreiche Urteile zur Gestaltung der Widerspruchsbelehrung. Die Bearbeitung der zugehörigen Beschwerden erforderte darum noch mehr als sonst die sorgfältige Abstimmung der Referenten und tagesaktuelle Kenntnis der Rechtsprechung.

Schwierigkeiten gab es insbesondere hinsichtlich der Rechtsfolgen eines wirksamen Widerspruchs. Grundsätzlich besteht nach erfolgtem Widerspruch Anspruch auf Erstattung der geleisteten Beitragssumme und von gezogenen Nutzungen. Fest steht nach dem Urteil des BGH vom 7. Mai 2014, dass sich der Anspruchsberechtigte aber den vom Versicherer gewährten Versicherungsschutz als Vermögenswert anrechnen lassen muss. Der BGH hatte im vorgenannten Urteil allerdings keine konkreten Angaben dazu gemacht, wie die genaue Berechnung des Werts des Versicherungsschutzes erfolgen soll. Er führt hierzu lediglich aus, dass dieser unter Berücksichtigung der Prämienkalkulation bemessen werden kann; bei Lebensversicherungen kann etwa dem Risikoanteil Bedeutung zukommen.

Einige wenige Versicherer haben die Risikobeiträge auf der Grundlage einer reinen Risikoversicherung ermittelt. Der Ombudsmann beanstandete, dass damit der in Rede stehende Vertrag mit fiktiven Risikobeiträgen eines anderen Produkts, und nicht mit denen des ursprünglichen Vertrages, abgerechnet wird, und konnte in der Regel die Versicherungsunternehmen dazu bewegen, von dieser Berechnungsmethode Abstand zu nehmen oder den Erstattungsbetrag aus Kulanz zu erhöhen. Außerdem hatten manche Unternehmen vom Erstattungsbetrag Abschluss- oder/und Verwaltungskosten in Abzug gebracht. Dies hielt der Ombudsmann im Rahmen eines Rückabwicklungsanspruchs für nicht sachgerecht. Insoweit hat der BGH dann auch mit seinem Urteil vom 29. Juli 2015 (AZ: 448/14) für Rechtsklarheit gesorgt. Er bestätigte die Auffassung des Ombudsmanns, wonach grundsätzlich keine Abschluss- und Verwaltungskosten abgezogen werden dürfen.

Probleme bereitete auch die Feststellung, welche Nutzungen vom Versicherer herauszugeben sind. Dies hat der BGH in seinen bisherigen Urteilen nicht zweifelsfrei bzw. abschließend geklärt. Bei kapitalbildenden Versicherungen mit Garantieverzinsung hielt es der Ombudsmann für sachgerecht, für deren Ermittlung die Gesamtverzinsung der Sparanteile heranzuziehen. Viele Versicherer hatten dies auch von sich aus angeboten oder auf Nachfrage durch den Ombudsmann eine entsprechende Verzinsung gewährt.

Bei fondsgebundenen Verträgen war zudem nicht klar, ob der Versicherer berechtigt ist, bei der Ermittlung des Erstattungsbetrages auch Kursverluste zu berücksichtigen. Inzwischen hat der BGH hinsichtlich der tatsächlich gezogenen Nutzungen vom Versicherungsnehmer einen entsprechenden Tatsachenvortrag gefordert. In seinem Urteil vom 11. November 2015 (IV ZR 513/14) hat er zu



einer fondsgebundenen Versicherung entschieden, dass sich der Versicherungsnehmer bei der bereicherungsrechtlichen Rückabwicklung nach Widerspruch bereicherungsmindernd die Verluste anrechnen lassen muss, die Fonds, in welche die Sparanteile der von ihm gezahlten Prämien angelegt worden sind, erwirtschaftet haben. Außerdem kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer nur tatsächlich gezogene Nutzungen herausverlangen und trägt hierfür die Darlegungs- und Beweislast. Auch kann er seinen Tatsachenvortrag nicht ohne Bezug zur Ertragslage des jeweiligen Versicherers auf eine tatsächliche Vermutung einer Gewinnerzielung in bestimmter Höhe stützen.

Bei der Prüfung der gezogenen Nutzungen war aufgefallen, dass einige Versicherer Kursverluste berücksichtigten, die nach Erklärung des Widerspruchs eingetreten waren. Dies wurde vom Ombudsmann beanstandet. Daraufhin haben die Unternehmen abgeholfen und Kursverluste bei der Ermittlung der gezogenen Nutzungen nur bis zum Zeitpunkt des Widerspruchs berücksichtigt.

Einige Beschwerden mit Hinweis auf die aktuelle Rechtsprechung zum Widerspruchsrecht betrafen sehr alte Verträge (vor 1991). Damals galt jedoch ein anderer Rechtsrahmen. Ein Widerrufsrecht bestand zwar schon, war jedoch seit 1984 in sogenannten geschäftsplanmäßigen Erklärungen geregelt, welche die Unternehmen gegenüber der Aufsichtsbehörde abgegeben hatten und in denen sie sich u. a. dazu verpflichteten, die Formulierung zum Widerrufsrecht in den Versicherungsantrag zu übernehmen. Danach konnte der Antrag in der Regel innerhalb von 10 Tagen widerrufen werden. Da hierzu weder Entscheidungen des BGH vorlagen noch die bisherige Rechtsprechung ohne weiteres übertragbar erscheint, konnte der Ombudsmann den Versicherungsnehmern dieser Verträge nicht weiterhelfen.

Die weiteren Gründe für die Beschwerden in der Lebensversicherung waren – wie auch in den letzten Jahren – vielfältig. Erneut ging es oftmals um die Höhe von Ablaufleistungen bzw. voraussichtlichen Ablaufleistungen. Meist waren diese auf Unterschiede zwischen der bei Vertragsschluss in Aussicht gestellten und der tatsächlichen Entwicklung der Überschüsse zurückzuführen. Aufgrund der anhaltenden Niedrigzinsphase haben die Unternehmen die Überschusszinssätze in den letzten Jahren deutlich reduziert, so dass die Differenz zwischen ursprünglich prognostizierten Beträgen und den nunmehr erreichten oder für die nächsten Jahre in Aussicht gestellten erheblich war. Die Entscheidungen der Versicherer wurden sowohl in juristischer als auch in versicherungsmathematischer Hinsicht überprüft.

Zahlreiche Beschwerden, etwas mehr als im Vorjahr, betrafen wieder das Thema Falschberatung. Dabei spielten die sogenannten Umdeckungsfälle nach wie vor eine große Rolle. Kunden beschwerten sich darüber, der Vermittler habe zur Kündigung bestehender Verträge geraten, der Abschluss neuer Verträge habe jedoch zu Nachteilen geführt, auf die sie nicht hingewiesen worden seien. In diesen Fällen war zu prüfen, ob der Vermittler nicht nur die Vorzüge des neuen Vertrages in den Vordergrund gestellt, sondern auch über die Nachteile bei der

Beendigung bestehender Verträge (anderer Leistungsumfang, Stornokosten, erneute Gesundheitsprüfung und Abschlusskosten) informiert hatte oder sogar vom Neuabschluss hätte abraten müssen. Oft bereitete es dem Ombudsmann Schwierigkeiten, den Sachverhalt anhand der ihm vorliegenden Unterlagen, die gemäß seiner Verfahrensordnung die alleinige Grundlage seiner Entscheidung bilden, aufzuklären. In Einzelfällen war eine Falschberatung aber offensichtlich. In diesem Zusammenhang sei erwähnt, dass die Beratungsdokumentation in vielen Fällen unzureichend war. Eine nennenswerte Verbesserung der Beratungsdokumentationen kann jedenfalls den Beschwerden nach wie vor nicht entnommen werden.

Der Trend, dass sich Kunden zu Riester- und Basisrentenversicherungen beschwerten, setzte sich auch im Berichtsjahr weiter fort. Den Ombudsmann erreichten erneut viele Eingaben zu behaupteten Falschberatungen. Dabei ging es vor allem um Fragen zur Eignung des Produktes für den jeweiligen Versicherungsnehmer. Wiederholt beklagten Beschwerdeführer zum Beispiel, dass ihnen eine Basisrentenversicherung (zum Teil auch als Rüruprente bezeichnet) empfohlen worden sei, obwohl sie aufgrund ihres eher geringen Einkommens als Angestellte kaum steuerliche Förderungen nutzen können. Andererseits wurden Riesterverträge vermittelt, obwohl die Versicherten nicht zu dem geförderten Personenkreis zählten (vgl. bereits Jahresbericht 2010, Seite 26 ff.). Wie in den Vorjahren richteten sich Beschwerden auch gegen die Zulagengewährung. Hierzu kann auf die Ausführungen in den Jahresberichten von 2013, Seite 28 sowie von 2012, Seite 24 verwiesen werden.

Auch die Beteiligung an den Bewertungsreserven war häufig Streitpunkt. Im Vergleich zum Vorjahr war hier ein weiterer Zuwachs zu verzeichnen. Neben der Beanstandung zu niedriger Beteiligungsergebnisse äußerten viele Versicherungsnehmer ihren Unmut, wenn die während der Laufzeit unverbindlich genannten Prognosen zur Beteiligung an den Reserven bei Vertragsende nicht erreicht wurden. Die Gründe hierfür können sehr vielfältig sein, oft lagen sie in der marktbedingten Schwankungsanfälligkeit (Volatilität) dieser Reserven. Vermutlich aus diesem Grund haben manche Versicherer von modellhaften Angaben zur Beteiligung an den stillen Reserven in Wertmitteilungen oder Ablaufankündigungen Abstand genommen oder nennen ggf. nur die im Geschäftsplan vorgesehene Sockel- oder Mindestbeteiligung. Doch auch dies führte mitunter zu Beschwerden, weil für die Sockelbeteiligung häufig ein Teil des Schlussüberschusses verwendet wurde und so die Ablaufleistung trotz Einführung der Sockelbeteiligung nicht stieg oder weil die Umstellung der Darstellungsweise die Beschwerdeführer irritierte. Da ohne Angabe der volatilen Anteile die voraussichtliche Ablaufleistung im Vergleich zur vorherigen Mitteilung nämlich deutlich niedriger war, befürchteten die Beschwerdeführer, die voraussichtliche Versicherungsleistung sei willkürlich gekürzt worden.

Nicht wenige Beschwerden zu den Bewertungsreserven waren auf das zum 7. August 2014 in Kraft getretene Lebensversicherungsreformgesetz (LVRG)



zurückzuführen. Durch die Neuregelung wurden festverzinsliche Wertpapiere des Versicherers von der Beteiligung an den Bewertungsreserven teilweise ausgenommen. Der Gesetzgeber hat mit dieser Regelung entschieden, dass im Grundsatz die Erfüllung der garantierten Leistungen aller Versicherten Vorrang hat.

Andere Eingaben bezogen sich auf Verträge, die im Jahr 2014 nach der Einführung des LVRG endeten. Die Beschwerdeführer konnten teilweise nicht nachvollziehen, dass es in dem neuen Gesetz hinsichtlich der Neuregelung zu den Bewertungsreserven keine Übergangsvorschrift gibt. Außerdem hatten sich einige Beschwerdeführer auf einen Artikel im Online-Magazin „Finanztip“ berufen. Darin wurde ausgeführt, dass 2014 durch die Gesetzesänderung nur ein kleiner Teil der Bewertungsreserven unmittelbar betroffen sei, da der überwiegende Teil bereits in der Jahresdeklaration der Versicherer für 2014 festgelegt sei und erst ab 2015 gekürzt werden könne. Mit dieser Deklaration war die sogenannte Mindest- oder Sockelbeteiligung gemeint, die viele Versicherungsunternehmen eingeführt haben, um die Schwankungen der Bewertungsreserven etwas abzumildern. Die Beschwerdeführer vermuteten aber, dass auf den Anteil abgestellt werden sollte, den ihnen der Versicherer in einer früheren Wertmitteilung aus 2014 prognostiziert hatte. Dabei handelte es sich aber in der Regel um eine unverbindliche Angabe, die neben einer Mindestbeteiligung auch den zu diesem Zeitpunkt vorhandenen sogenannten volatilen Anteil, der über die Mindestbeteiligung hinausging, berücksichtigte. Bei Verträgen, die 2015 endeten, waren viele Beschwerdeführer überrascht, dass der Anteil an den Bewertungsreserven im Vergleich zu den Wertmitteilungen aus dem Jahr 2014, die bereits nach Einführung des LVRG erstellt worden waren, so niedrig war. Die Überprüfung ergab, dass es sich bei dem Anteil an den Bewertungsreserven, der in der Wertmitteilung von 2014 ausgewiesen worden war, um die bereits für 2014 festgelegte Sockelbeteiligung handelte, die, wie oben ausgeführt, nicht im laufenden Versicherungsjahr trotz der Gesetzesänderung zu kürzen war. 2015 haben die Versicherer die Sockelbeteiligung neu festgelegt. Dabei waren dann auch die Vorgaben der Gesetzesänderung zu beachten, was dazu führte, dass sie in der Regel deutlich geringer ausfiel als im Vorjahr.

Schließlich gingen im Berichtsjahr auch wieder Beschwerden zu Anfechtungs- und Rücktrittserklärungen der Versicherer wegen Verletzung vorvertraglicher Anzeigepflichten (insbesondere die Falschbeantwortung von Gesundheitsfragen) beim Ombudsmann ein.

■ **Sonderteil Lebensversicherung:**

Betriebliche Altersversorgung und Restschuldversicherung

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

Die bAV ist gekennzeichnet durch eine Versorgungszusage in einem Arbeitsverhältnis und kann über fünf Durchführungswege abgeschlossen werden. Diese

sehen vorwiegend den Abschluss eines Lebens- oder Rentenversicherungsvertrages vor (Direktversicherung, Pensionskasse etc.). Versicherungsnehmer solcher Verträge ist während der Betriebszugehörigkeit regelmäßig der Arbeitgeber oder eine Unterstützungskasse und nicht der versicherte und versorgungsberechtigte Arbeitnehmer. Nach Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses kann die Versicherungsnehmereigenschaft auf diesen übergehen. Deshalb, aber auch weil arbeits-, sozialversicherungs- und versicherungsvertragsrechtliche Belange zu berücksichtigen sind, muss der Ombudsmann ein besonderes Augenmerk auf die Zulässigkeit dieser Beschwerden legen. Viele Eigenheiten der bAV ergeben sich aus dem Gesetz zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung (BetrAVG). Darunter fallen das Verfügungsverbot bei Unverfallbarkeit nach § 2 Absatz 2 BetrAVG, die Gestaltung des Bezugsrechts, Fragen der Übertragbarkeit von Versorgungsanswartschaften bei Arbeitgeberwechsel (Portabilität, § 4 BetrAVG) sowie die Insolvenzsicherung durch den Pensionssicherungsverein (§ 14 BetrAVG). Häufiges Beschwerdeziel war die vorzeitige Auszahlung (§ 6 BetrAVG) oder Abfindung (§ 3 BetrAVG) der Betriebsrente. Viele Beschwerdeführer wünschten, dass ihre Versorgung nach dem betrieblichen Ausscheiden die günstigen Gruppenrabatte beibehält, die der ehemalige Arbeitgeber über Rahmen- oder Kollektivverträge mit dem Versicherer ausgehandelt hatte. Auch im familiengerichtlichen Versorgungsausgleichsverfahren gelten für die bAV andere Regeln als für die private Rentenversicherung.

Nicht selten wird dem Versicherer die Verletzung von Beratungs- und Auskunftspflichten gegenüber dem Versorgungsberechtigten vorgeworfen, welche aber in erster Linie dem Arbeitgeber als arbeitsvertragliche Fürsorgepflichten obliegen. Wegen des vertraglichen Dreiecksverhältnisses ist es für den versicherten Arbeitnehmer oft nicht einfach, über den Verlauf des Versicherungsvertrages vollständig unterrichtet zu werden. Probleme können sich bei Betriebsaufgabe oder Insolvenz des Arbeitgebers ergeben, etwa weil er nicht mehr an der Umgestaltung des Versicherungsvertrages mitwirkt oder weil er oder seine Gläubiger auf die Versorgung zugreifen wollen. Hier spielen Pfändungs-, Beleihungs- und Abtretungsfragen eine Rolle.

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

Auch Verträge zur Restschuldversicherung (zum Teil auch als Restkredit- oder Kredit-Lebensversicherung bezeichnet) sind häufig dadurch gekennzeichnet, dass drei Parteien in den Versicherungsvertrag einbezogen sind. Zu Verbraucher und Versicherer tritt dann noch der Kreditgeber, so dass die Rolle des Verbrauchers im Versicherungsvertrag unterschiedlich gestaltbar ist. In jedem Fall wird im Zusam-



menhang mit der Kreditaufnahme auf die Person des Kreditnehmers eine Versicherung abgeschlossen. Diese bezweckt eine Absicherung während der Kreditlaufzeit und kann je nach Vertragsgestaltung beispielsweise im Falle des Ablebens des Kreditnehmers, bei dessen Krankheit/Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit eintrittspflichtig werden. Der Kreditnehmer tritt dabei häufig einem vom Kreditgeber abgeschlossenen Gruppenversicherungsvertrag bei. Diese Konstellation wirkt sich auf die Bearbeitung der Ombudsmannbeschwerden aus.

Erfreulicherweise erreichten den Ombudsmann im Berichtsjahr nur noch wenige Beschwerden zu Fällen, bei denen die Versicherer Leistungen aus der Restschuldversicherung wegen eines Zusammenhangs mit ernstlichen Vorerkrankungen abgelehnt hatten. Die Versicherer setzten das Urteil des BGH vom 10. Dezember 2014 (Aktenzeichen IV ZR 289/13) zügig und konsequent in ihre Praxis um. Diskussionen darüber, ob einzelne Formulierungen von der vom Bundesgerichtshof verworfenen Klausel so weit abwichen, dass die Rechtsprechung nicht übertragbar wäre, waren die Ausnahme und führten allesamt zu Abhilfen der Versicherer.

Dagegen nahmen die Beschwerden zu, in denen die Versicherer Leistungen aus Arbeitsunfähigkeitszusatzversicherungen mit der Begründung ablehnten, es liege keine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit, sondern eine dauerhafte Berufsunfähigkeit vor. Der Bundesgerichtshof hatte in seinem Urteil vom 11. September 2013 (Aktenzeichen IV ZR 303/12) entschieden, dass eine Klausel in den Allgemeinen Bedingungen einer Ratenschutz-Arbeitsunfähigkeitsversicherung, die bestimmt, dass der Anspruch auf Arbeitsunfähigkeitsleistung erlischt, wenn die versicherte Person unbefristet berufs- oder erwerbsunfähig wird, weder gegen das Transparenzgebot verstößt noch eine unangemessene Benachteiligung des Versicherungsnehmers darstellt. Denn es sei für den durchschnittlichen Versicherungsnehmer/Versicherten ohne weiteres einsichtig, dass Arbeitsunfähigkeit einerseits sowie Berufs- und Erwerbsunfähigkeit andererseits sich gegenseitig ausschließen und unterschiedliche Risikoarten abdecken, für die jeweils verschiedene Versicherungen zur Verfügung stünden. Schon nach dem allgemeinen Sprachgebrauch des Begriffes der Arbeitsunfähigkeit werde der Versicherungsnehmer/Versicherte nicht erwarten, dass vom Versicherungsschutz auch dauerhafte Einschränkungen der Fähigkeit zur Berufsausübung der versicherten Person erfasst seien.

In den meisten Fällen stand die Berufsunfähigkeit etwa aufgrund von eingereichten ärztlichen Bescheinigungen außer Zweifel. Sofern Spielraum für eine andere Beurteilung verblieb, weil beispielsweise die konkreten Tätigkeiten eines selbstständigen Unternehmers noch unklar waren, versuchte der Ombudsmann durchaus mit Erfolg für die Beschwerdeführer zumindest eine erneute Leistungsprüfung durch den Versicherer zu erreichen. Da es sich in diesen Fällen jedes Mal um tragische Einzelschicksale handelte, begrüßte der Ombudsmann es, wenn die Versicherer die Kreditraten vor der Ablehnung zumindest für einen längeren Zeitraum übernommen hatten.

■ Rechtsschutzversicherung

Den Ombudsmann erreichten in der Sparte Rechtsschutzversicherung 2.791 zulässige Beschwerden im Jahr 2015 (Vorjahr: 2.110). Dies bedeutet einen Anstieg um 32,3 Prozent und damit den höchsten aller Sparten. Insgesamt erreichte diese Sparte einen Anteil von 20,2 (Vorjahr: 16,5) Prozent aller zulässigen Beschwerden.

Die starke Zunahme der Beschwerden ist auf zwei Ursachen zurückzuführen. Zum einen waren die Beschwerden in Rechtsschutz über alle Themen angestiegen. Zum anderen betrafen viele Eingaben die Rechtsprechung des BGH zum sogenannten „unbefristeten Widerrufsrecht“ in der Lebensversicherung (vgl. hierzu unter Lebensversicherung Seite 27 f.). Rechtsschutzversicherte, die ihren Lebensversicherungsvertrag rückabwickeln wollten und folglich den Widerruf erklärten, trafen nicht selten auf einen Versicherer, der damit – zumindest zunächst – nicht einverstanden war. Sofern für diese Meinungsverschiedenheit Kostenschutz angefordert wurde, kam es wiederum zu Ablehnungen, die zum Gegenstand der Beschwerde gemacht wurden. In diesen Fällen war dann auch die Rechtsprechung des BGH zum Eintritt des Rechtsschutzfalles zu berücksichtigen (vgl. Jahresbericht 2013, Seite 31 f.). Konkret kam es darauf an, ob der Rechtsschutzfall zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses mit einer unwirksamen Widerrufsbelehrung oder bei Zurückweisung des Widerrufs eingetreten war. Je nach Vortrag des Rechtsschutzversicherten und Laufzeit des Vertrages bestand Versicherungsschutz – die sonstigen Voraussetzungen unterstellt – oder nicht. Es ist davon auszugehen, dass Beschwerden in Verbindung mit dem Widerrufsrecht in der Lebensversicherung nur eine vorübergehende Erscheinung sind und nach dem Berichtsjahr wieder abnehmen werden.

Die Rechtsschutzversicherung ist eine Rechtskostenversicherung, welche dem Grunde nach die erforderlichen Kosten für die Vertretung der rechtlichen Interessen des Versicherungsnehmers übernehmen soll. Es handelt sich jedoch nicht um eine „All-Gefahren-Deckung“, da anderenfalls das Risiko für den Versicherer bei einer umfassenden Risikoabdeckung schwer überschaubar wäre und die Versicherungsprämie erheblich höher sein müsste. Stattdessen wird Versicherungsschutz dafür vereinbart, dass der Versicherungsnehmer nach Eintritt eines Rechtsschutzfalles in einer bestimmten Eigenschaft, zum Beispiel als Verkehrsteilnehmer, betroffen ist und er im versicherten Zeitraum rechtliche Interessen in einem bestimmten versicherten Rechtsgebiet wahrnehmen möchte, beispielsweise die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen. Diese Abgrenzungen führen zwischen den Vertragsparteien immer wieder zu Diskussionen und erfordern Klärungen durch die Gerichte.

Einmal mehr lag im Berichtsjahr der Schwerpunkt auf der Frage nach dem Eintritt des Rechtsschutzfalles. Der BGH hat mit Urteil vom 25. Februar 2015 (IV ZR 214/14) nochmals klargestellt, dass sich die Festlegung des verstoßabhängigen Rechtsschutzfalles beim Deckungsschutz für die Verfolgung eigener Ansprüche („Aktivprozess“) allein nach der vom Versicherten behaupteten Pflichtverletzung seines Anspruchsgegners richtet, auf die er seinen Anspruch



stützt. Dass dieses trotz der Vorgaben des BGH nicht immer eindeutig auf den jeweiligen Sachverhalt angewendet werden kann, mag folgendes Beispiel verdeutlichen: Die Beschwerdeführerin hatte einem Bekannten sowohl in vorvertraglicher als auch in versicherter Zeit mehrere Darlehen gewährt. Nachdem der Bekannte die Beschwerdeführerin – innerhalb des versicherten Zeitraumes – zur Unterzeichnung eines Erlassvertrages bezüglich der Gesamtdarlehenssumme genötigt hat, wollte sie diesen anfechten und fragte hierfür nach Deckung. Die Beschwerdegegnerin lehnte den Versicherungsschutz wegen Vorvertraglichkeit ab, da die meisten Darlehen bereits zur Rückzahlung fällig waren, bevor der bei ihr rechtsschutzversicherte Zeitraum begonnen hatte. Dieser Ansicht schloss sich der Ombudsmann nicht an, denn der Beschwerdeführerin ging es ausdrücklich nicht darum, ihre Darlehensforderungen zu realisieren, sondern ausschließlich um die Anfechtung der abgenötigten Erlasserklärung.

Einen weiteren Themenschwerpunkt bildete die Anwendbarkeit von Risikoausschlüssen. Durch Aufzählung bestimmter Beziehungen, Gefahren oder Schäden werden Bereiche, für die an sich Versicherungsschutz besteht, aus diesem wieder herausgenommen. Auch hierdurch ergibt sich ein hohes Beschwerdepotential. Im Berichtsjahr war der sogenannte Baurisikoausschluss besonders beschwerdeträchtig. Dieser Ausschluss beruht auf der Erfahrung, dass Prozesse über Bauvorhaben sowie deren Finanzierung im Allgemeinen mit besonders hohen Kosten verbunden sind, das Prozessrisiko schwer einschätzbar ist und nur ein kleiner Teil der Versicherungsnehmer überhaupt davon betroffen ist.

In einem Fall hing der Erfolg der Beschwerde von der Frage ab, ob es sich bei einem Balkon um einen Gebäudeteil im Sinne der Risikoausschlussklausel handelt. Da ein Balkon nicht nur ein von einem Gelände oder Ähnlichem umgebener, vorspringender Teil an einem Gebäude ist, den man vom Inneren des Hauses betreten kann, sondern regelmäßig als zur Wohnung gehörend vom Nutzungsberechtigten der Wohnung genutzt werden kann und bei der Berechnung der Wohnfläche auch ein gewisser Prozentsatz der Balkonfläche angesetzt wird, ist der Ombudsmann zu der Auffassung gelangt, dass ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer einen Balkon als Teil eines Gebäudes verstehen wird. Somit war der Ausschluss erfüllt und die Ablehnung des Versicherers berechtigt.

Im Zusammenhang mit dem Baurisikoausschluss betraf eine Vielzahl der Beschwerden die Reichweite des „ursächlichen Zusammenhangs“. Erforderlich dafür ist neben einem gewissen zeitlichen Zusammenhang auch ein innerer sachlicher Bezug zwischen der in Rede stehenden Streitigkeit und dem den Ausschluss begründenden Umstand. Wird bezüglich eines Neubaus um Darlehensverträge gestritten, die der Anschlussfinanzierung eines Bauvorhabens dienen, sah der Ombudsmann den Ausschluss als erfüllt an. Ist maßgeblicher Anknüpfungspunkt für den Risikoausschluss die Baufinanzierung selbst und nicht etwa das inzwischen realisierte Bauvorhaben, kann der erforderliche Ursachenzusammenhang zwischen der Baufinanzierung und den neu eingegangenen Verbindlichkeiten nicht verneint werden. Da es nicht darauf ankommt, ob im Zeitpunkt der Umfinan-

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

zierung zum Beispiel sämtliche Gewährleistungsrechte in Bezug auf die Errichtung des Gebäudes abgelaufen waren, konnte der Ombudsmann den Beschwerdeführern zu nichts Zählbarem verhelfen.

Auffälligkeiten bei anderen Risikoausschlüssen gab es im Berichtsjahr gegenüber dem Vorjahr nicht. Insbesondere ist die Anzahl der Beschwerden über die Anwendbarkeit des Kapitalanlagerisikoausschlusses in etwa konstant geblieben.

Anlass zu Beschwerden gab auch die Frage, ob es sich bei der Verwaltung privaten Vermögens um eine selbstständige Tätigkeit und damit einen häufig nicht versicherten Bereich handelt. Auch wenn hiervon regelmäßig nicht auszugehen ist, kann jedoch im Einzelfall eine andere Zuordnung gerechtfertigt sein. So zum Beispiel, wenn die Verwaltung einen planmäßigen Geschäftsbetrieb, etwa die Unterhaltung eines Büros oder einer Organisation zur Durchführung der Geschäfte erfordert. Ein weiteres von der Rechtsprechung entwickeltes Abgrenzungskriterium besteht darin, ob sich der Versicherungsnehmer mit seiner Tätigkeit eine einkommensersetzende, berufsmäßige Einnahmequelle verschafft. Ab welcher Einnahmenhöhe davon auszugehen ist, hat die Rechtsprechung noch nicht näher bestimmt.

Ein häufiger Beschwerdegegenstand war die Ablehnung des geltend gemachten Gebührenanspruchs des Anwalts dem Grunde oder der Höhe nach. Der Ombudsmann ist in langjähriger Entscheidungspraxis der Auffassung, dass der Anspruch des Versicherungsnehmers aus der Rechtsschutzversicherung auf die Befreiung von den bei der Wahrung der rechtlichen Interessen entstehenden Kosten gerichtet ist. Deshalb kann der Versicherer diesen Befreiungsanspruch hinsichtlich der von ihm zu tragenden gesetzlichen Vergütung eines Rechtsanwalts auch dadurch erfüllen, dass er dem Versicherungsnehmer Kostenschutz für einen etwaigen Gebührenprozess zwischen dem Versicherungsnehmer und seinem Prozessbevollmächtigten zusagt. Das OLG Düsseldorf hatte sich in seiner Entscheidung vom 27. Juni 2014 mit der Auffassung des Ombudsmanns auseinandergesetzt und diese Wahlmöglichkeit des Versicherers abgelehnt. Das Gericht führte aus, dass die Möglichkeit, die geschuldete Versicherungsleistung durch Abwehr unberechtigter Ansprüche zu erbringen, zwar für die Haftpflichtversicherung gestattet sei, nicht aber für die Rechtsschutzversicherung. Im Berichtsjahr stand in diesem Verfahren die Revision beim BGH an. Der 4. Senat bestätigte mit seinem Urteil vom 21. Oktober 2015 (IV ZR 266/14) die Entscheidungspraxis des Ombudsmanns. Dabei hat der BGH deutlich herausgearbeitet, dass es sich nach den allgemein für einen Freistellungsanspruch geltenden Regeln richtet, auf welche Art und Weise der Versicherer den Kostenbefreiungsanspruch erfüllt. Weder die Allgemeinen Bedingungen für die Rechtsschutzversicherung (ARB) noch das Gesetz enthalten vorrangige Bestimmungen.

Im Berichtsjahr spielten Beschwerden im Zusammenhang mit einem Versichererwechsel nur eine untergeordnete Rolle. Vermutlich ist diese erfreuliche Entwicklung auf die Bestrebungen des Gesamtverbands der Deutschen



Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) zurückzuführen, unter den beteiligten Versicherern die in diesem Zusammenhang auftretenden Fragen zur nahtlosen Versicherung oder zum versicherten Umfang im Interesse der Versicherten zu klären.

Der Anteil an Beschwerden zu Vertragsfragen hat leicht abgenommen. Insbesondere gingen Eingaben zu Anfechtungs- und Rücktrittserklärungen der Versicherer wegen vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung zurück. In etwa konstant geblieben ist hingegen die Anzahl der Beschwerden über Kündigungszurückweisungen durch Versicherer wegen Fehlens der vertraglich vereinbarten Voraussetzungen. Es wandten sich auch einige Beschwerdeführer an den Ombudsmann, nachdem die Versicherer ihren Antrag auf Abschluss eines Rechtsschutzvertrages nicht angenommen hatten. Da ein Versicherer wegen des Grundsatzes der Vertragsfreiheit rechtlich nicht zur Vertragsannahme verpflichtet ist, musste sich der Ombudsmann in diesen Fällen auf die Erläuterung der Sach- und Rechtslage beschränken.

Auch im Berichtsjahr hat der Ombudsmann nicht wenige Beschwerden zu dem Einwand des Versicherers, die rechtliche Interessenwahrnehmung biete keine hinreichende Aussicht auf Erfolg, erhalten. Zwar wurden entscheidungsreife Beschwerden, soweit keine Abhilfe erreicht werden konnte, in der Regel beschieden. In einigen Beschwerdefällen wurden jedoch sehr umfangreiche Unterlagen eingereicht. Herausragendes Beispiel war eine Beschwerde, die Kostenschutz wegen Ansprüchen aus einer verlustträchtigen Kapitalanlage betraf. Hier legte der Versicherer Anlagen mit insgesamt 2.000 Seiten Umfang vor. Sofern, wie in diesem Fall unzweifelhaft, der Umfang der Urkundenbeweisaufnahme so außergewöhnlich hoch wäre, dass die Kapazitäten des Ombudsmanns und seiner Mitarbeiter in unzumutbarer Weise beansprucht wären, kann der Ombudsmann nach § 8 Absatz 1 seiner Verfahrensordnung die Befassung mit der Beschwerde ablehnen. Damit die Rechtssuchenden jedoch nicht mit leeren Händen aus dem Verfahren gehen, unterbreitet der Ombudsmann in aller Regel den Parteien einen begründeten Schlichtungsvorschlag. Dabei berücksichtigt er nach summarischer Prüfung die feststehenden Tatsachen sowie etwaige vorgelegte Urkunden, die Verteilung der Beweislast und das Prozessrisiko. Mit diesem Vorschlag und dem Hinweis auf die dem Schlichtungsverfahren innewohnende Idee der einvernehmlichen, befriedenden Streitbeilegung endete das Verfahren.

■ Kfz-Versicherung

Die Kraftfahrzeugversicherung gehört seit der Tätigkeitsaufnahme der Schlichtungsstelle zu den Sparten mit höheren Eingangszahlen. Im Berichtsjahr erhielt der Ombudsmann 1.781 (Vorjahr: 1.421) zulässige Beschwerden. Dies entspricht einem Anteil von 12,9 (11,1) Prozent an allen zulässigen Beschwerden. Die Eingaben betreffen hauptsächlich Verträge zur Kfz-Haftpflicht- und zur Kaskoversicherung. Aber auch Beschwerden zur Schutzbrief- und zur Insassenunfallversicherung fallen unter die Kfz-Versicherung. Auch wenn beim Verbraucher oft der Eindruck vorherrscht, es handele sich um einen Vertrag, sind es doch rechtlich betrachtet mehrere Verträge, die lediglich technisch zusammengefasst werden.

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Dieser Unterschied wirkt sich gelegentlich aus, zum Beispiel bei Anforderungen an die Mahnung des Versicherers, wie ein Beispiel am Ende dieses Unterkapitels belegt.

Die Beschwerdeeingänge sind in der Kfz-Haftpflichtversicherung im Vergleich zum Vorjahr deutlich gestiegen. Der Ombudsmann erhielt im Berichtsjahr 894 (750) zulässige Beschwerden; dies sind 6,5 Prozent aller zulässigen Beschwerden am gesamten Beschwerdeaufkommen. Damit kam es zu einer Zunahme der zulässigen Beschwerden im Bereich der Kfz-Haftpflichtversicherung von 19,2 Prozent. Im langjährigen Vergleich ist jedoch zu bedenken, dass sich in den Jahren 2012 und 2013 die Beschwerdezahl in ähnlicher Größenordnung wie im Berichtsjahr bewegte.

Bei der Vertragsart der Kfz-Haftpflichtversicherung handelt es sich um eine gesetzlich vorgeschriebene Pflichtversicherung, welche dem Schutz des Fahrzeugführers und -halters vor der Inanspruchnahme Dritter dient. Sie umfasst die Befriedigung begründeter und die Abwehr unbegründeter Schadenersatzansprüche, die aufgrund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen gegen den Versicherungsnehmer erhoben werden. Kommt es zu einem Verkehrsunfall, anlässlich dessen der Unfallgegner Schadenersatzansprüche geltend macht, hat der Versicherer daher zwei Möglichkeiten seine Leistungspflicht zu erfüllen. Er kann entweder den geltend gemachten Anspruch gegenüber dem Anspruchsteller vollständig beziehungsweise teilweise abwehren oder ihn anerkennen.

Insbesondere die Fälle, in denen der Versicherer reguliert, können Streitigkeiten zwischen dem Versicherungsnehmer und seinem Kfz-Haftpflichtversicherer auslösen. Der Grund hierfür ist häufig, dass die infolge der Schadenregulierung vorgenommene Belastung des Vertrages mit dem Schadenfall zu einer Rückstufung der Schadenfreiheitsklasse und damit einer finanziellen Mehrbelastung des Versicherungsnehmers führt. Aus diesem Grund zählen Fälle dieser Art auch in diesem Berichtsjahr wieder zu den Hauptthemen.

Aber auch wenn sich der Versicherer für die Anspruchsabwehr entscheidet, kann es zu Meinungsverschiedenheiten kommen. Dies ist nicht selten der Fall, wenn es infolge eines Verkehrsunfalls einen Eigenschaden gibt. Da die Kfz-Haftpflichtversicherung grundsätzlich nur vor Schadenaufwendungen schützt, die mit dem versicherten Fahrzeug einem anderen zugefügt werden, kann es rechtlich nicht beanstandet werden, wenn der Versicherer in Fällen, in denen es zu einem Eigenschaden gekommen ist, die Schadenregulierung ablehnt.

Ein weiteres großes Beschwerdeanliegen betrifft, wie ebenfalls bereits im Vorjahr, die Einstufung der Kraftfahrtversicherungsverträge in die Schadenfreiheitsklassen. Hier kam es insbesondere dann zu Problemen, wenn der Versicherer gewechselt wurde und die nun maßgeblichen Bedingungen ein anderes Schadenfreiheitsklassen-System vorsehen. Aber nicht nur im Rahmen eines Versichererwechsels führt die Einführung anderer Schadenfreiheitsklassentabellen zu Streitigkeiten.



Dies zeigen Beschwerden, bei denen der Versicherungsnehmer nach einem Schadenfall noch im gleichen Kalenderjahr einen Kraftfahrtversicherungsvertrag für ein Ersatzfahrzeug bei demselben Versicherer abschloss, für den dann allerdings die aktuellen Versicherungsbedingungen mit einem geänderten Schadenfreiheitsklassen-System maßgeblich waren.

Auch führt oftmals der Umstand, dass Sondereinstufungen nicht an den Nachversicherer weitergeleitet werden, zu Unverständnis bei den Beschwerdeführern. Häufig ist es den Versicherungsnehmern auch nicht bewusst, dass dem Vertrag eine Sondereinstufung zugrunde liegt. Die aus dem letzten Schreiben des Versicherers hervorgehende Schadenfreiheitsklasse wird oftmals für die Berechnung des Beitrags des „neuen“ Vertrags herangezogen. Aus solchen Schreiben (meistens eine Beitragsrechnung) ergibt sich nicht immer, dass es sich dabei um eine Sondereinstufung handelt und dem Vertrag eine davon abweichende Anzahl schadenfrei gefahrener Jahre zugrunde liegt.

Die Kfz-Kaskoversicherung einschließlich der Schutzbrief- und Insassenunfallversicherung betrafen im Berichtsjahr 887 (Vorjahr: 671) zulässige Beschwerden. Diese stellen 6,4 (5,2) Prozent des Gesamtaufkommens aller zulässigen Beschwerden dar. Inzwischen ist über mehrere Jahre ein regelmäßiger Zuwachs an Kasko-Beschwerden zu verzeichnen. Beispielsweise waren es 14,3 Prozent im Jahr 2013.

Über die Kaskoversicherung sind bestimmte Fahrzeugschäden und Schadenereignisse versichert. Üblich ist die Unterscheidung in Teilkaskoversicherung (regelmäßig erfasst sind: Brand und Explosion, Entwendung, Schäden durch Naturgewalten wie Sturm, Hagel, Blitzschlag, Überschwemmung, teilweise auch Lawinen, Zusammenstoß mit Wild oder anderen Tieren, Glasbruch, Kurzschluss an der Verkabelung und Marderbiss) und Vollkaskoversicherung (neben den Schadenereignissen aus der Teilkaskoversicherung sind zusätzlich Unfälle sowie Vandalismusschäden versichert). Unverändert führte es zu vielen Beschwerden, wenn der Versicherer nach einem gemeldeten Fahrzeugdiebstahl das geschilderte Ereignis bezweifelte und deshalb keine Leistung erbrachte. Zu den damit verbundenen Problemen, Hintergründen und Beweisschwierigkeiten wurde bereits mehrfach berichtet, zuletzt im Jahresbericht 2014, Seite 36.

Im Berichtsjahr wandten sich zudem wieder zahlreiche Beschwerdeführer an den Ombudsmann, weil sie mit der Höhe der vom Versicherer gezahlten Entschädigung nicht einverstanden waren. Im letzten Jahr wurde bereits ausführlicher darüber berichtet, welche Schwierigkeiten damit verbunden sind, dass der Versicherer bei Beschädigung des Fahrzeugs bedingungsgemäß zur Zahlung der für eine Reparatur erforderlichen Kosten verpflichtet ist (Jahresbericht 2014, Seite 36). Der BGH hatte in einem Urteil vom 11. November 2014 (Az.: IV ZR 426/14) insoweit Klarheit geschaffen, als auch bei einer fiktiven Abrechnung die Stundenverrechnungssätze einer markengebundenen Werkstatt als erforderliche Kosten im Sinne der Versicherungsbedingungen angesehen werden können. Dies gilt immer dann, wenn

die Reparaturarbeiten nur dort durchgeführt werden können oder es sich um ein Fahrzeug handelt, das noch der Herstellergarantie unterliegt beziehungsweise für einen besseren Werterhalt stets in einer Markenwerkstatt repariert und gewartet wurde. Im Ergebnis stellt der BGH damit für den rein vertraglichen Kaskobereich Kriterien auf, die bereits aus seiner Rechtsprechung zum gesetzlichen Schadenersatzanspruch bekannt sind, auch wenn er eine direkte Anwendung ausdrücklich ausschließt. Beschwerdeführer, die einen Nachweis für die Reparatur- und Wartungsarbeiten in einer Markenwerkstatt erbringen konnten – laut BGH trägt der Versicherungsnehmer die Beweislast –, hatten nach Bekanntwerden der Entscheidung Erfolg, da die Versicherer abhelfen.

Damit sind aber nicht alle Fragen beantwortet, denn offen bleibt, welche Werte anzusetzen sind, wenn die genannten Nachweise nicht erbracht werden können und dementsprechend eine Berücksichtigung von Markenwerkstattpreisen ausscheidet. Was ist dann unter Berücksichtigung der üblichen Auslegungskriterien als „erforderlich“ im Sinne der Versicherungsbedingungen zu verstehen? Die bisherige Rechtsprechung ist zu diesem Thema wenig ergiebig und die Praxis der Versicherungsunternehmen, bei den erforderlichen Kosten zwischen einer fiktiven Abrechnung und einer tatsächlichen Reparatur zu unterscheiden, erscheint problematisch, denn sie widerspricht den Ausführungen des BGH in dem genannten aktuellen Urteil. Nach dessen Ansicht ergibt sich schon aus dem Wortlaut der Klausel, dass der Versicherungsnehmer von einer Erstattung der Aufwendungen ausgeht, die ein wirtschaftlich vernünftig handelnder Betroffener in seiner Lage des Versicherungsnehmers tätigen würde, um das beschädigte Fahrzeug wieder fachgerecht herzustellen. Letztlich gibt es aber viele Faktoren, die ein wirtschaftlich vernünftig handelnder Versicherungsnehmer in seine Entscheidung, wo er sein Fahrzeug reparieren lassen würde, einbezieht. Dass er immer zur günstigsten Werkstatt ginge, ist nicht zwingend, weshalb hier Unklarheiten bestehen. Der Ombudsmann wirkt vor diesem Hintergrund auf die Heranziehung der durchschnittlichen Stundenverrechnungssätze hin, als einen vom Wortlaut der Bedingungen noch gedeckten „Kompromiss“. Wünschenswert wäre allerdings, dass die Versicherer in den Bedingungen konkretisieren und für die Versicherungsnehmer transparent machen, welche Stundenverrechnungssätze, Kosten etc. bei einer fiktiven Schadenabrechnung als Abrechnungsgrundlage dienen.

Wie in den letzten Jahren streiten die Beschwerdeparteien häufig darum, ob und in welcher Höhe Umsatzsteuer erstattet werden muss (siehe zuletzt Jahresbericht 2014, Seite 37). Nach den üblichen Bedingungen zahlt der Versicherer die Mehrwertsteuer nur, wenn und insoweit sie bei der vom Versicherungsnehmer gewählten Schadenbeseitigung tatsächlich angefallen ist. Sie wird nicht erstattet, soweit Vorsteuerabzugsberechtigung besteht. Für einen Anspruch auf Erstattung der Mehrwertsteuer ist also auf das Ersatzfahrzeug abzustellen, nicht auf das entwendete Fahrzeug. Als Nachweis für den Anfall der Steuer wird in der Regel eine Rechnung verlangt. Bei differenzbesteuerten Fahrzeugen wird der Steueranteil aber nicht gesondert ausgewiesen. Hat der Versicherungsnehmer das Ersatzfahrzeug bei einem grundsätzlich umsatzsteuerpflichtigen Händler gekauft



und enthält die Rechnung den Hinweis auf § 25a Umsatzsteuergesetz (UStG), dann ist nach Ansicht des Ombudsmanns der Nachweis für den Anfall der Steuer erbracht. Der Versicherer half bei einer entsprechenden Beschwerde ab. Hat der Versicherungsnehmer ein Leasingfahrzeug versichert, ist die Besonderheit zu beachten, dass nach höchstrichterlicher Rechtsprechung auf die Verhältnisse des Leasinggebers, dessen Sachinteresse versichert wird, abzustellen ist. Da es sich dabei regelmäßig um eine zum Vorsteuerabzug berechnete juristische Person handelt, muss der Versicherer bei der Regulierung eines Totschadens keine Mehrwertsteuer berücksichtigen. Ob dies auch für den Fall einer Fahrzeugreparatur gilt, die der Versicherungsnehmer nach den Leasingbedingungen selbst veranlassen und – einschließlich Mehrwertsteueranteil – zahlen muss, ist umstritten. Der Ombudsmann ist unter Berücksichtigung der aus der Rechtsprechung bekannten Argumente und Kriterien der Ansicht, dass dann das mitversicherte Sachhaltungsinteresse des Versicherungsnehmers das Eigentümerinteresse des Leasinggebers übersteigt und damit seine Verhältnisse maßgeblich sind. Hinzu kommt, dass ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer aus den Versicherungsbedingungen nicht erkennen kann, dass er die bei der eigenen Schadenbeseitigung durch Reparatur konkret angefallene Mehrwertsteuer nicht ersetzt bekommt. Es konnten Abhilfen erreicht werden, die Regulierungspraxis der Versicherer ist in diesem Punkt jedoch nicht einheitlich.

Auch in diesem Berichtsjahr waren eine ungenaue Prüfung durch den Versicherer, mangelhafte Kommunikation oder beides Anlass für nicht wenige Beschwerden (vgl. auch Jahresbericht 2014, Seite 37). In einem Fall hatte der Beschwerdeführer den Diebstahl von Gasbrennern aus der versicherten mobilen Feldküche geltend gemacht. Der Versicherer ging davon aus, dass diese nur lose eingeschoben und deshalb nicht als Fahrzeugteil versichert waren, weil er die auf den eingereichten Fotos ersichtlichen Gasflaschen irrtümlich für die Gasbrenner hielt. Im Ombudsmannverfahren bedurfte es zweier Nachfragen beim Versicherer, bis dieser seinen Irrtum erkannte. Es ist auch nachvollziehbar, dass sich ein Beschwerdeführer nicht ernst genommen fühlt, wenn der Versicherer selbst im Rahmen des Beschwerdeverfahrens auf den dezidierten Vortrag, der Vermittler habe eine bestimmte Vertragseinstufung zugesichert, überhaupt nicht eingeht und sich formelhaft auf die Rabattbestätigung des Vorversicherers beruft. Läuft im Rahmen einer Schadenabwicklung einiges schief, kann auch eine kleine Differenz über die Schadenhöhe zu großem Ärger führen. In einem Beschwerdefall hatte der Versicherer eine konkrete Zahlung angekündigt, dann aber anders abgerechnet und zusätzlich den von seinem Sachverständigen ermittelten Mehrwertsteuersatz ignoriert. Der Versicherer konnte zu einer Nachregulierung in Höhe des streitigen Differenzbetrags von knapp 50 Euro bewegt werden. Ergänzend ist noch anzufügen, dass auch fehlerhafte Recherchen zur Besteuerung von vergleichbaren Fahrzeugen und irreführende Hinweise zum Bruttoestwert des beschädigten Fahrzeugs gegenüber einem Verbraucher vermeidbare Konflikte auslösen können.

Die Auslegung der Versicherungsbedingungen nach Maßgabe der höchstrichterlich entwickelten Kriterien bringt auch in der Kaskoversicherung immer wieder

Schwierigkeiten mit sich (vgl. auch Jahresbericht 2014, Seite 35). In diesem Berichtsjahr soll folgendes Beispiel genannt werden: Wenn die Lackierungskosten nicht den eigentlich beschädigten Bereich betreffen, sondern angrenzende Fahrzeugteile (Beilackierung oder Farbtonangleichung), berufen sich die Versicherer regelmäßig darauf, dass hierfür kein Versicherungsschutz bestünde, denn nach den üblichen Bedingungen zahlt er unter anderem nicht für Veränderungen, Verbesserungen oder Folgeschäden wie Wertminderung. Aus der Sicht eines durchschnittlichen Versicherungsnehmers stellt die Wiederherstellung des einheitlichen optischen Zustands nach einem Fahrzeugschaden jedoch grundsätzlich keine Verbesserung des äußeren Ansehens dar, denn Vergleichsmaßstab ist der Zustand des Fahrzeugs vor dem Schadenereignis. Den weiten Begriff der „Wertminderung“ wird er als „merkantilen Minderwert“ verstehen, der bekanntermaßen auch bei einer vollständigen Fahrzeugreparatur verbleiben kann. Soweit in früheren Bedingungen die Formulierung „Minderung an äußerem Ansehen“ enthalten war und mit der Neufassung keine inhaltliche Abweichung erreicht werden sollte, kann sich der Versicherer darauf nicht berufen. In einem Fall, in dem die Beilackierung für eine vollständige und fachgerechte Fahrzeugreparatur auch vom Sachverständigen des Versicherers als erforderlich bewertet wurde, konnte eine Abhilfe erreicht werden. Bleibt die Erforderlichkeit dagegen streitig, besteht im Rahmen des Ombudsmannverfahrens grundsätzlich keine Möglichkeit zur Klärung dieser technischen Frage (siehe auch Jahresbericht 2014, Seite 36).

Der Streit über den Vertragsinhalt setzt einen entsprechenden Vertragsschluss voraus, manchmal ist aber dieser schon streitig. Macht ein Versicherungsnehmer im Rahmen einer Anfrage zur Kfz-Versicherung deutlich, dass er auch Versicherungsschutz aus einer Vollkaskoversicherung wünscht, und übersendet der Versicherer daraufhin eine elektronische Versicherungsbestätigung, dann kommt ein Vertrag über die vorläufige Deckung auch in der Vollkaskoversicherung zustande, wenn der Versicherer bei Übergabe der Versicherungsbestätigung nicht ausdrücklich und eindeutig darauf hinweist, dass sich die vorläufige Deckung, abweichend von dem gewünschten Versicherungsumfang, nur auf den Haftpflichtversicherungsschutz bezieht. Durch entsprechende Hinweise auf die einschlägige Rechtsprechung konnten in den betroffenen Beschwerdefällen Abhilfen erreicht werden.

Abschließend sei noch auf einen Problembereich eingegangen, der schon seit Jahren überraschenderweise häufiger Beschwerdegegenstand ist. Zahlt der Versicherungsnehmer den Beitrag nicht, wird der Versicherer unter bestimmten Voraussetzungen von der Leistungspflicht frei. Bei Nichtzahlung der Folgeprämie gehört hierzu eine qualifizierte Mahnung. Häufig bestehen eine Kfz-Haftpflichtversicherung und eine Kaskoversicherung und der Versicherer mahnt die entsprechenden Beiträge zusammen an, ohne darauf zu achten, dass durch die gesetzlich geforderte Belehrung im Hinblick auf die Folgen einer weiteren Nichtzahlung nicht der Eindruck entstehen darf, Versicherungsschutz könne für die einzelnen Verträge nur durch eine Zahlung des Gesamtbeitrags erreicht werden. Dass zum Teil ein Kontoauszug beigelegt ist, aus dem die Einzelbeträge



ersichtlich sind, reicht nicht aus, um die strengen formalistischen Anforderungen, die nach der Rechtsprechung zu stellen sind, zu erfüllen. Auch bei der Belehrung zu den Rechtsfolgen einer Nichtzahlung der Erstprämie ist der Umstand, dass aus zwei rechtlich selbstständigen Verträgen Versicherungsschutz zu erlangen ist, zu berücksichtigen. Kommt es nach einer bloßen Vertragsänderung zu einem Beitragsverzug des Versicherungsnehmers, kann eine Belehrung des Versicherers über die Folgen einer Nichtzahlung der Erstprämie die im Hinblick auf den Folgebeitrag erforderliche qualifizierte Mahnung nicht ersetzen.

■ Gebäudeversicherung

In der Gebäudeversicherung gingen im Berichtsjahr 1.208 (Vorjahr 1.197) zulässige Beschwerden ein, was einem Anstieg von 0,9 Prozent entspricht. Damit blieben die Beschwerden in dieser Sparte auf fast dem gleichen Niveau wie im Vorjahr, in dem eine Steigerung von 32,3 Prozent zu verzeichnen war. Wegen des erhöhten Gesamtaufkommens verringerte sich der Anteil der Gebäudeversicherung an den zulässigen Beschwerden im Berichtsjahr jedoch auf 8,8 (9,3) Prozent.

Im Allgemeinen besteht in der Gebäudeversicherung Versicherungsschutz gegen Schäden durch Brand, Blitzschlag und Explosion, Leitungswasser- und Rohrbruchschäden sowie Schäden durch Sturm oder Hagel. Darüber hinaus gehört die Absicherung gegen blitzbedingte Überspannungsschäden üblicherweise zum Versicherungsschutz. Häufig sind auch Elementarschäden wie Überschwemmungs-, witterungsbedingte Rückstau- oder Schneedruckschäden umfasst. Daneben werden vermehrt erweiterte Deckungskonzepte angeboten, nach denen besondere Kosten mitversichert werden können, beispielsweise für die Beseitigung sturmbedingt umgestürzter Bäume oder von Rohrverstopfungen.

Wie im vergangenen Jahr standen auch im Berichtsjahr aufgrund der vielen heftigen Unwetter in den Jahren 2014 und 2015 bei den Beschwerden die Risiken Sturm, Hagel und andere Elementarereignisse im Vordergrund. Der Anteil der Eingaben zur Leitungswasserversicherung, der weiterhin einen Großteil der Beschwerden in der Gebäudeversicherung darstellt, fiel im Vergleich zu den Sturmschäden etwas geringer aus.

Streitigkeiten zur Feuerversicherung spielten wiederum eine untergeordnete Rolle, denn diese Schäden liegen oft über 100.000 Euro und damit außerhalb der Zuständigkeit des Ombudsmanns. In diesem Bereich ging es zumeist um Schäden durch blitzbedingte Überspannung oder Silvesterraketen. Ging es um Brandschäden, wurde vom Versicherer häufig substantiiert der Vorwurf der grob fahrlässigen Herbeiführung des Versicherungsfalls erhoben. In solchen Verfahren galt es, die vom Versicherer aufgrund des Verschuldens vorgenommene Kürzungsquote zu überprüfen.

Die Anliegen der Beschwerdeführer in der Gebäudeversicherung können im Wesentlichen in zwei Bereiche unterteilt werden. Zum einen betrafen sie die Frage, ob an einer versicherten Sache nachweislich ein versicherter Schaden eingetreten

war. Zum anderen wandten sich die Versicherungsnehmer gegen die vom Versicherer vorgenommene Höhe der Entschädigung, etwa weil der Versicherer den Einwand der Unterversicherung erhoben oder die Schadenhöhe nach Ansicht der Versicherungsnehmer zu gering angesetzt hatte. Da die Beschwerdeführer oft eine zu weitgehende Vorstellung vom Umfang des Versicherungsschutzes hatten, galt es, ihnen zu erläutern, dass etwa im Zuge eines Schadenfalls vorgenommene wertverbessernde Arbeiten und schadenverhütende Maßnahmen grundsätzlich nicht versichert sind oder aufgrund eines Teilschadens keine Komplettisanierung verlangt werden kann. Auch wenn das Beschwerdeverfahren nicht dafür ausgestaltet ist, dass der Schaden begutachtet oder ein Sachverständiger zu seinen Feststellungen näher befragt werden kann, gelang es jedoch nicht selten, eine für beide Seiten akzeptable Entschädigungshöhe zu vermitteln und dadurch das vertraglich vorgesehene Sachverständigen- oder Gerichtsverfahren zu vermeiden. Hin und wieder trat das Problem auf, dass sich vom Versicherer beauftragte Sachverständige in ihren Gutachten auch zu Rechtsfragen und damit zur Eintrittspflicht des Versicherers äußerten und ihre Prüfung an dem von ihnen angenommenen, ihnen aber im Detail nicht bekannten Umfang des vereinbarten Versicherungsschutzes orientierten. In diesen Fällen war vielfach die Prüfung der Fakten durch den Sachverständigen, die eigentlich zu seinen Kernaufgaben gehört, unzureichend. Nach dem Hinweis, dass sachfremde Erwägungen und rechtliche Bewertungen in einem neutralen Gutachten außer Acht zu bleiben hätten, gelang es häufig, eine neue, allein auf die Beurteilung der Schadenursache und des Schadenumfangs konzentrierte Prüfung oder eine Abhilfe ohne weitere Befragung des betreffenden Sachverständigen zu erreichen.

Die Beschwerden zu Sturmschäden betrafen auch im Berichtsjahr – neben Fragen zur Schadenhöhe – vor allem zwei Problembereiche: Zum einen galt es zu prüfen, ob überhaupt ein Sturm im Sinne der Wohngebäudeversicherungsbedingungen geherrscht hatte, also eine wetterbedingte Luftbewegung von mindestens Windstärke 8 nach der Beaufortskala. Zum anderen musste bewertet werden, ob der Schaden am Gebäude kausal durch die unmittelbare Einwirkung des Sturms hervorgerufen worden war oder ein versicherter Sturmfolgeschaden eingetreten ist.

In vielen Fällen stritten sich die Versicherungsnehmer mit den Versicherern darüber, ob bestimmte Schäden am Gebäude, wie Risse und Furchen, erst durch das Sturmereignis entstanden oder bereits vorher vorhanden waren. Die Beweislast für den Versicherungsfall trägt grundsätzlich der Versicherungsnehmer, gleichwohl ist es zumeist der Versicherer, der Gutachten in Auftrag gibt. Folgt daraus nicht eindeutig der Nachweis des Versicherungsfalls, ist es für den Versicherungsnehmer nicht leicht, diesen auf andere Weise zu führen. Ließ sich keine vermittelnde Lösung erreichen, musste sich der Ombudsmann zumeist darauf beschränken, dem Beschwerdeführer diese Beweislastverteilung zu erläutern.

Beschwerden, in denen die Versicherer die Regulierung von Sturmschäden mit der Begründung ablehnten, dass gemäß dem eingeholten Gutachten ein schlechter



Bauzustand oder ein Instandhaltungsrückstand hauptursächlich für die Schäden am Gebäude gewesen seien, hatten häufig Erfolg. Denn da es nach der Rechtsprechung für die Eintrittspflicht des Wohngebäudeversicherers grundsätzlich genügt, wenn der Sturm mitursächlich und die zeitlich letzte Ursache für den Eintritt des Schadens ist, steht ein schlechter Bau- oder Erhaltungszustand des Gebäudes dem Versicherungsschutz nicht ohne weiteres entgegen.

In einer Vielzahl der Beschwerden zur Sturm- und Hagelversicherung wandten sich die Beschwerdeführer aufgrund eines Nässeschadens im Gebäude an den Ombudsmann. Es kam immer wieder vor, dass im Zuge eines Unwetterereignisses innerhalb der Gebäude Wasserschäden auftraten, ohne dass ein Schaden am Gebäude, etwa durch herabgefallene oder durchgeschlagene Ziegel, erkennbar war. Ursache konnte zum Beispiel durch große Regen- und Hagelmengen gestautes Wasser im Dachbereich sein, das dann durch die Anschlussfugen oder andere bereits vorhandene Öffnungen in das Gebäude gelangte. Ein versicherter Sturmfolgeschaden liegt jedoch nur dann vor, wenn durch die unmittelbare Einwirkung des Sturms zuvor ein Schaden am Gebäude entsteht, durch den das Regenwasser ins Gebäudeinnere eindringt. Entsprechende Ablehnungen trafen bei den Versicherungsnehmern häufig auf Unverständnis, waren rechtlich jedoch nicht zu beanstanden, da allein der Umstand, dass es ohne das Sturm- und Starkregenereignis nicht zum Wassereintritt gekommen wäre, noch nicht den Versicherungsfall auslöst. Die Notwendigkeit eines sturm- oder hagelbedingten Substanzschadens am Gebäude als Voraussetzung des Versicherungsfalls gilt allerdings nicht ausnahmslos. War etwa eine Rinne oder ein Abfluss sturmbedingt nachhaltig durch Laub oder herabgerutschte Ziegel verstopft und führte dies zu einem Wasserschaden, konnte mit Hinweis auf die im Schrifttum vertretene Meinung, die dies als einen versicherten Sturmschaden ansieht, ein Einlenken des Versicherers erreicht werden, denn in diesem Fall erfordert die Beseitigung der den Schaden verursachenden Verstopfung des Rohres ein aktives Handeln. Etwas anderes gilt bei einer Rohr- oder Dachrinnenverstopfung durch Hagel, da diese mit dem Schmelzen des Hagels von selbst verschwindet.

Wiederum deutlich gestiegen sind die Beschwerden zu Entsorgungskosten von Bäumen. Da ein Baum grundsätzlich keine versicherte Sache in der Wohngebäudeversicherung ist, bedarf es zur Übernahme der Entsorgungskosten einer speziellen Deckungserweiterung, die inzwischen viele Versicherer anbieten. Voraussetzung hierfür ist nach den entsprechenden Klauseln jedoch in der Regel, dass der Baum infolge eines Sturms umgestürzt ist. Vielfach knickten die Bäume oder Teile hiervon jedoch lediglich um oder Äste brachen ab. Ein Umstürzen ist erst dann gegeben, wenn der gesamte Baum von der Vertikalen in die Horizontale kippt. Dem Ombudsmann blieb häufig nur, dies den Beschwerdeführern näher zu erläutern. Hin und wieder verlangten Versicherungsnehmer den Ersatz der Kosten für die vorbeugende Beseitigung eines sturzgefährdeten Baumes. Sie wiesen darauf hin, dass der Baum beim nächsten Unwetterereignis umgestürzt wäre und möglicherweise das Gebäude beschädigt oder Personen verletzt hätte. Hier war zu unterscheiden, ob es sich um eine Maßnahme zur Schadenabwendung oder

Schadenverhütung handelte. Nur dann, wenn mit der Beseitigung des Baumes ein unmittelbar bevorstehender versicherter Gebäudeschaden abgewendet worden ist, besteht ein Anspruch auf Übernahme der Entsorgungskosten. Erfüllte der Versicherungsnehmer mit der Beseitigung des Baumes dagegen nur seine allgemeine Verkehrssicherungspflicht als Grundstückseigentümer, ohne dass bereits vorhersehbar war, wann und unter welchen Bedingungen ein Schaden eintreten würde, musste er für die Kosten selbst aufkommen.

Aufgrund der im langjährigen Vergleich zunehmenden Starkregenereignisse gingen auch im Berichtsjahr viele Beschwerden ein, die einen Wassereintrich in ein Gebäude betrafen, ohne dass hierfür Sturm oder Hagel ursächlich war. Die Versicherungsnehmer erwarteten meistens, aufgrund der sogenannten Erweiterten Elementarschadenversicherung gegen einen witterungsbedingten Wassereintrich ausreichend versichert zu sein. Sie waren sich selten bewusst, dass nach den Bedingungen weitere Voraussetzungen hinzukommen müssen, etwa eine Überschwemmung oder ein Rückstau. Die Versicherungsnehmer gerieten oft in Beweisnot, wenn es darum ging, ob das Grundstück überschwemmt, das heißt mit erheblichen Mengen an Oberflächenwasser bedeckt war. Fotos, die das Grundstück zum Zeitpunkt des Schadeneintritts zeigten, konnten vom Versicherungsnehmer nur selten eingereicht werden. Hin und wieder reichten die Beschwerdeführer schriftliche Zeugenaussagen von Nachbarn und Bekannten ein, die eine Überschwemmung bestätigten. Auch wenn der Beweiswert solcher Erklärungen ohne Anhörung der Zeugen begrenzt ist, gelang es dem Ombudsmann häufig, dass sich der Versicherer mit einer derartigen Bestätigung zufriedengab und den Schaden regulierte. Zum Teil kam es mit Hilfe des Ombudsmanns auch trotz fehlender Nachweise einer Überschwemmung aufgrund von Indizien, wie der gefallen Niederschlagsmenge, der Art der Wasserspuren und der Situation in der Nachbarschaft, zu Abhilfen oder Vergleichen. Andererseits musste den Versicherungsnehmern in diesen Fällen mitunter erläutert werden, dass der Anstau von Wasser auf Balkonen oder in Lichtschächten keine versicherte Überschwemmung darstellt. Viele Versicherungsbedingungen setzen für einen versicherten Überschwemmungsschaden zudem voraus, dass das überflutende Wasser unmittelbar in das versicherte Gebäude eingetreten ist. Fehlte es an diesem Nachweis, etwa weil Feuchtigkeit nur unterirdisch in den Keller eingedrungen war, blieb dem Ombudsmann nur, dem Versicherungsnehmer die Rechtslage zu erläutern. Es kam aber auch im Berichtsjahr hin und wieder vor, dass Versicherer fälschlicherweise davon ausgingen, die zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen würden ein unmittelbares Einfließen von Oberflächenwasser in das versicherte Gebäude verlangen. Fehlt es an einer entsprechenden ausdrücklichen Regelung, kann nach der Rechtsprechung auch unterirdisch in das Gebäude eintretendes Überschwemmungswasser einen versicherten Überschwemmungsschaden darstellen.

Die Beschwerden zur Leitungswasserversicherung betrafen hauptsächlich Feuchtigkeitsschäden sowie Schäden am Rohrsystem und den damit verbundenen Einrichtungen. Hierbei nehmen die Bedingungen feine technische Differenzierung



gen vor. Technisches Grundverständnis sowie die präzise Anwendung des Wortlauts sind Voraussetzung, den Schadenfall versicherungsrechtlich einordnen zu können. Dazu sind oftmals die Verbraucher, welche die Bedingungen aus ihrem Verständnis und in ihrem Interesse lesen, kaum in der Lage. Die nachfolgenden Ausführungen mögen davon einen Eindruck vermitteln.

Während bei gebrochenen Rohren die Ursache des Bruchschadens keine Rolle spielt, besteht bei den sonstigen wasserführenden Installationen grundsätzlich nur Versicherungsschutz gegen frostbedingte Bruchschäden. Der Ombudsmann hatte sich häufig mit der Frage zu beschäftigen, ob eine Leckage an einem Bestandteil eines Rohres oder einer sonstigen wasserführenden Einrichtung eingetreten war, ob es sich um einen Bruchschaden oder eine sonstige, nicht versicherte Undichtigkeit handelt oder ob sich der Rohrbruch innerhalb oder außerhalb des Gebäudes ereignet hat. Oftmals sind Rohrbruchschäden an Ableitungsrohren der Wasserversorgung außerhalb des Gebäudes aufgrund der höheren Gefährdung nicht mitversichert, was den Beschwerdeführern bis zum Schadeneintritt nicht bewusst war. Sie erheben dann immer wieder den Vorwurf gegen den Versicherer, dass er sie während der Vertragslaufzeit auf diese Deckungslücke und die Möglichkeit der Erweiterung hätte hinweisen müssen, und verlangen Schadenersatz. In diesen Fällen konnte der Ombudsmann den Beschwerdeführern in der Regel nur erläutern, dass der Versicherer während der Dauer des Versicherungsverhältnisses lediglich insoweit zur Beratung verpflichtet ist, als für ihn ein Anlass hierfür erkennbar ist. Nach der Rechtsprechung ist es grundsätzlich Sache des Versicherungsnehmers, hin und wieder den Versicherungsschutz zu prüfen sowie gegebenenfalls bei dem Versicherer um Beratung oder Vertragsanpassung zu bitten.

Vermeehrt gingen Beschwerden zu dem Thema ein, ob es sich bei Schäden, die durch Wasser verursacht wurden, das beim Duschen durch undichte Wartungsfugen in die Wand eindrang, um einen versicherten Leitungswasserschaden handelte. Ein solcher liegt vor, wenn Wasser aus Rohren der Wasserversorgung oder mit dem Rohrsystem verbundenen sonstigen Einrichtungen oder wasserführenden Teilen bestimmungswidrig ausgetreten ist. Die Versicherer lehnten ihre Eintrittspflicht vielfach ab, weil das Wasser, das beim Duschen in die Wand gelang, den Duschkopf bestimmungsgemäß verlassen habe. Da die Frage der Eintrittspflicht des Versicherers bei einem Wasseraustritt durch undichte Fugen in der Rechtsprechung unterschiedlich beurteilt wird, teilte dies der Ombudsmann den Versicherern mit und konnte durchgehend Abhilfen oder Vergleiche erreichen.

Vertragsfragen spielten in der Wohngebäudeversicherung auch im Berichtsjahr nur eine untergeordnete Rolle. Dabei ging es hauptsächlich um Beschwerden über die Zurückweisung von Kündigungen mit der Begründung, dass die gesetzlich vorgeschriebene Zustimmung von Realgläubigern zur Kündigung fehlte, sowie um Kündigungen, mit denen sich Versicherer von Verträgen aufgrund der Schadenhäufigkeit oder veralteter Versicherungsbedingungen lösen oder diese nur unter anderen, aktualisierten Bedingungen fortführen wollten. Dies konnte in der Regel rechtlich nicht beanstandet werden.

■ Unfallversicherung

Beschwerden zur privaten Unfallversicherung machten im Berichtsjahr mit 839 (Vorjahr: 915) zulässigen Eingaben einen Anteil von 6,1 (Vorjahr: 7,1) Prozent des Beschwerdeaufkommens aus.

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

Die Themenschwerpunkte in den Beschwerdeverfahren haben sich im Vergleich zum Vorjahr in ihrer Häufigkeit leicht verändert. Bildeten im Vorjahr Meinungsverschiedenheiten über die Abrechnung von Kapitalleistungen wegen einer unfallbedingt eingetretenen Invalidität den unangefochtenen Schwerpunkt, rückten im Berichtsjahr wieder vermehrt Beschwerden in den Mittelpunkt, die sich auf die Wirksamkeit von Kündigungen und das Zustandekommen von Unfallversicherungsverträgen bezogen. Vielen Versicherungsnehmern ging es bei ihren Eingaben um die Überprüfung, ob ihr Kündigungsbegehren begründet war oder ob es bei Abschluss des Vertrages Unregelmäßigkeiten in Gestalt von Beratungsversäumnissen oder Beratungsfehlern gegeben hatte. So wurde beispielsweise oft vorgetragen, es bestehe bereits bei einem anderen Anbieter ein Unfallversicherungsvertrag. Hieraus wurde hergeleitet, dass der nun abgeschlossene neue Vertrag wegen einer Mehrfachversicherung sofort aufzuheben sei. Auch das Auftreten der Vermittler war wiederholt Gegenstand von Beschwerden, etwa weil sie sich nach Auffassung der Versicherungsnehmer nicht eindeutig als Mitarbeiter des Versicherers vorgestellt hätten oder unangekündigt erschienen wären.

Differenzen über die Wirksamkeit ausgesprochener Kündigungen lag oft die Frage zugrunde, ob ein Zugang der Kündigung nachgewiesen werden konnte. Zum Teil argumentierten Versicherer, der Zugang der eigenen Willenserklärungen ergebe sich daraus, dass die Post das Schreiben nicht zurückgesandt habe. Umgekehrt, also bei Willenserklärungen des Versicherungsnehmers an den Versicherer, wurde diese Schlussfolgerung dagegen oft infrage gestellt. Teilweise wurde auch der Zugang von Faxmitteilungen verneint, obwohl ein Faxesendeprotokoll mit einem



sogenannten OK-Vermerk vom Versicherungsnehmer vorgelegt werden konnte und der BGH (Urt. v. 19.02.14, IV ZR 163/13) dem Faxesendebericht eine starke Indizienwirkung für den Zugang zugesprochen und damit gleichzeitig die Darlegungslast des Versicherers für dessen Vortrag erhöht hat, das Fax sei nicht eingegangen.

Was die Einwände der Versicherungsnehmer betraf, nicht oder unzulänglich vor Vertragsabschluss beraten worden zu sein, gaben die Beratungsprotokolle nach wie vor vergleichsweise wenig Aufschluss über maßgebliche Details des Beratungsgesprächs. Die Protokolle werden inzwischen überwiegend mithilfe von Computerprogrammen vom Vermittler erstellt. Häufig entstand der Eindruck, dass die Protokolle bereits vorgefertigt waren, ohne den Verlauf des konkreten Beratungsgesprächs wiederzugeben. An dieser Stelle gewinnen die von den Versicherern bei ihren Außendienstmitarbeitern eingeholten Stellungnahmen an Bedeutung. Aus diesen ließ sich in der Regel keine fehlerhafte oder unterlassene Beratung erkennen. In einigen Fällen gaben sie aber Anlass zu Rückfragen beim Versicherer und eröffneten dort die Bereitschaft, sich mit dem Versicherungsnehmer zu vergleichen.

Im Bereich der Schadensregulierung dominierten wie in den letzten Jahren die Eingaben, die die Bemessung der unfallbedingten Invalidität zum Gegenstand hatten. Dabei kam es oft zu unterschiedlichen Auffassungen über die Gutachten, die medizinische Sachverständige im Auftrag der Versicherer erstellt haben. Ein über die Jahre immer wieder feststellbarer Schwachpunkt ist dabei die Bemessung unfallfremder Mitwirkungsfaktoren. In den meisten Bedingungswerken ist angelegt, dass sich die Leistungspflicht des Versicherers verringert, wenn unfallfremde Krankheiten oder Gebrechen die Unfallfolgen (meistens ab einem Mitwirkungsanteil von 25 Prozent) mitbegründet oder verstärkt haben. Hier wird von Seiten der Sachverständigen oft versäumt, eine erkennbare Abgrenzung zwischen altersgerechten Verschleißerscheinungen und darüber hinausgehenden pathologisch bedeutsamen Veränderungen und Erkrankungen vorzunehmen. Die Versicherer argumentieren zwar, die mit der Anfertigung von Gutachten für die private Unfallversicherung regelmäßig betrauten Sachverständigen würden ohnehin eine solche Unterscheidung vornehmen; allerdings ist eine solche stillschweigende Abgrenzung für die Versicherungsnehmer nicht erkennbar. So konnte ein Unfallversicherer zu einem Entgegenkommen in einem Fall bewogen werden, in dem ein zum Unfallzeitpunkt 78-jähriger Versicherter begutachtet wurde und der medizinische Sachverständige nicht erkennbar zwischen altersbedingten und über das altersbedingte Maß hinausgehenden Vorerkrankungen bzw. Gebrechen unterschieden hatte. Es stellte sich dann auf Nachfrage heraus, dass der Sachverständige sämtliche körperlichen Vorbelastungen allein dem Alter des Versicherten zugeschrieben hatte. Ein weiterer Schwerpunkt in der Bearbeitung waren im Berichtsjahr die Fälle, in denen der Versicherer Ausschlussstatbestände einwandte. Dabei handelte es sich etwa um den Tatbestand der Bewusstseinsstörung. Regelmäßig schließen Versicherer ihre Leistungspflicht aus, wenn der Unfall infolge einer Bewusstseinsstörung entstanden ist. Hier spielen in der Praxis oft

eine übermäßige Alkoholisierung oder kurzzeitige Schwindel- oder Ohnmachtsanfälle eine Rolle.

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

■ Hausratversicherung

Im Berichtszeitraum erreichten den Ombudsmann 832 (Vorjahr: 825) zulässige Beschwerden zur Hausrat- und Inhaltsversicherung. Aufgrund des insgesamt gestiegenen Beschwerdeaufkommens führte dies trotz nominaler Steigerung zu einem verhältnismäßig geringeren Anteil am zulässigen Beschwerdeaufkommen von 6,0 (6,4) Prozent.

Über eine Hausratversicherung sind Gegenstände abgesichert, die einem Haushalt zur Einrichtung, zum Gebrauch oder Verbrauch dienen. Versicherungsschutz besteht gegen Risiken wie Feuer, Leitungswasser, Sturm, Hagel, Einbruchdiebstahl, Raub oder Vandalismus. Durch besondere Tarife oder den Einschluss von Klauseln lässt sich der Deckungsumfang den persönlichen Bedürfnissen individuell anpassen. Möglich ist beispielsweise die Erweiterung auf Elementarschäden, blitzbedingte Überspannung oder verschiedene Ausprägungen des einfachen Diebstahls. Hierzu zählen der Diebstahl von Fahrrädern, Trickdiebstahl oder die Entwendung von Hausratgegenständen aus Kraftfahrzeugen. Im Schadenfall hat der Versicherungsnehmer Anspruch auf die notwendigen Reparaturkosten zur Wiederherstellung einer beschädigten Sache oder auf den Neuwert zerstörter oder abhandengekommener Hausratgegenstände. Daneben ersetzt der Versicherer bestimmte Kosten, die in den Versicherungsbedingungen genannt sind. Dabei handelt es sich um Kosten, die in Zusammenhang mit einem Versicherungsfall entstehen können, wie zum Beispiel Aufräumungskosten, Schutzkosten oder Hotelkosten.

Wie bereits in den Vorjahren betraf die überwiegende Anzahl der Beschwerden die Schadenregulierung. Dabei ging es oft um die dem Versicherungsnehmer obliegende Beweislast. Er hat zu belegen, dass ein Versicherungsfall eingetreten und welcher Schaden dadurch entstanden ist. Dies gilt insbesondere bei Entwendungsfällen, also bei Diebstahl- und Raubschäden.

Bei Einbruchdiebstahlschäden ist es dem Versicherungsnehmer oft nicht möglich, den Tatverlauf im Nachhinein lückenlos festzustellen, weil es in der Regel keine Tatzeugen gibt. Die Rechtsprechung lässt daher Beweiserleichterungen zu. Ausreichend ist danach das Vorliegen plausibler Einbruchspuren, um von einem den Versicherungsfall auslösenden Eindringen in die Wohnung auszugehen. Fehlen solche Spuren, hat der Beschwerdeführer regelmäßig Schwierigkeiten, einen Einbruchdiebstahl nachzuweisen. Steht ein Einbruchdiebstahl fest, muss im nächsten Schritt der Diebstahl von Hausrat sowie die Schadenhöhe bewiesen werden. Dies fällt insbesondere dann schwer, wenn es sich bei dem Stehlgut



um Bargeld, um Schmuckstücke oder hochwertige Uhren handelt, die der Versicherungsnehmer geerbt oder geschenkt bekommen hat. Liegen keine Anschaffungsbelege oder andere Wertnachweise vor, nehmen die Versicherer regelmäßig Mindestbewertungen auf der Grundlage der vom Beschwerdeführer gemachten Angaben vor. Dies kann zu einer Reduzierung der Entschädigungsleistung führen. In zahlreichen Fällen erhielten Beschwerdeführer eine Nachzahlung, nachdem ihnen der Ombudsmann die Beweislastverteilung erläuterte und daraufhin Nachweise (zum Beispiel Fotos) beschafft wurden, die den Anspruch belegten.

Die Beweislast des Beschwerdeführers spielt auch bei Schäden infolge blitzbedingter Überspannung eine Rolle. Meldet ein Versicherungsnehmer einen solchen Schaden, sind die meisten Versicherer mittlerweile dazu übergegangen, eine Wetter- und Blitzanalyse einzuholen. Erscheint danach ein blitzbedingter Überspannungsschaden möglich, weil ein Blitzeinschlag in der Nähe des Versicherungsortes registriert wurde, wird in einem zweiten Schritt ein technischer Sachverständiger beauftragt. Dieser prüft, ob der Geräteschaden tatsächlich auf eine blitzbedingte Überspannung zurückzuführen ist oder ob möglicherweise doch eine andere Ursache zum Ausfall führte, wie beispielsweise altersbedingter Verschleiß. Kommt der Gutachter zu dem Ergebnis, dass Anzeichen für einen blitzbedingten Überspannungsschaden nicht gegeben sind, können Beschwerdeführer dies oft nicht nachvollziehen, da für sie ein blitzbedingter Schaden allein schon wegen eines engen zeitlichen Zusammenhangs zwischen dem Gewitter und dem Schadenseintritt naheliegt. Waren die Gutachten jedoch in sich schlüssig und widerspruchsfrei, blieb dem Ombudsmann nur, auf dieser Grundlage zu entscheiden. Dabei wurde dem Beschwerdeführer die Beweislastverteilung erläutert, so dass er bei weiterhin vorhandenen Zweifeln überlegen konnte, ob er selbst einen Sachverständigen beauftragt.

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

Schließlich betrafen Beschwerden die Frage, wie die Verletzung vertraglicher Obliegenheiten zu bewerten ist. So muss zum Beispiel der Versicherungsnehmer nach einem Diebstahl oder einem Raub der zuständigen Polizeidienststelle eine sogenannte Stehgutliste einreichen. Dahinter steht der Gedanke, dass es der

Polizei ermöglicht werden soll, die Sachfahndung nach den gestohlenen Gegenständen einzuleiten. Darüber hinaus soll sich der Versicherungsnehmer zum Umfang seines Schadens frühzeitig festlegen, um einem nachträglichen „Aufbausehen“ seiner Forderung vorzubeugen. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Stehlgutlistenobliegenheit, verweigern manche Versicherer eine Leistung. Diese pauschale Vorgehensweise erscheint im Hinblick auf den Schutzzweck der Regelung fraglich, etwa wenn sich die Tat im Ausland ereignete und das Stehlgut nur wenige und nicht individualisierte Gegenstände umfasste. Dann kann aufgrund der Umstände zweifelhaft sein, ob eine entsprechende polizeiliche Meldung zu einem Fahndungserfolg hätte führen können. Die Praxis dürfte gegen eine solche Annahme sprechen. Auf diesen Einwand hin waren Versicherer häufig zu einem Entgegenkommen bereit.

■ Allgemeine Haftpflichtversicherung

Zu dieser Sparte gingen im Berichtszeitraum 646 zulässige Beschwerden ein. Das entspricht einem Anteil von 4,7 Prozent am Gesamtaufkommen aller zulässigen Beschwerden. Im Vergleich zum Vorjahr gab es nur wenige Veränderungen (624 in absoluten Zahlen; 4,9 Prozent im Gesamtvergleich).

Die Allgemeine Haftpflichtversicherung, wie die Sparte in Abgrenzung zur Kfz-Haftpflichtversicherung oftmals bezeichnet wird, schützt vor Vermögensnachteilen infolge von gegen den Versicherungsnehmer gerichteten Schadenersatzansprüchen. Durch Beschreibung der Risikobereiche (z. B. in der Privathaftpflichtversicherung „als Privatperson aus den Gefahren des täglichen Lebens“) und durch Ausschlüsse („nicht versichert sind die Gefahren eines Betriebes, Berufes, Dienstes oder Amtes“) wird jeweils der Umfang des Versicherungsschutzes festgelegt.

In der Beschwerdebearbeitung stehen Beschwerden zur Privathaftpflichtversicherung im Vordergrund. Eine Schwierigkeit, die zugleich aber auch die interessante juristische Aufgabe darstellt, ist die Prüfung, ob der jeweilige Sachverhalt unter einen der vertraglich vereinbarten Risikoausschlüsse fällt. Hier wirft der Begriff „Gefahr des täglichen Lebens“ immer wieder Fragen auf. So richtete sich etwa eine Beschwerde gegen die Ablehnung der Deckung mit der Begründung, das Verlegen eines Abflussrohrs zähle nicht zu den Risiken des täglichen Lebens als Privatperson. Da nach Auffassung des Ombudsmanns der Risikoausschluss nicht erfüllt war, half der Versicherer der Beschwerde ab. Bei Familientarifen ist die gesetzliche Haftpflicht des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners mitversichert. Allerdings sind Haftpflichtansprüche gegen den Versicherungsnehmer aus Schadenfällen seiner Angehörigen, die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben oder zu den mitversicherten Personen gehören, ausgenommen. Als Angehörige gelten Ehegatten, Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes oder vergleichbare Partnerschaften nach dem Recht anderer Staaten, Eltern und Kinder etc. Ein Versicherer leitete aus der Zusammenschau beider Klauseln ab, dass Haftpflichtansprüche der Partnerin aus einer eheähnlichen Lebensgemeinschaft gegen den Versicherungsnehmer ebenfalls ausgeschlossen sind.



Neben den definierten Angehörigen seien auch Personen, die durch ein familienähnliches, auf längere Dauer angelegtes Verhältnis miteinander verbunden sind, von dem Ausschluss erfasst. Dem konnte der Ombudsmann nicht zustimmen. Die Versicherungsbedingungen enthalten aus der Sicht eines durchschnittlichen Versicherungsnehmers eine abschließende Regelung, wer als Angehöriger anzusehen ist. Eine Erweiterung über den Wortlaut hinaus nach Sinn und Zweck auf lediglich faktische Partnerschaften ist nicht möglich. Risikoausschlüsse sind nach der Rechtsprechung des BGH nicht weiter auszulegen, als es ihr Sinn unter Beachtung ihres wirtschaftlichen Zwecks und der gewählten Ausdrucksweise erfordert. Der Versicherungsnehmer soll nicht mit Lücken im Versicherungsschutz rechnen müssen, ohne dass die Klausel ihm dies hinreichend verdeutlicht. Der Versicherer half ab.

Im Vorjahr wurde ausführlich zu den üblichen Fallkonstellationen und Streitfragen berichtet (siehe Jahresbericht 2014, Seite 45 f.). Häufig sind Beschwerdeführer mit einer Anspruchsabwehr des Haftpflichtversicherers gegenüber dem Geschädigten (passiver Rechtsschutz) nicht einverstanden und möchten eine Schadenregulierung durch Leistung erreichen. Der Ombudsmann hat, das sei an dieser Stelle wiederholt, grundsätzlich keine Zuständigkeit für die Entscheidung der Haftungsfrage, wirkt aber seit vielen Jahren im Sinne des Schlichtungsgedankens auf eine befriedende Lösung hin, wenn sich bei der Prüfung Auffälligkeiten ergeben. Befriedigt der Versicherungsnehmer den Geschädigten eigenmächtig und vereitelt damit eine Anspruchsabwehr durch den Versicherer, ist der Versicherer an die Befriedigung nur dann gebunden, wenn der Haftungsanspruch begründet war. Eher ungewöhnlich ist es, dass der Beschwerdeführer sich gegen eine Schadenregulierung wendet. In einem Fall kollidierte der Sohn des Versicherungsnehmers mit seinem Fahrrad, freihändig fahrend und mit aufgesetzten Kopfhörern, mit einem Pkw. Der Haftpflichtversicherer regulierte den Schaden des Autofahrers und ging von einem 100-prozentigen Verschulden des Sohnes aus. Der Beschwerdeführer wandte sich dagegen und wertete dies als ehrverletzend; zudem habe er keine Ansprüche beim Kfz-Haftpflichtversicherer des Unfallgegners durchsetzen können. Der Ombudsmann erläuterte ihm, dass der Versicherer, ebenso wie in der Kfz-Haftpflichtversicherung, einen weiten Ermessensspielraum hat bei der Frage, wie er seiner Leistungspflicht nachkommt, durch Regulierung oder Anspruchsabwehr. Da ein Überschreiten dieses Ermessensspielraums in dem beschriebenen Fall nicht festgestellt werden konnte und auch die Entscheidung des eigenen Haftpflichtversicherers nicht den gegnerischen Versicherer bindet, hatte die Beschwerde keinen Erfolg.

Neben Fragen zur Anspruchsabwehr betreffen die Beschwerden weiterhin häufig Mietsachschäden, insbesondere den Risikoausschluss bezüglich Abnutzung, Verschleiß und übermäßiger Beanspruchung. Grundsätzlich sind Haftpflichtansprüche wegen Beschädigung von gemieteten Sachen vom Versicherungsschutz ausgenommen. Das gilt nach der Mietsachschadenklausel aber nicht bei Beschädigung von Wohnräumen oder sonstigen zu privaten Zwecken gemieteten Räumen in Gebäuden. Was ein Wohnraum im Sinne dieser Bedingungen

sein kann, ist nicht abschließend geklärt. In einem Beschwerdeverfahren ging es um die Beschädigung der Fliegengittertür eines Wohnwagens. Nachdem der Versicherungsombudsmann darauf hingewiesen hatte, dass nach einer Literaturmeinung Wohnräume nicht zwingend in Gebäuden liegen müssen, es vielmehr auf die tatsächliche Nutzung ankomme, half der Versicherer ab. Im Hinblick auf eine übermäßige Beanspruchung der Mietsache haben sich, soweit ersichtlich, in der Rechtsprechung zwei Definitionen herausgebildet. Eine solche liegt entweder vor, wenn die Mietsache durch ein Verhalten beschädigt wird, das nach der allgemeinen Lebenserfahrung mit einem hohen Schadenrisiko behaftet ist, oder wenn die Sache während eines längeren Zeitraums über das übliche Maß hinaus in Anspruch genommen wird. Letzteres ist etwa gegeben, wenn die Katze des Versicherungsnehmers über einen längeren Zeitraum hinweg immer wieder auf den Parkettboden uriniert oder wenn der Hund bei Abwesenheit des Versicherungsnehmers regelmäßig an den Türen kratzt. Die Beweislast für eine Schadenverursachung durch übermäßige Beanspruchung trägt wie bei jedem Risikoausschluss der Versicherer. Nicht immer begründen die aus den vorgelegten Unterlagen erkennbaren Umstände den Ausschluss. So entdeckte eine Beschwerdeführerin erst anlässlich ihres Auszugs einen dunklen Fleck auf dem an dieser Stelle durch einen Hochflorteppich bedeckten Parkettboden. Sie wusste nichts über die konkrete Schadenursache, äußerte gegenüber dem Versicherer aber die Vermutung, dass der Katze oder dem kleinen Sohn ein Malheur passiert sein könnte. Daraufhin behauptete der Versicherer, die Ursache für die Schwarzfärbung des Bodens sei ein intensives, mehrfach auftretendes Schadenverhalten gewesen. Mit dem Hinweis, dass sich der Versicherer nicht vorzeitig auf eine wiederholte Einwirkung von Urin auf das Parkett fokussieren sollte und auch ein einmaliges Missgeschick zu dem auf den Fotos erkennbaren Schadenbild führen kann, erreichte der Ombudsmann, dass der Versicherer doch noch Versicherungsschutz bestätigte. In einem anderen Fall hatte die Beschwerdeführerin eine Kiste auf den Boden gestellt. Nach einiger Zeit zeigten sich auf dem Fußboden unter der Kiste Flecken, die sie mit einer eventuellen chemischen Reaktion erklärte. Der Versicherer berief sich jedoch auf eine allmähliche Schadenentstehung u. a. aufgrund einer übermäßigen Beanspruchung. Dem konnte der Ombudsmann nicht folgen. Das Aufstellen einer handelsüblichen Kiste kann nicht als übermäßige Beanspruchung angesehen werden. Anhaltspunkte dafür, dass der Schaden durch ein wiederholtes Hin- und Herschieben der Kiste entstanden ist, lagen auch nicht vor. Daraufhin erklärte der Versicherer seine Eintrittspflicht.

Regelmäßiger Bestandteil der Haftpflicht-Beschwerden sind wie in den Vorjahren Probleme mit der sogenannten Benzinklausel, also dem Leistungsausschluss bei Schäden durch den Gebrauch eines Fahrzeugs (siehe Jahresbericht 2014, Seite 47). Allerdings zeigt sich inzwischen ein gestiegenes Problembewusstsein der Versicherer und eine damit verbundene höhere Abhilfebereitschaft in Grenzfällen. So halfen Versicherer ab bei Schäden, die anlässlich des Öffnens eines Tores zur Einfahrt mit dem Auto oder beim Einladen von Einkäufen in den Kofferraum des Pkws verursacht wurden.



Zwar lag der Schwerpunkt auf der Privathaftpflichtversicherung, doch gab es auch Beschwerden zu anderen Haftpflichtversicherungen, etwa zur Tierhalter-, Bauherren-, Haus- und Grundbesitzer- sowie Betriebs- oder Berufshaftpflicht. Soweit ersichtlich, stand zum ersten Mal die Zulässigkeitsprüfung einer sogenannten D&O-Versicherung an. Hierbei handelt es sich um eine Haftpflichtversicherung, bei der Manager wie beispielsweise der Geschäftsführer einer GmbH oder der Vorstand einer AG für den Fall versichert werden, dass sie in dieser Eigenschaft wegen Pflichtverletzungen in Anspruch genommen werden. Der Ombudsmann ist jedoch nur für Beschwerden von Verbrauchern und Personen in verbraucherähnlichen Situationen zuständig. Da es an dieser Voraussetzung fehlte, wies er die Beschwerde als unzulässig ab.

Neben einer Basisdeckung bieten die Versicherer regelmäßig auch erweiterte Tarifoptionen an, die unter anderem eine Forderungsausfallversicherung enthalten. Der Versicherungsnehmer ist damit gegen das Risiko abgesichert, dass er einen gesetzlichen Leistungsanspruch gegen einen Dritten wegen dessen Zahlungsunfähigkeit nicht durchsetzen kann. Häufig wird er dabei so gestellt, als ob der Schuldner eine der Forderungsausfallversicherung entsprechende Privathaftpflichtversicherung abgeschlossen hätte. Voraussetzung für einen Anspruch aus der Forderungsausfalldeckung ist u. a., dass gegen den Schuldner ein rechtskräftiger Titel, etwa ein Gerichtsurteil, erwirkt wurde und Vollstreckungsversuche gescheitert sind. In Einzelfragen unterscheiden sich allerdings die Bedingungen der Versicherer. Im Berichtsjahr war die Frage zu prüfen, ob sich aus der Regelung, dass als rechtskräftiges, vollstreckbares Urteil auch ein Versäumnis- oder Anerkenntnisurteil, ein Vollstreckungsbescheid, ein gerichtlicher vollstreckungsfähiger Vergleich oder ein notarielles Schuldanerkenntnis mit Unterwerfungsklausel gilt, ergibt, dass die gerichtliche Eintragung der Forderung in die Insolvenztabelle nicht ausreicht. Hierauf hatte sich der Beschwerdegegner berufen. Der Ombudsmann war jedoch der Meinung, dass ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer bei Abschluss einer Forderungsausfallversicherung erwartet, umfassend gegen das Zahlungsunfähigkeitsrisiko des Schädigers gesichert zu sein. Soll dieser Versicherungsschutz für einen wesentlichen Bereich (Insolvenz) ausgeschlossen werden, muss ihm das klar vor Augen geführt werden. Angesichts der hier verwendeten Klauseltechnik (positive Erläuterungen zum Begriff des Urteils, Ausnahmen müssen durch einen Umkehrschluss ermittelt werden) kann der Versicherungsnehmer als rechtlicher Laie nicht erkennen, dass ausgerechnet der Hauptfall des Forderungsausfalls, die Insolvenz, nicht gedeckt sein soll. Da der Beschwerdewert über der Verpflichtungsgrenze von 10.000 Euro lag, konnte der Ombudsmann nicht verbindlich entscheiden. Die Parteien folgten jedoch seinem Schlichtungsvorschlag und einigten sich auf eine 2/3-Regulierung zugunsten des Beschwerdeführers. Der BGH sprach in einem später bekannt gewordenen Urteil (vom 28. Oktober 2015, Az.: IV ZR 269/14) zu einer Klausel aus der Forderungsausfallversicherung dem Kläger mit ähnlicher Begründung einen Leistungsanspruch zu.

Unabhängig von spartenspezifischen Problemen hat sich aus der Bearbeitung der Haftpflichtbeschwerden erneut ergeben, wie wichtig es ist, dass der Versicherer

seinen Versicherungsnehmer nach der Schadenmeldung über das „Ob und Wie“ seiner Prüfung und Leistungen informiert. Anderenfalls ist der Versicherer, dessen Versicherungsnehmer ihm eine Schadenreparatur ankündigt und der daraufhin lediglich an andere Verantwortliche verwiesen wird, an die Anspruchsbefriedigung (Zahlung) durch den Versicherungsnehmer gebunden.

Manchmal geht es in Beschwerden nur um Centbeträge. Dadurch ändert sich zwar nicht die rechtliche Bewertung des Ombudsmanns, es kann aber eine sinnvolle Lösung erleichtern, indem wirtschaftliche Erwägungen einbezogen werden. So wandte sich ein Beschwerdeführer gegen eine Erhöhung des Beitrages von 44,03 Euro um 5 Prozent. Nach der Rechnung des Beschwerdeführers ($44,03 \times 1,05$) betrug der neue Beitrag 46,23 Euro, der Versicherer stellte aber 46,29 Euro in Rechnung, bedingt durch eine andere Berechnungsgrundlage (Erhöhung wurde aus dem Nettotarif errechnet und hieraus die Bruttoprämie). Der Versicherer half der Beschwerde ab, damit die Rundungsdifferenzen nicht zu Lasten seines Versicherungsnehmers gehen, wollte in Zukunft aber in den Verbraucherinformationen auf seine Berechnungsweise, die Netto-Endbeträge kaufmännisch auf volle Cent zu runden, hinweisen.

■ Berufsunfähigkeitsversicherung

Zur Berufsunfähigkeitsversicherung erhielt der Ombudsmann im Berichtszeitraum 394 (Vorjahr: 411) zulässige Eingaben. Somit hielt die sinkende Tendenz des Vorjahres an. Die Beschwerden in dieser Sparte machen 2,9 (3,2) Prozent aller zulässigen Eingaben aus. Die notwendige Bearbeitungskapazität liegt allerdings erheblich darüber, denn der Mehrzahl der Beschwerden liegen komplexe Sachverhalte und schwierige Rechtsfragen zugrunde, die einen großen Prüfungsaufwand und spezielle Kenntnisse erfordern. Neben dem Fachwissen der Sparte bedarf es zudem berufskundlichen und medizinischen Sachverständes. Es verwundert daher nicht, dass Beschwerden, die Rechtsanwälte für Versicherte einlegen, mitunter den Eindruck erwecken, dass weniger die Meinung des Versicherungsombudsmanns als Schlichtungsinstanz denn vielmehr eine kompetente rechtliche Bewertung eingeholt werden soll.

Die Berufsunfähigkeitsversicherung stellt eine Risikoversicherung dar. Sie dient der Vorsorge für den Fall der Berufsunfähigkeit und soll dadurch verursachte finanzielle Einbußen auffangen. Dementsprechend werden als Versicherungsleistung für die gesamte Vertragslaufzeit zumeist hohe Kapitalwerte vereinbart. Der Versicherungsschutz wird in Form von selbstständiger Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeits- (beides auch als Zusatzversicherung) oder Dienstunfähigkeits(zusatz)-versicherung angeboten.

Viele Beschwerden betrafen – wie auch in den Vorjahren – die Frage, ob der Beschwerdeführer bei Vertragsschluss vorvertragliche Anzeigepflichten (insbesondere durch falsche oder unvollständige Gesundheitsangaben) verletzt hatte und welche Rechtsfolgen sich daraus ggf. für den Versicherungsvertrag und für die beantragte Versicherungsleistung ergaben. Der Versicherer muss vor Vertragsschluss einschätzen können, in welcher gesundheitlichen Verfassung



sich der um Versicherungsschutz bemühte Antragsteller befindet. Nur so kann er beurteilen, ob er das versicherungsrechtliche Risiko zu den üblichen Konditionen übernehmen will, eine höhere Prämie oder eine Ausschlussklausel angemessen ist oder er das Risiko überhaupt nicht zu tragen bereit ist. Dementsprechend ist er auf die Angaben des Antragstellers angewiesen, die im Versicherungsantrag abgefragt werden. Falsche oder unvollständige Gesundheitsangaben fallen nicht unbedingt im Stadium des Vertragsschlusses auf, da der Versicherer sie in der Regel nicht sofort überprüft. Dies erfolgt jedoch unter bestimmten Umständen, wenn ein Leistungsantrag gestellt wird.

Betraff die Beschwerde vorvertragliche Anzeigepflichten, war in der Regel die Wirksamkeit einer Anfechtung des Versicherungsvertrages wegen arglistiger Täuschung, der Rücktritt vom Vertrag oder dessen Kündigung durch den Versicherer Prüfungsgegenstand. Wurden Gesundheitsfragen nicht richtig oder unvollständig beantwortet, kann auch der Frage Bedeutung zukommen, wie sich der Versicherungsvertreter verhalten hat. Zum Teil ging es im Zusammenhang mit der unzulänglichen Beantwortung von Gesundheitsfragen auch um die einseitige rückwirkende Anpassung des Versicherungsvertrages, die das Versicherungsvertragsgesetz unter bestimmten Voraussetzungen zulässt. Sie kann vorgenommen werden, wenn der Versicherungsnehmer zwar seine Anzeigepflicht verletzt hat, der Vertrag jedoch auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenngleich zu anderen Bedingungen, zustande gekommen wäre. In diesen Fällen wandten sich die Beschwerdeführer überwiegend gegen den rückwirkenden Ausschluss des Versicherungsschutzes für eine durch bestimmte (nicht angegebene) Krankheiten verursachte Berufsunfähigkeit.

Eine besondere Fallgruppe betraf Beschwerdeführer, die bereits seit vielen Jahren gegen Berufsunfähigkeit versichert waren, diesen Vertrag jedoch aufgegeben und einen Neuvertrag abgeschlossen hatten. Wenn sich ihre gesundheitliche Situation zwischenzeitlich verschlechtert hatte oder neue Gesundheitsbeschwerden aufgetreten waren, kam es darauf an, ob ihnen die Konsequenzen ihrer Entscheidung deutlich gemacht worden waren. Waren sie zwischenzeitlich ärztlich behandelt, untersucht oder beraten worden, unterließen es jedoch, dies anzugeben, obwohl der neue Versicherer in Textform nach Beschwerden und ärztlichen Behandlungen gefragt hatte, nahm der Neuversicherer bei Kenntnis der Sachlage dies zum Anlass für den Rücktritt vom Vertrag, hilfsweise für dessen Anpassung oder Anfechtung wegen arglistiger Täuschung. Da das Ombudsmannverfahren bis auf den Urkundenbeweis keine Beweiserhebung zulässt, war in den Fällen, in denen relevante Tatsachenfragen nicht zweifelsfrei aufgeklärt werden konnten, keine Entscheidung oder Empfehlung möglich. Jedoch gelangen nicht selten einvernehmliche Lösungen.

Bei einer Vielzahl von Beschwerden ging es um die Streitfrage, ob der Versicherungsfall eingetreten war und wann ggf. die Leistung des Versicherers einzusetzen hatte bzw. bis zu welchem Zeitpunkt sie zu erbringen war. In diesem Zusammenhang spielten auch zeitlich befristete Leistungsanerkennnisse, Leis-

tungsausschlussfristen bei verspäteten Anzeigen, Vereinbarungen über die Versicherungsleistung sowie Leistungseinstellungen im späteren Nachprüfungsverfahren eine wesentliche Rolle.

Die steigende Tendenz der Berufsunfähigkeit aufgrund von psychischen Erkrankungen hielt auch im Berichtsjahr an. Erneut zeigte sich, dass Arbeitsplatzkonflikte häufig Anlass für psychische Beschwerden und lange Arbeitsunfähigkeitszeiten waren. Entsprechende Beschwerden warfen komplizierte medizinische Fragen auf, die nicht immer im Ombudsmannverfahren geklärt werden konnten, da hierzu Sachverständige hätten einbezogen und befragt werden müssen. Wenig zielführend war die Vorlage von Gutachten, in denen die Sachverständigen sich nicht zu den Gesundheitsverhältnissen in den Zeiträumen geäußert hatten, auf die es bei der Beurteilung ankam.

Auffällig war bei der Beschwerdebearbeitung im Jahr 2015, dass einige Beschwerdeführer, die von Gutachtern bestimmter Institute im Auftrag des Versicherers untersucht wurden, sich über die Umgangsformen des Sachverständigen, die Art und Weise seiner Gesprächsführung sowie die kurze Untersuchungszeit beklagten und Voreingenommenheit vermuteten.

Immer wieder wurde in den Verfahren, die einen Leistungsantrag zum Gegenstand hatten, deutlich, dass es den Beschwerdeführern schwerfällt, die zur Feststellung des Grades der Berufsunfähigkeit erforderlichen notwendigen Angaben zu machen. Es ist daher wünschenswert, wenn der Versicherer, sofern noch nicht bei Vertragsabschluss geschehen, jedenfalls bei Beginn seines Regulierungsverfahrens darauf hinweist, welche konkreten Angaben erforderlich sind, um den Grad ermitteln zu können.

■ Realkredit

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

Im Jahr 2015 erhielt der Ombudsmann 196 (Vorjahr 169) zulässige Eingaben zu Realkrediten. Das entspricht einem Anteil von 1,4 Prozent am Gesamtaufkommen der zulässigen Beschwerden und einer Zunahme von 16,0 Prozent. Bei diesem Vergleich ist allerdings zu berücksichtigen, dass eine große Zahl von Eingaben zum Jahreswechsel 2014/2015 eintraf und daher der Zugangstag nicht immer ganz exakt zu ermitteln war. Grund für diesen Beschwerdeanstieg waren Entscheidungen des BGH zum Bearbeitungsentgelt bei Verbraucherkrediten. Für viele Rückforderungsansprüche drohte mit Ablauf des Jahres 2014 die Verjährung. Das veranlasste vermehrt Darlehensnehmer, noch im Dezember 2014 Beschwerden einzulegen (vgl. Jahresbericht 2014 unter 2.1).



Die Beschwerden zu den Bearbeitungsentgelten machten den größten Teil der im Jahr 2015 vom Ombudsmann im Bereich der Realkredite beendeten Fälle aus. Der BGH hatte am 13. Mai 2014 und am 28. Oktober 2014 entschieden, dass die von ihm geprüften vorformulierten Bestimmungen zum Bearbeitungsentgelt bei Verbraucherdarlehen unwirksam sind. Von den Entscheidungen unmittelbar betroffen sind solche Entgelte, die zu Beginn des Vertrages für die Kreditbearbeitung und -auszahlung erhoben wurden. Das Gericht kam zu dem Ergebnis, dass es mit wesentlichen Grundgedanken der gesetzlichen Regelung unvereinbar ist und die Darlehensnehmer entgegen den Geboten von Treu und Glauben unangemessen benachteiligt, ein solches laufzeitunabhängiges Entgelt zu erheben. Es stellte dabei insbesondere auf § 488 Absatz 1 Satz 2 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) ab. Nach dem gesetzlichen Leitbild dieser Regelung hat der Darlehensgeber anfallende Kosten für die Kreditbearbeitung und -auszahlung durch den laufzeitabhängig bemessenen Zins zu decken. Der BGH stellte auch noch einmal klar, dass Entgeltklauseln in Allgemeinen Geschäftsbedingungen mit wesentlichen Grundgedanken der Rechtsordnung unvereinbar sind, wenn Aufwand für Tätigkeiten auf den Kunden abgewälzt wird, zu denen der Verwender gesetzlich oder nebenvertraglich verpflichtet ist oder die er überwiegend im eigenen Interesse erbringt.

Bei Beschwerden zu Verträgen, die entsprechende Bearbeitungsentgelte vorsahen, halfen die Versicherer ab. Nur einzelne Unternehmen wandten ein, die Entscheidungen des BGH, die schließlich zu Konsumentenkrediten ergangen sind, seien nicht ohne weiteres auf Immobiliendarlehen übertragbar. Letztlich konnten aber auch diese Versicherer zur Abhilfe bewogen werden.

Den Ombudsmann erreichten im Zusammenhang mit den erwähnten Entscheidungen aber auch Beschwerden zu anderen von den Versicherungsunternehmen im Rahmen eines Realkreditvertrages erhobenen Entgelten. So verlangten einzelne Beschwerdeführer beispielsweise die Erstattung der Gebühr, die das Versicherungsunternehmen für einen Pfandtausch, für einen Kreditnehmerwechsel beziehungsweise eine Schuldhaftentlassung, für eine Grundsuldabtretung nach Rückzahlung des Darlehens, für die Berechnung der Vorfälligkeitsentschädigung oder ab einer gewissen Anzahl von Teilauszahlungen erhoben hatte. Nicht all diese Entgelte sind jedoch zu beanstanden.

Einen zweiten Schwerpunkt bildeten Eingaben im Zusammenhang mit der Ausübung des Widerrufsrechts. Die Beschwerdeführer erklärten den Widerruf nach jahrelanger Durchführung ihres Vertrages mit der Begründung, bei Abschluss des Darlehens nicht ordnungsgemäß belehrt worden zu sein. Der Ombudsmann prüfte dann die beanstandete Widerrufsbelehrung. Es stellte sich unter anderem die Frage der Verwirkung des Widerrufsrechts. Streit gab es zudem hinsichtlich der Rechtsfolgen nach wirksam erklärtem Widerruf. In vielen Fällen konnte eine einvernehmliche Lösung zwischen dem Versicherungsunternehmen und dem Beschwerdeführer gefunden werden.

Wurde der betroffene Vertrag allerdings zu einer Zeit geschlossen, als gesetzlich noch kein Widerrufsrecht für Immobiliendarlehen vorgesehen und eine Belehrung somit nicht erforderlich war, kam ein Widerruf wegen unterbliebener oder fehlerhafter Belehrung nicht in Betracht. Selbst wenn bei einem solchen Vertrag später neue Konditionen festgelegt werden, begründet dies nicht ohne weiteres ein Widerrufsrecht. Nach der Rechtsprechung des BGH finden die Vorschriften zum Widerrufsrecht auf Änderungen eines Verbraucherdarlehensvertrages nämlich nur dann Anwendung, wenn dem Verbraucher infolge der Vertragsänderung zugleich ein neues, im ursprünglichen Darlehensvertrag weder geregeltes noch angelegtes Kapitalnutzungsrecht eingeräumt wird. Handelt es sich um einen Kredit, bei dem dem Verbraucher bereits im Zeitpunkt des Vertragsschlusses ein langfristiges Kapitalnutzungsrecht eingeräumt wird, die Zinsvereinbarung jedoch nicht für den gesamten Zeitraum, sondern zunächst nur für eine bestimmte Festzinsperiode getroffen wird, dann wird ihm kein neues Kapitalnutzungsrecht gewährt, wenn nach Ablauf der Zinsbindungsfrist lediglich neue Konditionen für die Zukunft vereinbart werden und die Konditionenvereinbarung entsprechend dem ursprünglichen Darlehensvertrag vollzogen wird.

■ Sonstige Versicherungen

Im Jahr 2015 gingen 1.478 zulässige Beschwerden (Vorjahr: 1.405) zu den „Sonstigen Versicherungen“ ein. Das sind 10,7 (11,0) Prozent des Gesamteingangs und entspricht einem Anstieg um 5,2 Prozent gegenüber dem vorherigen Jahr. Damit wurde im Berichtsjahr der damalige Höchststand, der nach einem Anstieg um 44,7 Prozent erreicht wurde, noch übertroffen.

Der Sparte „Sonstige Versicherungen“ werden solche Versicherungsverträge zugerechnet, die nicht den „großen“ Versicherungssparten zugeordnet werden können. Wie im Jahr zuvor stieg die Anzahl der Beschwerden zur Elektronikversicherung in Form der Handyversicherung weiter an und macht nunmehr den größten Teil der Beschwerdefälle in dieser Sammelsparte aus. Daneben betrafen aber auch viele Beschwerden, wie schon in den Jahren zuvor, die verschiedenen Arten der Reiseversicherungen. Außerdem hatte sich der Ombudsmann u. a. mit Photovoltaik-, Tier-, Bau- und Kleingartenversicherungen sowie vereinzelten „Exoten“, wie zum Beispiel der Ticket- oder der Rentenversicherung bei Krebserkrankungen, zu befassen.

Bei den Beschwerden zur Handyversicherung ging es, wie im letzten Berichtsjahr, zumeist um die Frage, ob der eingetretene Schaden durch ein versichertes Risiko entstanden ist. In vielen Beschwerdefällen reichten die Versicherer Analyseberichte bzw. Gutachten ein, in denen angezweifelt wurde, dass der geltend gemachte Schaden durch das vom Beschwerdeführer genannte Ereignis entstanden sein konnte. Da die Beschwerdeführer in diesen Fällen den Versicherungsfall letztlich zumeist nicht zweifelsfrei nachweisen konnten, mussten die Beschwerden nach der zivilrechtlichen Regelung zur Beweislastverteilung zu Lasten der Beschwerdeführer entschieden werden.



Daneben spielte nach wie vor auch der Verlust der versicherten Mobiltelefone durch Diebstahl eine zentrale Rolle. Hauptproblem dieser Fälle war, dass nach den meisten Versicherungsbedingungen ein versicherter Diebstahl nur dann vorliegt, wenn das versicherte Gerät zum Zeitpunkt der Wegnahme im persönlichen Gewahrsam sicher mitgeführt wurde. Aufgrund der hierzu ergangenen Rechtsprechung hatten solche Beschwerden auch im Berichtsjahr kaum Erfolgchancen.

Ein weiteres Thema zur Handyversicherung war im Jahr 2015 die Höhe der Kürzung bei einer grob fahrlässigen Herbeiführung des Versicherungsfalls, wenn das versicherte Gerät durch Kontakt mit Wasser zu Schaden kam. Nachdem ein Versicherer seine Leistungspflicht um 100 Prozent gekürzt hatte und trotz mehrfacher Hinweise zur Abhilfe nicht bereit war, wurde durch eine zusprechende Entscheidung klargestellt, dass eine Leistungskürzung auf „null“ nur in absoluten Ausnahmefällen in Betracht kommen kann. Das dem Versicherungsnehmer für eine solche Kürzung vorzuwerfende Verschulden muss als derart schwerwiegend anzusehen sein, dass es an bedingten Vorsatz grenzt. Dies war in der behandelten Beschwerde nicht der Fall.

Neben den Beschwerden zur Handyversicherung machten im Berichtsjahr auch Beschwerden zur Reisekostenversicherung einen Großteil der Beschwerden in der Sparte „Sonstige Versicherungen“ aus. Dabei ging es wie bereits im Vorjahr hauptsächlich um die Standardfragen, ob eine unerwartet schwere Erkrankung vorlag und ob der Versicherungsnehmer nach Eintritt des Versicherungsfalls unverzüglich von der Reise zurückgetreten war.

Meinungsverschiedenheiten zum Vertragsverhältnis selbst spielten auch im Jahr 2015 in der Sparte „Sonstige Versicherungen“ eher eine untergeordnete Rolle. Allerdings nahmen die im Jahresbericht 2014 auf Seite 52 bereits dargestellten Beschwerdefälle zu, in denen sich Beschwerdeführer gegen die automatische Verlängerung ihrer Jahresreiserücktrittsversicherung wehrten, die auf verschiedenen Onlinereiseportalen abgeschlossen worden waren. Wie damals konnten auch im Berichtsjahr flächendeckend Abhilfen erreicht werden.

Ergänzend wird auf die Darstellung der grundsätzlichen Probleme von Versicherungsverträgen, in denen das Interesse Dritter versichert wird, unter 2.1 verwiesen.

■ Vermittlerbeschwerden

Das Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsvermittler unterscheidet sich wesentlich von dem gegen Versicherungsunternehmen (siehe unter Ziffer 1.5 und 4.2). Es beruht auf der gesetzlichen Grundlage von § 214 Absatz 1 Nr. 2 VVG; diese stattet den Ombudsmann jedoch nicht mit den Kompetenzen aus, wie sie ihm die Mitgliedsunternehmen in der Vereinssatzung übertragen haben. Folglich arbeitet der Ombudsmann mit zwei verschiedenen Verfahrensordnungen: der Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns für Unternehmensbeschwerden (VomVO) und der Verfahrensordnung für Beschwerden

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

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

Im Berichtsjahr erreichten den Ombudsmann insgesamt 336 (Vorjahr: 354) Beschwerden, die auf der Grundlage der VermVO zu prüfen waren. Damit ging der Beschwerdeeingang im Vermittlerverfahren erneut leicht zurück und verblieb auf vergleichsweise niedrigem Niveau. Zu berücksichtigen ist bei einer Bewertung der Beschwerdeanzahl allgemein jedoch die zuvor erläuterte Möglichkeit, Beanstandungen gegen Vermittler im Verfahren gegen Versicherungsunternehmen nachzugehen. Diese werden dort allerdings nicht gesondert ausgewiesen. Im Vermittlerverfahren wird der Vorwurf der Falschberatung verhältnismäßig oft bezogen auf eine Lebens- oder eine Kfz-Versicherung erhoben.



Eine Besonderheit der als Vermittlerbeschwerden registrierten Vorgänge ist, dass mit 100 (85) der eingegangenen Beschwerden nur wenige zulässig waren. Damit setzt sich die steigende Tendenz, allerdings auf weiterhin niedrigem Niveau, fort. Nach der gesetzlichen Grundlage in § 214 VVG kann der Ombudsmann eine Beschwerde nur dann prüfen, wenn diese im Zusammenhang mit der Vermittlung eines Versicherungsvertrages steht, der Sachverhalt nach dem 22. Mai 2007 (Inkrafttreten der maßgeblichen Regelung im Vermittlergesetz) liegt und ein Versicherungsnehmer oder -interessent sowie ein Versicherungsvermittler beteiligt sind. Dementsprechend fallen Beschwerden, die zum Beispiel auf eine Schadenregulierung oder Bestandsverwaltung abzielen, und Beschwerden zwischen Vermittlern nicht in seinen Zuständigkeitsbereich.

Einen inhaltlichen Schwerpunkt der Vermittlerbeschwerden bilden, wohl nicht überraschend, Beanstandungen der Beratung und der Vermittlung nicht benötigter Versicherungsverträge, überwiegend verbunden mit dem Ziel der Rückabwicklung der betreffenden Verträge, sowie der Vermittlung von nicht passendem Versicherungsschutz. Eine geringere Anzahl von Beschwerden war auf den Ausgleich eines geltend gemachten Schadens gerichtet. Wiederholt ließen im Beschwerdeverfahren eingeholte Stellungnahmen der Vermittler mangelhafte Kenntnisse der betreffenden Materie erkennen. Dies war dann ein deutliches Indiz für eine Falschberatung. So wurde in einem Beschwerdeverfahren gegen einen Versicherungsmakler deutlich, dass diesem die Maklerpflichten, wie sie in den §§ 61 ff. VVG statuiert sind, im Einzelnen nicht bekannt waren. Lässt sich ein Versicherungsinteressent von einem Versicherungsmakler beraten, kann er davon ausgehen, dass dieser seine Empfehlung auf eine ausreichende Produktkenntnis stützt. Im Ergebnis soll die Empfehlung zu einem Vertrag führen, der den Interessen des Versicherungsnehmers am ehesten entspricht. Damit unterscheidet sich die Beratung in Art und Umfang deutlich von der Beratung, die ein Versicherungsvertreter zu erbringen hat. Dieser schuldet nur eine eingeschränkte Produktberatung. Noch entscheidender ist aber die Beratung und Bedarfsermittlung, die nach der Rechtsprechung des BGH zur Hauptleistungspflicht des Maklers gehört. Er hat für individuell angemessenen Versicherungsschutz zu sorgen und muss dazu von sich aus das zu versichernde Risiko ermitteln. Da ein Kunde einen Versicherungsmakler unter anderem deswegen einschaltet, weil er sich auf seine eigene Risikobeurteilung nicht verlassen möchte, 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, gegebenenfalls nach vorheriger Absprache und Befragung mit dem Versicherungsinteressenten, erforderlich ist. Aus den Beschwerden sei folgendes Beispiel eines unkundigen Maklers genannt: Der Beschwerde wegen doppelter Versicherung des privaten Haftpflichtrisikos begegnete der Makler mit den Bemerkungen, dass ein schriftlicher Maklervertrag fehle und die Versicherungsinteressentin die beiden Versicherungsverträge (einen Privathaftpflichtversicherungsvertrag und einen

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Berufshaftpflichtversicherungsvertrag mit Absicherung des Privathaftpflichtrisikos) unterschrieben habe. Sie hätte sich folglich selbst informieren können, welchen Versicherungsschutz sie mit den jeweiligen Verträgen einkaufe.

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

Beschwerden über das persönliche Verhalten eines Vermittlers nahmen, ebenso wie in den Vorjahren, nur einen sehr geringen Anteil am Gesamtbeschwerdeaufkommen der Vermittlerbeschwerden ein. Die Beschwerdeerhalte unterschieden sich nicht von denen der Vorjahre. So geht es den Beschwerdeführern vorrangig um ungebührliches Verhalten, ungenügende Informationen und Betreuung, um Fragen des Datenschutzes und die Herausgabe von überlassenen Unterlagen. Hier konnte in aller Regel geschlichtet werden. Diese Beschwerden fallen zwar in den übernommenen Aufgabenbereich, entziehen sich aber zumeist einer rechtlichen Bewertung. Daher werden sie unter der Rubrik „nicht justiziabel“ geführt.

2.8 Beschwerdefälle

Nachfolgend wird von einzelnen Beschwerdeverfahren berichtet, die der Ombudsmann im Jahr 2015 zum Abschluss gebracht hat. Anhand der dargestellten Verfahrens- und Entscheidungspraxis des Ombudsmanns soll ein Einblick in die Beschwerdebearbeitung ermöglicht werden.

Die nachstehenden 25 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.



Kfz-Kaskoversicherung

Pfand oder nicht Pfand, das ist hier die Frage

Aus dem Fahrzeug der Beschwerdeführerin wurden der Bordmonitor und die Infotainment-Einheit gestohlen. Die Werkstatt beschaffte die Ersatzteile, berechnete neben dem Kaufpreis aber noch eine sogenannte Pfandpauschale in Höhe von 1.428 Euro. Der Kaskoversicherer übernahm sämtliche Kosten außer der Pfandpauschale. Dies begründete er damit, dass die Kaskoversicherung eine Sachversicherung sei. Entsprechend bestünde in Höhe der Pfandkosten kein Versicherungsschutz. Dieser Auffassung schloss sich der Ombudsmann nicht an und wandte sich wie folgt an den Versicherer:

„Nach Prüfung der Unterlagen habe ich Zweifel, Ihre Haltung gegenüber der Beschwerdeführerin zu stützen. Bedingungsgemäß besteht der Anspruch auf Erstattung des Wiederbeschaffungswerts der Fahrzeugteile. Wiederbeschaffungswert ist der Preis, den der Versicherer für ein gleichwertiges, gebrauchtes Teil zahlen muss. Die Beschwerdeführerin musste für die Austauschteile jeweils eine sogenannte Pfandpauschale zahlen. Diese Pauschale hat folgenden Zweck: Viele Fahrzeugteile können überholt und wiederverwendet werden. Damit der Kunde nicht warten muss, bis sein Fahrzeugteil entsprechend aufgearbeitet wurde, kann er sich beim Hersteller ein anderes, bereits überholtes Austauschteil kaufen und in sein Fahrzeug einbauen, das damit fahrbereit bleibt. Wenn er nun sein ausgebautes, gebrauchtes Fahrzeugteil an den Hersteller schickt, dann bekommt er vom Hersteller dafür eine Vergütung in Höhe der sogenannten Pfandpauschale. Die Pfandpauschale dient demnach nicht der Sicherung eines Rückgabeanspruchs bezüglich des neu gekauften Austauschteiles, sondern sie ist ein Anreiz für den Verbraucher, das alte Fahrzeugteil einer Wiederverwendung zugänglich zu machen. Nach den mir vorliegenden Informationen ist der Verbraucher aber nicht verpflichtet, das Altteil einzuschicken. Entscheidet er sich dagegen oder ist, wie im vorliegenden Fall, ein Zurverfügungstellen wegen Diebstahls nicht möglich, dann bleibt es bei dem Kaufpreis für das Austauschteil einschließlich Pfandpauschale.

Unter Berücksichtigung dieser Umstände kann meines Erachtens für eine rechtliche Bewertung auch nicht auf den Begriff Pfand in dem von Ihnen definierten Sinne abgestellt werden. Der Begriff ist insoweit irreführend. Die Pfandpauschale wird nicht zusätzlich zum eigentlichen Kaufpreis oder zur Sicherung eines Rückgabeanspruchs erhoben, sondern drückt letztlich den Betrag aus, den der Hersteller für das zu ersetzende Fahrzeugteil gleichsam als ‚pauschalierten Restwert‘ bereit ist zu zahlen. Sie kann demnach zur Reduzierung des Wiederbeschaffungsaufwands führen, nicht aber zur Reduzierung des Wiederbeschaffungswerts, wie ihn ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer versteht.“

Der Versicherer äußerte zwar weiterhin Bedenken, half der Beschwerde aber dennoch ab.

Restschuldversicherung

Griechische Scheidung

Der Beschwerdeführer war Inhaber eines „Kreditschutzbriefts“, der unter anderem Versicherungsschutz im Falle einer Scheidung bieten sollte. Als frisch geschiedener Ehemann machte er Leistungsansprüche geltend. Der Versicherer lehnte mit der Begründung ab, die Ehe des Beschwerdeführers sei nach griechischem Recht geschieden worden. Somit liege kein Leistungsfall nach den Versicherungsbedingungen vor, denn diese verlangten eine Scheidung nach §§ 1564 ff. des Bürgerlichen Gesetzbuches. Zwar seien der Beschwerdeführer und seine Frau griechischer Abstammung, nach der Rom-III-Verordnung bestünde jedoch eine Rechtswahlmöglichkeit bezüglich des anzuwendenden Scheidungsrechts, es wäre also die Scheidung auch nach deutschem Recht möglich gewesen. Dennoch leistete der Versicherer – ohne Anerkennung einer Rechtspflicht – entgegenkommenderweise, da wohl auch ihm die Forderung, die Scheidung nach deutschem Recht zu wählen, nur um das „Kleingedruckte“ einer Restschuldversicherung zu erfüllen, nicht geheuer schien.

Hausratversicherung

Tödliche Arbeiten an einer Gasleitung

Der 78-jährige Versicherungsnehmer hatte polizeilichen Ermittlungen zufolge eine in seiner Wohnung verlaufende Gasleitung mittels einer Stichsäge und eines Trennschleifers bearbeitet. Dabei kam es zu einer Gasexplosion, durch die der Versicherungsnehmer getötet und das Haus zerstört wurde. Sein Erbe machte vertragliche Versicherungsleistungen in Höhe von 38.000 Euro sowie – für zerstörtes Bargeld – 1.500 Euro geltend. Der Versicherer lehnte eine Entschädigung ab, da der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall grob fahrlässig herbeigeführt habe. Sein Verschulden sei so hoch gewesen, dass die Versicherungsleistung auf null zu kürzen sei.

Der Versicherungsombudsmann wies den Versicherer darauf hin, dass die Beweislast für in objektiver und subjektiver Hinsicht grobe Fahrlässigkeit sowie für das Ausmaß des persönlichen Verschuldens bei ihm liege. Vorliegend sei vorgetragen, der Versicherungsnehmer habe sich beim Gebäudeeigentümer versichert, dass die Leitung kein Gas mehr führe. Diese Frage sei letztlich offen und könne nur durch die Einvernahme von Zeugen, die im vereinfachten Schlichtungsverfahren nicht möglich ist, geklärt werden. Außerdem sei eine Kürzung der Leistung auf null bei grob fahrlässiger Herbeiführung der Versicherungsleistung nach der Rechtsprechung nur in Ausnahmefällen zulässig, dann nämlich, wenn ein überaus unverantwortliches und unverständliches Verhalten im Grenzbereich zum Vorsatz vorliege. Davon könne beim Verhalten des getöteten Versicherungsnehmers nicht ausgegangen werden, denn dies bedeute, dass er in geradezu selbstmörderischer Absicht gehandelt haben müsse. Dafür gab es keine Anhaltspunkte, die Nachfrage beim Gebäudeeigentümer deute vielmehr auf – vermeintlich – sicheres Vorgehen hin.



Da nicht alle maßgeblichen Aspekte im Ombudsmannverfahren klärbar waren, regte der Ombudsmann eine gütliche Einigung an. Der Versicherer bot hierauf die Zahlung von 5.000 Euro an. Der Beschwerdeführer willigte ein, da er keinen Prozess führen wollte. Somit kam auf dieser Basis ein Vergleich zustande.

Rechtsschutzversicherung

Gehören Körperverletzung und Beleidigung zum Straßenverkehr?

Der Beschwerdeführer wünschte eine Kostenübernahme für die Interessenvertretung in einem Ermittlungsverfahren wegen des Tatverdachts der gefährlichen Körperverletzung und der Beleidigung. Dem Beschwerdeführer wurde vorgeworfen, eine andere Person im Ausfahrtsbereich eines Parkhauses mit seinem Auto angefahren, dabei verletzt und danach beleidigt zu haben. Die Beschwerdegegnerin lehnte den Versicherungsschutz ab, da es sich weder bei der Körperverletzung noch bei der Beleidigung um ein verkehrsrechtliches Vergehen handele. Das Fahrzeug sei nicht zur Fortbewegung, sondern als „Waffe“ oder „gefährliches Fahrzeug“ zweckentfremdet worden.

Nach den zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen besteht Versicherungsschutz, wenn dem Versicherungsnehmer ein verkehrsrechtliches Vergehen vorgeworfen wird und dieses einen „Bezug zum Straßenverkehr“ aufweist.

Somit kam es für die Entscheidung darauf an, wie die Klausel zu verstehen ist. Der Ombudsmann erläuterte dem Versicherer, dass ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer unter verkehrsrechtlichen Delikten mit einem Bezug zum Straßenverkehr nicht nur solche verstehen wird, die im Rechtssinne als sogenannte Verkehrsstraftaten bezeichnet werden, weil sie nach ihrem Schutzzweck die Sicherheit des Straßenverkehrs gewährleisten sollen. Verkehrsrechtliche Vergehen mit einem Bezug zum Straßenverkehr sind nach dem Verständnis eines durchschnittlichen Versicherungsnehmers auch solche, die lediglich in einem mittelbaren Zusammenhang mit der Teilnahme am Straßenverkehr stehen.

Eindeutig handelt es sich bei Körperverletzung und bei Beleidigung regelmäßig nicht um verkehrsrechtliche Vergehen. Gleichwohl liegt ein Bezug zum Straßenverkehr dann vor, wenn ein Autofahrer aus einem Parkhaus herausfährt und dabei einen anderen Menschen, der ihn daran hindern möchte, mit dem Fahrzeug wegschiebt und ihn beleidigt. Ein solcher Konflikt ist zum einen nach der Lebenserfahrung nicht völlig ungewöhnlich und er steht zum anderen in Bezug zum genutzten Fahrzeug. Ohne dessen Einsatz hätte sich der Sachverhalt nicht so abgespielt. Da die dem Beschwerdeführer aufgrund dieses Tatgeschehens vorgeworfenen Delikte einen Bezug zum Straßenverkehr aufwiesen und es nach den zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen nicht darauf ankommt, ob eine Verkehrsstraftat im Rechtssinne vorliegt, hat der Ombudsmann die Beschwerdegegnerin nach seiner erfolglosen Abhilfeanfrage zur Gewährung von Versicherungsschutz verpflichtet.

Gebäudeversicherung

Vandalen zu Besuch

Während der Abwesenheit der Beschwerdeführerin hatte ihre minderjährige Tochter zwei 14-jährige Bekannte mit nach Hause genommen. Kurze Zeit später wurde das Haus von circa 14 Personen, die von der „Party“ im sozialen Netzwerk gelesen hatten, auf- bzw. heimgesucht. Sie verwüsteten das Gebäude, drückten Zigaretten an Wänden und Böden aus, zerkratzten das Massivholzparkett, urinierten an die Wände und warfen mit Pizza, zerstörten Fensterbänke, entwendeten Wertgegenstände und setzten den Badezimmerboden gezielt unter Wasser, wodurch sich Granitfliesen lockerten beziehungsweise fleckig wurden. Es entstand ein Schaden von mehreren zehntausend Euro.

Der Wohngebäudeversicherer hatte im Badezimmer die Kosten für die Trocknungsarbeiten, die Schimmelbeseitigung sowie die Befestigung von sechs losen Granitfliesen übernommen sowie im Hinblick auf die Schwere der Verwüstungen aus Kulanz die Schäden am Parkett. Da diese nicht durch eine versicherte Gefahr hervorgerufen worden waren, war er eigentlich nicht eintrittspflichtig. Für die weiteren Schäden lehnte er die Regulierung ab.

Soweit es die anderen Schäden im Gebäude betraf, stimmte der Ombudsmann zu. Zwar hatten die ungebetenen Gäste wie die Vandalen gehaust, aber auch insoweit fehlte es an einer versicherten Gefahr. Der Versicherer hatte bei seiner Regulierungsentscheidung allerdings unbeachtet gelassen, dass der von ihm zu deckende Schaden am Bodenbelag des Badezimmers nicht nur die Kosten für die Trocknungsarbeiten, Schimmelbeseitigung sowie die Befestigung von sechs losen Granitfliesen umfasste. In seinem Schadenserstbericht hatte der Sachverständige nämlich ausgeführt, dass der Granitbodenbelag aufgrund der verbleibenden deutlichen Flecken in Teilbereichen ebenfalls auszutauschen war. Allerdings konnte der gleiche Granitbelag nicht mehr beschafft werden. Daher hatte der Sachverständige zur Schadensbeseitigung die Entfernung des kompletten Belags empfohlen, da die Feuchtigkeit zu tief in den Boden und die Dämmung eingedrungen war. Der Versicherer folgte dem Vorschlag des Ombudsmanns, auch noch die Kosten für die Wiederherstellung des Badezimmerbodens zu übernehmen.

Berufsunfähigkeitsversicherung

Mehr als nur ein schlechter Tag?

Der Beschwerdeführer hatte 2010 bei der Beschwerdegegnerin eine selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung über eine monatliche Berufsunfähigkeitsrente von 1.400 Euro abgeschlossen. Dabei verneinte er im Antragsformular die Frage nach Krankheiten oder Beschwerden der „Psyche (zum Beispiel Depressionen, Angstzustände oder Zwangsstörungen, Neurose, vom Arzt diagnostizierter Stress- oder Erschöpfungszustand, Essstörung, Schmerzsyndrom, Burn-out-Syndrom, psychosomatische Störung, Suizidversuch)“ in den letzten zehn Jahren. Auch die Frage, ob in den letzten fünf Jahren Krankheiten oder Beschwerden u. a. des Gehirns bestanden haben, beantwortete er mit „nein“.



Im Jahr 2013 beantragte der Beschwerdeführer wegen einer schweren depressiven Episode Leistungen wegen Berufsunfähigkeit. Der Versicherer trat in die Leistungsprüfung ein und in der Folge erklärte er mehrfach den Rücktritt vom Vertrag sowie die Anfechtung des Vertrages wegen arglistiger Täuschung. Er begründete dies mit der unterbliebenen Anzeige von depressiven Verstimmungen des Beschwerdeführers seit seiner Kindheit sowie begonnenen Selbsttötungshandlungen. Der Beschwerdeführer hatte sich im Jahre 2008 nach einem Beziehungsstreit einen Strick besorgt und diesen in suizidaler Absicht um einen Baum gehängt, ohne dass es allerdings zu einem Versuch der Selbsttötung gekommen sei.

Der Beschwerdeführer trägt sinngemäß vor, dass es sich nicht um einen anzeigepflichtigen Suizidversuch gehandelt habe. Er habe seinerzeit nach einem Beziehungsstreit einen „schlechten Tag“ gehabt und lediglich Überlegungen zu einer Selbsttötung angestellt sowie eine gewisse Vorbereitung getroffen, jedoch rechtzeitig wieder davon Abstand genommen. Er wurde anschließend weder ambulant noch stationär behandelt und sei nicht davon ausgegangen, dass er einen solchen Umstand dem Versicherer hätte mitteilen sollen.

Die Beschwerde hatte Erfolg. Der Rücktritt scheiterte, weil der nach § 19 Abs. 5 Satz 1 VVG notwendige Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung durch gesonderte Mitteilung nicht formgerecht erfolgt war. Im Hinblick auf die Anfechtung begründete der Ombudsmann seine Empfehlung, von der Gültigkeit des Vertrages auszugehen, wie folgt:

„(2) Anders verhält es sich bei einer Anfechtung wegen arglistiger Täuschung. Diese scheitert nicht bereits an einer unwirksamen Belehrung der Beschwerdegegnerin (vgl. BGH vom 12. März 2014 – AZ: IV ZR 306/13).

Im vorliegenden Streitfall kommt es daher darauf an, ob der Vorwurf der Beschwerdegegnerin, der Beschwerdeführer habe depressive Verstimmungen seit seiner Kindheit, seine vorgenannten Handlungen in suizidaler Absicht 2008 und mehrere Gehirnerschütterungen arglistig bei Abgabe seiner Vertragserklärung verschwiegen, zutrifft.

Nach § 19 Abs. 1 Satz 1 VVG hat der Versicherungsnehmer bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform (§ 126b BGB) gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen.

a) (...)

b)

Nichts anderes gilt für die ungenauen anamnestischen Angaben von depressiven Verstimmungen seit Kindheit und die bei Abgabe der Vertragserklärung dem Versicherer nicht mitgeteilte Handlung des Beschwerdeführers im Jahre 2008, als er nach einem Beziehungsstreit einen Strick um einen Baum legte. Dies stellt noch

keinen Suizidversuch dar. Der Beschwerdeführer nahm rechtzeitig davon Abstand. Es kann somit dahingestellt bleiben, ob die Frage der Beschwerdegegnerin in Nr. 6 a) nach einem Suizidversuch im Hinblick auf den Schutz der Persönlichkeits-sphäre des Versicherungsnehmers überhaupt zulässig ist, auch wenn eine solche Frage des Versicherers einen medizinischen Hintergrund hat. Allerdings hatte die Beschwerdegegnerin nicht nur nach einem Suizidversuch, sondern auch nach psychischen Beschwerden in den letzten zehn Jahren gefragt. Mit dem Wortlaut der Frage Nr. 6 a) des Fragenkatalogs hätte dem Beschwerdeführer deutlich werden müssen, dass es dem Versicherer darauf ankommt zu erfahren, wie es um seine Psyche in den letzten zehn Jahren bestellt gewesen ist. Es spricht viel dafür, dass ihm klar war, dass es psychische Beschwerden sind, die ihn zu solchen Überlegungen und Handlungen veranlasst haben. Der Beschwerdeführer hätte die Frage nach psychischen Beschwerden mit ‚ja‘ beantworten müssen.

Jedoch bedeutet dies nicht automatisch, dass er mit seiner falschen Antwort auf den Willen der Beschwerdegegnerin einwirken wollte, sich also bewusst gewesen ist, der Versicherer werde seinen Versicherungsantrag nicht annehmen, wenn er die Frage Nr. 6 a) mit ‚ja‘ beantworten würde.

Da es sich bei dem Bewusstsein um eine innere Tatsache handelt, kann in der Praxis der Beweis meist nur durch einen Indizienbeweis geführt werden (vgl. BGH, 11.05.2011, IV ZR 148/09; BGH, 26.10.1994, VersR 1994, 1457, 1458; OLG Saarbrücken, 19.05.1993, VersR 1996, 488; OLG Köln, 29.08.2001, 5 U 27/01; KG, 11.03.2005, NJW-RR 2005, 1616; OLG Koblenz, 19.12.2012, VersR 2013, 1113). In der Regel ist ein solches Bewusstsein anzunehmen, wenn schwere oder erkennbar schadensgeneigte Erkrankungen, stationäre Krankenhausaufenthalte oder Gesundheitsbeschwerden, die zu langen Arbeitsunfähigkeitszeiten führten, verschwiegen worden sind. Dagegen ist der Beweis wie im hiesigen Beschwerdefall nicht als geführt anzusehen, wenn der Beschwerdeführer innerhalb des Zehn-Jahres-Zeitraumes vor Abgabe der Vertragserklärung weder wegen psychischer Beschwerden behandelt worden ist noch Zeiten von Arbeitsunfähigkeit zu verzeichnen sind. Das gilt auch trotz etwaiger depressiver Verstimmungen seit der Kindheit, über die der Beschwerdeführer im Aufnahmegespräch Ärzten der Klinik am 22. Oktober 2012 berichtet hat. Es ist nicht ersichtlich, dass diese in einem solchen Ausmaß aufgetreten bzw. überhaupt behandelt worden sind oder die berufliche Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers derart beeinträchtigt hätten, dass ihr Verschweigen offenkundig der Erschleichung des Versicherungsschutzes diene.“

Als weiteres starkes Indiz gegen eine arglistige Täuschung sah es der Ombudsmann an, dass der Beschwerdeführer im Zusammenhang mit dem Abschluss der Berufsunfähigkeitsversicherung einen bereits bestehenden Vertrag mit einer monatlichen Rentenleistung von ebenfalls 1.400 Euro und Beitragsbefreiung im Versicherungsfall auf Veranlassung der Beschwerdegegnerin hin aufgegeben hatte. Gründe, warum der Beschwerdeführer einen bestehenden Berufsunfähigkeitsschutz aufgegeben hat, um sich anderweitig einen entsprechenden neuen Vertrag arglistig zu verschaffen, waren nicht ersichtlich.



Der Beschwerdegegnerin wurde empfohlen, die selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung fortzusetzen und zu prüfen, ob und ggf. für welchen Zeitraum der Versicherungsfall eingetreten ist.

Kfz-Haftpflichtversicherung

Vertragsbelastung nach Verkauf des Fahrzeugs

Einen Tag nachdem der Beschwerdeführer sein Fahrzeug verkauft hatte, verursachte der Käufer damit einen Unfall. Der Versicherer konnte den Vertrag mit dem Beschwerdeführer aufgrund der Information der Zulassungsstelle erst einen Tag nach dem Unfall abrechnen und belastete deshalb diesen Vertrag mit dem Schadenfall. Der Ombudsmann hatte hiergegen Bedenken und teilte dem Versicherer Folgendes mit:

„Zwar endet ein Kraftfahrtversicherungsvertrag nicht automatisch zu dem Zeitpunkt, zu dem das Fahrzeug verkauft wird. Da der Versicherungsschutz in solchen Fällen aber auf den Erwerber übergeht, wirken sich Schadenereignisse, welche sich nach der Veräußerung ereignen, grundsätzlich nicht auf den Schadenfreiheitsstatus des ursprünglichen Versicherungsnehmers aus. Auch kann ich nicht feststellen, dass Sie über den Verkauf des Wagens nicht rechtzeitig informiert wurden. Zum einen veranlasste der Beschwerdeführer einen Tag nach dem Verkauf, dass Ihnen eine Kopie des Kaufvertrags zukommt, und zum anderen war es Ihnen aufgrund der Angaben der Zulassungsstelle circa eine Woche nach dem Verkauf bereits möglich, den Vertrag entsprechend abzurechnen.“

Der Versicherer half der Beschwerde daraufhin ab.

Kfz-Kaskoversicherung

Teurer Schlüsselverlust

Der Beschwerdeführer verlor beim Wandern in den Schweizer Bergen seine Fahrzeugschlüssel. Er beschaffte sich einen Mietwagen, fuhr damit nach Hause, um den Ersatzschlüssel zu holen. Da dieser nicht auffindbar war, musste das Fahrzeug vor Ort zur nächstgelegenen Werkstatt gebracht werden, wo zwei neue Schlüssel angepasst wurden. Dann brachte der Beschwerdeführer den Mietwagen zurück und fuhr mit dem Zug zur Werkstatt. Das alles verursachte erhebliche Aufwendungen, die er anteilig bei seinem Kaskoversicherer geltend machte. Seine gegen die Ablehnung gerichtete Beschwerde hatte keinen Erfolg.

Nach den einschlägigen Bedingungen erfolgt bei Liegenlassen oder Verlieren der Fahrzeugschlüssel eine Leistungserweiterung zum sonstigen Deckungsumfang dahingehend, dass die Kosten des Schlüssel- und Schlossersatzes zur Hälfte übernommen werden. Im Übrigen sind Inhalt und Umfang der Fahrzeugversicherung dahingehend beschrieben, dass die Kaskoversicherung nur den unmittelbar an dem versicherten Fahrzeug und den mitversicherten Fahrzeugteilen entstandenen Schaden deckt. Dementsprechend werden der Wiederbeschaffungswert des Fahrzeugs oder die erforderlichen Reparaturkosten ersetzt. Hat ein Fahrzeug-

schaden zur Folge, dass zusätzliche wirtschaftliche Nachteile entstehen, muss der Kaskoversicherer dafür also nicht eintreten, es sei denn, es ist ausdrücklich etwas anderes geregelt, wie hier etwa in Bezug auf die Abschleppkosten. Dass der Versicherer mit der Leistungserweiterung bei Schlüsselverlust dieses Prinzip durchbrechen wollte und über die Aufwendungen für den physischen Ersatz der Schlüssel oder Schlösser hinaus Versicherungsschutz für sonstige Vermögensschäden bieten will, ist nicht ersichtlich. Vielmehr ist erkennbar, dass der Fall einer Entwendung durch Diebstahl oder Raub um die Ereignisse Liegenlassen oder Verlieren der Fahrzeugschlüssel erweitert werden soll.

Unfallversicherung

Vertragsänderung durch Schweigen des Versicherungsnehmers?

Der Beschwerdeführer wandte sich dagegen, dass der Versicherer ihm mitteilte, mit Überschreitung seines fünfundsiebzigsten Lebensjahres könne der Unfallvertrag nicht unverändert fortgeführt werden. Der Versicherer bezog sich hierbei auf die vereinbarten Bedingungen, in denen dies unter Punkt 6 ausgeführt wurde. Der Vertrag müsse mit geändertem Vertragsinhalt fortgesetzt, anderenfalls beendet werden. Diese Änderungen, so der Versicherer, würden in Kraft treten, wenn sich der Versicherungsnehmer gegen diese Änderungen nicht ausspricht. Der Beschwerdeführer empfand dies als eine Altersdiskriminierung und wies auf § 19 Absatz 1 des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG) hin. Dieser regelt, dass „eine Benachteiligung aus Gründen (...) des Alters (...) bei der Begründung, Durchführung und Beendigung zivilrechtlicher Schuldverhältnisse, die (...) eine privatrechtliche Versicherung zum Gegenstand haben“, unzulässig ist. Allerdings hat er § 20 Absatz 2 Satz 2 AGG übersehen, wonach eine unterschiedliche Behandlung wegen des Alters im Falle des § 19 Absatz 1 Nr. 2 nur zulässig ist, wenn diese auf anerkannten Prinzipien risikoadäquater Kalkulation beruht, insbesondere auf einer versicherungsmathematisch ermittelten Risikobewertung unter Heranziehung statistischer Erhebungen. Der Versicherer wies nachvollziehbar darauf hin, dass nach statistischen Erhebungen ältere Menschen häufiger Unfälle erleiden, die zudem gravierendere Folgen haben und mehr Zeit zum Ausheilen erfordern.

Folglich war unter rechtlichen Gesichtspunkten nichts dagegen einzuwenden, dass der Versicherer nicht zur unveränderten Fortführung des Vertrages bereit war. Das galt für das Verfahren zur Vertragsumstellung allerdings nicht. Der Versicherer stellte, entsprechend seiner früheren Ankündigung, den Vertrag zur nächsten Fälligkeit um, da der Beschwerdeführer keines der Alternativangebote angenommen hatte. Hierzu teilte der Ombudsmann mit, dass Vertragsinhalte von Verbraucherverträgen nicht mit einseitiger Erklärung verändert werden können. Dazu bedürfe es der Zustimmung des Vertragspartners. Schweigen genüge nicht, dies sei ein rechtlich neutrales Verhalten, keine Zustimmung. Der Versicherer half daraufhin der Beschwerde ab.



Betriebliche Altersversorgung

Über den Tod hinaus geschieden?

Ein Steuerberater beantragte, der Ombudsmann solle feststellen, dass der von ihm geschiedenen Frau aus seinem Versicherungsvertrag bei einer Pensionskasse keine Hinterbliebenenleistung zusteht. Der Ombudsmann prüfte zunächst die Zulässigkeit der Eingabe, denn es drängten sich Zweifel auf, ob der Steuerberater überhaupt beschwert war, d. h., ob er einen Nachteil erlitten hatte. Ohne eine solche Beschwer besteht kein Feststellungsinteresse. Nur wenn ein für den Beschwerdeführer nachteiliges Verhalten des Versicherers zumindest möglich ist, liegt ein rechtliches Interesse an der Klärung im Verfahren vor.

Der Versicherer wies darauf hin, dem Beschwerdeführer entstehe kein wirtschaftlicher Nachteil, wenn seine geschiedene Frau nach seinem Tod Anspruch auf eine Rentenleistung habe. Insbesondere sei eine Rücknahme des Ledigen-Zuschlags nach § 38 der Satzung der Pensionskasse nicht zu besorgen. Dem war zuzustimmen. Allein die Vorstellung, dass seine geschiedene Ehefrau aus seinem Versicherungsvertrag – möglicherweise ungerechtfertigte – Vorteile habe, genügt nicht. Zwar mag dies für den Beschwerdeführer aus persönlichen Gründen unangenehm sein, daraus ergibt sich aber noch kein zivilrechtlich relevanter Nachteil.

Ein weiteres Zulässigkeitshindernis der Beschwerde bestand darin, dass mit der beantragten Feststellung kein „eigener Anspruch aus einem Versicherungsvertrag“ i. S. der VomVO geltend gemacht wurde, wie § 2 Absatz 1 Satz 2 lit. a) VomVO dies fordert. Um das beantragte Beschwerdeziel zu prüfen, wäre auf § 25 Versorgungsausgleichsgesetz abzustellen gewesen. Dabei handelt es sich um den Anspruch der Hinterbliebenenversorgung der geschiedenen Frau des Beschwerdeführers und damit aus Verfahrenssicht um den künftigen gesetzlichen Anspruch eines Dritten, also nicht des Beschwerdeführers. Überhaupt ist der Ombudsmann sehr zurückhaltend in Fällen, in denen sich sein Verfahren nachteilig auf nicht beteiligte Dritte auswirken könnte. Während der Zivilprozess dafür Instrumente der Beteiligung kennt, ist dies im vereinfachten Beschwerdeverfahren nicht vorgesehen.

Damit war es nicht möglich, das Ombudsmannverfahren zu eröffnen. Die Beschwerde wurde als unzulässig beendet. Da der Beschwerdeführer zunächst nicht zufrieden war, erklärte ihm der Ombudsmann die Gründe noch einmal in einem persönlichen Schreiben.

Gebäudeversicherung

Zwei Zäune = eine Einfriedung?

Infolge eines Sturms fiel ein auf der Grundstücksgrenze des Beschwerdeführers errichteter Holzzaun um. Nach Besichtigung des Schadenortes lehnte der Versicherer eine Erstattung der Reparaturkosten mit der Begründung ab, auf der Grundstücksgrenze würde ein weiterer Zaun stehen. Lediglich dieser äußere Zaun – ein Maschendrahtzaun – sei über den Wohngebäudeversicherungsvertrag als „Einfriedung“ versichert. Dieser Auffassung konnte sich der Ombudsmann nicht anschließen und schrieb an den Versicherer:

„Nach der von Ihnen vorgebrachten Definition einer Einfriedung handelt es sich hierbei um eine unmittelbar an oder auf der Grundstücksgrenze errichtete Anlage, die ein Grundstück gegenüber Nachbargrundstücken abgrenzt und es vor unbefugtem Betreten und vor Beeinträchtigungen von dort schützen soll. Hier stellt die Kombination aus einem Maschendrahtzaun sowie einem unmittelbar anschließenden Holzzaun, die sich beide im Eigentum des Versicherungsnehmers befinden, eine solche Anlage dar. Irrelevant ist, dass beide Zäune für sich genommen bereits den Begriff der Einfriedung erfüllen könnten.“

Die beiden Zäune bilden nach der Verkehrsanschauung eine Einheit. Beide verlaufen miteinander verbunden entlang der gesamten Grundstücksgrenze. Der Maschendrahtzaun wird durch die dahinter errichteten Holzelemente in seiner Abgrenzungswirkung erheblich verstärkt. Die zusätzliche Konstruktion aus Holzlatten verleiht nämlich der ganzen Anlage ein Gepräge von Stabilität und eine starke optische Abschirmungswirkung.“

Der Versicherer antwortete, dass die Erläuterungen für ihn gut nachvollziehbar und so überzeugend seien, dass er nicht nur den Schaden des Beschwerdeführers übernehmen, sondern über diesen Fall hinaus seine Regulierungspraxis anpassen werde.

Privathaftpflichtversicherung

Kiefer gegen Traktor

Der Beschwerdeführer – Waldbesitzer und seit vielen Jahren Inhaber eines Motorkettensägeführerscheins – wollte einer Bekannten helfen und auf deren Grundstück eine 14 m hohe Kiefer fällen. Die Kiefer verfang sich in einem anderen Baum, änderte die Fallrichtung und traf den Traktor der Bekannten. Der Privathaftpflichtversicherer berief sich auf den Risikoausschluss im Hinblick auf die Gefahren einer ungewöhnlichen und gefährlichen Beschäftigung. Der Ombudsmann hatte allerdings Zweifel, ob dieser Ausschluss greift:

„Ich kann Ihre Argumentation durchaus nachvollziehen, meines Erachtens bestehen aber Zweifel, ob der Schaden hier im Rahmen einer ungewöhnlichen und gefährlichen Beschäftigung entstanden ist. Der BGH hat in der Entscheidung vom 9. November 2011 (Az.: IV ZR 115/10) darauf abgestellt, dass diese Beschäftigung auf eine längere Dauer angelegt sein muss und so einen von den normalen Gefahren des täglichen Lebens abgrenzbaren Bereich besonderer Gefahrenlagen bildet. Sie muss dabei ein Ausmaß annehmen, das es rechtfertigt, den Versicherungsnehmer mit Blick auf dieses eigenständige Betätigungsfeld nicht mehr als von der Versicherung geschützte Privatperson anzusehen.“

Der Beschwerdeführer ist zwar Waldbesitzer und wendet jährlich ca. 20 Stunden für Baumfällarbeiten auf. Es erscheint aber schon fraglich, ob angesichts dieses zeitlich eher geringen Ausmaßes von einem eigenständigen Betätigungsfeld im oben beschriebenen Sinne gesprochen werden kann. Natürlich ist der Besitz



eines Waldgrundstücks mit besonderen Gefahren verbunden. Dies ist allerdings für die Abgrenzung von Privat- und Grundstückshaftpflichtversicherung von Bedeutung, die vorliegend keine Rolle spielt, denn der Beschwerdeführer ist nicht auf seinem Grundstück tätig geworden. Unter Berücksichtigung dieser Umstände könnte auch dahingehend zu unterscheiden sein, dass zwar die planmäßigen, wiederholten Fällarbeiten auf seinem Waldgrundstück mit den damit verbundenen besonderen Gefahren ein eigenständiges Betätigungsfeld darstellen, nicht aber das einmalige, spontane Baumfällen auf dem Grundstück eines Dritten. Ferner reichen nach den Ausführungen des BGH frühere Baumfällarbeiten an sich gerade nicht aus, damit eine ungewöhnliche und gefährliche Beschäftigung vorliegt. Vielmehr müssen von diesen früheren Arbeiten bereits besondere Gefahren ausgegangen sein. Hierzu ist den eingereichten Unterlagen nichts zu entnehmen. Zu berücksichtigen ist auch, dass Gartenarbeiten an Bäumen in der Regel zu normalen Handlungen von Privatleuten zählen. Dass dem Beschwerdeführer seine Erfahrung in einer solchen Situation zum Nachteil wird, ist aus seiner Sicht nicht nachvollziehbar.“

Der Versicherer half ab.

Lebensversicherung

Geschenkte Unterschriften

Im Jahr 2004 kamen unter Mitwirkung der Großeltern drei fondsgebundene Rentenversicherungen für deren damals bereits volljährige Enkel zustande. Versicherungsnehmer und versicherte Person waren jeweils die Enkel selbst. Die Beiträge für das erste Jahr übernahmen die Großeltern. Kurz darauf starb die Großmutter überraschend und die Enkel versuchten, sich von den Verträgen zu lösen, von denen diese, wie sie gegenüber dem Ombudsmann angaben, keine Kenntnis gehabt hatten. Zwar erwogen die Enkel und späteren Beschwerdeführer zunächst zu kündigen, einigten sich aber dann doch mit dem Versicherer auf Beitragsaussetzungen für 18 Monate und die Herabsetzung auf den Mindestbeitrag. Die Beschwerdeführer beanstandeten das Zustandekommen der Verträge und wollten mit den Beschwerden erreichen, dass ihnen die Differenz zwischen den eingezahlten Beiträgen und den Auszahlungsbeträgen erstattet wird.

In der Tat gab es Auffälligkeiten in den vorgelegten Unterlagen. Auf allen drei Antragsformularen fand sich beim Antragsteller die identische Unterschrift jeweils nur mit dem Familiennamen. Der Vermittler hatte in seiner Stellungnahme, mit der er den Vorwurf einer Falschberatung zurückwies, mitgeteilt, dass bei Vertragsabschluss neben den Großeltern drei weitere Personen anwesend gewesen seien – unter anderem die Tochter der Großeltern mit ihrem Ehemann, die nicht die Eltern der Enkel sind. Die Anwesenheit der drei künftigen Vertragspartner erwähnte der Vermittler dagegen nicht. Der Versicherer trug auch nicht vor, dass die Enkel ihre Großeltern zum Abschluss der fondsgebundenen Rentenversicherungen bevollmächtigt hatten. Somit war fraglich, von wem die Unterschriften stammten. Für die Wirksamkeit wäre die Unterschrift der Beschwerdeführer oder einer bevollmächtigten Person erforderlich gewesen. Da dies nicht festgestellt werden konnte, hob

der Versicherer nach nochmaliger Prüfung die Verträge von Beginn an auf und erstattete die Differenzbeträge.

Rechtsschutzversicherung

Bordellbesitzer wider Willen

Der Beschwerdeführer war bei einem Partybesuch nach einer Streitigkeit eine Treppe hinuntergestoßen worden und hatte in einem Zivilverfahren eine Entschädigung in Höhe von 600.000 Euro erhalten. Hiervon erfuhr ein ehemaliger Schulkamerad des Beschwerdeführers, der den Beschwerdeführer zusammen mit einem Bekannten aufsuchte. Anschließend stellte der Beschwerdeführer fest, dass sein Portemonnaie verschwunden war. Er rief bei seinem Schulkameraden an, um zu fragen, ob dieser oder sein Bekannter den Geldbeutel mitgenommen hätten. Er erhielt die Antwort, dass der Bekannte den „Hells Angels“ angehöre und dieser sich durch einen solchen Verdacht beleidigt fühlen würde. Er müsse, um die Sache wiedergutzumachen, eine Summe zwischen 4.000 und 6.000 Euro bezahlen. In der Folge geriet der Beschwerdeführer in die Fänge der „Tribuns“, einer anderen Rockergruppe, die nach Mitteilung des Schulkameraden „die Sache mit den Hells Angels geklärt habe“. Diese Gruppe schlug dem Beschwerdeführer vor, dass er sich finanziell an einem ihrer Geschäfte beteiligen solle. Es handele sich um die Errichtung eines Bordells. Der Beschwerdeführer, inzwischen eingeschüchtert durch zuletzt sogar Morddrohungen, stimmte zu und überließ der Rockergruppe Beträge von insgesamt über 300.000 Euro. Das Geld forderte er später – erfolglos – zurück.

Der Rechtsschutzversicherer lehnte eine Kostenübernahme für eine Klage auf Rückzahlung dieser Beträge mit der Begründung ab, die Auseinandersetzung unterfalle nicht dem versicherten Privatbereich des Beschwerdeführers, sondern stehe im Zusammenhang mit einer gewerblichen beziehungsweise sonstigen Tätigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen. Der Beschwerdeführer sei davon ausgegangen, dass er sich mit der Aushändigung des Geldes an einem Bordellbetrieb beteilige. Seine Investition sei darauf gerichtet gewesen, eine selbstständige Tätigkeit auszuüben.

Dieser Auffassung schloss sich der Ombudsmann nicht an. Der Beschwerdeführer war Opfer einer Erpressung geworden und wollte nicht gewerblich tätig werden. Abgesehen davon fehlte es auch an einem beherrschenden Einfluss des Beschwerdeführers auf den Bordellbetrieb, wie es für eine gewerbliche oder sonstige Tätigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen erforderlich ist. Dies teilte der Ombudsmann dem Versicherungsunternehmen mit, welches der Beschwerde daraufhin abhalf.

Hausratversicherung

Attraktivität als Trick

Die Beschwerdeführerin verbrachte ihren Urlaub gemeinsam mit ihrem Ehemann in Wien. Dort wurde seine lederne Bauchtasche mit 400 Euro Bargeld,



Kreditkarten und weiteren Dokumenten gestohlen. Bei der Polizei und in der Schadenanzeige gegenüber dem Versicherer hatte die Beschwerdeführerin angegeben, die Tasche habe beim Frühstück im Hotel über der Stuhllehne gehangen und sei von dort gestohlen worden. Nachdem der Versicherer daraufhin eine Entschädigung abgelehnt hatte, da eine einfache Wegnahme nicht versichert sei, trug die Beschwerdeführerin zum Tathergang – möglicherweise nach besserem Verständnis der versicherten Ereignisse – weiter vor. Sie ergänzte, eine attraktiv gekleidete Frau habe durch ihr auffälliges Benehmen im Frühstücksbereich die volle Aufmerksamkeit des Ehepaares auf sich gezogen. Diese Frau habe ein scheinbar zielloses, umherblickendes und suchendes Verhalten an den Tag gelegt und sich dabei in den Gängen und zwischen den Stühlen hindurchgedrängelt. Dadurch habe sie nicht nur die Blicke des Ehepaares, sondern auch anderer Hotelgäste auf sich gezogen und so den Diebstahl durch einen Mittäter ermöglicht. Damit läge ein versicherter Trickdiebstahl vor.

Der Ombudsmann konnte der Beschwerde nicht zum Erfolg verhelfen, da sich aus dem Wortlaut der Klausel ergab, dass der Täter selbst listig oder überraschend gehandelt haben musste. Das bloße Ausnutzen einer durch einen Dritten verursachten Ablenkung genügte nicht. Hinzu kam, dass den ersten Schadensschilderungen gegenüber der Polizei und dem Versicherer eine höhere Beweiskraft zukam, da diese zeitlich näher an dem Ereignis lagen und damit vermutlich das Erinnerungsvermögen noch verlässlicher war. Auch dass diese Schilderungen unvoreingenommen und frei von rechtlichen Erwägungen abgegeben wurden, sprach dagegen, allein die letzte Schilderung zugrunde zu legen.

Kfz-Kaskoversicherung

Schadensbelastung trotz erfolgreichen Regresses?

Der Beschwerdeführer schaltete nach einem fremdverschuldeten Verkehrsunfall die Kaskoversicherung ein, die den Schaden regulierte. Das führte zur Vertragsbelastung bezüglich der Schadenfreiheitsklasse. Der Kaskoversicherer konnte seine Aufwendungen vollständig beim Kfz-Haftpflichtversicherer des Unfallgegners regressieren, weigerte sich dann aber, den Vertrag des Beschwerdeführers wieder zu entlasten. Er berief sich hierzu auf folgende Regelung in den maßgeblichen Versicherungsbedingungen, Stand 2012: „Sie können eine Rückstufung in der Vollkaskoversicherung vermeiden, wenn Sie uns die Entschädigungsleistung innerhalb von sechs Monaten nach Zahlung der Entschädigungsleistung freiwillig, also ohne vertragliche oder gesetzliche Verpflichtung, erstatten.“

Der Ombudsmann empfahl dem Versicherer mit folgendem Hinweis der Beschwerde abzuhelpen:

„In der Regel sehen die Versicherungsbedingungen vor, dass die Vollkaskoversicherung entlastet wird, wenn bei einem fremdverschuldeten Unfall erfolgreich beim Schädiger oder dessen Haftpflichtversicherer regressiert wird (Musterbedingungen GDV, wohl auch Ihre AKB Stand 2008). Diese Vorgehensweise ist auch nachvollziehbar und vergleichbar mit einem Schadenrückkauf, denn der Versiche-

rer erhält in beiden Fällen, also beim Regress wie beim Schadenrückkauf, seine Aufwendungen ersetzt. Ich habe daher Bedenken, ob die von Ihnen verwandte Klausel den §§ 305 c, 307 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) standhält und der Beschwerdeführer mit dieser Regelung rechnen musste, zumal ein Schadenrückkauf in der Kaskoversicherung, die bewusst in Anspruch genommen wird, eher die Ausnahme sein wird und der Versicherungsnehmer nach einer Schadenregulierung durch den Kaskoversicherer und damit nach dem Anspruchsübergang nicht mehr gegen den Schädiger und dessen Versicherer vorgehen kann, um das Geld für eine freiwillige Rückzahlung zu erhalten.“

Der Versicherer folgte dem Vorschlag des Ombudsmanns und half der Beschwerde ab. Ferner teilte er mit, dass er seine Bedingungen wieder an die Regelung in den Musterbedingungen des GDV anpassen werde.

Gebäudeversicherung

Defekte Dichtung = Rohrbruch?

Die Beschwerdeführerin wandte sich an den Ombudsmann, weil der Versicherer die Kosten für die Erneuerung der Dichtung des WC-Abflussrohres nicht übernehmen wollte. Der Versicherer begründete seine Ablehnung damit, dass es sich dabei nicht um einen nach den Versicherungsbedingungen versicherten Rohrbruch gehandelt habe.

Der Ombudsmann kam zu einem anderen Ergebnis und bat den Versicherer mit folgender Begründung um nochmalige Prüfung: Ein Rohrbruch liege nach der in Literatur und Rechtsprechung gefestigten Definition vor, wenn sich im Material des Rohres, einschließlich Dichtungen, Flanschen, Muffen, Verschraubungen, Druckausgleicher und Kniestücke, ein Riss oder ein Loch bildet. Kein Rohrbruch sei gegeben, wenn sich lediglich Rohrverbindungen oder Dichtungen ohne Materialdefekt gelockert haben. Die Dichtung des Abflussrohres habe sich den eingereichten Unterlagen zufolge jedoch nicht nur gelockert, sondern sei eingerissen, so dass nach der genannten Abgrenzung ein Rohrbruch vorgelegen habe. Der Versicherer schloss sich der Sichtweise des Ombudsmanns an und half der Beschwerde ab.

Privathaftpflichtversicherung

Geliehene Weihnachten

Der Beschwerdeführer verbrachte mit seiner Familie Weihnachten bei den Schwiegereltern und wohnte in deren im Haus liegenden Ferienwohnung. Dort beschädigte er einen Sessel, sein Privathaftpflichtversicherer lehnte die Deckung ab und verwies auf den Ausschluss von Schäden an geliehenen Sachen. Ein Leihverhältnis im Rechtssinne lag nach Ansicht des Ombudsmanns jedoch nicht vor. Es erging folgender Hinweis an den Versicherer, der zu einer Abhilfe führte:

„Nach Prüfung der Unterlagen habe ich erhebliche Bedenken, dass Sie sich auf den Ausschlussstatbestand der Leihe berufen können. Der Beschwerdeführer



hat die Ferienwohnung samt des darin befindlichen Inventars und Mobiliars von seinem Schwiegervater überlassen bekommen, ohne dass eine vertragliche Vereinbarung über einen Leih- oder Mietvertrag erkennbar wäre. Sie wäre auch allgemeinen Erfahrungswerten zufolge ungewöhnlich, denn gerade enge Verwandte helfen sich in der Regel ohne großartige Vorbereitungen und Umstände gegenseitig aus. Dies gilt insbesondere dann, wenn wie hier die Ferienwohnung zur fraglichen Zeit nicht vermietet werden konnte oder sollte.

Eine Leihe im Rechtssinne setzt aber neben der unentgeltlichen Gebrauchsüberlassung auch einen entsprechenden Rechtsbindungswillen voraus, das heißt, der Verleiher ist zur Gebrauchsüberlassung verpflichtet. Für dieses juristische Szenario bestehen vorliegend keine Anhaltspunkte. Ich gehe daher bei der Überlassung der Ferienwohnung von einer Gefälligkeit aus, zumal offenkundig die überlassene Ferienwohnung nur die (Schwieger-)Eltern von ihren Kindern trennen sollte (wegen der separaten Badbenutzung). Ansonsten sollte das Weihnachtsfest gemeinsam verbracht werden und dass in diesem Zusammenhang ein Leih- oder Mietvertrag vorgeschaltet wurde, liegt jeglicher Lebenswahrscheinlichkeit fern. Ich gehe daher von einem Gefälligkeitsverhältnis aus, für den der von Ihnen erwähnte Haftungsausschluss nicht ausreicht.“

Kfz-Haftpflichtversicherung

Gespaltene Persönlichkeit

Für ein Fahrzeug, das auf die Firma der Versicherungsnehmerin zugelassen wurde, erhob der Versicherer mit der Begründung, dass die Versicherungsnehmerin keine Privatperson sei, einen höheren Beitrag. Der Ombudsmann teilte diese Auffassung nicht. Unter einem Halter sei grundsätzlich die Person zu verstehen, welche das Fahrzeug für eigene Rechnung in Gebrauch hat und die dazu erforderliche Verfügungsgewalt besitzt. Dies sei vorliegend die Inhaberin der Firma. Zwar sei das Fahrzeug auf die Firma zugelassen, aus der Firmenbezeichnung „e. K.“ werde jedoch deutlich, dass es sich dabei um einen eingetragenen Kaufmann, also um ein Einzelunternehmen handelt, das ins Handelsregister eingetragen wurde. Auf die Stellung der Inhaberin als natürliche Person habe diese Eintragung keinen Einfluss.

Der Versicherer half der Beschwerde daraufhin ab.

Hausratversicherung

Wenn Vandalen einbrechen

Unbekannten Tätern gelang es, in die Wohnung der Beschwerdeführerin einzudringen. Sie hinterließen jedoch keine Einbruchspuren, so dass unklar blieb, wie die Täter in die Wohnung gelangt waren. Der Versicherer ging jedoch zu Gunsten der Beschwerdeführerin von einem Einbruch durch Öffnen der Hauseingangstür mit einer Scheckkarte oder einem ähnlichen Gegenstand und damit von einem versicherten Ereignis aus.

Die Täter entwendeten etwas Bargeld, einen Mikrofonständer und ein Kabel, wofür der Versicherer eine Entschädigung von 270 Euro zahlte. Der weitaus größere Schaden entstand aber dadurch, dass die Täter Schränke zerkratzten, Möbel umstießen, Matratzen zerstachen, Elektrogeräte zertrümmerten usw. Die Schadenaufstellung belief sich insoweit auf über 30.000 Euro. Hierfür lehnte der Versicherer eine Entschädigung ab, da die Täter seiner Ansicht nach nicht mit Diebstahlsabsicht eingedrungen waren und damit seiner Auffassung nach keine Leistungspflicht bestand.

Dieser Auffassung konnte sich der Ombudsmann nicht anschließen. Er machte den Versicherer darauf aufmerksam, dass der Diebstahlsvorsatz und damit ein Einbruch allein schon deshalb vorliege, da die Täter tatsächlich Sachen entwendet hatten. Dass sie zusätzlich einen viel höheren Sachschaden angerichtet hatten, schließe den Vorsatz, einzudringen, um zu stehlen, nicht aus. Weiter sei nach der Rechtsprechung zu Vandalismusschäden nicht erforderlich, dass ein Einbruch-diebstahl mit entsprechender Zueignungsabsicht vorausgehen müsse. Der Versicherer schloss sich dieser Rechtsansicht an und trat wieder in die Regulierung ein.

Kfz-Kaskoversicherung

Ohne Rechnung keine höhere Leistung

Am Fahrzeug der Beschwerdeführerin trat nach einem Unfall ein wirtschaftlicher Totalschaden ein. Der Versicherer regulierte bedingungsgemäß in Höhe des Wiederbeschaffungswerts abzüglich Restwert. Durch einen fachkundigen Angehörigen konnte das Fahrzeug in Eigenleistung dann deutlich günstiger als vom Sachverständigen des Versicherers kalkuliert repariert werden. Die Beschwerdeführerin verlangte unter Vorlage einer gutachterlichen Bestätigung über die vollständige und fachgerechte Reparatur eine Gesamtzahlung in Höhe dieser kalkulierten Reparaturkosten. Ihre Forderung gegenüber dem Versicherer konnte der Ombudsmann nicht unterstützen und führte dazu aus:

„Nach den Bedingungen zu Ihrem Vertrag zahlt der Versicherer die für die Reparatur erforderlichen Kosten, wobei zwei verschiedene Obergrenzen gelten: Wird das Fahrzeug vollständig und fachgerecht repariert, ist der Wiederbeschaffungswert des Fahrzeugs die Obergrenze, wenn – diese zusätzliche Voraussetzung ist hier maßgeblich – die vollständige und fachgerechte Reparatur durch eine Rechnung nachgewiesen wird. Fehlt dieser Nachweis, wie im vorliegenden Fall, zahlt der Versicherer als Obergrenze nur den um den Restwert verminderten Wiederbeschaffungswert. Eine solche Regelung ist in den heutigen Kfz-Versicherungsbedingungen nicht unüblich; die Gerichte haben sie bisher nicht beanstandet, auch wenn der Handlungsspielraum des Versicherungsnehmers bei der Schadenbeseitigung faktisch eingeschränkt wird (Amtsgericht Marl, Urteil vom 16. Oktober 2014, Az.: 3 C 117/14, bestätigt durch Landgericht Essen, Beschluss vom 3. März 2015, Az.: 10 S 387/14; Landgericht Nürnberg-Fürth, Urteil vom 16. September 2013, Az.: 8 O 6658/12). Das bedeutet für Sie, dass Sie den Nachweis über die vollständige und fachgerechte Reparatur in Form einer Rechnung beibringen müssen. Die



Bestätigung eines Sachverständigen reicht nach dem Bedingungstext, der keine dahingehende Auslegungsmöglichkeit bietet, gerade nicht aus.“

Lebensversicherung

Was bedeutet Aussetzung der Beitragszahlung?

Die Beschwerdeführerin hatte 1990 eine Kapitalversicherung auf den Todes- und Erlebensfall abgeschlossen. Im Februar 2014 bat sie um Beitragsfreistellung dieses Vertrages. In dem Schreiben heißt es wörtlich: „Sehr geehrte Damen u. Herren, bis auf weiteres muss ich meine Beitragszahlung aussetzen.“

Der Versicherer erstellte einen Nachtrag zum Versicherungsschein über die beitragsfreien Leistungen. Einige Monate später wollte die Beschwerdeführerin die Beitragszahlung wieder aufnehmen. Der Versicherer lehnte dies wegen verschlechterter Gesundheitsverhältnisse ab. Zur Begründung führte er an, das Schreiben vom Februar 2014 sei ein Antrag auf dauerhafte Prämienfreiheit im Sinne von § 165 VVG, so dass er zu einer Wiederinkraftsetzung nicht verpflichtet sei.

Die Beschwerde war begründet. Eine wirksame Umwandlungserklärung gemäß § 165 VVG hatte die Beschwerdeführerin nicht abgegeben. Der durchschnittliche Versicherungsnehmer kennt häufig die unterschiedlichen Begrifflichkeiten und Rechtsfolgen nicht. Darum darf die Auslegung eines Wunsches auf Beitragsfreistellung nicht allein am Wortlaut haften. Maßgeblich ist nach ständiger Rechtsprechung, ob unter Berücksichtigung des Sinnzusammenhanges der eindeutige Wille zum Ausdruck kommt, die Lebensversicherung auf Dauer beitragsfrei zu stellen.

Die Wortwahl der Beschwerdeführerin war erkennbar auf eine vorübergehende Unterbrechung gerichtet. Nach allgemeinem Sprachgebrauch werden Vorgänge oder Handlungen „ausgesetzt“, wenn sie später wieder neu einsetzen sollen. Die Bitte um Beitragsaussetzung „bis auf weiteres“ zielt auf eine zeitlich befristete Befreiung von der Prämienzahlungspflicht, auch wenn keine Zeitspanne oder Bedingung für die Wiederaufnahme der Zahlung benannt wird. Das Hilfsverb „muss“ vermittelt, dass die Entscheidung zur Beitragsunterbrechung einer akuten Drucksituation geschuldet ist.

Fehlt es an einem eindeutigen Umwandlungsverlangen, besteht der Versicherungsvertrag unverändert fort. Da der Versicherer in der Korrespondenz nicht zu überzeugen war, erging eine entsprechende Empfehlung zu seinen Lasten.

Rechtsschutzversicherung

Muss man denn erst in die Luft gehen?

Der Beschwerdeführer wünschte eine Deckungszusage zur Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen wegen der Beschädigung seines Flugzeugs. Der Versicherer lehnte die Kostenübernahme nach § 26 Absatz 4 der Versicherungsbedingungen ab. Danach besteht unter anderem kein Rechtsschutz für die Wahr-

nehmung rechtlicher Interessen als Eigentümer eines Motorfahrzeugs in der Luft. Der Beschwerdeführer vertrat die Auffassung, dass die Klausel schon vom Wortlaut her nicht greife, weil sich das Flugzeug zum Zeitpunkt der Beschädigung nicht „in der Luft“ befand. Diese Auffassung teilte der Ombudsmann nicht und begründete seine ablehnende Entscheidung wie folgt:

„Sie haben zwar völlig Recht, dass sich die Klausel – wenn man allein auf den Wortlaut der Klausel abstellt – auch so auslegen ließe, dass der Versicherungsschutz für Luftfahrzeuge erst dann ausgeschlossen ist, wenn sich diese in der Luft befinden. Versicherungsbedingungen sind jedoch nicht nur nach dem Wortlaut auszulegen, sondern auch nach dem erkennbaren Zweck.

Der erkennbare Zweck der Regelung in § 26 Absatz 4 ARB 2009 besteht nicht darin, den Versicherungsschutz davon abhängig zu machen, ob sich das Motorfahrzeug gerade zu Wasser oder in der Luft befindet. Die Klausel will den Versicherungsschutz vielmehr für bestimmte Typen von Motorfahrzeugen ausschließen. Das Risiko für Motorfahrzeuge zu Wasser oder in der Luft ist ein anderes als für Motorfahrzeuge zu Lande. Will der Versicherungsnehmer solche Fahrzeuge versichern, kann er hierfür den sogenannten Fahrzeug-Rechtsschutz nach § 21 Absatz 3 ARB 2009 abschließen. Im Rahmen des Fahrzeug-Rechtsschutzes sind die Versicherungsbeiträge je nach Fahrzeugart individuell kalkuliert, wobei dort ebenfalls zwischen Motorfahrzeugen „zu Lande, zu Wasser oder in der Luft“ differenziert wird. Ein Versicherungsschutz, der davon abhängt, wo sich das Motorfahrzeug zufällig gerade befindet, würde wenig Sinn machen.“

Unfallversicherung

Einwand der Bewusstseinsstörung wegen Alkoholisierung

Der Versicherte stürzte kopfüber eine steile Treppe herab. Er erlitt mehrere Brüche und ein schweres Schädel-Hirn-Trauma. Der Versicherer lehnte seine Leistungspflicht mit der Begründung ab, im Krankenhaus sei durch die behandelnden Ärzte Foetor alcoholicus („Alkoholfahne“) festgestellt worden. Dagegen beschwerte sich der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer beim Ombudsmann, der sich nach Prüfung des Sachverhalts wie folgt an den Versicherer wandte:

„Es ist unstrittig, dass Herr S. zum Unfallzeitpunkt alkoholisiert war. Der Alkoholgeruch in der Atemluft, der bei der ärztlichen Erstaufnahme protokolliert wurde, wird jedoch schon bei einer Alkoholisierung vernehmbar, die weit unterhalb einer alkoholbedingten Bewusstseinsstörung anzusiedeln ist. Auch andere Hinweise für eine alkoholbedingte Bewusstseinsstörung fehlen bislang. So teilt das Universitätsklinikum am 20. Juni 2014 mit, dass der Sturz aufgrund unklarer Umstände stattfand. Die Verwirrtheit trat bei Herrn S. erst am Folgetag, dem 7. Juni 2014 auf. Auch Herr Professor Dr. N. hat in seinem Bericht an Ihr Haus vom 23. Oktober 2014 nicht von einer Bewusstseinsstörung als Ursache für den Sturz berichtet. Letztlich schließen Sie aus der Alkoholisierung als solcher auf eine Bewusstseinsstörung.“



Dann ging der Ombudsmann noch auf das Argument des Versicherers ein, wonach als Maßstab die Rechtsprechung des BGH zur alkoholbedingten Bewusstseinsstörung bei Fußgängern im Straßenverkehr herangezogen werden könne. Danach wird eine alkoholbedingte Bewusstseinsstörung ab einer Blutalkoholkonzentration von 2,0 Promille vermutet. Mit diesem Maßstab verkannte aber der Versicherer, dass bei Unfällen außerhalb des Straßenverkehrs nach der Rechtsprechung deutlich höhere Grenzwerte gelten. Da vorliegend noch nicht einmal die 2,0 Promille als gesichert gelten konnten, empfahl der Ombudsmann abzuhehlen. Dem kam der Versicherer nach und erkannte seine Leistungspflicht an.

Sonstige – hier Elektronikversicherung

Handy frisch gebadet?

Der Beschwerdeführer nahm am Schadentag in seiner Wohnung ein Bad. Sein Mobiltelefon bewahrte er währenddessen auf einer zirka 45 Zentimeter breiten, gefliesten Ablage auf, die sich unmittelbar an das Kopfteil der Badewanne anschloss. Als der Beschwerdeführer sich den Kopf abspülen wollte, rutschte das Handy ins Wasser und wurde irreparabel beschädigt. Das Gerät war zwar gegen diverse Schäden versichert, doch der Versicherer lehnte die Schadenregulierung unter Hinweis auf die grob fahrlässige Herbeiführung des Versicherungsfalls ab.

Grob fahrlässig handelt, wer die im Verkehr erforderliche Sorgfalt in besonders schwerem Maße verletzt und schon ganz naheliegende Überlegungen nicht anstellt oder das nicht beachtet, was im gegebenen Fall jedem einleuchtet. Dass der Beschwerdeführer in diesem Sinne grob fahrlässig gehandelt hatte, stand außer Frage. Allerdings führt eine grob fahrlässige Herbeiführung des Versicherungsfalls seit der Gesetzesreform 2008 lediglich dazu, dass der Versicherer seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis kürzen kann. Eine vollständige Leistungsfreiheit kommt nur in ganz besonderen Ausnahmefällen in Betracht und ist nach der Rechtsprechung des BGH vor allem dann nicht mehr möglich, wenn der Versicherungsnehmer entlastende Umstände vorgetragen hat, die den Vorwurf der groben Fahrlässigkeit zumindest im subjektiven Bereich in einem milderen Licht erscheinen lassen und der Versicherer diese nicht ausräumen kann. Zugunsten des reinlichen Beschwerdeführers war zu berücksichtigen, dass die unmittelbar an die Badewanne angrenzende Fliesenfläche dazu konzipiert war, Sachen abzulegen und diese dort auch während des Badens zu belassen. Außerdem musste der Beschwerdeführer aufgrund seiner beruflichen Situation ständig erreichbar sein und sein Mobiltelefon griffbereit halten.

Der Ombudsmann ordnete nach Aktenlage das Verschulden des Beschwerdeführers im mittleren Bereich der groben Fahrlässigkeit ein und entschied zu Gunsten des Beschwerdeführers, dass der Versicherer die Leistung lediglich um 50 Prozent kürzen durfte. Der Versicherer kam seinem Kunden sogar noch weiter entgegen und regulierte den Schadenfall nach Erhalt der zusprechenden Entscheidung zu 100 Prozent.

3 Einzelheiten zur Schlichtungsstelle

3.1 Allgemeines

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

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

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

Nach der Vereinssatzung (siehe 5.3) können der GDV und dessen Mitgliedsunternehmen in den Verein aufgenommen werden. Zum 31. Dezember 2015 hatte der Verein 292 (Vorjahr: 284) Mitglieder.

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

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

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



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

Die Tätigkeit des Versicherungsombudsmanns beruht inzwischen auf verschiedenen Grundlagen. Das Verhältnis zu den Mitgliedsunternehmen ist privatrechtlicher Natur. Die Versicherer, die dem Verein angehören, akzeptieren die Vereinssatzung sowie die Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns (VomVO). Damit ermöglichen sie ihren Kunden, Meinungsverschiedenheiten durch eine unabhängige Stelle klären zu lassen. Vorteile für die Beschwerdeführer sind beispielsweise, dass ihre etwaigen vertraglichen Ansprüche während der Prüfung durch den Ombudsmann nicht verjähren und der Spruch des Ombudsmanns unter bestimmten Voraussetzungen für die Versicherer verbindlich ist. Die Verbraucher können ohne bürokratischen Aufwand das Verfahren in Anspruch nehmen, ohne selbst durch die Einlegung der Beschwerde eine Verpflichtung oder ein Kostenrisiko einzugehen.

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

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

3 EINZELHEITEN ZUR SCHLICHTUNGSSTELLE

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

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

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

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



3.2 Organisation und Personal

Die Mitgliedsunternehmen haben den Ombudsmann mit der Durchführung der Beschwerdeverfahren betraut und ihn dafür mit Kompetenzen ausgestattet. Angesichts von jährlich rund 20.000 Eingaben kann er jedoch nicht jede Beschwerde selbst bearbeiten. Im Gegensatz zu einigen anderen größeren Einrichtungen der alternativen Streitbeilegung ist diese Kompetenz nicht auf mehrere Personen übertragen worden. Stattdessen stellt der Verein dem Ombudsmann geeignete Mitarbeiter und Sachmittel zur Verfügung, damit er seine Aufgabe erfüllen kann. Zwar sind alle Mitarbeiter des Vereins dem Geschäftsführer unterstellt, soweit es jedoch die Beschwerdebearbeitung betrifft, kommt dem Ombudsmann das fachliche Weisungsrecht zu; dies ist in § 15 der Satzung verankert. Zudem wird er bei der Einstellung und Entlassung von Personal beteiligt. Mit der Vergabe von Zeichnungsrechten sowie Vorlagepflichten stellt der Ombudsmann sicher, dass die Beschwerden in der von ihm vorgegebenen Weise bearbeitet werden.



Die Beschwerdebearbeitung findet in zwei Bereichen des Vereins statt, nämlich im Servicecenter und in der juristischen Abteilung. Im Servicecenter des Versicherungsombudsmanns waren im Berichtsjahr 15 Versicherungskaufleute mit der Annahme und der Aufbereitung der Beschwerden befasst. Die Mitarbeiter nehmen die Beschwerden entgegen, legen dazu Akten an und erfassen die Angaben im EDV-System. Sie helfen den Beschwerdeführern bei der Formulierung des Beschwerdeziels und der Zusammenstellung der für die Beschwerde notwendigen Unterlagen. Zudem prüfen sie die Zulässigkeit der Beschwerde im Sinne der Verfahrensordnungen und teilen den Beschwerdeführern, deren Anliegen nicht in den Aufgabenbereich des Ombudsmanns fällt, dies mit.

In der juristischen Abteilung unterstützen Volljuristen (Referenten) den Ombudsmann bei der Beurteilung der Beschwerden. Sie prüfen die Ansprüche der Beschwerdeführer in rechtlicher Hinsicht, führen die juristische Korrespondenz,

3 EINZELHEITEN ZUR SCHLICHTUNGSSTELLE

loten Einigungsmöglichkeiten aus und entscheiden in Abstimmung mit dem Ombudsmann und in seinem Auftrag darüber, ob die einzelne Beschwerde berechtigt ist. Da die Referenten nach fachlichen Schwerpunkten entsprechend den Versicherungssparten arbeiten, sammeln sie im Laufe der Zeit wertvolle Erfahrungen und besonderes Fachwissen. Zum Ende des Berichtszeitraums unterstützten 21 juristische Referenten den Ombudsmann.

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

Die Mitarbeiter prüfen die Anliegen der Verbraucher sehr gründlich. Das soll aber zugleich effizient und mit moderner technischer Unterstützung geschehen. Dafür braucht es ein EDV-Programm, das alle wichtigen Informationen zu einem Beschwerdeverfahren aufnimmt und sie den Mitarbeitern schnell und zuverlässig zugänglich macht. Diese Anforderungen erfüllt das eigens für die Schlichtungsstelle entwickelte EDV-Programm „Ombudat“. Es gewährleistet, dass keine wichtigen Erkenntnisse verlorengehen und den Beteiligten des Beschwerdeverfahrens bei Bedarf zügig die zutreffende Auskunft erteilt werden kann. Ombudat unterstützt die Mitarbeiter bei allen Schritten der Beschwerdebearbeitung und informiert über sämtliche ein- und ausgehenden Mitteilungen. Außerdem ermöglicht es den Referenten, frühere Beschwerdefälle zu finden, die bei einer aktuell anstehenden Entscheidung zu berücksichtigen sind. All das trägt zur hohen Qualität der Beschwerdebearbeitung bei, sorgt für die notwendige Effizienz und bewirkt zudem, dass die Schlichtungsstelle kostengünstig arbeitet. Anhand der im Bericht enthaltenen Gewinn-und-Verlust-Rechnung (siehe 3.9) und der aus der Statistik ersichtlichen Fallzahlen kann dies auch außerhalb des Vereins nachvollzogen werden.

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 2015 hatte der Verein 292 (Vorjahr: 284) Mitglieder. Vereinsbeitritte waren auch im Berichtsjahr zu verzeichnen. Ansonsten beruhen Veränderungen im Mitgliederbestand zumeist auf den Folgen von Fusionen, Übertragungen von Versicherungsbeständen und Neugründungen.

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



Die Mitglieder tragen den Verein in wirtschaftlicher Hinsicht. In einem Umlageverfahren wird von ihnen ein Jahresbeitrag erhoben. Die Höhe der Umlage bestimmt sich nach dem Finanzbedarf, wie er sich aus dem von der Mitgliederversammlung genehmigten Wirtschaftsplan ergibt. Diese Umlage wird auf alle Mitglieder aufgeteilt, wobei die Beitragshöhe für jedes einzelne Mitglied vom Verhältnis der jährlichen Bruttobeitragseinnahmen aller Mitgliedsunternehmen zueinander abhängig ist. Darüber hinaus zahlen die Versicherungsunternehmen eine Fallpauschale für nach der VomVO zulässige Beschwerden (Einzelheiten dazu unter 3.9).

Am 24. November 2015 fand die ordentliche Mitgliederversammlung unter Leitung des Vorstandsvorsitzenden, Dr. Wolfgang Weiler, in Berlin statt. Professor Günter Hirsch berichtete über die Beschwerdebearbeitung der zurückliegenden zwölf Monate, informierte über Änderungen der Rechtsprechung und über nationale Entwicklungen in der Gesetzgebung. Danach nahm die Mitgliederversammlung den Bericht des Geschäftsführers, Dr. Horst Hiort, entgegen, der insbesondere die Beschwerdestatistik, die Organisation des Vereins und die Finanzen umfasste.

Das Gremium befasste sich dann mit dem Stand des Gesetzgebungsverfahrens zum Verbraucherstreitbeilegungsgesetz (VSBG) und den erforderlichen Anpassungsarbeiten des Vereins. Da das Gesetz nicht mehr im Berichtsjahr verkündet wurde, konnte die Mitgliederversammlung keine konkreten Änderungen beschließen. Es wurde jedoch ein Grundsatzbeschluss gefasst, wonach im Kollisionsfall das künftige VSBG gegenüber der VomVO vorrangig ist.

Auf der Tagesordnung stand außerdem die Nachwahl im Vorstand für den ausgeschiedenen Dr. K.-Walter Gutberlet, ehemals Vorstandsmitglied der Allianz Versicherungs-AG. Für ihn wurde Dr. Alexander Vollert, Vorstandsvorsitzender der Allianz Versicherungs-AG, in den Vorstand gewählt. Aus dem Beirat schieden die Herren Michael Petmecky, Michael Westkamp und auch in dieser Funktion Dr. K.-Walter Gutberlet aus. Für sie werden die Herren Gerhard Müller, Christoph Schmallenbach und Dr. Alexander Vollert die Mitgliedsunternehmen im Beirat vertreten.

Alle Tagesordnungspunkte wurden antragsgemäß beschlossen. Die Mitglieder genehmigten den Jahresabschluss 2014 und entlasteten den Vorstand sowie den Geschäftsführer. Weiter beschlossen sie den vom Vorstand aufgestellten Wirtschaftsplan und die Mitgliederumlage für das Geschäftsjahr 2016.

3.4 Vorstand, Geschäftsführung

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

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

Die Amtsperiode des Vorstands begann am 14. November 2012. Die Zusammensetzung des Gremiums kann der Aufstellung im Anhang unter 5.5 entnommen werden. Den Vorsitz im Vorstand führt Dr. Wolfgang Weiler, Vorstandssprecher der HUK-COBURG Versicherungsgruppe. Der stellvertretende Vorstandsvorsitzende Dr. K.-Walter Gutberlet legte zum 24. November 2015 sein Mandat nieder; zuvor verabschiedete er sich nach über 30-jähriger Tätigkeit für die Allianz, u. a. als Vorstandsmitglied, in den Ruhestand. Als Nachfolger wählte die Mitgliederversammlung Dr. Alexander Vollert, Vorstandsvorsitzender der Allianz Versicherungs-AG.

Vorstandssitzungen fanden am 16. April (Brüssel), am 9. Juli (Berlin) und am 15. Oktober (Berlin) 2015 statt.

Der Vorstand stellte den Jahresabschluss des Vereins für das Geschäftsjahr 2014 auf, prüfte eingetretene Entwicklungen im Hinblick auf notwendige Maßnahmen und beriet über die Weiterentwicklung der Schlichtungsstelle. In Vorbereitung der Mitgliederversammlung beschloss der Vorstand den vorgelegten Wirtschaftsplan 2016. Weiter beschäftigte der Vorstand sich mit den anstehenden Änderungen der Vereinsdokumente im Hinblick auf das VSBG. Wenngleich nur geringe Modifikationen erforderlich sind, müssen diese doch geprüft, inhaltlich bestimmt und formuliert werden. Insoweit beriet der Vorstand über die Vorlagen des Geschäftsführers. Da das Gesetz im Berichtsjahr vom Bundestag nicht mehr beschlossen wurde, konnten auch Änderungen noch nicht umgesetzt werden.

Die laufenden Vereinsgeschäfte obliegen dem Geschäftsführer. Die Bestellung und Abberufung eines oder mehrerer Geschäftsführer erfolgt durch den Vorstand, wobei dem Beirat ein Mitspracherecht zukommt (Vorschlagsrecht, Beratung bei der Bestellung). Der Geschäftsführer übt seine Aufgabe auf Grundlage der Vereinssatzung sowie der vom Vorstand aufgestellten Geschäftsordnung aus



und hat im Rahmen der Geschäftsordnung Vertretungsmacht im Sinne des § 30 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB). Zu seinen Aufgaben gehört u. a. die Vorbereitung und Einberufung der Mitgliederversammlung, die Ausführung der Beschlüsse der Mitgliederversammlung sowie die Aufstellung des Wirtschaftsplans. Er wird ebenso wie der Vorstand von der Mitgliederversammlung entlastet.

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

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

3.5 Beirat

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

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

Die Versicherungswirtschaft hatte bereits bei Gründung der Schlichtungsstelle durch Einrichtung des Beirats darauf geachtet, dass die Unabhängigkeit nach innen wie nach außen gesichert ist. Die Mitglieder des Beirats, unter anderem Abgeordnete des Deutschen Bundestags und Vertreter von Verbraucherorganisationen, begleiten die Arbeit des Ombudsmanns und haben dadurch Einblick in seine Amtsausübung. Es gehört zu den satzungsgemäßen Aufgaben des Beirats, den Bericht des Ombudsmanns entgegenzunehmen und ihn zu beraten. Zusammen mit anderen Elementen sorgt dies für Vertrauen in die Person des Ombudsmanns, in das von ihm geleitete Beschwerdeverfahren und in seine Entscheidungen. Dies ist die notwendige Voraussetzung dafür, dass der im Verfahren „Unterlegene“ zu der Überzeugung gelangt, dass sachliche Gründe für das Ergebnis ausschlaggebend waren und nicht Voreingenommenheit des Ombudsmanns.

Der Beirat hat noch weitere Aufgaben, die in der Satzung festgeschrieben sind: Mitspracherecht bei der Bestellung des Geschäftsführers (Vorschlagsrecht,

3 EINZELHEITEN ZUR SCHLICHTUNGSSTELLE

Beratung), Unterbreitung von Verbesserungsvorschlägen zur Arbeit des Ombudsmanns und zu den Verfahrensordnungen sowie Beratung und Unterstützung des Ombudsmanns in Fragen seiner Öffentlichkeitsarbeit, zum Beispiel beim Internetauftritt und bei Publikationen.

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

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

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

Der Beirat tagte am 10. November 2015 in Berlin. Er nahm zunächst den Bericht von Professor Hirsch entgegen und diskutierte Fragen und Probleme, die sich im Zusammenhang mit der Beschwerdebearbeitung gezeigt hatten. Anschließend berichtete Dr. Hiort über die Organisation, die Beschwerdestatistik und weitere Themen rund um die Schlichtungsstelle. Ein weiterer Tagesordnungspunkt waren die geplanten Änderungen der Vereinsdokumente im Hinblick auf das VSBG. Da das Gesetz nicht mehr im Berichtsjahr verkündet wurde, konnte der Beirat keine konkreten Änderungen beschließen. Aber auch hier wurde ein Grundsatzbeschluss gefasst, wonach im Kollisionsfall das künftige VSBG gegenüber der VomVO vorrangig ist.

Die Besetzung des Beirats änderte sich im Berichtsjahr wie folgt: Die Mitgliedervertreter Michael Petmecky, Michael Westkamp und Dr. K.-Walter Gutberlet schieden aus dem Beirat aus. Die Mitgliederversammlung wählte die Herren Gerhard Müller, Christoph Schmallenbach und Dr. Alexander Vollert als Nachfolger in den Beirat des Versicherungsombudsmanns.

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



3.6 Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

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

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

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

Im Übrigen geht die Initiative zur Berichterstattung regelmäßig von den Medienvertretern aus. Der Versicherungsombudsmann ist bei den Journalisten längst eine feste Größe, wenn sie zu Versicherungsthemen recherchieren oder fundierte Aussagen einbeziehen wollen. Vielfach benötigen sie eine unabhängige Stellungnahme, nachdem sie von der Anbieterseite einerseits und von Verbraucherorganisationen andererseits verschiedene Standpunkte gehört haben. Im Ombudsmann finden sie einen Fachmann für Versicherungsrecht, der zudem die praktischen Auswirkungen für die Verbraucher und den Versicherungsmarkt kennt. Wieder gab es in diversen Radiosendungen Live-Mitschnitte sowie in Zeitschriften und Onlineartikeln Interviews und Stellungnahmen des Ombudsmanns.

Im Berichtsjahr gewann in der Öffentlichkeitsarbeit des Versicherungsombudsmanns das Verhältnis zwischen der außergerichtlichen Streitbeilegung und den Gerichten stärkere Bedeutung. Dies lag am Gesetzgebungsprozess des VSBG, in dessen öffentlichem Diskurs der Versicherungsombudsmann oft als gelungenes Beispiel für Schlichtungsstellen bezeichnet wurde. So hatte sich Bundesminister Heiko Maas vor Ort über die Schlichtungstätigkeit informiert, weiter nannten zum Beispiel der Deutsche Richterbund sowie der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) den Versicherungsombudsmann – insbesondere wegen seiner institutionellen Unabhängigkeit – ausdrücklich als Vorbild.

3 EINZELHEITEN ZUR SCHLICHTUNGSSTELLE

Entsprechend mehrten sich Anfragen von Journalisten. Auch Professor Hirsch äußerte sich in verschiedenen Veröffentlichungen zum Thema der außergerichtlichen Streitbeilegung – u. a. in der Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung – und fand mit seinen Ausführungen große Beachtung.

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

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

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



3.7 Fachlicher Austausch

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

Auf Fachtagungen und Symposien wurden die Berichte und Erfahrungen des Versicherungsombudsmanns gern einbezogen. So hielt Professor Hirsch verschiedene Vorträge über alternative Streitbeilegung im Allgemeinen und die Arbeit des Versicherungsombudsmanns im Besonderen; Dr. Hiort



berichtete auf einer Tagung vor Führungskräften von Rechtsschutzversicherern über die Beschwerdebearbeitung dieser Sparte.

Den Versicherungsombudsmann erreichen immer wieder Anfragen ausländischer Delegationen, die sich über die privat organisierte Schlichtungsstelle, den genauen Verfahrensablauf sowie die Erfahrungen informieren wollen. Zumeist handelt es sich um Vertreter staatlicher Stellen oder Verbände der örtlichen Versicherer, die an der Tätigkeit insgesamt oder bezogen auf einzelne Sparten interessiert sind. Nicht selten besteht der Anlass darin, dass im jeweiligen Heimatland Überlegungen zur Einrichtung oder zum Ausbau der außergerichtlichen Streitschlichtung angestellt werden. Im Berichtsjahr war eine Delegation des Financial System Mediator of Armenia zu einem mehrtägigen Arbeitsbesuch bei der Schlichtungsstelle und informierte sich über die Beschwerdetätigkeit und die nationalen Rahmenbedingungen.

Regel Austausch bestand auch wieder mit der Stiftung Warentest. So referierte deren Vorstand Hubertus Primus vor den Mitarbeitern der Schlichtungsstelle über die Organisation der Stiftung, deren vielfältige Aufgaben sowie aktuelle Ereignisse. Dr. Hiort nahm erneut an der Expertenrunde teil, in der die Themen der Zeitschrift Finanztest diskutiert werden, und brachte vor einem Produkttest von Verkehrsschutzversicherungen die Erfahrungen des Ombudsmanns ein.

3 EINZELHEITEN ZUR SCHLICHTUNGSSTELLE

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

Aber auch noch in der Planung oder bereits im Aufbau befindliche Schlichtungsstellen aus Deutschland fragen gelegentlich beim Versicherungsombudsmann an. Zum Teil befinden sich die Gesprächspartner noch in Vorüberlegungen für eine Streitschlichtungseinrichtung ihrer Branche oder sie wollen einfach nur den Kontakt zum Versicherungsombudsmann aufnehmen. Besonders interessieren die Struktur, die Organisation sowie Aspekte des personellen und finanziellen Aufwands. Es wird aber auch zu technischen oder formellen Punkten angefragt. Gerne wird von Seiten des Versicherungsombudsmanns der Dialog geführt; im Rahmen der zeitlichen Kapazitäten werden solche Initiativen unterstützt, zumal in den Anfragen eine Bestätigung der erfolgreichen Tätigkeit der Schlichtungsstelle der deutschen Versicherungswirtschaft gesehen werden kann.



3.8 Gremienarbeit

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

Zum 1. Februar 2015 bewilligte das Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) das Projekt „Marktwächter“. Danach begann der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) mit dem Aufbau dieser Institution. Ausgerichtet nach verschiedenen Branchen bzw. Produktgruppen sollen Marktwächter vor allem Fehlentwicklungen frühzeitig aufdecken, die Politik sowie Aufsichts- und Regulierungsbehörden darauf aufmerksam machen und Handlungsempfehlungen erarbeiten. Ziel ist der bessere Schutz für Verbraucher. Eine Ausprägung des Projekts ist der „Finanzmarktwächter“. Am 22. September 2015 konstituierte sich der zugehörige Beirat, als dessen Vorsitzender Professor Hirsch von den Mitgliedern gewählt wurde.

Bei der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) bringt Professor Hirsch seine Expertise in zwei Gremien ein. Eines davon ist der Verbraucherbeirat. Das Gremium wurde 2013 neu geschaffen. Es berät die Bundesanstalt bei der Erfüllung ihrer Aufsichtsaufgaben aus Verbrauchersicht. Der Beirat besteht gemäß § 8a Finanzdienstleistungsaufsichtsgesetz (FinDAG) aus zwölf Mitgliedern (Wissenschaft, Verbraucher- und Anlegerschutzorganisationen, Mitarbeiter außergerichtlicher Streitschlichtungssysteme, ein Vertreter des für Verbraucherschutz zuständigen Bundesministeriums sowie ein Vertreter der Gewerkschaften). Der Versicherungsombudsmann wurde vom Bundesminister der Finanzen zum Mitglied bestellt.

Seit vielen Jahren gehört der Versicherungsombudsmann dem Fachbeirat der BaFin an. Er besteht gemäß § 8 des FinDAG aus Vertretern der Finanzwissenschaft, der Kredit- und Versicherungswirtschaft, der Deutschen Bundesbank und der Verbraucherschutzvereinigungen. Das 24-köpfige Gremium berät die BaFin bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und unterstützt sie bei der Weiterentwicklung aufsichtsrechtlicher Grundsätze. Im Berichtsjahr nahm Dr. Hiort vertretungsweise an zwei Sitzungen teil.

Im FIN-NET (Netzwerk der Schlichtungsstellen für Finanzdienstleistungen) der Europäischen Kommission vertrat, wie schon in den Vorjahren, Dr. Hiort die Schlichtungsstelle.

Er ist zudem Mitglied im Beirat „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.

3.9 Finanzen

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

Die Fallpauschalen werden erhoben für Beschwerden, die gegen die Unternehmen eingelegt werden. Für nach der Verfahrensordnung des Versicherungsbürochefs zulässige, nicht ungeeignete Beschwerden wird nach Beendigung des Verfahrens eine Fallpauschale erhoben. Dabei kommt es nicht darauf an, ob die Beschwerde rechtlich begründet war. Die Einnahmen aus den Fallpauschalen decken die Kosten, die im Servicecenter des Vereins für die Unterstützung der Beschwerdeführer anfallen. Da sowohl diese Kosten als auch die Zahl der bearbeiteten Beschwerden variieren, wird die Höhe der Fallpauschalen jährlich neu vom Geschäftsführer festgesetzt. Die Pauschale betrug im Berichtsjahr für Beschwerden, die durch eine Entscheidung oder Empfehlung beendet wurden, 102 Euro, für auf andere Weise beendete Verfahren 68 Euro.

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

Den Jahresabschluss des Vereins für das Jahr 2015, dessen Bestandteil die dargestellte Gewinn-und-Verlust-Rechnung ist, hat der Geschäftsführer, Dr. Hiort, vorbereitet und der Vorstand per Beschluss aufgestellt. Dieser Abschluss wurde der Deloitte & Touche GmbH, Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, vorgelegt. Die Wirtschaftsprüfer erstellten einen Bericht und erteilten darin den uneingeschränkten Bestätigungsvermerk. Jahresabschluss und Wirtschaftsprüfungsbericht sind den von den Mitgliedsunternehmen gewählten ehrenamtlichen Rechnungsprüfern vorzulegen.



Gewinn-und-Verlust-Rechnung^{1.}	2015 TEUR	2014 TEUR
Mitgliedsumlagen einschließlich verrechneter Beitragsvorauszahlungen	2.708	2.645
Umsatzerlöse	1.022	1.005
Bestandsveränderung ^{2.}	– 2	5
Erträge aus Beteiligungen	53	0
Sonstige Zinsen und ähnliche Erträge	2	6
Sonstige Erträge	15	8
Erträge	3.798	3.669
Personalaufwand	2.573	2.449
Raumkosten	369	362
Honorare, Gutachten, Beiträge, Gebühren	371	369
Kommunikationskosten	66	66
Reise-, Sitzungs- und Tagungskosten	39	36
Abschreibung auf immaterielle Vermögenswerte des Anlagevermögens und Sachanlagen	39	31
Zinsen und ähnliche Aufwendungen	10	10
Sonstige Aufwendungen	74	92
Steuern von Einkommen und Ertrag	2	1
Aufwendungen	3.452	3.415
Differenz Erträge und Aufwendungen	255	254
Entnahme/Zuführung Abschreibungsrücklage	– 8	90
Zuführung zur zweckgebundenen Rücklage	0	0
Entnahme Mitgliederguthaben	0	0
Überschuss/Mitgliederguthaben	247	344

Anmerkungen:

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

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

4 Statistik

4.1 Gesamtbetrachtung

Im Jahr 2015 sind insgesamt 20.827 Beschwerden (Vorjahr: 19.897) bei der Schlichtungsstelle eingegangen. Gegenüber dem Jahr 2014 bedeutet dies eine weitere Steigerung um 4,7 Prozent (nach 8,6 im Jahr 2013 und 6,2 im Jahr 2014) auf die bisher höchste Zahl seit Aufnahme der Schlichtungstätigkeit im Jahr 2001. Damit sind die Beschwerden in den letzten drei Jahren um mehr als 20 Prozent gestiegen. Der Zuwachs betraf allein die Unternehmensbeschwerden. Diese erhöhten sich gegenüber dem Vorjahr um 5,4 Prozent auf 18.943 (17.965). Beschwerden gegen Versicherungsvermittler nahmen auf niedrigem Niveau um 5,1 Prozent auf 336 (354) weiter ab.

Wie auch im Jahr 2014 erhielt der Ombudsmann viele Eingaben, die keinem der beiden Bereiche zugeordnet werden konnten. 2015 waren es 1.548 (1.578). Diese werden in der Statistik als „Anderweitige“ ausgewiesen und sind eine dritte Kategorie von Vorgängen, neben den Beschwerden gegen Versicherungsunternehmen und denen gegen Versicherungsvermittler. Diese Vorgänge reduzierten sich um 1,9 Prozent, nachdem im Jahr zuvor eine Steigerung um 257,0 (!) Prozent zu verzeichnen war. Anlass dafür waren in beiden Jahren Urteile des Bundesgerichtshofs (BGH) zum Bankenrecht. Es handelt sich daher um einen Sondereffekt, der um den Jahreswechsel 2014/2015 eingetreten war und bereits im Jahresbericht 2014 (Seite 16 f.) erläutert wurde. Die maßgeblichen Entscheidungen des BGH ergingen zwar schon früher, wegen der befürchteten Verjährung am Jahresende lösten sie jedoch die Aktivitäten der Verbraucher mit Verzögerung aus.

In der Mehrzahl waren diese Beschwerden schon deshalb unzulässig, weil sie sich gegen Banken oder Bausparkassen richteten, nicht gegen Mitglieder des Vereins Versicherungsombudsmann. Ein geringer Teil der Beschwerden betraf jedoch Bearbeitungsgebühren für Realkredite, die von Versicherungsunternehmen vergeben werden. Für diese ist der Versicherungsombudsmann nach § 2 Absatz 1 Satz 2 b) Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns (VomVO) seit dem 21. November 2013 zuständig.

Bei der Betrachtung auf Spartenebene fällt der im Vergleich zum Vorjahr deutliche Zuwachs von jeweils 32 Prozent zulässiger Beschwerden in der Rechtsschutz- und in der Kfz-Kaskoversicherung auf. Die Entwicklungen werden nachfolgend im Einzelnen dargestellt. Zunächst wird der Eingang der zulässigen Beschwerden je Sparte angegeben, darauf beziehen sich auch die Prozentangaben. Der Gesamteingang, also einschließlich der unzulässigen Eingaben der Sparte, steht in Klammern. Die Reihenfolge ergibt sich aus den prozentualen Veränderungen.

In der Rechtsschutzversicherung war mit 2.791 (insgesamt mit unzulässigen 3.235) Eingängen die stärkste Zunahme der Beschwerden zu verzeichnen, der Anstieg beträgt 32,3 Prozent. Hier war im Vorjahr ein leichter Rückgang um 1,3 Prozent, auf jedoch schon recht hohem Niveau, festzustellen.



Auch in der Kraftfahrzeugversicherung gab es eine deutliche Steigerung. Die Beschwerden in der Kfz-Kaskoversicherung erhöhten sich mit 32,2 Prozent erneut auf nunmehr 887 (1.144) gegenüber 671 (877) im Vorjahr. Bereits 2014 betrug hier der Zuwachs 14,9 Prozent. In der Kfz-Haftpflichtversicherung wurde der um 12,4 Prozent gesunkene Eingang im Jahr 2014 mehr als aufgeholt. Der Eingang befindet sich mit einem Anstieg von 750 (1.457) auf 894 (1.675) bzw. um 19,2 Prozent auf einem ähnlichen Niveau wie 2013, als 856 zulässige Beschwerden eingingen.

Die Allgemeine Haftpflichtversicherung, zu der vor allem die Privat- und die Tierhalterhaftpflichtversicherung zählen, verzeichnete 646 (1.183) Eingaben, was einer Zunahme von 3,5 Prozent entspricht. Damit ist die Größenordnung des Jahres 2011 mit 654 zulässigen Eingängen fast wieder erreicht.

Nahezu gleich geblieben sind die Eingänge in der Gebäudeversicherung. Sie stiegen leicht von 1.197 (1.485) auf 1.208 (1.465), was einer Steigerung von 0,9 Prozent entspricht. In der Hausrat-/Inhaltsversicherung ist die Entwicklung ähnlich. Hier stiegen die Beschwerden um 0,8 Prozent von 825 (962) auf 832 (975) zulässige Beschwerden. In der Lebensversicherung, der größten Sparte beim Ombudsmann, hielt der seit 2007 abnehmende Trend, der nur in den Jahren 2013 und 2014 durchbrochen wurde, weiter an. Es erreichten die Schlichtungsstelle 3.640 (4.863) Eingaben, was einem Rückgang von 2,6 Prozent entspricht. Um 4,1 Prozent sanken erneut die Beschwerden in der Berufsunfähigkeitsversicherung. Dies entspricht 394 (569) Vorgängen. Ebenfalls hat sich der Rückgang in der Unfallversicherung von 2014 weiter fortgesetzt. Die Beschwerden sanken von 915 (1.167) um weitere 8,3 Prozent auf 839 (1.031).

Die als „Sonstige“ in der Statistik geführten Beschwerden beinhalten kleinere Sparten wie die Reiseversicherungen und solche Beschwerden, die mehrere Sparten betreffen, weil es sich beispielsweise um kombinierte Verträge handelt. Während 2014 dazu 1.405 (2.005) Beschwerden eingingen, erhielt der Ombudsmann hierzu im Berichtsjahr 1.478 (2.068). Damit wurde der starke Anstieg im Vorjahr noch übertroffen. Diese Beschwerden sind im Vergleich überdurchschnittlich häufig mit Unzulässigkeitsgründen behaftet. Auffällig ist hier, dass die Beschwerdeführer noch im Stadium der Zulässigkeitsprüfung ihre Eingabe häufig nicht mehr weiter verfolgen, indem sie auf erforderliche Fragen für die Zulässigkeitsprüfung nicht reagieren. Bleibt mehrfaches Nachfragen erfolglos, sind diese Vorgänge als unzulässig zu beenden.

Zu der im Jahr 2013 hinzugekommenen Sparte Realkredit gibt es noch keine langjährigen Erfahrungen. Im Berichtszeitraum erreichten die Schlichtungsstelle 529 Beschwerden, davon waren 196 zulässig. Im Vorjahr waren es 364 Eingänge, davon 169 zulässige.

Im Berichtsjahr wurden 20.980 (19.507) Beschwerden abschließend bearbeitet. Dies ist die bislang höchste Zahl seit Bestehen der Schlichtungsstelle. Der

Anteil der Beschwerden, die in den Zuständigkeitsbereich des Ombudsmanns fallen, ist im Vergleich zum Vorjahr mit 12,0 Prozent deutlich gestiegen, so dass 14.014 (12.515) zulässige Beschwerden beendet wurden. Auf Grund der Eingaben zu den Bankgebühren sind mit 6.318 (6.326) annähernd gleich viele unzulässige Beschwerden wie im Vorjahr beendet worden, dies entspricht 30,1 (32,4) Prozent. Die durchschnittliche Verfahrensdauer der zulässigen Beschwerden konnte mit 3,0 (2,9) Monaten erneut auf vergleichsweise niedrigem Niveau gehalten werden.

4.2 Differenzierung nach Zuständigkeiten des Ombudsmanns

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

Bei Betrachtung der Statistik ist zu berücksichtigen, dass Beschwerden im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen gegen gebundene Vermittler in der Regel die Voraussetzungen der VomVO, der Verfahrensordnung für Unternehmensbeschwerden, erfüllen, da sich das Beschwerdeziel gegen den Versicherer richtet. Solche Eingaben wurden überwiegend nach der für den Beschwerdeführer vorteilhaften VomVO behandelt, es sei denn, er machte deutlich, dass er ausschließlich ein Verhalten des Vermittlers beanstanden wollte. Dementsprechend sind in den Unternehmensverfahren auch Beschwerden gegen Vermittler enthalten, die jedoch nicht als solche ausgewiesen werden. Deshalb gilt es bei der Rubrik „Vermittlerverfahren“ zu bedenken, dass die unter diesem Begriff ausgewerteten Beschwerden nur einen Teil der Beschwerden gegen Vermittler darstellen.

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



4.3 Beschwerden gegen Versicherungsunternehmen

Von den 20.827 (Vorjahr: 19.897) im Berichtsjahr eingegangenen Beschwerden betrafen 18.943 (17.965) die Kategorie Unternehmensbeschwerden, was einem Zuwachs von 5,4 Prozent entspricht. Damit setzte sich im langjährigen Vergleich der Anstieg dieser Beschwerden fort (nach einem Plus von 8,9 Prozent im Jahr 2013 und 0,2 Prozent im Vorjahr).

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

19.100 (17.588) Beschwerden gegen Versicherungsunternehmen wurden im Berichtsjahr beendet. In 635 (654) Fällen haben die Beschwerdeführer ihr Anliegen nicht weiterverfolgt. Bei vielen dürfte der Grund darin liegen, dass das Versicherungsunternehmen in der Zwischenzeit der Beschwerde bereits abgeholfen hatte. Die Zulässigkeitsprüfung hat in diesen Fällen nicht stattgefunden bzw. konnte nicht abgeschlossen werden.

13.922 Verfahren (12.429) wurden als zulässig beendet. Davon konnten 384 (278) nicht in der Sache entschieden werden, da die endgültige Bewertung von Fragen abhing, für deren Klärung sich das vereinfachte Ombudsmannverfahren nicht eignet (§ 8 VomVO). Grund hierfür kann sowohl die Sach- als auch die Rechtslage sein. Der insoweit häufigste Fall lag vor, wenn die Entscheidung der Beschwerde von einer streitigen, höchststrichterlich noch nicht entschiedenen Frage abhing, deren rechtliche Lösung der Autorität der Gerichte überlassen bleiben soll. Aber auch wenn die Sachlage allein im Urkundenbeweis nicht vollständig aufgeklärt werden konnte, war der Ombudsmann an einer abschließenden Bewertung gehindert. Der Anteil dieser Fälle kann für jede Sparte einzeln unter 4.5 Nr. 3 nachvollzogen werden.

Von den übrigen 13.538 (12.151) Verfahren beendete der Ombudsmann 8.637 (7.940) Fälle mit einer Entscheidung oder Empfehlung. In 3.256 (2.704) Verfahren half das Versicherungsunternehmen ab. Das bedeutet, der Versicherer rückte von der vom Beschwerdeführer beanstandeten Entscheidung ganz oder teilweise ab. Bezogen auf den Anteil der Abhilfen an allen zulässigen beendeten Beschwerden stellt das eine Steigerung von 1,6 Prozent dar. Ein beiderseitiges Entgegenkommen, also ein Vergleich, kam in 748 (702) Fällen zustande. In 897 (805) Verfahren zog der Beschwerdeführer seine Beschwerde zurück.

In 4.543 (4.505) Fällen musste der Ombudsmann die Befassung mit der Beschwerde ablehnen. Die Zulässigkeitsfrage ist nach der hierfür geltenden Verfahrensordnung (VomVO) zu entscheiden. Beschwerden, mit denen sich der Ombudsmann nicht befassen kann, sind zum Beispiel:

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

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

Im Berichtsjahr hatten 44,3 (42,1) Prozent der Beschwerden Erfolg, sofern sie nicht die Lebensversicherung betrafen. Als erfolgreich in diesem Sinne werden solche Beschwerdeverfahren angesehen, die dem Versicherungsnehmer vollständig oder zum Teil den gewünschten rechtlichen oder wirtschaftlichen Vorteil bringen. Dies kann der Fall sein, wenn die Vertragszeit entsprechend dem Wunsch des Versicherungsnehmers angepasst wird, diese also je nach Beschwerdeziel früher oder später als vom Versicherer entschieden endet. Wirtschaftliche Vorteile können eine höhere Schadenzahlung in der Gebäudeversicherung oder die Übernahme der Kosten für die rechtliche Interessenvertretung in der Rechtsschutzversicherung sein. Ein Erfolg kann sich in diesen Fällen aber auch auf der Seite des Versicherers einstellen, denn die hohe Quote kommt überwiegend durch Abhilfen zustande. Wenn der Versicherungsnehmer das Entgegenkommen des Versicherers erkennt und deshalb mit ihm das Vertragsverhältnis fortsetzt, kann dies auch zum Vorteil des Versicherers sein.

Beschwerden aus der Lebensversicherung haben zwangsläufig vergleichsweise geringere Erfolgsaussichten. Sie richten sich oft gegen Standmitteilungen, die Höhe der Überschüsse oder gegen die Ablaufleistungen. Der Ombudsmann kann diesbezügliche Anliegen der Beschwerdeführer durchaus nachvollziehen, denn die Darstellungen sind für Verbraucher oft unklar oder missverständlich. Auch können die mitgeteilten Werte enttäuschen, wenn sie unter den Erwartungen liegen. Sie sind jedoch in der Regel weder hinsichtlich der Berechnung noch unter rechtlichen Gesichtspunkten zu beanstanden. Die Erfolgsquote in der Lebensversicherung bewegte sich bis einschließlich 2011 unter 20 Prozent. 2012 lag sie mit 23,3 Prozent erstmals darüber und erreichte 2013 den Höchststand von 34,0 Prozent. Dieser Anstieg beruht maßgeblich auf der Entwicklung der Rechtsprechung sowie



deren Umsetzung durch die Unternehmen und wurde im Bericht 2013 an gleicher Stelle kommentiert. Nachdem sie im Vorjahr bereits wieder auf 28,3 Prozent gesunken war, ist im Berichtsjahr mit 24,1 Prozent eine weitere Reduzierung zu verzeichnen. Offensichtlich verliert das Thema zwischen den Vertragspartnern an Bedeutung.

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 § 15 Absatz 2 vorsieht. Danach soll der Ombudsmann in bestimmten Fällen die Beilegung des Streits durch Bescheidung mit verständlicher Erläuterung der Rechtslage fördern. Eine befriedende Wirkung tritt in aller Regel ein, wenn die zuvor unzufriedene Partei nach der Prüfung des Ombudsmanns die Zusammenhänge versteht und erkennt, dass sich der Verfahrensgegner vertragsgemäß und gesetzeskonform verhalten hat.

4.4 Beschwerden gegen Versicherungsvermittler

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

Obwohl sich der geschilderte Sachverhalt einer streng juristischen Prüfung entzieht, fällt dennoch eine solche Beschwerde eindeutig in den vom Gesetzgeber übertragenen Aufgabenbereich, wie zuvor erläutert. Dementsprechend nimmt sich der Ombudsmann der Beschwerde an und beantwortet sie. Allerdings führt er kein Verfahren gemäß der VermVO durch, denn dafür wäre ein konkreter Antrag erforderlich (§ 2 Absatz 1 VermVO), der sich nach dem vorgegebenen Maßstab von Recht und Gesetz prüfen lässt. Dies hat zur Folge, dass bei den Vermittlerbeschwerden zwischen justiziablen und nicht justiziablen Beschwerdegegen-

ständen zu unterscheiden ist. Eine solche Differenzierung, dass zwar der Aufgabenbereich betroffen ist, dennoch nicht immer ein rechtsförmliches Verfahren nach der VermVO durchgeführt werden kann, ist dem Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsunternehmen fremd. Diese Unterschiede zwischen Vermittler- und Unternehmensbeschwerden gilt es bei Betrachtung der statistischen Darstellung zu bedenken. Zudem ist zu berücksichtigen, dass die Anzahl der Beschwerden gegen Versicherungsvermittler für eine statistische Auswertung zu gering ist. Dementsprechend fehlt es insbesondere bei Teilmengen an einer hinreichenden Datengrundlage, um zuverlässige Aussagen treffen zu können. Daher wird empfohlen, Schlussfolgerungen nur mit der gebotenen Vorsicht zu ziehen.

Im Berichtsjahr hat der Ombudsmann 336 (Vorjahr: 354) Eingaben in diesem Zuständigkeitsbereich erhalten. Das entspricht einem erneuten Rückgang von 5,1 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Dies ist der niedrigste Eingang seit der Aufnahme der Tätigkeit in diesem Bereich.

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

326 (348) Vermittlerbeschwerden beendete der Ombudsmann im Berichtsjahr. In 13 (12) Fällen haben die Beschwerdeführer ihr Anliegen nicht weiterverfolgt. 221 (250) Beschwerden ließen sich nicht dem vom Ombudsmann schon weit ausgelegten Aufgabenbereich zurechnen, waren also unzulässig. Häufigster Grund, weshalb ein Verfahren nicht durchgeführt werden konnte, war mit 43 (38) Prozent ein fehlender Zusammenhang mit einer Vertragsvermittlung. Zweithäufigste Fallgruppe waren mit 32 (23) Prozent sonstige Unzulässigkeitsgründe, gefolgt von Verfahren, deren maßgeblicher Sachverhalt sich vor dem 22. Mai 2007 ereignete, also vor Übertragung der Aufgabe durch den Gesetzgeber. Hiervon waren 11 (18) Prozent der unzulässigen Vermittlerbeschwerden betroffen. Der Anteil dieser Vorgänge verringerte sich jedoch im langjährigen Vergleich.

Von den beendeten Beschwerden fielen 92 (86) in den Aufgabenbereich der Vermittlerbeschwerden. Sie wurden danach unterschieden, ob der Beschwerdegegenstand einer rechtlichen Prüfung zugänglich, also justiziabel war. In diesem Fall suchte der Ombudsmann nach Ansätzen für eine Schlichtung. Bei 10,9 (7,0) 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 ebenfalls 10,9 (16,3) Prozent ausmachten, und Rücknahmen



mit einem Anteil von 4,2 (7,0) Prozent. In 62,0 (68,5) Prozent dieser Fälle bewertete der Ombudsmann gegenüber den Parteien die Beschwerde abschließend.

Beschwerden, die zwar den Aufgabenbereich betrafen, jedoch nicht justizierbar waren, machten einen Anteil von 12,0 (1,2) Prozent der zulässig beendeten Beschwerden aus. Hier teilte der Ombudsmann seine Auffassung zum Beschwerdegegenstand mit und versuchte, auf die Beteiligten befriedend zu wirken. Alle Beschwerden, auch die nicht justizierbaren, wurden „beantwortet“, wie dies in § 214 VVG vorgesehen ist. 35,3 (36,0) Prozent der zulässig beendeten Vermittlerbeschwerden waren ganz oder zum Teil erfolgreich. In diese Kategorie fällt auch die Bewertung allein auf der Grundlage des vom Beschwerdeführer vorgetragenen Standpunktes, worauf die Erfolgsquote im Wesentlichen zurückzuführen sein dürfte. In den wenigen Fällen, in denen der Beschwerdegegner nicht geantwortet hatte, konnte die Beschwerde nur auf dieser Basis geprüft werden. Ob der Streit tatsächlich in der vom Ombudsmann bewerteten Weise beendet wird oder die Parteien ihn weiter vor Gericht austragen, wird in diesen Fällen nicht immer bekannt.

4 STATISTIK

4.5 Tabellen und Grafiken

1. Gesamtbetrachtung der Eingänge im Berichtsjahr

Diese Auswertungen geben die im Jahr **2015 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

	2015	2014	2013	2012	2011
Beschwerden gesamt	20.827	19.897	18.740	17.263	17.733
Veränderung zum Vorjahr	+ 4,7 %	+ 6,2 %	+ 8,6 %	- 2,7 %	- 3,4 %
Zulässige Beschwerden	13.805	12.815	12.614	11.616	12.259
Veränderung zum Vorjahr	+ 7,7 %	+ 1,6 %	+ 8,6 %	- 5,2 %	- 3,6 %
Unzulässige Beschwerden	6.373	6.398	5.523	5.128	4.852
Veränderung zum Vorjahr	- 0,4 %	+ 15,8 %	+ 7,7 %	+ 5,7 %	- 3,6 %
Keine Weiterverfolgung durch Beschwerdeführer	649	684	603	519	622
Veränderung zum Vorjahr	- 5,1 %	+ 13,4 %	+ 16,2 %	- 16,6 %	+ 3,2 %

Eingang zulässiger Beschwerden im Vergleich zum Vorjahr

	2015	2014	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Leben	3.640	3.738	- 98	- 2,6
Rechtsschutz	2.791	2.110	+ 681	+ 32,3
Kfz-Haft	894	750	+ 144	+ 19,2
Kfz-Kasko	887	671	+ 216	+ 32,2
Gebäude	1.208	1.197	+ 11	+ 0,9
Unfall	839	915	- 76	- 8,3
Hausrat	832	825	+ 7	+ 0,8
Allgemeine Haftpflicht	646	624	+ 22	+ 3,5
Berufsunfähigkeit	394	411	- 17	- 4,1
Realkredit	196	169	+ 27	+ 16,0
Sonstige*	1.478	1.405	+ 73	+ 5,2
Gesamt	13.805	12.815	+ 990	+ 7,7

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



Entwicklung der Eingänge nach Zuständigkeitsbereichen

	2015	2014	2013	2012	2011
Unternehmensbeschwerden	18.943	17.965	17.935	16.468	16.884
Veränderung zum Vorjahr	+ 5,4 %	+ 0,2 %	+ 8,9 %	- 2,5 %	- 3,8 %
Vermittlerbeschwerden	336	354	363	396	449
Veränderung zum Vorjahr	- 5,1 %	- 2,5 %	- 8,3 %	- 11,8 %	- 1,3 %
Anderweitige	1.548	1.578	442	399	400
Veränderung zum Vorjahr	- 1,9 %	+ 257,0 %	+ 10,8 %	- 0,2 %	+ 15,3 %
Gesamt	20.827	19.897	18.740	17.263	17.733
Veränderung zum Vorjahr	+ 4,7 %	+ 6,2 %	+ 8,6 %	- 2,7 %	- 3,4 %

Verteilung der zulässigen Unternehmensbeschwerden nach Sparten

	2015 in Prozent	2014 in Prozent	2013 in Prozent	2012 in Prozent	2011 in Prozent
Leben	26,3	29,1	34,2	32,8	32,4
Rechtsschutz	20,3	16,6	17,0	17,5	16,6
Kfz-Haft	6,4	5,8	6,8	7,5	6,9
Kfz-Kasko	6,4	5,2	4,7	4,4	4,4
Gebäude	8,8	9,4	7,9	8,2	9,0
Unfall	6,1	7,2	7,2	7,3	7,7
Hausrat	6,1	6,4	6,2	6,0	6,1
Allgemeine Haftpflicht	4,7	4,9	4,6	4,9	5,4
Berufsunfähigkeit	2,9	3,2	3,8	3,7	4,0
Realkredit*	1,4	1,3	-	-	-
Sonstige**	10,6	10,9	7,6	7,7	7,5

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

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

Verteilung der zulässigen Vermittlerbeschwerden nach Sparten

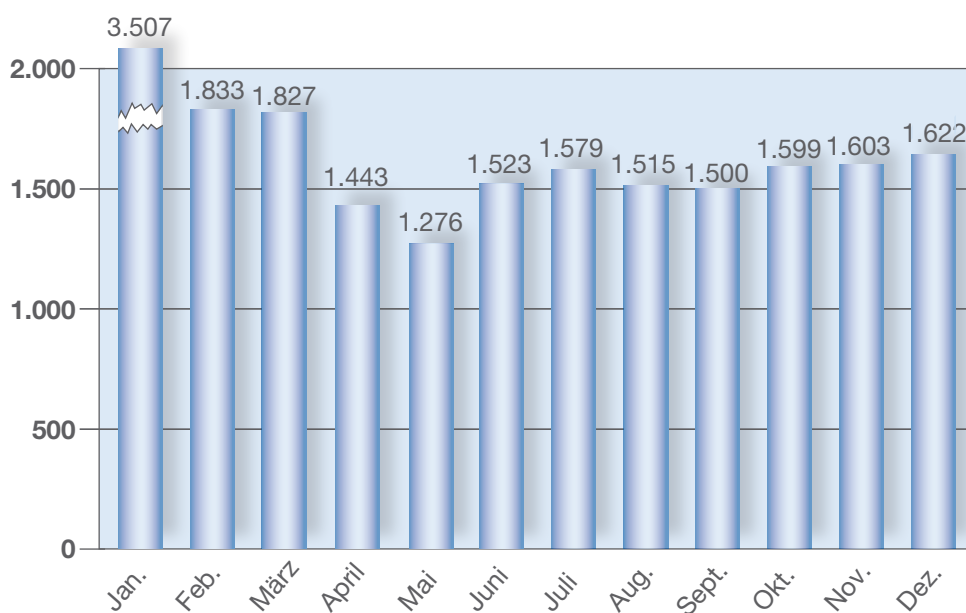
	2015 in Prozent	2014 in Prozent	2013 in Prozent	2012 in Prozent	2011 in Prozent
Leben	36,0	45,9	51,9	46,9	53,9
Rechtsschutz	5,0	1,2	6,3	7,5	4,9
Kfz-Haft	16,0	7,1	12,7	12,8	14,7
Kfz-Kasko	6,0	4,7	1,3	1,0	1,4
Gebäude	3,0	4,7	3,8	1,0	2,1
Unfall	1,0	1,2	1,3	3,2	0,7
Hausrat	2,0	5,9	2,5	3,2	0,7
Allgemeine Haftpflicht	7,0	3,5	3,8	1,0	4,2
Berufsunfähigkeit	4,0	5,9	3,8	6,4	5,5
Sonstige*	20,0	19,9	12,6	17,0	11,9

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

Verteilung nach Aufgabenbereichen und Zulässigkeit*

2015	gesamt	zulässig	unzulässig	keine Weiter- verfolgung
Unternehmensbeschwerden	18.943	13.705	4.600	638
Anteil in Prozent	100,0	72,4	24,3	3,3
Vermittlerbeschwerden	336	100	225	11
Anteil in Prozent	100,0	29,7	67,0	3,3
Anderweitige	1.548	0	1.548	0
Anteil in Prozent	100,0	0,0	100,0	0,0
Gesamt	20.827	13.805	6.373	649
Anteil in Prozent	100,0	66,3	30,6	3,1

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

Beschwerdeeingänge 2015 dargestellt nach Monaten**Kommunikationseingänge zu den Beschwerden**

	2015	2014	2013	2012	2011
Telefon	9.637	9.944	9.032	9.330	10.332
Anteil in Prozent	10,9	12,1	11,3	12,8	13,7
Brief	51.237	47.449	50.804	45.617	47.378
Anteil in Prozent	58,0	58,0	63,6	62,4	62,7
Fax	10.931	9.861	7.861	7.755	8.041
Anteil in Prozent	12,4	12,1	9,8	10,6	10,6
E-Mail	16.515	14.568	12.220	10.337	9.866
Anteil in Prozent	18,7	17,8	15,3	14,2	13,0
Gesamt	88.320	81.822	79.917	73.039	75.617



2. Gesamtbetrachtung der 2015 beendeten Beschwerden

Diese Auswertungen geben die im Jahr **2015 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

	2015	2014	2013	2012	2011
Zulässige Beschwerden	14.014	12.515	12.630	12.188	12.715
Unzulässige Beschwerden	6.318	6.326	5.558	5.026	4.739
Keine Weiterverfolgung durch Beschwerdeführer	648	666	615	521	602
Gesamt	20.980	19.507	18.803	17.735	18.056

Verteilung der Beschwerden nach der Höhe des Beschwerdewerts

	2015 in Prozent	2014 in Prozent	2013 in Prozent	2012 in Prozent	2011 in Prozent
Bis 5.000 €	84,4	85,1	84,4	82,9	81,6
Bis 10.000 €	7,7	6,9	7,6	7,6	8,5
Bis 20.000 €	3,6	3,3	3,2	3,9	4,4
Bis Zuständigkeitsgrenze*	4,3	4,7	4,8	5,6	5,5

* Bis 17.11.2010: 80.000 €, danach 100.000 €.

Durchschnittliche Dauer der Beschwerdeverfahren

	2015 in Monaten	2014 in Monaten	2013 in Monaten	2012 in Monaten	2011 in Monaten
Zulässige Beschwerden	3,0	2,9	2,7	3,5	3,4
Unzulässige Beschwerden	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Beschwerden gesamt*	2,1	2,0	1,9	2,5	2,5

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

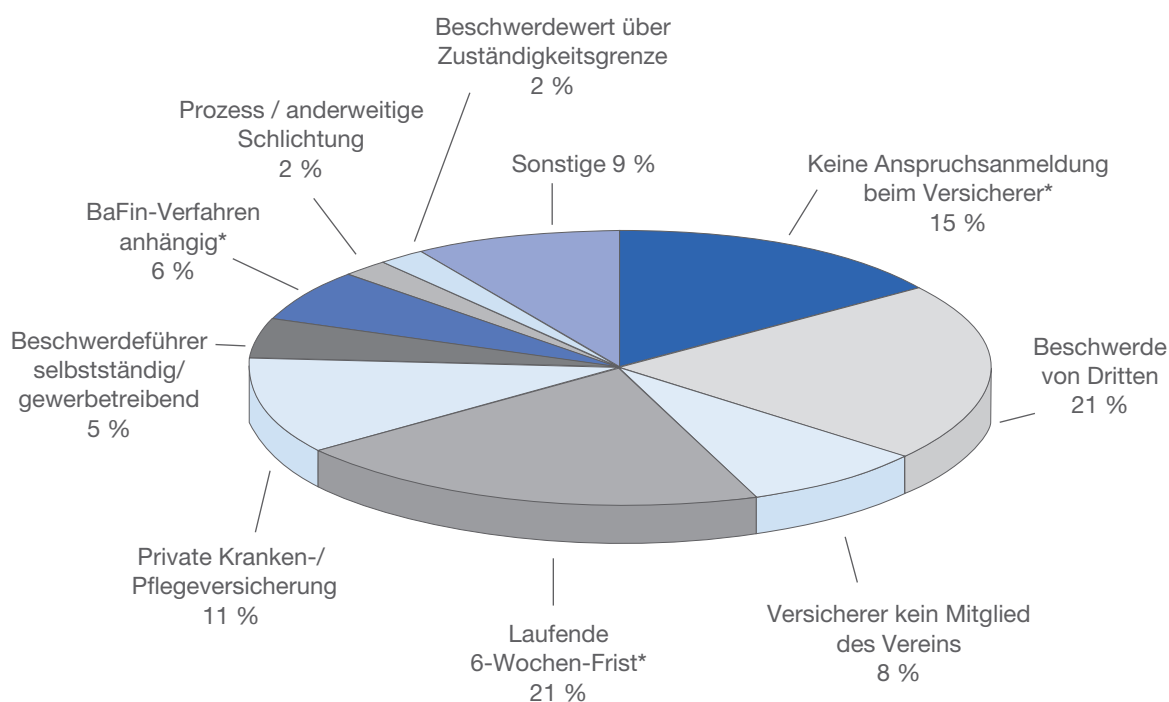
3. Unternehmensbeschwerden

Diese Auswertungen geben die im Jahr **2015 beendeten Beschwerden** wieder, die nach der Verfahrensordnung für Beschwerden gegen Versicherungsunternehmen (VomVO) bearbeitet wurden. Erläuterungen dazu enthält 4.3.

Beendete Beschwerden

	absolut	in Prozent
Zulässige Beschwerden	13.922	72,9
Unzulässige Beschwerden	4.543	23,8
Keine Weiterverfolgung durch Beschwerdeführer	635	3,3
Gesamt	19.100	100,0

Verteilung der Unzulässigkeitsgründe von Unternehmensbeschwerden



* Mit Stichtag 31.12.2015. Diese Verfahren können nach Wegfall des Verfahrenshindernisses von den Beschwerdeführern wieder in Gang gesetzt werden.



Verteilung der Beendigungsarten von zulässigen Beschwerden je Sparte in Prozent

	Entscheidung	Empfehlung	Abhilfe	Vergleich	Ungeeignet*	Rücknahme
Leben	69,4	10,8	12,2	2,1	2,4	3,1
Veränderung zum Vorjahr	+ 1,4	- 0,9	- 0,4	- 0,2	+ 0,8	- 0,7
Rechtsschutz	54,7	2,0	28,6	3,6	3,7	7,4
Veränderung zum Vorjahr	- 4,7	+ 1,3	+ 4,4	+ 0,1	- 1,0	- 0,1
Kfz-Haft	54,2	0,1	29,5	3,7	0,4	12,1
Veränderung zum Vorjahr	+ 1,0	0,0	- 1,7	+ 0,1	0,0	+ 0,6
Kfz-Kasko	51,9	2,3	29,1	6,2	2,3	8,2
Veränderung zum Vorjahr	- 0,1	- 0,4	+ 1,6	- 0,6	- 0,7	+ 0,2
Gebäude	56,9	6,5	19,0	10,3	1,8	5,5
Veränderung zum Vorjahr	0,0	+ 0,2	- 0,7	- 0,1	+ 0,7	- 0,1
Unfall	67,9	1,2	16,6	7,6	0,3	6,4
Veränderung zum Vorjahr	- 0,6	+ 0,6	+ 0,2	+ 1,1	0,0	- 1,3
Hausrat	60,2	5,7	15,8	9,7	4,0	4,6
Veränderung zum Vorjahr	+ 5,8	- 1,4	- 2,9	- 1,9	+ 1,1	- 0,7
Allg. Haftpflicht	57,8	1,0	25,4	8,6	1,3	5,9
Veränderung zum Vorjahr	+ 5,2	+ 0,2	- 1,2	- 3,3	- 0,3	- 0,6
Berufsunfähigkeit	19,6	41,4	13,3	2,9	16,7	6,1
Veränderung zum Vorjahr	+ 0,3	- 2,8	- 1,6	- 3,0	+ 7,2	- 0,1
Realkredit	48,4	3,5	22,7	5,6	3,8	16,0
Veränderung zum Vorjahr	+ 30,9	- 11,5	- 24,8	+ 0,6	+ 1,3	+ 3,5
Sonstige	29,4	1,9	49,4	8,2	1,7	9,4
Veränderung zum Vorjahr	- 10,8	- 0,6	+ 8,9	+ 1,0	+ 1,1	+ 0,4
Gesamt	56,1	6,0	23,4	5,4	2,7	6,4
Veränderung zum Vorjahr	- 1,3	- 0,5	+ 1,6	- 0,2	+ 0,5	- 0,1

* Zur Abweisung als ungeeignet siehe 4.3.

Erfolgsquote der zulässigen Unternehmensbeschwerden*

Verfahrensausgang zugunsten der Beschwerdeführer					
	2015 in Prozent	2014 in Prozent	2013 in Prozent	2012 in Prozent	2011 in Prozent
Leben	24,1	28,3	34,0	23,3	19,8
Übrige Sparten	44,3	42,1	43,7	36,4	40,0

* Zur Bewertung der Erfolgsquote siehe 4.3.

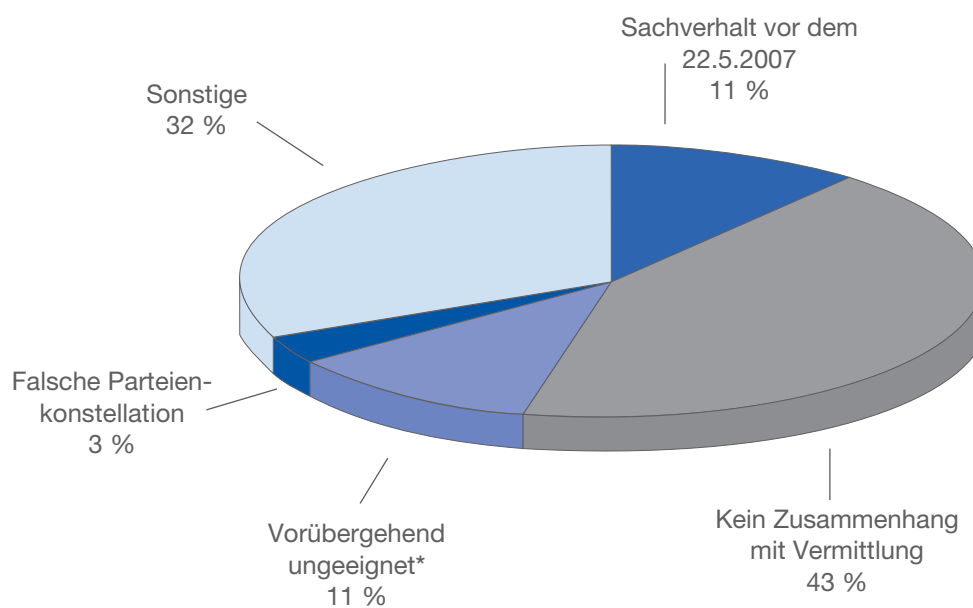
4. Vermittlerbeschwerden

Diese Auswertungen geben die im Jahr **2015 beendeten Beschwerden** wieder, die in Ausübung der Aufgabe nach § 214 Absatz 1 Nr. 2 VVG bearbeitet wurden. Erläuterungen dazu enthalten 4.2 und 4.4.

Beendete Beschwerden

	Absolut	In Prozent
Zulässige Beschwerden	92	28,2
Unzulässige Beschwerden	221	67,8
Keine Weiterverfolgung durch Beschwerdeführer	13	4,0
Gesamt	326	100,0

Verteilung der Unzulässigkeitsgründe von Vermittlerbeschwerden



* Mit Stichtag 31.12.2015.



Verteilung der Beendigungsarten von zulässigen Beschwerden in Prozent*

	Bewertung	Abhilfe	Vergleich	Rücknahme	Gesamt
Justiziabel	62,0	10,9	10,9	4,2	88,0
Veränderung zum Vorjahr	– 6,5	– 5,4	+ 3,9	– 2,8	– 10,8
Nicht justiziabel	1,1	1,1	0,0	9,8	12,0
Veränderung zum Vorjahr	+ 1,1	– 0,1	0,0	+ 9,8	+ 10,8
Gesamt	63,1	12,0	10,9	14,0	100,0
Veränderung zum Vorjahr	– 5,4	– 5,5	+ 3,9	+ 7,0	0,0

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

Erfolgsquote der zulässigen Vermittlerbeschwerden*

	2015 in Prozent	2014 in Prozent	2013 in Prozent	2012 in Prozent	2011 in Prozent
Verfahrensausgang zugunsten der Beschwerdeführer	35,3	36,0	24,4	22,2	33,7

* Zur Bewertung der Erfolgsquote siehe 4.4.

5 Anhang

Die folgenden Angaben beziehen sich auf den Stand zum Ende des Berichtsjahrs 2015. Die aktuellen Daten sind im Internet unter www.versicherungsombudsmann.de einzusehen oder können bei der Geschäftsstelle erfragt werden.

5.1 Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns (VomVO)

Stand: 21. November 2013

Präambel

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

§ 1 Anwendungsbereich

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

§ 2 Zulässigkeit der Beschwerde

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

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

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

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

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

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

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



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

§ 3 Einlegung der Beschwerde

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

§ 4 Vertretung

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

§ 5 Prüfung der Zulässigkeit

(1) Der Ombudsmann berücksichtigt in jeder Lage des Verfahrens, ob es gemäß § 2 zulässig ist.

(2) In Zweifelsfällen gibt der Ombudsmann den Parteien Gelegenheit zur Stellungnahme, bevor er über die Zulässigkeit entscheidet. Er begründet seine Entscheidung.

§ 6 Beteiligung des Beschwerdegegners

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

(2) Der Ombudsmann leitet die Beschwerde derjenigen Stelle des Beschwerdegegners zu, die dieser als Kontaktstelle für den Ombudsmann benannt hat.

(3) Die Stellungnahme des Beschwerdegegners wird in der Regel dem Beschwerdeführer zugeleitet.

(4) Von der Anforderung einer Stellungnahme kann der Ombudsmann absehen, wenn der geltend gemachte Anspruch anhand der vom Beschwerdeführer eingereichten Unterlagen beurteilt werden kann und offensichtlich unbegründet ist.

§ 7 Verfahren

(1) Hat der Beschwerdegegner nicht innerhalb der Monatsfrist Stellung genommen (§ 6 Abs. 1 S. 1) und auch keinen Antrag auf Fristverlängerung gestellt (§ 6 Abs. 1 S. 2), ist allein der Vortrag des Beschwerdeführers die Entscheidungsgrundlage. Gibt der Beschwerdegegner vor Abschluss des Verfahrens eine verspätete Einlassung ab, berücksichtigt der Ombudsmann sie, sofern die Verspätung entschuldigt ist. Wann eine Verspätung entschuldigt ist, entscheidet der Ombudsmann.

(2) Der Ombudsmann ermittelt von Amts wegen. Er klärt den Sachverhalt in jeder Lage des Verfahrens weiter auf, soweit dies zur Entscheidungsfindung erforderlich ist.

(3) Der Ombudsmann gewährleistet eine zügige Bearbeitung der Beschwerden. Er bestimmt in der Geschäftsordnung interne Bearbeitungsfristen und überprüft deren Einhaltung.

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



Überschussguthabens beigefügt werden. Bei Beschwerden, die im Zusammenhang mit einem Realkreditvertrag stehen, sind die Berechnungen in nachprüfbarer Form mit allen erforderlichen Angaben (z. B. Kreditsumme, Beleihungswert, Zinssatz, effektiver Jahreszins, Laufzeit, Tilgungsverlauf) in einer gesonderten, nur für den Ombudsmann bestimmten Anlage darzustellen.

(5) Der Ombudsmann kann eine ergänzende Stellungnahme der Parteien zur Klärung des Sach- und Streitstandes anfordern, wenn ihm dies erforderlich erscheint. Er gibt der anderen Partei Gelegenheit, sich in angemessener Frist zu neuem Vortrag zu äußern. Unentschuldigt verspätete Einlassungen bleiben unberücksichtigt. Wann eine verspätete Einlassung entschuldigt ist, entscheidet der Ombudsmann.

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

§ 8 Ungeeignete Beschwerden

(1) Der Ombudsmann kann die Befassung mit der Beschwerde in jeder Lage des Verfahrens ablehnen, wenn diese ihm für eine Entscheidung in einem Ombudsmannverfahren ungeeignet erscheint, sofern der Umfang der Urkundenbeweisaufnahme so außergewöhnlich hoch wäre, dass die Kapazitäten des Ombudsmanns und seiner Mitarbeiter in unzumutbarer Weise beansprucht wären.

(2) Der Ombudsmann soll die Befassung mit der Beschwerde in jeder Lage des Verfahrens ablehnen, wenn diese eine entscheidungserhebliche, streitige, höchstrichterlich noch nicht entschiedene Frage betrifft, um deren rechtliche Lösung der Autorität der Gerichte zu überlassen. Das Antragsrecht des Beschwerdegegners nach Abs. 4 bleibt unberührt.

(3) Der Ombudsmann kann die Befassung mit der Beschwerde in jeder Lage des Verfahrens ablehnen, wenn entscheidungserhebliche Fragen besondere Rechtsgebiete (z. B. Steuerrecht) oder ausländisches Recht betreffen.

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

(5) Der Ombudsmann kann die Befassung mit der Beschwerde ablehnen, wenn der Vertrag für die Klärung von Meinungsverschiedenheiten über den Beschwerdegegenstand ein geeignetes Verfahren vorsieht und dieses noch nicht in Anspruch genommen wurde.

§ 9 Beurteilungsmaßstab

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

§ 10 Verfahrensbeendigung

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

(2) Der Ombudsmann weist die Beschwerde als ungeeignet ab, wenn sie nach Maßgabe von § 8 Abs. 1 bis 3 nicht geeignet ist, um durch den Ombudsmann entschieden zu werden, oder wenn es sich um einen Musterfall nach Maßgabe von § 8 Abs. 4 handelt.

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

(4) Die Abweisung, die Entscheidung und die Empfehlung des Ombudsmanns ergehen schriftlich und sind mit Gründen zu versehen. Sie werden beiden Parteien unverzüglich übermittelt. In geeigneten Fällen kann im Einverständnis mit den Parteien von der Schriftform abgesehen werden.

(5) Verfahrensbeendende Maßnahmen sind Rücknahme, Abhilfe, Vergleich sowie Abweisung oder Bescheidung der Beschwerde. Die Beendigungswirkung tritt ein mit Kenntnisnahme von der abschließenden Mitteilung, spätestens drei Tage nach deren Versand.

§ 11 Bindungswirkung des Bescheids

(1) Die Entscheidung ist für den Beschwerdegegner bindend. Die Empfehlung ist für beide Parteien nicht bindend.

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

§ 12 Hemmung der Verjährung

(1) Während der Dauer des gesamten Verfahrens gilt gegenüber dem Beschwerdegegner die Verjährung für streitbefangene Ansprüche des Beschwerdeführers als gehemmt. Eröffnet der Ombudsmann das Verfahren, nachdem der Beschwerdeführer das Erfordernis nach § 2 Abs. 2 Satz 1 unverzüglich nachgeholt hat, gilt die Verjährung ab dem Zeitpunkt der ersten Beschwerdeeinlegung als gehemmt. Gesetzliche Verjährungsregelungen bleiben unberührt.

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

§ 13 Zinsen

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



§ 14 Kosten des Verfahrens

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

§ 15 Besondere Verfahren

Bedient sich das Versicherungsunternehmen zur Erfüllung seiner vertraglichen Leistungen aus dem Versicherungsvertrag eines Dritten, beispielsweise eines Schadenabwicklungsunternehmens im Sinne von § 8 a VAG, gelten folgende Regelungen:

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

§ 16 Verschwiegenheit

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

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

Stand: 27. November 2008

Präambel

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

§ 1 Anwendungsbereich

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

§ 2 Einlegung der Beschwerde

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

§ 3 Vertretung

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

§ 4 Verfahren vor dem Ombudsmann

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

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



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

§ 5 Beurteilungsmaßstab

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

§ 6 Verjährung

Die Verjährung wird durch die Einlegung der Beschwerde nicht gehemmt.

§ 7 Kosten des Verfahrens

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

§ 8 Verschwiegenheit

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

5.3 Satzung des Vereins Versicherungsombudsmann e. V.

Stand: 26. November 2014

§ 1 Name und Sitz des Vereins

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

§ 2 Zweck

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

§ 3 Mitglieder

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

§ 4 Beschwerdeverfahren

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

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



§ 5 Pflichten der Mitglieder

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

§ 6 Organe des Vereins

Organe des Vereins sind der Vorstand und die Mitgliederversammlung.

§ 7 Vorstand, Geschäftsführung

- (1) Der Vorstand im Sinne des § 26 BGB besteht aus mindestens fünf und höchstens elf Mitgliedern.
- (2) Der Vorstand wählt seinen Vorsitzenden aus dem Kreis seiner Mitglieder. Eine Wiederwahl ist zulässig. Der Vorstand kann außerdem einen oder mehrere Stellvertreter wählen. Der Vorsitzende des Vorstands leitet die Sitzungen des Vorstands und die Mitgliederversammlungen. Der Vorstand kann sich eine Geschäftsordnung geben. Er stellt die Geschäftsordnung für die Geschäftsführung auf.
- (3) Der Verein wird durch zwei Mitglieder des Vorstands gemeinsam vertreten.
- (4) Der Vorstand ist für alle Angelegenheiten des Vereins zuständig, soweit sie nicht durch die Satzung einem anderen Organ, dem Beirat oder der Geschäftsführung übertragen sind. Er hat insbesondere folgende Aufgaben:
 - a) Vertretung des Vereins nach außen,
 - b) Vorschlag zur Wahl des Ombudsmanns,
 - c) Regelung der Aufgabenbereiche des Ombudsmanns (§ 4 Abs. 1), soweit diese nicht durch übereinstimmende Beschlüsse der Mitgliederversammlung und des Beirats festgelegt wurden,
 - d) Abberufung des Ombudsmanns durch Beschluss nach vorherigem Beschluss des Beirats (§§ 12 Abs. 5 lit. a, 13 Abs. 3 S. 2),
 - e) Vorbereitung und Einberufung der Mitgliederversammlung,
 - f) Ausführung der Beschlüsse der Mitgliederversammlung,
 - g) Aufstellung des Wirtschaftsplans,
 - h) Bestellung und Abberufung eines oder mehrerer Geschäftsführer, die Beaufsichtigung der Geschäftsführung,
 - i) Beschlussfassung über die Reisekostenordnung.
- (5) Die Mitglieder des Vorstands werden von der Mitgliederversammlung für die Dauer von vier Jahren gewählt. Sie müssen zum Zeitpunkt ihrer Wahl dem Organ eines Mitglieds angehören. Die Mitglieder des Vorstands bleiben bis zur Neuwahl im Amt. Eine Wiederwahl ist möglich.
- (6) Die laufenden Geschäfte der Geschäftsstelle werden nach Maßgabe einer

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

§ 8 Mitgliederversammlung

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

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

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

§ 9 Außerordentliche Mitgliederversammlung

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

§ 10 Beschlussfassung der Mitgliederversammlung

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

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

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

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

§ 11 Aufgaben der Mitgliederversammlung

Die Mitgliederversammlung hat insbesondere folgende Aufgaben:

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



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

§ 12 Beirat

(1) Es wird ein Beirat gebildet. Dem Beirat gehören an: sieben Mitgliedervertreter (Vorsitzender des Vorstands und sechs von der Mitgliederversammlung gewählte Vertreter der Vereinsmitglieder), sieben Verbrauchervertreter (vier Vertreter des Verbraucherzentralen Bundesverbandes und seiner Mitgliedsverbände, zwei Vertreter der Stiftung Warentest, ein Vertreter des Bundes der Versicherten), zwei Vertreter der Versicherungsaufsicht, drei Vertreter der Wissenschaft, 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 durch Beschluss,
- b) Mitwirkung an Änderungen der Verfahrensordnungen durch Beschluss,
- c) Mitsprache bei der Bestellung des Geschäftsführers (Vorschlagsrecht, Beratung),
- d) Entgegennahme und Beratung des Berichts des Ombudsmanns,
- e) Unterbreiten von Vorschlägen für die Verbesserung der Arbeit des Ombudsmanns und der Verfahrensordnungen sowie für die Tagesordnung der Mitgliederversammlung,
- f) Beratung und Unterstützung des Ombudsmanns in Fragen seiner Öffentlichkeitspräsenz (z. B. Internet-Auftritt, Veröffentlichungen, Anzeigen).

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

§ 13 Wahl des Ombudsmanns

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

§ 14 Persönliche Voraussetzungen des Ombudsmanns

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

§ 15 Aufgaben des Ombudsmanns

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



einen Schlichtungsvorschlag, im Übrigen durch Bescheidung mit verständlicher Erläuterung der Rechtslage fördern.

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

§ 16 Finanzierung

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

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

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

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

§ 17 Rechnungsprüfer, Jahresabschluss und Rechnungsprüfung

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

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

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

§ 18 Ehrenamtlichkeit

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

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

§ 19 Auflösung des Vereins

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

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

5.4 Mitglieder des Beirats

(Stand zum 31.12.2015)

Vertreter der Verbraucherorganisationen

Beate-Kathrin Bextermöller

Stiftung Warentest

Lars Gatschke

Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)

Andreas Gernt

Verbraucherzentrale Niedersachsen e. V.

Andrea Heyer

Verbraucherzentrale Sachsen e. V.

Axel Kleinlein

Sprecher des Vorstands

Bund der Versicherten e. V. (BdV)

Susanne Meunier

Stiftung Warentest

Jochen Weisser

VerbraucherService Bayern im KDFB e. V.

Vertreter der Wissenschaft

Prof. Dr. Dr. h. c. mult. Jürgen Basedow

Vorsitzender des Beirats

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

Prof. Dr. Petra Pohlmann

Westfälische Wilhelms-Universität
Institut für internationales Wirtschaftsrecht

Prof. Dr. Andreas Richter

Ludwig-Maximilians-Universität
Vorstand des Instituts für
Risikomanagement und Versicherung



**Vertreter des
öffentlichen Lebens**

Michael Hennrich

Mitglied des Bundestags, CDU/CSU

Susanna Karawanskij

Mitglied des Bundestags, DIE LINKE.

Nicole Maisch

Mitglied des Bundestags, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Mechthild Rawert

Mitglied des Bundestags, SPD

Dennis Rohde

Mitglied des Bundestags, SPD

Max Straubinger

Mitglied des Bundestags, CDU/CSU

**Vertreter der
Vereinsmitglieder**

Dr. Alexander Erdland

Vorsitzender des Vorstands
Wüstenrot & Württembergische AG

Dr. Jörg Frhr. Frank von Fürstenwerth

Vorsitzender der Hauptgeschäftsführung
Gesamtverband der Deutschen
Versicherungswirtschaft e. V.

Gerhard Müller

Vorsitzender der Vorstände
Sparkassen-Versicherung Sachsen

Dr. Norbert Rollinger

Vorsitzender des Vorstands
R+V Allgemeine Versicherung AG

Christoph Schmallenbach

Vorsitzender der Vorstände
AachenMünchener Versicherungen

Dr. Alexander Vollert

Vorsitzender des Vorstands
Allianz Versicherungs-AG

Dr. Wolfgang Weiler

Sprecher der Vorstände
HUK-COBURG Versicherungsgruppe

**Vertreter der
Versicherungsaufsicht**

Rainer Schacht

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)

Dr. Heinz Siegel

Vorsitzender des Arbeitskreises der
Versicherungsaufsichtsbehörden der Länder
Finanzministerium des Landes
Nordrhein-Westfalen

**Vertreter der
Versicherungsvermittler**

Michael H. Heinz

Präsident
Bundesverband Deutscher
Versicherungskaufleute e. V. (BVK)

Dr. Hans-Georg Jenssen

Geschäftsführender Vorstand
Verband Deutscher Versicherungsmakler e. V. (VDVM)

**In der Amtsperiode
ausgeschieden:**

Dr. K.-Walter Gutberlet (24.11.)

Mitglied des Vorstands a. D., Allianz Versicherungs-AG

Michael Petmecky (24.11.)

Mitglied der Vorstände a. D., SIGNAL IDUNA Gruppe

Michael Westkamp (24.11.)

Vorsitzender der Vorstände a. D., AachenMünchener Versicherungen



5.5 Mitglieder des Vorstands, Geschäftsführer

(Stand zum 31.12.2015)

Vorstand

Dr. Wolfgang Weiler (Vorsitzender des Vereinsvorstands)

Sprecher der Vorstände

HUK-COBURG Versicherungsgruppe

Dr. Alexander Erdland

Vorsitzender des Vorstands

Wüstenrot & Württembergische AG

Dr. Jörg Frhr. Frank von Fürstenwerth

Vorsitzender der Hauptgeschäftsführung

Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V.

Uwe Laue

Vorsitzender der Vorstände

Debeka-Versicherungsgruppe

Dr. Norbert Rollinger

Vorsitzender des Vorstands

R+V Allgemeine Versicherung AG

Dr. Alexander Vollert

Vorsitzender des Vorstands

Allianz Versicherungs-AG

Ulrich-Bernd Wolff von der Sahl

Vorsitzender des Vorstands

SV SparkassenVersicherung Holding AG

Prof. Dr. Wolfram Wrabetz

Hauptbevollmächtigter und Vorsitzender der Vorstände i. R.

Helvetia Versicherungen in Deutschland

Geschäftsführer

Dr. Horst Hiort

In der Amtsperiode
ausgeschieden:

Dr. K.-Walter Gutberlet (24.11.)

Mitglied des Vorstands a. D., Allianz Versicherungs-AG

5.6 Mitglieder des Vereins

(Stand zum 31.12.2015)

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



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

5 ANHANG

- D** DOCURA VVaG
Domestic & General Insurance PLC Versicherungsgesellschaft, Direktion für Deutschland
- E** ERGO Direkt Lebensversicherung AG
ERGO Direkt Versicherung AG
ERGO Lebensversicherung AG
ERGO Pensionskasse AG
ERGO Versicherung AG
Europ Assistance Versicherungs-AG
EUROPA Lebensversicherung AG
EUROPA Versicherung AG
European Warranty Partners SE
- F** Fahrlehrerversicherung Verein auf Gegenseitigkeit
Familienfürsorge Lebensversicherung AG im Raum der Kirchen
Feuer- und Einbruchschadenkasse der BBBank VVaG
Feuersozietät Berlin Brandenburg Versicherung Aktiengesellschaft
Financial Assurance Company Limited Lebensversicherung, Niederlassung Deutschland
Financial Insurance Company Limited, Niederlassung Deutschland
Frankfurter Lebensversicherung AG
Friends Life Limited
- G** GARANTA Versicherungs-AG
Gartenbau-Versicherung VVaG
Gemeinnützige Haftpflicht-Versicherungsanstalt Darmstadt
Generali Deutschland Pensionskasse AG
Generali Lebensversicherung AG
Generali Versicherung AG
Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V.
Gothaer Allgemeine Versicherung AG
Gothaer Lebensversicherung AG
Gothaer Pensionskasse AG
Gothaer Versicherungsbank VVaG
GRUNDEIGENTÜMER-VERSICHERUNG VVaG
GVO Gegenseitigkeit Versicherung Oldenburg VVaG
GVV-Privatversicherung AG
- H** Haftpflichtkasse Darmstadt VVaG
Haftpflichtversicherungsanstalt Braunschweig
Häger Versicherungsverein a. G.
Hamburger Feuerkasse Versicherungs-AG
Hannoversche Direktversicherung AG
Hannoversche Lebensversicherung AG
HanseMerkur Allgemeine Versicherung AG
HanseMerkur Lebensversicherung AG
HanseMerkur Reiseversicherung AG
HanseMerkur24 Lebensversicherung AG
HDI Lebensversicherung AG
HDI Pensionskasse AG



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

5 ANHANG

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



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

5 ANHANG

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



BESCHWERDE - KONTAKT

Versicherungsombudsmann e.V.

Postfach 080632, 10006 Berlin

Telefon: 0800 3696000

Telefax: 0800 3699000

www.versicherungsombudsmann.de

beschwerde@versicherungsombudsmann.de

IMPRESSUM

Herausgeber

Versicherungsombudsmann e.V.

Postfach 080632, 10006 Berlin

Leipziger Straße 121, 10117 Berlin

Telefon: 030 206058-0

Telefax: 030 206058-58

www.versicherungsombudsmann.de

info@versicherungsombudsmann.de

Gestaltung

Martina Büttel, Katja Trapp

Foto

© Werner Schuering / Seite 3

Druck

Druckerei Bloch & Co. GmbH, Berlin

