

JAHRESBERICHT
2020



OMBUDSMANN
für Versicherungen

Grußwort



Jedes Produkt, jede Dienstleistung hat nur dann eine Perspektive, wenn das Interesse der Kundinnen und Kunden im Mittelpunkt steht. Das gilt natürlich auch für Versicherungen.

Die Gründungsversammlung des Vereins Versicherungsombudsmann vor nun bald 20 Jahren war auch deshalb ein Meilenstein – nicht nur für unsere Branche, sondern auch für den gesamten Verbraucherschutz in Deutschland. Probleme

zwischen Verbrauchern und Versicherern schnell, pragmatisch, neutral und effizient beizulegen, nach den Maßstäben von Recht und Gesetz, das war neu und hat bis heute viele Nachfolger in vielen Branchen gefunden. Im Oktober 2014 lobt der damalige Justizminister Heiko Maas: „Es waren vor allem die guten Erfahrungen mit dem Ombudsmann für Versicherungen, die geholfen haben, die alternative Streitbeilegung grundsätzlich zu regeln.“

Der bei der Einführung des Ombudsmanns federführende, leider zwischenzeitlich verstorbene GDV-Präsident Bernd Michaels erinnerte sich einmal: „Wir zeigten der Politik, dass die Branche Dinge am besten selbst zum Besseren wenden kann. Zudem haben wir Brücken gebaut: Viel zu lange war Verbraucherschutz stark ideologisiert. Beide Seiten haben zu lange gezögert, sich zusammenzusetzen, um die Argumente der Gegenseite zu verstehen.“

Versicherte können Entscheidungen unserer Branche seitdem kostenlos von Experten überprüfen lassen, ohne gleich den Rechtsweg einschlagen zu müssen. Die Unternehmen haben ihrerseits die Chance, Probleme frühzeitig aus der Welt zu räumen, ehe der Streit eskaliert – und Kundinnen und Kunden für immer weg sind. Ergänzend zum internen Beschwerdemanagement erlangen wir Versicherer aber auch weitere wertvolle Erkenntnisse darüber, ob es sich bei der Beschwerde um einen Einzelfall handelt – oder um einen strukturellen Missstand, den wir korrigieren sollten.

All das macht einen effektiven Verbraucherschutz aus.

Die von Bernd Michaels beschriebenen Brücken halten bis heute und sind trotz aller berechtigten Differenzen tragfähiger und belastbarer denn je geworden. Daran konnte auch die alles dominierende Coronapandemie nichts ändern, deren Herausforderungen das Team der Geschäftsstelle des Ombudsmanns mit Bravour gemeistert hat. Grundsätzlich und besonders angesichts dieser erschwerten Rahmenbedingungen danke ich dem Ombudsmann Dr. Wilhelm Schluckebier, dem Geschäftsführer Dr. Horst Hiort und allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für die hervorragende Arbeit.



Dabei attestiert der Ombudsmann unserer Branche Positives: „Generell scheint mir die Kundenfreundlichkeit bei den Unternehmen weiter zuzunehmen“, sagte er unlängst in einem Interview. „Auch in unseren Verfahren ist die Bereitschaft bei den Versicherern, enttäuschten Kunden entgegenzukommen, erfreulich ausgeprägt.“ Die Zahl der 2020 eingegangenen Beschwerden, für die der Ombudsmann zuständig ist, liegt bei rund 13.200 und damit trotz eines leichten Anstiegs im Rahmen der üblichen Schwankungsbreiten. Angesichts von rund 400 Millionen Versicherungsverträgen in Deutschland kann man hier wohl kaum von einer generellen Unzufriedenheit der Kunden sprechen.

Das freut auch uns Versicherer sehr und ist uns als Branche Ansporn für die Zukunft.

In dieser Zukunft wird es immer digitaler zugehen. Der digitale Fortschritt wird sich beschleunigen und seine Wirkung auf nahezu alle Lebensbereiche verstärken – damit alle profitieren, brauchen wir passende Rechte für die digitale Welt. Mit neuen Regulierungsvorschlägen will Brüssel etwa für den Einsatz künstlicher Intelligenz (KI) zusätzliche Anforderungen schaffen: Auch Anwendungen im Versicherungsbereich könnten unter diese Regelungen fallen. Dass man nicht alles machen sollte, was dank KI möglich wäre, darüber herrscht Einigkeit. Klar ist: Auch für KI müssen ethische Regeln gelten.

Bevor allerdings über neue Regulierungen nachgedacht wird, sollten die bestehenden Vorgaben berücksichtigt werden. Dies gilt insbesondere für die Versicherungsbranche: Der Rechtsrahmen im Versicherungsbereich bietet bereits ausreichenden Schutz, denn er ist technologieneutral.

Für diese Zukunft wünschen wir der Institution Ombudsmann die gewohnte Schlagkraft als pragmatische Vermittlungsinstanz – und sicher auch als ein Sparringspartner unserer Branche.

Ich freue mich sehr auf weitere Anregungen und weiteren Austausch.

Dr. Wolfgang Weiler

Präsident
Gesamtverband der
Deutschen Versicherungswirtschaft e. V.





Inhalt

1	Der Versicherungsombudsmann	6
1.1	Außergerichtliche Streitbeilegung	6
1.2	Sinn und Zweck der Schlichtungsstelle	7
1.3	Der Ombudsmann in Person: Dr. h.c. Wilhelm Schluckebier	8
1.4	Das Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsunternehmen	10
1.5	Das Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsvermittler	13
1.6	Veröffentlichung der Entscheidungen des Ombudsmanns	14
2	Bericht des Ombudsmanns	16
2.1	COVID-19-Pandemie in der Beschwerdebearbeitung	16
2.2	Folgen von Rechtsprechungsentwicklungen für die Rechtsschutzversicherung	19
2.3	Ewiges „ewiges Widerrufsrecht“ und Verwirkungseinwand	23
2.4	Betriebliche Altersversorgung: ausbleibende Beitragszahlungen des Arbeitgebers	25
2.5	Kfz-Haftpflichtversicherung: keine Mitnahme von Sonderrabatten	27
2.6	Die Versicherungssparten in der Jahresbetrachtung	28
2.7	Beschwerdefälle	76
3	Einzelheiten zur Schlichtungsstelle	98
3.1	Allgemeines	98
3.2	Organisation und Personal	101
3.3	Vereinsmitglieder und Mitgliederversammlung	102
3.4	Vorstand, Geschäftsführung	103
3.5	Beirat	104
3.6	Presse- und Öffentlichkeitsarbeit	107
3.7	Veränderungen wegen der COVID-19-Pandemie	109
3.8	Fachlicher Austausch	111
3.9	Gremienarbeit	112
3.10	Finanzen	114
4	Statistik	116
4.1	Gesamtbetrachtung	116
4.2	Differenzierung nach Zuständigkeiten des Ombudsmanns	119
4.3	Beschwerden gegen Versicherungsunternehmen	119
4.4	Beschwerden gegen Versicherungsvermittler	122
4.5	Tabellen und Grafiken	124
5	Anhang	132
5.1	Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns (VomVO)	132
5.2	Verfahrensordnung für Vermittlerbeschwerden (VermVO)	138
5.3	Satzung des Vereins	142
5.4	Stellvertreter des Ombudsmanns	150
5.5	Mitglieder des Beirats	150
5.6	Mitglieder des Vorstands, Geschäftsführer	153
5.7	Mitglieder des Vereins	154
5.8	Abkürzungsverzeichnis	162

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

1 Der Versicherungsombudsmann

1.1 Außergerichtliche Streitbeilegung

Die Bedeutung der außergerichtlichen Streitbeilegung steigt von Jahr zu Jahr weiter. Viele Impulse für diese Entwicklung gehen von der Europäischen Union aus. Große Wirkung hatte eine Richtlinie, welche die flächendeckende Einrichtung von Schlichtungsstellen für Verbraucher zum Ziel hat. Bei Streitigkeiten aus Verbraucherverträgen soll ein kostengünstiger, einfacher und schneller Rechtsschutz (ohne Inanspruchnahme der Gerichte) zur Verfügung stehen. Der deutsche Gesetzgeber setzte die Richtlinie durch das VSBG, das zum 1. April 2016 in Kraft trat, zusammen mit begleitenden Regelungen um. Für den Bereich der Privatversicherungen ergaben sich nur wenige Veränderungen, denn die von der Versicherungswirtschaft eingerichtete Schlichtungsstelle entsprach bereits in allen wesentlichen Punkten den Vorgaben der Richtlinie. Der damalige Bundesjustizminister Heiko Maas nannte die Schlichtungsstelle „ein Vorbild für effektiven Verbraucherschutz“. Verbraucherorganisationen und der Deutsche Richterbund bezeichneten sie ausdrücklich als vorbildhaft.

Die Idee der außergerichtlichen Streitbeilegung überzeugt aus vielen Gründen. Es entspricht einem zeitgemäßen Verständnis von Staat und Gesellschaft – und dem Interesse der Vertragsparteien –, Konfliktlösung und Rechtsdurchsetzung nicht komplizierter und aufwendiger als nötig zu gestalten. Nicht alle Streitigkeiten müssen den staatlichen Gerichten zugeführt werden. Für den Bereich hoheitlicher Verwaltung erfüllen staatliche Ombudsleute, Petitionsausschüsse und der bzw. die Europäische Bürgerbeauftragte diese Funktion. Auch bei vielen Unternehmen setzt sich zunehmend die Erkenntnis durch, dass alternative Streitbeilegungsmethoden sinnvoll in modernen Kundenbeziehungen eingesetzt werden können. Durch die objektive, fachkundige und laienverständliche Klärung auf Augenhöhe lassen sich Meinungsverschiedenheiten mit Verbrauchern dauerhaft ausräumen. Hierfür sprechen nicht zuletzt wirtschaftliche Gründe.

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



1.2 Sinn und Zweck der Schlichtungsstelle

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

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

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

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

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

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

Dr. h. c. Wilhelm Schluckebier ist seit dem 1. April 2019 Ombudsmann für Versicherungen. Er war viele Jahre mit verschiedenen Aufgaben in der Justiz betraut, u. a. als Richter in Hessen und beim Generalbundesanwalt. Von 1999 bis 2006 war er Richter am Bundesgerichtshof. Von Oktober 2006 bis November 2017 gehörte er dem Ersten Senat des Bundesverfassungsgerichts an. Hier war er als Berichterstatter auch mit den Verfahren aus dem Rechtsgebiet des Versicherungswesens befasst.



Die Unabhängigkeit des Ombudsmanns

Persönliche und institutionelle Unabhängigkeit sowie Neutralität sind für den Ombudsmann unabdingbar, damit er seine Aufgabe erfüllen kann. Nur wenn Beschwerdeführer und Beschwerdegegner gleichermaßen die Fachkompetenz und persönliche Integrität des Ombudsmanns anerkennen, werden ihm die versicherungsrechtlichen Probleme anvertraut, 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. Vor allem soll sie die Befähigung zum Richteramt und besondere Erfahrungen in Versicherungssachen vorweisen können. Sie darf in den letzten drei Jahren vor Antritt des Amtes nicht hauptberuflich für ein Versicherungsunternehmen tätig gewesen sein. Seit der Aufgabenerweiterung für Vermittlerbeschwerden gilt dies auch für eine vorherige Tätigkeit als Versicherungsvermittler oder -berater. Der Ombudsmann wird vom Vorstand des Vereins vorgeschlagen und durch Beschlüsse der Mitgliederversammlung und des Beirats bestellt. Eine Amtszeit des Ombudsmanns beträgt höchstens fünf Jahre. Die Wiederwahl ist nur einmal möglich. Ausschließlich bei offensichtlichen und groben Verfehlungen gegen seine Verpflichtungen kann der Ombudsmann mit einer Zweidrittelmehrheit im Beirat vorzeitig abberufen werden.

Die Neutralität des Ombudsmanns wird nicht zuletzt durch seine unabhängige Stellung gesichert. Er ist kein Angestellter des Vereins, sondern ausdrücklich hinsichtlich seiner Entscheidungen, seiner Verfahrens- und Amtsführung im Rahmen der Verfahrensordnungen frei und keinen Weisungen unterworfen. In seinem Amt ist der Ombudsmann damit ähnlich unabhängig wie ein Richter. Dieser Vergleich gilt auch hinsichtlich der Entscheidungsgrundlagen des Ombudsmanns: Recht und Gesetz. In fachlicher Hinsicht ist er gegenüber den Mitarbeitern der Schlichtungsstelle weisungsbefugt.



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

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

Zu Beginn der 1970er Jahre erhielt der Begriff „Ombudsmann“ im Zusammenhang mit der aufkommenden Verbraucherschutzbewegung eine weitere Bedeutung, denn es entstanden Beschwerdestellen auf privatrechtlicher Grundlage. Der erste Ombudsmann für Versicherungen in Europa wurde 1972 in der Schweiz bestellt. Andere europäische Länder wie Finnland und Großbritannien folgten.

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

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

1.4 Das Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsunternehmen

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

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

Das Beschwerdeverfahren kann nur von den Versicherten eingeleitet werden, Versicherern ist das nicht möglich. Allerdings können diese ihre Kunden in der Korrespondenz frühzeitig auf den Ombudsmann hinweisen und seine Einschaltung anregen. Davon machen viele Mitgliedsunternehmen seit Langem Gebrauch, da dies die Diskussion verkürzt und zugleich vermieden wird, dass sich die Standpunkte verhärten und die Tonlage verschlechtert. Seit Inkrafttreten des VSBG ist in § 37 Absatz 1 Satz 1 gesetzlich vorgeschrieben, dass der Unternehmer „den Verbraucher auf eine für ihn zuständige Verbraucherschlichtungsstelle unter Angabe von deren Anschrift und Website hinzuweisen (hat), wenn die Streitigkeit über einen Verbrauchervertrag durch den Unternehmer und den Verbraucher nicht beigelegt werden konnte“.

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



VomVO). Auf dieser Grundlage kann der Ombudsmann die Versicherer zur Leistung verpflichten.

Bei der Ausgestaltung des Verfahrens haben die Versicherungsunternehmen großen Wert darauf gelegt, dass ihren Kunden durch die Inanspruchnahme des Ombudsmanns keine Nachteile entstehen. Vielmehr soll es diesen möglich sein, die Entscheidung ihres Versicherers prüfen zu lassen, ohne befürchten 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, vor Gericht gehen. Die VomVO stellt jedoch sicher, dass die Verfahren vor den ordentlichen Gerichten Vorrang haben und in gleicher Sache bereits ergangene Entscheidungen oder getroffene Vergleiche respektiert werden.

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

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

Eine weitere wichtige Komponente des modernen Schlichtungsverfahrens ist Transparenz. Diese Voraussetzung wurde bei der Ausgestaltung des Ombuds-

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

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

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

Das Ombudsmannverfahren ist für den Versicherungskunden unentgeltlich. Er hat weder Verfahrenskosten zu tragen noch läuft er Gefahr, im Falle einer erfolglosen Beschwerde die Kosten der Gegenseite übernehmen zu müssen, wie dies in einem Zivilprozess der Fall wäre. Lediglich eigene Auslagen, beispielsweise für Porto, die Anfertigung von Kopien oder die eventuelle Hinzuziehung eines Anwalts, fallen für ihn an. Eine anwaltliche Vertretung ist im Verfahren jedoch nicht erforderlich, da es verbraucherorientiert ausgestaltet ist. Das gilt zugleich für die Kontaktmöglichkeiten. Es stehen kostenlose Rufnummern (0800) zur Verfügung. Zudem können sich potenzielle Beschwerdeführer auf der Website des Vereins über die Schlichtungsstelle und das Verfahren informieren, im Online-Check die Zulässigkeit prüfen und im geführten Dialog einen Beschwerdeantrag stellen.



1.5 Das Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsvermittler

Für Beschwerden über Versicherungsvermittler oder -berater ist der Versicherungsombudsmann seit dem 22. Mai 2007 zuständig. Diese Aufgabe beruht auf der EU-Vermittlerrichtlinie (Artikel 10 der Richtlinie 2002/92/EG) sowie deren nationaler Umsetzung durch das Gesetz zur Neuregelung des Vermittlerrechts, das in wesentlichen Teilen zum 22. Mai 2007 in Kraft getreten ist. Die genannte Aufgabe ist in § 214 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 VVG geregelt. Die Rechtslage wurde seitdem weiterentwickelt. So besteht inzwischen eine Pflicht der Vermittler zur Teilnahme am Verfahren. Diese wurde im Zuge der Umsetzung der zweiten Vermittlerrichtlinie (Richtlinie EU 2016/97 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 20. Januar 2016 über Versicherungsvertrieb – Insurance Distribution Directive [IDD]) durch § 17 Absatz 4 der VersVermV eingeführt. Zu den Einzelheiten vgl. 2.6 im Jahresbericht 2018.

Die Ausgestaltung des Verfahrens gegen Versicherungsvermittler ist mit dem gegen Versicherer nicht vergleichbar. Die Kompetenzen des Ombudsmanns für Beschwerden gegen Versicherer werden in der Vereinssatzung begründet, sie beruhen auf privatrechtlicher Grundlage als Folge des freiwilligen Beitritts zum Verein. Dagegen wird der Ombudsmann bei Beschwerden gegen Vermittler aufgrund der gesetzlichen Aufgabenzuweisung tätig. Die Rahmenbedingungen des Verfahrens ergeben sich aus § 214 VVG; seit der Anerkennung als Verbraucherstreitbeilegungsstelle im August 2016 findet zudem das VSBG Anwendung. Wegen der Unterschiede zum Unternehmensverfahren gilt für Beschwerden gegen Vermittler eine eigene Verfahrensordnung (VermVO).

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

Verglichen mit der VomVO besteht hinsichtlich der Beschwerdebefugnis in der VermVO ein größerer Spielraum. Während Beschwerden gegen Versicherungsunternehmen nur von Verbrauchern oder Personen in verbraucherähnlicher Lage eingelegt werden können, gibt es eine derartige Beschränkung bei den Vermittlerbe-

1 DER VERSICHERUNGSOMBUDSMANN

schwerden nicht. Hervorzuheben ist, dass Verbraucherschutzverbände ausdrücklich befugt sind, Vermittlerbeschwerden einzulegen. Ebenso wie beim Verfahren nach der VomVO muss der Verbraucher grundsätzlich keine Kosten tragen, von eventuellen Auslagen wie Briefporto abgesehen. Dem Versicherungsvermittler kann ein Entgelt auferlegt werden, wenn er Anlass zur Beschwerde gegeben hat. Bei offensichtlich missbräuchlich eingelegten Beschwerden können auch die Beschwerdeführer zur Kostentragung herangezogen werden.

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

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

Soweit der Beschwerdegegenstand einer rechtlichen Prüfung nicht zugänglich ist, etwa weil der Beschwerdeführer „ungehobeltes Verhalten“ des Vermittlers rügt, versucht der Ombudsmann im Rahmen seiner Aufgabe den Streit zu befrieden. Er beendet das Verfahren jedoch nicht mit einer an § 5 Absatz 4 VermVO ausgerichteten Entscheidung, da es hierfür an einem rechtlichen Prüfungsmaßstab fehlt.

1.6 Veröffentlichung der Entscheidungen des Ombudsmanns

Ist die Beschwerde zur Schlichtung nicht geeignet oder sperren sich die Parteien dagegen, bescheidet der Ombudsmann den zur Prüfung gestellten Anspruch. Diese Beurteilung des Ombudsmanns ist vorrangig für die Beteiligten des jeweiligen Verfahrens bestimmt. Sie kann aber auch für einen anderen Personenkreis von Interesse sein. Je nach Adressat unterscheidet sich die Form der Bescheide. Sie richten sich vorrangig an diejenigen, der seine Auffassung im Verfahren (überwiegend) nicht durchsetzen konnte, und versuchen ihn von der Richtigkeit der Ombudsmannentscheidung zu überzeugen. Dementsprechend ähneln Entscheidungen zu Lasten des Versicherers in Aufbau und zum Teil in der Sprache denen von Gerichtsurteilen. Hier geht es vor allem darum, dem rechtlich bewanderten Versicherer die Gründe der Ombudsmannentscheidung juristisch überzeugend darzulegen. Demgegenüber wird eine die Beschwerde ablehnende Entscheidung dem Verbraucher nur einleuchten, wenn ihm die tragenden Argumente, die Rahmenbedingungen, die Rechtsgedanken und auch mögliche Beweislastfragen in einer für ihn verständlichen Sprache dargelegt werden. Gelingt es dem Ombudsmann, den Beschwerdeführer oder den Versicherer bei Beschwerden über



10.000 Euro von der Richtigkeit der Entscheidung zu überzeugen, wird der Streit durch gewonnenes Erkenntnis beigelegt.

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

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

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

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

2 Bericht des Ombudsmanns

2.1 COVID-19-Pandemie in der Beschwerdebearbeitung

Die COVID-19-Pandemie hat sich auch in der Verbraucherstreitbeilegung ausgewirkt. Betroffen waren vor allem die Reiseversicherung, aber auch die Restschuldversicherung und mittelbar weitere Sparten. Generell kam es in allen Sparten in den Schlichtungsanträgen mitunter zu Hinweisen der Beschwerdeführer auf ihre pandemiebedingt schwierige Liquiditätssituation. Dies verbanden sie mit der Bitte um schnelle Hilfe durch den Ombudsmann, um den Versicherer möglichst zügig zu der erstrebten Leistung zu veranlassen. Diese Bitten trafen auf die verbesserten und effektiveren Bearbeitungsbedingungen in der Schlichtungsstelle, die sich aus der zu Beginn des Jahres 2020 eingeführten elektronischen Vorgangsbearbeitung ergaben. Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer pro zulässiger Beschwerde konnte im Jahr 2020 weiter auf nun 2,3 Monate gesenkt werden (vgl. im Einzelnen zu Organisation und Personal 3.2 und zur Statistik 4.1).

In der **Reiseversicherung** war ein Anstieg der Beschwerden um fast 80 Prozent zu verzeichnen, verbunden mit einer deutlichen Verschiebung der Fragestellungen hin zu den Themen mit COVID-19-Pandemie-Bezug (Näheres dazu unter 2.6 in den Berichten aus den einzelnen Sparten). Die Fallgestaltungen waren unterschiedlich: Oft forderten die Beschwerdeführer eine Teil- oder Kompletterstattung der Beiträge zur Reiseversicherung, da diese aufgrund der Stornierung der Reise durch den Veranstalter hinfällig geworden seien. Häufig ging es um die Frage, ob der Versicherer die Stornokosten einer Reise übernehmen musste, von der die Versicherungsnehmer aufgrund der pandemiebedingten Reisebeschränkungen oder der Sorge, an COVID-19 zu erkranken, zurückgetreten waren. Ein nach dem Vertrag versichertes Ereignis war hier in der Regel nicht eingetreten, weil weder die betroffenen Beschwerdeführer noch nahe Angehörige erkrankt waren. Es blieb nur die Möglichkeit, den Beschwerdeführern dies zu erklären und zu verdeutlichen, dass die Reiserücktrittsversicherung keine Allgefahrendeckung beinhaltet.

Bei den Beschwerden zur vom Versicherer abgelehnten Beitragsrückerstattung wurden überwiegend Teilabhilfen erreicht. Die Beitragsanteile für eine Reiseabbruchversicherung und eine Reisekrankenversicherung wurden in der Regel zurückerstattet. Hinsichtlich der Reiserücktrittsversicherung und etwaiger Stornokosten war der Beitrag jedoch nicht zweckverfehlend gezahlt worden. Denn der Versicherer hatte schließlich das versicherte Rücktrittsrisiko bis dahin getragen.

Die Corona-Entwicklung machte sich in der Reiseversicherung aber auch *mittelbar* deutlich bemerkbar in denjenigen Fällen, in denen Beschwerdeführer kurzfristig wegen einer anderweitigen, „nicht pandemiebedingten“ unerwarteten schweren Erkrankung zurückgetreten waren. Probleme bereitete den Versicherten oft der Nachweis der versicherten Rücktrittsgründe aufgrund der corona-bedingten Restriktionen. Dieser war gerade während der ersten Infektionswelle im Frühjahr und Frühsommer 2020 zum Teil dadurch erschwert, dass aufgrund des Lockdowns Arztbesuche zur Attestierung des Rücktrittsgrundes zunächst nicht mehr oder nur unter besonderen Bedingungen und eingeschränkt möglich waren. Zuweilen entstand der Eindruck, die Versicherer zweifelten die vorgebrach-



ten, coronaunabhängigen Rücktrittsgründe für Reisen, die in die Zeit der ersten Reisewarnungen fielen, mehr als sonst an. Diese Tendenz schien besonders ausgeprägt, wenn nur ein telefonischer Kontakt mit dem Arzt bestanden hatte. Die Versicherer vermissten dann eine ärztliche Untersuchung. Das war aber zumeist wegen der Restriktionen plausibel zu erklären. Zudem fiel in den Beschwerden ein ungewöhnlicher Anstieg von attestierten Magen-Darm-Erkrankungen auf. Insoweit konnte die kritische Haltung von Versicherern nachvollzogen werden, auch wenn sich die konkreten Verhältnisse in den einzelnen Verfahren zumeist nicht aufklären ließen. Der Ombudsmann konnte in der Regel Abhilfen erreichen, weil den Beschwerdeführern in der gegebenen Situation keine anderen Nachweismöglichkeiten zur Verfügung standen.

Die Reiseversicherer verwiesen die zurückgetretenen Beschwerdeführer häufig an deren Reisevertragspartner: bei Pauschalreisen an den Reiseveranstalter, bei Individualreisen, die die Reisenden in ihren Einzelkomponenten selbst zusammengestellt und gebucht hatten, an den Beherbergungsbetrieb bzw. das Lufttransportunternehmen. Bei Pauschalreisen dürfe der Reiseveranstalter gemäß § 651h Absatz 3 BGB keine Stornokosten verlangen, wenn die Reise aus unvermeidbaren, außergewöhnlichen Umständen am Bestimmungsort nicht stattfinden konnte. Den Vertragspartnern der Individualreisenden sei die Erbringung ihrer Leistung in der Pandemiekrise unmöglich geworden, sodass auch deren Anspruch auf jedwede Gegenleistung entfalle. Damit bestehe kein Anspruch auf eine Stornogebühr. Da nach dem Versicherungsvertrag, so die Begründung der Versicherer, nur *vertraglich geschuldete* Stornokosten abgedeckt seien, werde keine Leistung fällig.

Hieran schlossen sich zum Teil weitere Fragen an. Komplex konnte es bei Individualreisen ins Ausland werden, wenn etwa jemand eigenständig den Flug mit einer ausländischen Airline und über eine Buchungsplattform mehrere Hotels im Zielland separat gebucht hatte. Hatte er am Tag vor der Reise wegen eines schweren Magen-Darm-Infekts storniert, so konnte für die vertragsrechtliche Bewertung ausländisches Recht gelten. Für die Frage der Unmöglichkeit der Leistungserbringung durch den Vertragspartner konnte es der Bewertung nach ausländischem Recht und der am Zielort geltenden Pandemie-Restriktionen bedürfen. Das ist für den Betroffenen, zumal wenn er akut schwer erkrankt ist, ein kaum leistbares Unterfangen. In solchen Fällen versuchte der Ombudsmann, Abhilfen, Teilabhilfen oder Vergleiche zu erwirken.

Zusammenfassend war in der Reiseversicherung für die Beschwerden im Zusammenhang mit einer COVID-19-Problematik festzustellen, dass, nicht zuletzt durch das konstruktive Verhalten der Beschwerdeparteien, die Schlichtungsbemühungen überwiegend erfolgreich waren. Die Versicherer waren zumeist bereit und offen, Anregungen des Ombudsmanns zu prüfen und im Zweifel eine Einigung im Verbraucherschlichtungsverfahren einer gerichtlichen Überprüfung vorzuziehen. Aber auch dann, wenn dies nicht der Fall war, ließen die Reaktionen der Beschwerdeführer oft erkennen, dass die nochmalige, verständnisvolle Erläuterung der Zusammenhänge durch den Ombudsmann als unabhängige Stelle einen Befriedigungseffekt hatte.

Auch aus der Sparte der **Betriebsunterbrechungs- und Betriebsschließungsversicherung** erreichten den Ombudsmann vereinzelte Beschwerden. Diese konnten jedoch in der Sache überwiegend nicht angenommen werden, denn es fehlte den Beschwerdeführern als Gewerbetreibenden an der Verbrauchereigenschaft. Sie befanden sich regelmäßig auch nicht in einer verbraucherähnlichen Lage.

In der **Restschuldversicherung** gingen im Berichtsjahr vermehrt Beschwerden ein, bei denen Leistungen aus der Arbeitslosigkeitszusatzversicherung geltend gemacht wurden (dazu im Übrigen näher unter 2.6). Vereinzelt war bei den Restschuldversicherungen auch Kurzarbeit versichert. Obwohl nicht alle Beschwerdefälle den Zeitraum betrafen, in dem bedingt durch die COVID-19-Pandemie Arbeitsverhältnisse unter Druck gerieten, hängt die Steigerung des Beschwerdeaufkommens in diesem Bereich wohl doch damit zusammen. Beim Ombudsmann treten dabei naturgemäß nur die Fälle in Erscheinung, in denen der Versicherer die Leistung abgelehnt oder nicht zur Zufriedenheit der Beschwerdeführer erbracht hat.

Zumeist konnten sich die Versicherer für ihre Leistungsablehnungen auf die vertraglichen Vereinbarungen stützen. Viele Beschwerdeführer wähnten sich jedoch durch die Restschuldversicherung gut geschützt für jeglichen Fall, in dem ihr Arbeitseinkommen aufgrund eines unvorhersehbaren, unverschuldeten Ereignisses wegbrach. Dass die COVID-19-Pandemie für den Einzelnen ein unvorhersehbares, unverschuldetes Ereignis darstellte, stand außer Frage. Dennoch bieten die Restschuldversicherungen üblicherweise keinen allumfassenden Schutz.

Bei Arbeitnehmern muss die Arbeitslosigkeit nach gebräuchlichen Versicherungsbedingungen Folge einer Kündigung durch den Arbeitgeber oder einer einvernehmlichen Aufhebung des Arbeitsverhältnisses zur Abwendung einer betriebsbedingten Kündigung sein. In einigen Beschwerdefällen war es unstreitig zu Eigenkündigungen des Arbeitnehmers gekommen. Die Beschwerdeführer gingen davon aus, dass gleichwohl eine unverschuldete Arbeitslosigkeit vorliege, für die der Versicherer die Leistung erbringen müsse. In einem Fall sah sich der Beschwerdeführer gezwungen, das Arbeitsverhältnis zu kündigen, weil ihm der Arbeitgeber trotz geleisteter Arbeit mehrere Monate lang den Lohn schuldig geblieben sei. So wie der Sachverhalt geschildert wurde, erschien die Eigenkündigung durchaus nachvollziehbar. Dass der Versicherer nur bestimmte, typische Fälle unverschuldeter Arbeitslosigkeit versichert, dürfte aber auch darin begründet sein, dass eine Kündigung durch den Arbeitgeber oder ein Aufhebungsvertrag einfach und zweifelsfrei durch Unterlagen, die dem Versicherten vorliegen, belegt werden können. Der Versicherer soll nicht gezwungen sein, sich bei der Prüfung eines Leistungsfalls entweder allein auf die Darstellung des Versicherten verlassen zu müssen oder bei am Vertrag nicht beteiligten Dritten wie dem Arbeitgeber Nachforschungen anzustellen. In dem Fall der Eigenkündigung wegen Nichtzahlung des Arbeitslohns konnte der Ombudsmann leider nichts erreichen. Umso erfreulicher war, dass ein Versicherer in einem anderen Fall dem Beschwerdeführer ein Vergleichsangebot unterbreitete. Dieser hatte sich rechtzeitig vor Auslau-



fen seines befristeten Arbeitsverhältnisses um eine neue Arbeit bemüht und erst gekündigt, als das neue Arbeitsverhältnis sicher und nahtlos in die Wege geleitet schien. Leider sah sich der neue Arbeitgeber, eine Eventfirma, im März 2020 aufgrund der COVID-19-Pandemie gezwungen, alle Mitarbeiter vier Tage bevor der Beschwerdeführer seinen Arbeitseintritt hätte haben sollen, wegen kompletten Auftrags- und Arbeitsausfalls in Kurzarbeit zu schicken. Der Beschwerdeführer erhielt zwar eine Einstellungsgarantie, sobald sich die Auftrags- und Arbeitssituation verbessert habe, musste sich jedoch erst einmal arbeitslos melden.

Auch in anderen Sparten kam es zu interessanten Entwicklungen. In der **Hausratversicherung** etwa gab es im Jahr 2020 trotz der durch den „Lockdown“ bedingten höheren Präsenz der Menschen in ihrer Wohnung nicht etwa weniger, sondern sogar mehr Beschwerden im Zusammenhang mit Einbruchdiebstählen. Der an sich zu erwartende Rückgang in diesem Bereich ist bisher ausgeblieben. In der **Kfz-Haftpflichtversicherung** war festzustellen, dass sich die Mobilitätsbeschränkungen (Homeoffice) nicht besonders auswirkten. Allerdings gab es einen anderen Effekt: Da einige Berufstätige auf das Auto umstiegen, um öffentliche Verkehrsmittel wie Fernzüge und S-Bahnen zu meiden, konnte oftmals die vertraglich vereinbarte Jahresfahrleistung nicht eingehalten werden, sondern wurde erheblich überschritten. Ein Versicherer nahm das zum Anlass, nicht nur eine rückwirkende Anpassung der Fahrleistung vorzunehmen und den sich daraus ergebenden Mehrbeitrag geltend zu machen, sondern überdies noch eine Vertragsstrafe zu erheben (dazu näher unter Kapitel 2.6 zur Kfz-Versicherung). Mit zeitlichem Versatz traten die pandemiebedingten Fragen auch in der Rechtsschutzversicherung auf. Sie schlugen dort aber zahlenmäßig nicht spürbar zu Buche.

2.2 Folgen von Rechtsprechungsentwicklungen für die Rechtsschutzversicherung

Nach wie vor ist der Ombudsmann in der **Rechtsschutzversicherung** mit den **Folgen der Dieselläffäre** befasst. Im Sommer gingen Beschwerden ein, in denen es um den Zeitpunkt der Inlaufsetzung der dreijährigen Verjährungsfrist für Schadenersatzforderungen aus der vorsätzlichen sittenwidrigen Schädigung etwa durch VW ging, von der seit dem Urteil des BGH vom 25. Mai 2020 (VI ZR 252/19) auszugehen ist. Hieran schlossen sich in den Fällen der vom Rechtsschutzversicherer versagten Deckung eine Fülle komplizierter und zumindest zeitweise umstrittener Fragen an (siehe dazu auch unter 2.6, Sparte Rechtsschutzversicherung):

Genügte für das Ingangsetzen der **Verjährungsfrist** die Medienberichterstattung zum Thema „Dieselskandal“ im Jahr 2015? Oder begann die Verjährung mit der Mitteilung des Herstellers an den Beschwerdeführer, dass sein Fahrzeug insofern betroffen sei, als dort eine Abschaltvorrichtung verbaut sei und in Kürze ein Werkstatttermin mit ihm zur Abhilfe vereinbart werde? Kannte der Betroffene damit alle Umstände, um seine Ansprüche geltend machen zu können? Oder durfte er wegen der Komplexität der Rechtslage und der Frage der Verantwortlichkeit des Herstellers und seiner Organe erst noch obergerichtliche Entscheidungen zur

Frage einer vorsätzlichen sittenwidrigen Schädigung abwarten, ehe er sich für die Rechtsverfolgung entschied?

Die Rechtsprechung der Instanzgerichte hierzu war zunächst uneinheitlich. Deshalb ließen sich die Erfolgsaussichten der Rechtsverfolgung unter diesem Gesichtspunkt nicht von vornherein verneinen. In geeigneten Fällen konzentrierte sich der Ombudsmann darauf, die Rechtsschutzversicherer um Abhilfe zu bitten. Gegen Ende des Berichtsjahres hat der BGH diese Fragen größtenteils geklärt (BGH, Urteil vom 17. Dezember 2020, VI ZR 739/20). Danach reichte die allgemeine Kenntnis des Versicherungsnehmers vom Diesel- und Abgasskandal und von der konkreten Betroffenheit seines Fahrzeugs grundsätzlich aus, um den Schluss auf ein schuldhaftes Fehlverhalten des Anspruchsgegners (Herstellers) bzw. seiner verfassungsgemäßen Organe naheliegend erscheinen zu lassen. Es komme nicht darauf an, ob er daraus die zutreffenden rechtlichen Schlüsse ziehen können (BGH, ebendort).

Schließlich kam ein weiterer, bis dahin nicht näher problematisierter Aspekt zur Verjährungsfrage ins Spiel. Während für die Schadenersatzansprüche gegen den Hersteller wegen vorsätzlicher sittenwidriger Schädigung nach § 826 BGB die *dreijährige* Verjährungsfrist gilt, soll möglicherweise die besondere *zehnjährige* Verjährungsfrist dann gelten, wenn es um die Abschöpfung bereicherungsrechtlicher Effekte bei verjährten Schadenersatzansprüchen geht (§ 852 BGB). Dadurch soll auch nach Verjährung eines Schadenersatzanspruchs wegen vorsätzlicher sittenwidriger Schädigung die Abschöpfung des Gewinns aus der unerlaubten Handlung ermöglicht werden, der beim Schädiger etwa noch verblieben ist. Im Internet wiesen mehrere Rechtsanwaltskanzleien auf diese Möglichkeit und ihre Bereitschaft zur Mandatsübernahme hin. Als bald ergingen erste Gerichtsentscheidungen von Eingangsgerichten, wonach die dreijährige Verjährungsfrist für solche Ansprüche nicht maßgeblich sei. Bei entsprechendem Vortrag können sich also derzeit auch bei dieser Konstellation Erfolgsaussichten für die Rechtsverfolgung ergeben. Die Darlegung und Berechnung eines solchen Anspruchs auf bereicherungsrechtliche Abschöpfung des Gewinns aus unerlaubter Handlung stellt jedoch besondere Anforderungen.

Zu den aufwendiger zu bearbeitenden Verfahren zählten gegen Ende des Berichtsjahres einige, die ihren Ausgangspunkt in differenzierten und auf den ersten Blick schwer in Einklang zu bringenden Entscheidungen des EuGH und des BGH zum sogenannten **Kaskadenverweis in Musterwiderrufsbelehrungen** hatten, namentlich solche zu Verbraucherkredit- und Immobiliendarlehensverträgen. Im Hintergrund stand die Frage, ob die Belehrung fehlerhaft sei und deshalb die Frist für einen Widerruf des zugrunde liegenden Vertrages nicht in Lauf gesetzt wurde, sodass der Widerruf – mit der Folge der Rückabwicklung des Vertrages – auch später noch möglich und die entsprechende Rechtsverfolgung für den Rechtsschutzversicherungsnehmer noch aussichtsreich wäre. Der EuGH entschied am 26. März 2020 (C-66/19), dass sogenannte Kaskadenverweise in Verbraucherdarlehensverträgen mit europäischem Richtlinienrecht nicht vereinbar seien. Der Verweis in einer Widerrufsinformation auf eine bestimmte Vorschrift (im konkreten



Fall auf § 492 Absatz 2 BGB), die selbst wiederum auf weitere Rechtsvorschriften verweise (hier: Artikel 247 §§ 6–13 EGBGB), stehe im Widerspruch zur Verbraucherkreditrichtlinie (Artikel 10 Absatz 2 Buchst. p der Richtlinie 2008/48/EG). Eine solche Verweisungskette sei nicht genügend klar und prägnant, wie die Richtlinie es jedoch gebiete. Ein Verbraucher könne auf der Grundlage des Vertrages weder den Umfang seiner vertraglichen Verpflichtung bestimmen noch überprüfen, ob der von ihm abgeschlossene Vertrag alle nach dieser Bestimmung erforderlichen Angaben enthalte, und erst recht nicht, ob die Widerrufsfrist für ihn damit zu laufen begonnen habe. Der BGH hingegen hatte bis dahin in ständiger Rechtsprechung die Auffassung vertreten, dass eine solche (Kaskaden- oder auch Ketten-)Verweisung, um die es im konkreten Fall ging, „klar und verständlich“ sei (BGH, Urteil vom 22. November 2016, XI ZR 434/15 zu einem Immobiliendarlehen). Auch nach der Entscheidung des EuGH hielt der BGH in weiteren zeitnahen Beschlüssen an seiner Rechtsprechung fest und betonte, der Verweis in der dem gesetzlichen Muster entsprechenden Widerrufsinformation auf § 492 Absatz 2 BGB in Kombination mit einer beispielhaften Aufzählung von Pflichtangaben sei nach den Maßstäben des nationalen Rechts klar und verständlich. Zudem greife beim Gebrauch der Musterbelehrung des Gesetzgebers (in welcher der Kaskadenverweis enthalten war) die Gesetzlichkeitsfiktion des Artikels 247 § 12 Absatz 1 Satz 3 EGBGB. Diese Gesetzlichkeitsfiktion hat der Gesetzgeber für die Fälle des Gebrauchs einer von ihm vorgegebenen und konzipierten Musterwiderrufsbelehrung vorgesehen, um den Verwendern dieser Musterbelehrung Rechtssicherheit zu geben. Sie bestimmt, dass die verwendete Musterbelehrung den gesetzlichen Anforderungen genügt. Der BGH sah sich auch durch die Regelung zur Gesetzlichkeitsfiktion der Musterbelehrung daran gehindert, im Anschluss an die EuGH-Entscheidung über diese Fiktion hinwegzugehen, weil er damit die Befugnis der (nationalen) Gerichte zur Auslegung von Gesetzen überschreiten würde. Der klare Wortlaut der Fiktion stehe dem entgegen. Deren Zwecksetzung, durch das vom Gesetzgeber vorgegebene Muster Rechtssicherheit zu schaffen, würde bei einer Auslegung der EuGH-Entscheidung gleichsam ins Gegenteil verkehrt (BGH, Beschluss vom 31. März 2020, XI ZR 198/19).

Angesichts dieser Entwicklung wollten mehrere anwaltlich vertretene Beschwerdeführer im Wege der Ombudsmannbeschwerde für einen Widerruf ihrer Verträge unter Berufung auf die EuGH-Entscheidung eine Deckungszusage ihres Rechtsschutzversicherers erwirken. Ihr Ziel war es, auf dem Weg durch den fachgerichtlichen Instanzenzug eine Korrektur der Rechtsprechung des BGH zu erreichen. Den Beschwerden waren – in den Allgemeinen Rechtsschutzbedingungen (§ 3a Absatz 2 ARB 2010) vorgesehene – anwaltliche Stichentscheide beigefügt, die einer solchen Interessenwahrnehmung im Hinblick auf die EuGH-Entscheidung hinreichende Erfolgsaussichten beimaßen und eine andere, europarechtskonforme Auslegung des nationalen Rechts forderten. Im Ombudsmannverfahren konnte diesen Beschwerdeführern jedoch nicht geholfen werden. In den verfahrensabschließenden Schreiben wurde erläutert, dass die anwaltlichen Stichentscheide von der wirklichen Rechtslage offenbar und erheblich abwichen und deshalb nicht bindend seien. Dabei wurde maßgeblich darauf abgestellt, dass sich der BGH zum Zeitpunkt der Deckungsablehnung durch den Rechtsschutzversicherer

und der Fertigung des Stichentscheids hinsichtlich der Wirkungen im nationalen Rechtsraum klar gegenläufig zur EuGH-Entscheidung positioniert hatte. Zwar sei grundsätzlich eine offenbare Unrichtigkeit der anwaltlichen Stellungnahme nicht schon dann anzunehmen, wenn die dem Stichentscheid zugrunde liegende Rechtsauffassung der herrschenden Meinung in Rechtsprechung und Fachliteratur widerspreche. Anders verhalte es sich jedoch dann, wenn die abweichende Ansicht nahezu einhellig, insbesondere auch vom BGH abgelehnt werde und keine nicht bereits bekannten Gesichtspunkte dagegen ins Feld geführt würden. Angesichts der klaren Linie der höchstrichterlichen Rechtsprechung ändere sich deshalb auch an der Bewertung nichts dadurch, dass die im Stichentscheid vertretene Auffassung sich vereinzelt in der Fachliteratur widerspiegele (siehe dazu die Entscheidung des Ombudsmanns unter dem Aktenzeichen 6882/2020 auf der Website: www.versicherungsombudsmann.de).

Die weitere Entwicklung verdeutlicht eindrucksvoll, wie sehr gerade in der Rechtsschutzversicherung Beschwerden mitunter von der Entwicklung der Rechtsprechung mit ausgelöst werden, also rechtsprechungsinduziert sind. Bereits Ende Oktober 2020 änderte der BGH seine Spruchpraxis zur hinreichenden Klarheit und Verständlichkeit sogenannter Kaskadenverweise in Widerrufsinformationen, jedoch nur soweit Verbraucherkreditverträge im Anwendungsbereich der Verbraucherkreditrichtlinie betroffen sind (BGH, Urteil vom 27. Oktober 2020, XI ZR 498/19). Ob und inwieweit es etwa bei anderen Vertragsarten bei der ursprünglichen Bewertung bleibt, muss derzeit als offen gelten. Allerdings griff in jenem entschiedenen Fall eine Gesetzlichkeitsfiktion – durch die sich der BGH an einer europarechtskonformen Auslegung gehindert sieht – *nicht* ein, weil die dort verwendete Belehrung nicht dem vom Gesetzgeber vorgegebenen Muster entsprach. Dass diese Entscheidung des BGH auch auf die Fälle einer dem Muster genügenden Belehrung (mit Kaskadenverweis) übertragbar wäre, die die Gesetzlichkeitsfiktion auslöst, liegt derzeit allerdings fern. Die Erwägung der vorangegangenen Entscheidungen, bei Nutzung der Musterbelehrung stehe der insoweit strikte Wortlaut und der Gesetzeszweck der Vorschrift über die Gesetzlichkeitsfiktion der Musterbelehrung einer unionsrechtskonformen Auslegung im Sinne der EuGH-Entscheidung entgegen, hat weiter Bestand. Daran richtet der Ombudsmann seine Beschwerdepraxis derzeit aus. Den mit dieser Entwicklung verbundenen Bruch der Beurteilung solcher Kaskadenverweise wird der Gesetzgeber voraussichtlich in Kürze dadurch beheben, dass er die Kaskadenverweise in Musterbelehrungen auflöst und damit den Zustand einer nach Auffassung des EuGH nicht richtliniengerechten Fassung der Musterbelehrungen beseitigt. Entsprechende Gesetzentwürfe des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz liegen inzwischen vor. Hierzu hat der Versicherungsombudsmann im ministeriellen Anhörungsverfahren auch Stellung genommen, soweit das Versicherungsvertragsrecht betroffen ist. Bei der Beschwerdebearbeitung wird jeweils der neueste und für die Beurteilung der Beschwerde maßgebliche Stand der Rechtsprechung zugrunde gelegt. In der Rechtsschutzversicherung kommt es insoweit auf den Zeitpunkt der Bewilligungsreife an, regelmäßig also die Erteilung oder Ablehnung der Deckungszusage durch den Versicherer.



2.3 Ewiges „ewiges Widerrufsrecht“ und Verwirkungseinwand

Auch in der Sparte **Lebensversicherung** hat sich der Ombudsmann nach wie vor mit Widerrufsfällen zu befassen. Im Berichtsjahr nahmen Fallgestaltungen zu, in denen nicht die bei Vertragsabschluss erteilte Widerrufsbelehrung beanstandet, sondern auf fehlende oder fehlerhafte Angaben anderer Art in den Verbraucherinformationen abgehoben wurde.

Bei der Beschwerdebearbeitung fiel auf, dass einige spezialisierte Rechtsanwaltskanzleien auf Grundlage der von der Rechtsprechung konkretisierten Rechtslage ein systematisiertes Vorgehensmodell entwickelt haben. Vorzugsweise über das Internet wurde Verbrauchern in Aussicht gestellt, zum Teil noch viele Jahre nach Auszahlung der Ablauleistung oder des Rückkaufswertes weitere Zahlungen des Versicherers zu erhalten, weil die Widerrufsinformation fehlerhaft gewesen sei. Nicht selten gab es im Hintergrund einen Prozessfinanzierer, der dem Versicherungsnehmer des beendeten Vertrages die Kostenrisiken der Rechtsverfolgung weitgehend abnehmen sollte. Dem Ombudsmann bekannt gewordene Prozesskostenfinanzierungsverträge sahen allerdings für den Versicherungsnehmer in jedem Falle – also auch im Nicht-Erfolgsfall – eine streitwertabhängige Bearbeitungsgebühr vor. Mitunter wurde in solchen Beschwerdeverfahren vom Versicherer behauptet, bereicherungsrechtliche Rückabwicklungsansprüche seien an den Prozesskostenfinanzierer abgetreten worden. Dann kam es darauf an, ob das der Fall war, und wenn ja, in welcher Höhe. Lag eine 100-prozentige Abtretung vor, war die Beschwerde unzulässig, weil kein eigener Anspruch des Verbrauchers mehr geltend gemacht wurde. Das ließ sich, wie in einigen Fällen, dadurch vermeiden, dass die bereicherungsrechtliche Rückabwicklungsforderung lediglich zu 50 Prozent an den Prozesskostenfinanzierer abgetreten wurde.

Zunehmend war die Ausgangslage für die rechtliche Bewertung in den Beschwerdefällen zum sogenannten ewigen Widerrufsrecht typischerweise dadurch gekennzeichnet, dass die Versicherer den Verwirkungseinwand erhoben: Der Widerruf sei aufgrund der langen Dauer des Vertragslaufs und etwaiger weiterer Besonderheiten, etwa der Sicherungsabtretung der Ansprüche aus dem Vertrag, treuwidrig und missbräuchlich und deshalb nicht wirksam. Der BGH stellt an das Durchgreifen des Verwirkungseinwands allerdings strenge Anforderungen und lässt eine Verwirkung auch viele Jahre nach Vertragsende nicht gelten, wenn es an den neben dem Zeitablauf erforderlichen besonderen Umständen für die Annahme einer Treuwidrigkeit des Widerrufs fehlt. So soll auch eine einmalige Abtretung des Vertrages zu Sicherungszwecken für die Annahme solcher besonderer Umstände *nicht* genügen, wenn sie nicht in engem zeitlichem Zusammenhang mit dem Vertragsschluss stand. Die Instanzgerichte sind auf diesem Felde zum Teil jedoch großzügiger. Das machte die Schlichtung nicht einfacher. Der Maßstab des Ombudsmanns ist nach seiner Verfahrensordnung (VomVO) Recht und Gesetz. Dabei geht er in Auslegungsfällen von der Rechtsprechung des BGH als höchstem deutschen Zivilgericht aus. Gelegentlich führt das zu Akzeptanzschwierigkeiten bei den Ansprechpartnern in den Versicherungsunternehmen, wie sie auch in der veröffentlichten Kritik an der Rechtsprechungslinie anklingen. Hier muss immer wieder um Verständnis geworben werden.

In der Instanzrechtsprechung und in der Literatur sind beachtliche Argumente vorgebracht worden, die die hohen Anforderungen des BGH an den Verwirkungseinwand in einem kritischen Licht erscheinen lassen. Zur internen Bearbeitung wurden die Sachverhalte in Fallgruppen eingeteilt. In den Grenzfällen ergingen keine Entscheidungen, sondern es wurde ein Schlichtungsvorschlag unterbreitet. Stellte der Versicherer bei fehlenden besonderen, die Treuwidrigkeit begründenden Umständen (sogenanntes Umstandsmoment) zur Begründung der Verwirkung *allein* auf das Zeitmoment ab, also die lange „vertragstreue Zeit“ des Versicherungsnehmers und die lange Zeit zwischen Vertragsschluss und etwaiger Kündigung sowie dem mitunter erst lange nach Vertragserfüllung erklärten Widerruf, so kam es auch im Ombudsmannverfahren zu einer zusprechenden Entscheidung oder Empfehlung zugunsten des Beschwerdeführers.

Der BGH hat auch den Ansatz verworfen, wonach bei sehr langen Zeitabläufen schon geringwiegende Umstandsmomente ausreichend sein sollen, um die Treuwidrigkeit eines Widerrufs und damit den Verwirkungseinwand zu begründen (aktuell zum Beispiel BGH, Beschluss vom 13. Januar 2021, IV ZR 67/20). Es ist also davon auszugehen, dass eine solche Relation („je länger der Zeitablauf, desto geringer müssen die Umstände wiegen, die für eine Verwirkung sprechen“) im Recht der Lebensversicherungsverträge nicht besteht, vielmehr beide Elemente, das Zeit- und das Umstandsmoment, mit dem jeweils geforderten Gewicht zusammenkommen müssen, um einen Verwirkungseinwand zu tragen.

Eine **Entscheidung des EuGH vom 19. Dezember 2019** (C-355/18) belebte die Diskussion, ob bei fehlerhafter Widerrufsbelehrung an der bisherigen Rechtsprechung des BGH festzuhalten sei. Nach der BGH-Rechtsprechung ist eine erteilte Widerrufsbelehrung auch bei eher geringfügig anmutendem Fehler nicht geeignet, die Widerrufsfrist in Lauf zu setzen, sodass der Widerruf auch später noch möglich ist. Beispielsweise ist eine Widerrufsbelehrung schon dann inhaltlich fehlerhaft, wenn sie keinen Hinweis darauf enthält, dass der Widerruf *schriftlich* zu erheben war (BGH, Urteil vom 1. Juni 2016, IV ZR 482/14), oder wenn die Widerrufsfrist mit einem Monat bezeichnet wird anstatt korrekt mit 30 Tagen. Auch sonst ist die Rechtsprechungslinie des BGH dadurch gekennzeichnet, dass bereits geringfügig erscheinende Belehrungsfehler zu einem fortbestehenden, sogenannten „ewigen“ Widerrufsrecht führen. Der EuGH hat nun auf Vorlagen österreichischer Gerichte hin klargestellt, die entsprechenden EU-Richtlinien seien so auszulegen, dass die Frist für einen Rücktritt – und entsprechend auch die Widerrufsfrist – von einem Lebensversicherungsvertrag mit der Belehrung des Verbrauchers auch dann und doch zu laufen beginne, wenn dem Versicherungsnehmer durch die fehlerhafte Information nicht die Möglichkeit genommen werde, sein Rücktrittsrecht im Wesentlichen unter denselben Bedingungen wie bei zutreffender Information auszuüben (siehe auch unter 2.6).

Dies wird zum Anlass genommen, zu fordern, dass nicht jede noch so unbedeutende unrichtige Information das Inlaufsetzen der Widerrufs- oder Rücktrittsfrist hindere. Die Fälle der fehlenden Belehrung einerseits und der bloß fehlerhaften Belehrung andererseits seien also nicht in jedem Fall gleich zu behandeln.



Die EuGH-Entscheidung hat eine erneute Überprüfung der Beschwerdepraxis veranlasst. Bis zu einer etwaigen Fortentwicklung der BGH-Rechtsprechung ist allerdings weiterhin von dieser auszugehen. Die Entscheidung des EuGH legt eine EU-Richtlinie aus und öffnet diese für die nationale Rechtsprechung: Sie stellt klar, dass aus der Richtlinie selbst keine zwingenden und im Sinne der BGH-Rechtsprechung strengen Vorgaben folgen. Das deutet darauf hin, dass der BGH seine strikte Rechtsprechung nicht anpassen muss, es aber könnte, was indessen abzuwarten bleibt. Diese Fragestellung betrifft beispielsweise Belehrungsmängel hinsichtlich der Form eines zu erklärenden Widerrufs (zum Beispiel Schriftform oder Textform), der Widerrufsfrist (etwa: ein Monat anstatt 30 Tage) oder des Fristbeginns mit Erhalt bestimmter Unterlagen, die namentlich nicht (noch einmal) im Einzelnen aufgeführt sind. Nach der bisherigen BGH-Rechtsprechung handelt es sich dabei allerdings nicht nur um marginale Fehler. Sie sind also weiter, liegen sie vor, für die Nicht-Auslösung der Widerrufsfrist relevant.

2.4 Betriebliche Altersversorgung: ausbleibende Beitragszahlungen des Arbeitgebers

In der betrieblichen Altersversorgung ist der Arbeitgeber Versicherungsnehmer, der Arbeitnehmer versicherte Person. Der Arbeitgeber zahlt die Beiträge auf das Konto des Versicherers. Unterlässt er dies und droht deshalb eine Vertragskündigung, ist der versicherte spätere Betriebsrentner durch den Versicherer von dem Beitragsrückstand in Textform zu informieren, um ihm eine eigene Beitragszahlung zu ermöglichen. Das ist in § 166 Absatz 4 VVG geregelt (siehe auch § 38 Absatz 1 VVG). In einem Beschwerdefall bestand ein Vertrag mit einer Pensionskasse, dessen Bedingungen für den Fall des Ausbleibens jeglichen Beitrags in einem Kalenderjahr die automatische Umwandlung der Versicherung zum Jahresende in eine beitragsfreie Versicherung vorsah. Die zugleich damit verbundene Berufsunfähigkeitszusatzversicherung sollte in diesem Fall erlöschen. Der Tarif mit dieser Regelung war durch die Aufsichtsbehörde, die BaFin geprüft und genehmigt worden.

Die Pensionskasse wies den Arbeitgeber auf die ausgebliebene Beitragszahlung hin und warnte vor dem Erlöschen der Zusatzversicherung. Eine an den Arbeitnehmer adressierte Zweitausfertigung dieser Mitteilung war mit der Bitte um Weiterleitung an den Arbeitnehmer durch den Arbeitgeber beigelegt. Die Weiterleitung unterblieb jedoch. Der Arbeitnehmer und spätere Beschwerdeführer stellte zu seiner Überraschung plötzlich fest, dass die Berufsunfähigkeitszusatzversicherung erloschen war. Die Nichtweiterleitung der Zweitschrift des „Warnschreibens“ des Versicherers durch den Arbeitgeber an ihn hatte ihm im Ergebnis den Schutz der Berufsunfähigkeitszusatzversicherung genommen. Eine solche Unterlassung lässt sich – neben vorkommenden Sachbearbeitungsfehlern – damit erklären, dass Arbeitgeber, die in finanzielle Schieflage geraten sind, ein Interesse daran haben können, eigene Zahlungsschwierigkeiten der Belegschaft nicht zu offenbaren.

In der Fachliteratur wird zwar die Auffassung vertreten, dass der Versicherer für solche Fallgestaltungen auch die aktuellen Kontaktdaten der Arbeitnehmer

verfügbar haben müsse, damit er diese unmittelbar unterrichten könne. Dies stößt jedoch bei großen Unternehmen und einer erheblichen Fluktuation unter den Arbeitnehmern auf Schwierigkeiten. Die Übersendung des Warnschreibens an den Arbeitgeber mit der Bitte um Weitergabe einer Zweitschrift der Ankündigung des Erlöschens an den Arbeitnehmer ist daher ein pragmatischer Weg, der jedoch erhebliche Risiken für den Arbeitnehmer als versicherte Person birgt.

Im konkreten Beschwerdeverfahren stellte sich schon die Frage, ob die Informationspflicht des Versicherers gegenüber dem Versicherten aus § 166 Absatz 4 VVG überhaupt bestanden hatte; denn hier drohte nicht die außerordentliche Kündigung durch den Versicherer wegen Zahlungsverzugs des Arbeitgebers (nach § 38 Absatz 1 VVG). Vielmehr sahen die Bedingungen eine *automatische* Beendigung der Zusatzversicherung vor. Einiges sprach in dieser Situation für eine analoge Anwendung der Bestimmung. Auch stand im Raum und ist in dem verfahrensbeendenden Schreiben thematisiert worden, ob die maßgeblichen Regelungen in den Versicherungsbedingungen eine Umgehung der Vorschriften im VVG zur Kündigung durch den Versicherer und dessen Pflicht zur Unterrichtung des Versicherten darstellten oder ob es sich bei dem Beitragsfreistellungs- und Erlöschensautomatismus um eine überraschende oder intransparente Klausel handele, die möglicherweise nicht wirksam sei. All dies waren rechtsgrundsätzliche Fragen, die im vereinfachten Verbraucherstreitbeilegungsverfahren nicht beantwortet werden konnten, sondern deren Entscheidung den staatlichen Gerichten vorbehalten bleiben muss. Dem Beschwerdeführer wurde die Rechtslage erläutert und damit der Hinweis verbunden, dass dies für seine Entscheidung über sein etwaiges weiteres Vorgehen hilfreich sein könne.

Der Fall zeigt in großer Deutlichkeit offene Fragen hinsichtlich der bestehenden arbeitnehmerschützenden Informationsregelung in § 166 Absatz 4 VVG. Im wohlverstandenen Interesse nicht nur der Arbeitnehmer, sondern aller Beteiligten sollte überlegt werden, ob dies besser geregelt werden kann.



2.5 Kfz-Haftpflichtversicherung: keine Mitnahme von Sonderrabatten

Bei Versichererwechseln in der Kfz-Haftpflicht- und Kaskoversicherung kommt es oft aufgrund der Einstufungen beim neuen Versicherer zu Irritationen und zu Beschwerden, weil die Versicherungsnehmer Sondereinstufungen infolge einer Rabattschutzvereinbarung mit dem Vorversicherer in ihrer Bedeutung nicht erkannt haben und davon ausgehen, dass solche „Rabatte“ trotz eingetretener und regulierter Schäden auch bei einem Versichererwechsel weitergegeben werden. Ähnlich verhält es sich mit den Schadenfreiheitsklassen. Auch hier spielen Sondereinstufungen oft eine Rolle. In der Folge kann es dann bei der Einstufung des Vertrages beim neuen Versicherer (Nachversicherer) zu rückwirkenden Korrekturen kommen, die beim Versicherungsnehmer Verdruss auslösen. Hier erscheint es wünschenswert, dass die Versicherer in den Vertragsunterlagen stärker verdeutlichen, über welche Schadenfreiheitsklasse die Versicherungsnehmer im Falle eines Wechsels verfügen können und welche Konsequenzen eine Rabattschutzvereinbarung hat; und die Versicherungsnehmer sollten sich vor einem Wechsel des Versicherers über diese Details Gewissheit verschaffen. Damit ließen sich schon im Ansatz manche Konflikte vermeiden.

2.6 Die Versicherungssparten in der Jahresbetrachtung

Die Entwicklung in den verschiedenen Versicherungssparten im Jahr 2020 wird im Folgenden auf der Grundlage der Beschwerdebearbeitungspraxis näher dargestellt. Dabei werden traditionell alle Sparten behandelt und vornehmlich die jeweiligen Schwerpunkte angesprochen. Es dient dem vollständigen Überblick an dieser Stelle, dass einige Themen noch einmal aufgegriffen und vertieft werden, die bereits bei der Vorstellung der Hauptentwicklungslinien im Jahr 2020 (unter 2.1 bis 2.5) behandelt worden sind.

■ Rechtsschutzversicherung

Zur Rechtsschutzversicherung erhielt der Ombudsmann im Berichtsjahr 3.463 (Vorjahr: 3.202) zulässige Beschwerden. Damit bleibt die Rechtsschutzversicherung mit einem Anteil von 26,2 Prozent am Gesamtaufkommen auch das fünfte Jahr in Folge die Sparte mit den meisten zulässigen Beschwerden. Dazu trägt sicher bei, dass das Versicherungsprodukt Rechtsschutzversicherung rechtlich ausgesprochen komplex ist und deshalb immer wieder schwierige und dem Laien nur schwer vermittelbare Rechtsprobleme aufwirft. Zur jüngsten Entwicklung trugen jedoch noch andere Faktoren bei, die unter 2.2 und nachfolgend behandelt werden.

Zweck einer Rechtsschutzversicherung ist es, den Versicherten bei der Durchsetzung seiner rechtlichen Interessen zu unterstützen und ihn von den versicherten Kosten freizustellen. Neben der Abdeckung des Kostenrisikos werden zunehmend Serviceleistungen rund um die Klärung des Streitfalls angeboten. Die Empfehlung eines kompetenten Anwalts in der Nähe ist nur eine Leistung von vielen. Auch eine telefonische Rechtsberatung durch einen Anwalt ist oftmals Bestandteil des versicherten Leistungsumfangs. Die Rechtsschutzversicherung ist nach dem Prinzip der Spezialität des versicherten Risikos aufgebaut. Daher wird der Rechtsschutz nach versicherbaren Lebensbereichen in verschiedenen Kombinationen angeboten, sodass der Interessent den Vertragsumfang seinen individuellen Bedürfnissen anpassen kann.

Ein Schwerpunkt in der Rechtsschutzversicherung war im Berichtsjahr erneut die zeitliche Einordnung des Rechtsschutzfalls. Das ist bedeutsam für die Frage der Vor- oder Nachvertraglichkeit des Rechtsschutzfalls und ein etwaiges Sichhineinversichern in die Deckung bei einem sich abzeichnenden Rechtskonflikt.

Der BGH hatte im Jahr 2019 mit zwei Urteilen seine Rechtsprechung zur zeitlichen Einordnung des Rechtsschutzfalls im Vertragsrechtsschutz auch für die Anspruchsabwehr durch den in Anspruch genommenen rechtsschutzversicherten Versicherungsnehmer fortentwickelt und klargestellt, dass für die zeitliche Festlegung des Rechtsschutzfalls auf diejenige Rechtspflichtverletzung abzustellen ist, die der Versicherungsnehmer seinem Gegner anlastet (ausführlich Jahresbericht 2019, Seite 25 ff.).



In der Folge änderten einige Versicherer ihre Bedingungen und stellten entweder ausdrücklich klar und unterlegten sogar mit Beispielfällen, dass es für die zeitliche Einordnung des Rechtsschutzfalls nicht nur auf die (behaupteten) Verstöße ankomme, die der Versicherte seinem Anspruchsgegner anlastet und aus denen er seinen Anspruch oder seine Anspruchsabwehr herleitet, sondern dass nunmehr sämtliche Tatsachen zu berücksichtigen sind, die vom Versicherungsnehmer *und* von seinem Gegner vorgetragen werden, um die jeweilige Interessenverfolgung zu stützen. Danach ist ohne Bedeutung, wer von beiden Parteien den Anspruch oder die Klage erhebt, ob also der Rechtsschutzversicherer einen eigenen Anspruch durchsetzen oder den gegen ihn erhobenen Anspruch eines anderen abwehren möchte. Derzeit ist zu dieser Problematik vor dem BGH ein Revisionsverfahren anhängig (IV ZR 221/19). Es wäre jedenfalls aus Sicht des Ombudsmanns zu begrüßen, wenn der BGH die Möglichkeit zur weiteren Klarstellung bekäme. Dies würde hinsichtlich des Verständnisses und der Wirksamkeit solcher Klauseln die Rechtssicherheit erhöhen.

Unbeantwortet ist bislang auch die Frage, ob diese neue Rechtsprechung des BGH zur zeitlichen Einordnung des Rechtsschutzfalls auch für die Zuordnung eines Sachverhalts zu bestimmten Leistungsarten gilt und auch bei der Auslegung von Risikoausschlussklauseln heranzuziehen ist (siehe auch Jahresbericht 2019, Seite 21).

Einen weiteren Themenschwerpunkt im Berichtsjahr bildeten Beschwerden gegen den Einwand des Versicherers, die rechtliche Interessenwahrnehmung biete keine hinreichende Aussicht auf Erfolg oder sei mutwillig. Der Versicherer hat dann frist- und formgerecht auf die Möglichkeit hinzuweisen, dass der Versicherungsnehmer bei abweichender Auffassung einen Stichentscheid erstellen oder ein Schiedsgutachterverfahren durchführen lassen kann. Diesen Beschwerden lagen fast ausnahmslos rechtliche Interessenwahrnehmungen im Zusammenhang mit den Folgen der Dieselfläre oder dem „ewigen Widerspruchsrecht“ bei Lebens- und Rentenversicherungen bzw. Realkreditverträgen zugrunde. Die Beschwerden betrafen in der Regel die Fälle, in denen die Versicherer die Bindungswirkung des Stichentscheides ablehnten, da das Ergebnis offensichtlich von der wirklichen Sach- und Rechtslage erheblich abweiche.

Im Hinblick auf die Folgen der Dieselfläre ging es bei bestimmten Autoherstellern oft darum, ob Anhaltspunkte für den Einbau von Abschaltvorrichtungen und Thermofenster bestanden, sodass die Rechtsverfolgung durch den Kunden wenigstens in vertretbarer Weise als aussichtsreich erachtet werden konnte. Durch den Beschluss des BGH vom 28. Januar 2020 (VIII ZR 57/19), der die Problembe-
reiche zusammenzuführen versuchte und für die Darlegungen, die bei einer Klage zu verlangen sind, eher geringe Anforderungen stellte, hat sich die Lage etwas stabilisiert. Dennoch erreichte den Ombudsmann im Berichtsjahr hierzu eine Vielzahl von Beschwerden, da die Rechtsschutzversicherer der Ansicht waren, die Betroffenheit der Fahrzeuge vom Abgasskandal sei nicht substantiiert dargelegt. Es handele sich lediglich um Behauptungen „ins Blaue hinein“ aufgrund der allgemeinen Berichterstattung in den Medien, nicht aber um den Vortrag hinrei-

chend konkreter Anhaltspunkte dafür, dass gerade das Fahrzeug des Beschwerdeführers mit einer manipulierten Abgasreinigungsvorrichtung ausgestattet sei. Deshalb biete eine entsprechende Rechtsverfolgung keine hinreichende Aussicht auf Erfolg.

In den meisten Fällen war eine Klärung im Ombudsmannverfahren nicht möglich. Da die Prüfung der uneinheitlichen Rechtsprechung und die Auswertung der zum Teil sehr umfangreichen Unterlagen den effektiven Betrieb der Schlichtungsstelle hätte beeinträchtigen können, lehnte der Ombudsmann die Befassung mit den Beschwerden großteils ab. Im Interesse einer einvernehmlichen Beilegung des Streits unterbreitete der Ombudsmann den Beschwerdeparteien jedoch einen ausführlich begründeten Schlichtungsvorschlag. Dieser sah auf der Grundlage einer Prozessrisikoeinschätzung für den Fall eines Deckungsprozesses die Übernahme einer Deckungsquote durch den Rechtsschutzversicherer vor.

Die Rechtsschutzversicherer begründeten den Einwand der fehlenden Erfolgsaussichten bei Fahrzeugen der VW AG zum Teil auch damit, dass Schadenersatzansprüche des Fahrzeugkäufers gegen den Hersteller verjährt seien (siehe dazu auch unter 2.2).

Dem konnte sich der Ombudsmann zumeist nicht anschließen. Ansprüche wegen vorsätzlicher sittenwidriger Schädigung können nach drei Jahren (§ 195 BGB) verjähren. Die Verjährung beginnt dann ab dem Zeitpunkt, in dem der Gläubiger von den den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt hat oder ohne grobe Fahrlässigkeit hätte erlangen müssen (§ 199 Absatz 1 BGB). In den Grenzfällen kam es darauf an, ob die Nichtkenntnis des Anspruchstellers hinsichtlich sämtlicher Tatsachen, derer es bedarf, um erfolgsversprechend, wenn auch nicht risikolos Klage gegen den Schuldner erheben zu können, grob fahrlässig war. Die Einzelheiten hierzu waren in den Fällen des Vorgehens gegen die VW AG lange Zeit umstritten. Ein Teil der Rechtsprechung ging in den Fällen des VW-Abgasskandals aufgrund der öffentlichen Berichterstattung im Jahr 2015 von einem Beginn der regelmäßigen Verjährung schon mit Ende des Jahres 2015 aus. Die wohl überwiegende Rechtsprechung verneinte dies. Ob die regelmäßige Verjährung im Jahr 2016 begann mit der Folge des Verjährungseintritts Ende 2019, war ebenfalls umstritten, dies auch unabhängig von den Umständen des Einzelfalls und einer etwaigen Kenntnis des Käufers von dem Betroffensein seines Fahrzeugs. Grund hierfür ist, dass die in Rede stehenden Ansprüche aus vorsätzlicher sittenwidriger Schädigung (§ 826 BGB) nicht nur die Betroffenheit des Fahrzeugs voraussetzen. Erforderlich ist weiter, dass die gesetzlichen Vertreter der VW AG Kenntnis von den Manipulationen der Dieselsabgasreinigung hatten und insofern vorsätzlich sittenwidrig handelten. Dies hatte die VW AG bis zuletzt bestritten. Vor diesem Hintergrund konnte der Ombudsmann in den Fällen fraglichen Verjährungseintritts fast alle Versicherer zu einer freiwilligen Beschwerdeabhilfe und zur Erteilung einer Deckungszusage bewegen.



Zum Ende des Berichtsjahres hat der BGH nun geklärt, dass es für den Beginn der regelmäßigen Verjährung nicht darauf ankommt, die Verwirklichung des Tatbestands des § 826 BGB zuverlässig einer namentlich benannten Person im Hause der VW AG zuzuordnen (Urteil vom 17. Dezember 2020, VI ZR 739/20). Nach den von der höchstrichterlichen Rechtsprechung entwickelten Grundsätzen der sekundären Darlegungslast könne von den Fahrzeugkäufern grundsätzlich kein näherer Vortrag dazu verlangt werden, welche konkrete, beim Hersteller tätige Person das sittenwidrige Verhalten an den Tag gelegt hatte. In einem Fall, in dem der Käufer im Jahr 2015 nicht nur allgemein von dem damals aufgedeckten sogenannten Dieselskandal, sondern auch konkret Kenntnis davon erlangt hatte, dass sein Fahrzeug vom Abgasskandal betroffen war, ging der BGH in dem vorgenannten Urteil deshalb von einer Verjährung des Anspruchs bereits mit Ablauf des Jahres 2018 aus.

Auch nach dieser Entscheidung des BGH zur Verjährungsproblematik in den Dieselausgasfällen bleiben für das Ombudsmannverfahren noch klärungsbedürftige Fragen offen. Dies gilt etwa für Fälle, in denen der Versicherer die Deckungsablehnung vor Bekanntwerden der vorgenannten BGH-Entscheidung erklärt hat. Denn maßgeblich für die Beurteilung der Erfolgsaussichten ist der Zeitpunkt der Bewilligungsreife des Deckungsanspruchs. Fraglich ist weiter, wie der BGH entschieden hätte, wenn der Käufer keine Kenntnis vom Dieselskandal oder von der Betroffenheit seines Fahrzeugs gehabt hätte. Und schließlich stellt sich die Frage, ob, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang sich die Ansprüche der Käufer auch bei verjährtem Schadenersatzanspruch unter dem Gesichtspunkt der Abschöpfung verbliebener bereicherungsrechtlicher Effekte (als sogenannter Restschadensanspruch) herleiten lassen, wofür die zehnjährige Verjährung des § 852 Satz 2 BGB gilt (siehe dazu auch unter 2.2).

Zudem führte das sogenannte „ewige Widerrufsrecht“ im Bereich der Lebensversicherung im Berichtsjahr wiederum zu beachtlichem Konfliktpotenzial in der Rechtsschutzversicherung. Das auf eine Entscheidung des EuGH zurückgehende „ewige Widerspruchsrecht“ bei Lebens- und Rentenversicherungen wirft eine Fülle von Rechtsfragen auf. Anwaltskanzleien haben sich darauf spezialisiert, Versicherungsnehmer insbesondere im Internet anzusprechen, cursorisch über diese Problematik zu informieren sowie eine Prüfung der Auflösung der Lebensversicherung und – wohl vorzugsweise bei bestehender Rechtsschutzversicherung – ein Mandat für den Widerruf der Versicherung anzubieten.

Dies sei an folgendem Fall verdeutlicht: Ein Anwalt griff die Rechtsprechung zum „ewigen Widerspruchsrecht“ bei Lebensversicherungen dergestalt auf, dass er im Namen von Mandanten, die er naheliegenderweise im Internet gewonnen hatte, in großer Zahl bereits gekündigten und abgerechneten Lebensversicherungsverträgen wegen angeblicher falscher Widerspruchsbelehrung bei Vertragsschluss nachträglich widersprach. Akzeptierte der Lebensversicherer den Widerspruch nicht, wurde beim Rechtsschutzversicherer Kostenschutz für die rechtliche Interessenwahrnehmung gegen den Lebensversicherer beantragt. Lehnte der Rechtsschutzversicherer seine Eintrittspflicht wegen mangelnder Erfolgsaus-

sichten ab, legte der Rechtsanwalt nach durchgeführtem, vom Versicherer jedoch nicht als bindend anerkannten Stichentscheid umgehend Beschwerde gegen die Rechtsschutzversicherung ein. Auf diesem Wege wurden rechtlich gleichgelagerte Ansprüche gegen Versicherer in großer Zahl mit Beschwerden beim Ombudsmann anhängig gemacht.

Ein weiterer häufiger Grund für Beschwerden betraf 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 Beschwerdepotenzial. Im Berichtsjahr war der Ausschluss des Rechtsschutzrisikos für verschiedene Kapitalanlagegeschäfte (Kapitalanlageausschluss) besonders beschwerdeträchtig.

Der Ausschluss bezweckt zwar, die erfahrungsgemäß besonders kostenträchtigen Risiken und im Kostenrisiko schwer überschaubaren und kaum kalkulierbaren rechtlichen Streitigkeiten im Bereich der Kapitalanlagegeschäfte von der Rechtsschutzversicherung auszunehmen, weil nur für einen verhältnismäßig kleinen Teil der in der Risikogemeinschaft zusammengeschlossenen Versicherungsnehmer ein solches Risiko entstehen kann. Problematisch ist jedoch, dass vom Ausschluss auch Kleinanleger von risikoarmen Anlageformen betroffen sein können. Daher haben einige Versicherer bestimmte Kapitalanlageformen optional benannt, die nicht vom Ausschluss erfasst werden sollen. Die Versicherer gestalten ihre Bedingungen auch dazu teils recht unterschiedlich.

Kam es auf die Auslegung unternehmensspezifischer Klauseln an, konnte in der Regel nicht auf vorhandene Rechtsprechung oder Kommentarliteratur zurückgegriffen werden, denn diese Klauseln werden darin nicht im gleichen Maße behandelt wie solche, die in der gesamten Branche seit Langem verwendet werden. Entsprechend anspruchsvoller und aufwendiger ist nicht nur die Auslegung der Klauseln, sondern auch die überzeugungskräftige Vermittlung des gefundenen Ergebnisses.

So hatte sich der Ombudsmann im Berichtsjahr mit der Frage zu beschäftigen, ob es sich bei einer kapitalbildenden Rentenversicherung um eine Lebensversicherung handele. Nach dem vereinbarten Kapitalanlageausschluss waren Streitigkeiten in ursächlichem Zusammenhang mit dem Erwerb, der Veräußerung, der Verwaltung und der Finanzierung von kapitalbildenden Lebensversicherungen ausdrücklich nicht erfasst. Auch wenn in neuerer Zeit zahlreiche (gemischte) Versicherungsprodukte entwickelt worden sind, die sich rechtlich und sprachlich dem Begriff Lebensversicherungen zuordnen lassen, verbindet der Sprachgebrauch mit diesem Begriff vor allem Lebensversicherungen im herkömmlichen Sinn, also Versicherungen, die die Hinterbliebenen im Todesfall des Versicherungsnehmers absichern. Vielen Verbrauchern ist daher nicht klar, dass versicherungstechnisch auch eine Erlebensfallversicherung wie die Rentenversicherung zur Lebensversicherung zählt. Obwohl sich Rentenversicherungen also rechtlich und sprachlich unter den Begriff „Lebensversicherungen“ fassen lassen, wird der



Begriff unter Nichtfachleuten nicht in diesem Sinn verwendet. Deshalb dürfte der durchschnittliche Versicherungsnehmer als Lebensversicherungen im Sinne der Klausel vor allem solche Versicherungen ansehen, die – anders als die Rentenversicherung der Beschwerdeführerin im betreffenden Verfahren – zumindest auch das Todesfallrisiko absichern. Damit fiel das Auslegungsergebnis des Ombudsmanns nicht so eindeutig aus, dass er die Beschwerdegegnerin zu einer Kostenübernahme hätte verpflichten können und ihr damit die Möglichkeit genommen hätte, diese Auslegungsfrage gerichtlich klären zu lassen.

Zu den Besonderheiten der Rechtsschutzversicherung gehört das Dreiecksverhältnis zwischen dem Versicherer, dem Versicherungsnehmer und dem Rechtsanwalt des Versicherungsnehmers. Beschwerdegegenständlich im Ombudsmannverfahren ist die Prüfung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag zwischen dem Versicherungsnehmer und dem Versicherer. Da ein Rechtsschutzversicherer regelmäßig die Kosten bis zur Höhe der gesetzlichen Vergütung eines am Ort des zuständigen Gerichts ansässigen Rechtsanwaltes trägt, können auch Inhalt und Ausgestaltung des Mandatsverhältnisses zwischen Versicherungsnehmer und seinem Rechtsanwalt Anlass zu Beschwerden geben. Hat ein Versicherer mit seinem Rechtsanwalt eine gesonderte Gebührenvereinbarung geschlossen, ist der versicherungsrechtliche Anspruch lediglich auf die Freistellung von den gesetzlichen Gebühren beschränkt. Einen über die gesetzlichen Gebühren hinausgehenden Honoraranspruch hat der Versicherungsnehmer selbst zu übernehmen. Kommt es in diesem Zusammenhang zu Beschwerden, bleibt dem Ombudsmann nur, die Sach- und Rechtslage zu erklären.

Wie in den Jahren zuvor war auch im Berichtsjahr ein häufiger Grund für Beschwerden die Weigerung von Rechtsschutzversicherern, den von einem Anwalt geltend gemachten Gebührenanspruch dem Grunde oder der Höhe nach anzuerkennen. Der Ombudsmann vertritt in langjähriger – und höchstrichterlich bestätigter – Spruchpraxis die Auffassung, dass der Anspruch des Versicherungsnehmers aus der Rechtsschutzversicherung auf die Befreiung von den bei der Wahrung der rechtlichen Interessen entstehenden Kosten gerichtet ist. Der Versicherer kann diesen Befreiungsanspruch hinsichtlich der von ihm zu tragenden gesetzlichen Vergütung eines Rechtsanwalts entweder durch Leistung erfüllen, also indem er zahlt, oder indem er dem Versicherungsnehmer Kostenschutz für die Abwehr der anwaltlichen Gebührenansprüche zusagt, sollte dieser von seinem Rechtsanwalt auf Ausgleich der streitigen Differenz in Anspruch genommen werden. Regelmäßig erklärte sich der Versicherer in solchen Fällen – mitunter auf Anregung des Ombudsmanns – zu einer Abhilfe in Form der Abwehrdeckung bereit.

Im Vergleich zum Vorjahr deutlich zurückgegangen sind Beschwerden zu der Frage, ob die Wahrnehmung rechtlicher Interessen im Zusammenhang mit einer selbstständigen Tätigkeit stand und daher vom Privatrechtsschutz nicht umfasst ist. Diese Zuordnung ist oft nicht einfach, was auch die umfangreiche und nicht immer einheitliche Rechtsprechung belegt. Dennoch hat sich das Beschwerdepotenzial reduziert, was daran liegen mag, dass die Versicherungsunternehmen die in vielen Anschreiben an sie und in den Jahresberichten enthaltenen Hinweise des Ombudsmanns aufgegriffen haben und sich mittlerweile daran orientieren.

Beschwerden, in denen der Versicherungsnehmer offensichtlich keinen Anspruch auf Versicherungsschutz hat, gehen weiter zurück. Noch bis vor einigen Jahren machten einfache rechtliche Prüfungen oder notwendige Erläuterungen wegen grundlegender Fehlvorstellungen zu den verschiedenen Versicherungsprodukten einen nicht zu vernachlässigenden Teil der Beschwerdebearbeitung aus. Inzwischen finden sich solche mit wenig juristischem Aufwand zu bearbeitende Beschwerden immer seltener. Das mag darauf zurückzuführen sein, dass die Versicherer größtenteils dazu übergegangen sind, in ihren ARB die Leistungsarten und die Risikoausschlüsse mit Beispielen zu beschreiben und so ihren Versicherungsnehmern den Umfang des Versicherungsschutzes deutlicher als früher vor Augen führen.

Die Anzahl der vertragsbezogenen Beschwerden ist im Vergleich zum Vorjahr in der Rechtsschutzversicherung in etwa konstant geblieben. Beschwerdegegenständlich waren dabei überwiegend Kündigungen durch den Versicherer. Hatten sich Versicherer aufgrund der Schadenhäufigkeit oder veralteter Versicherungsbedingungen entschieden, sich vom Vertrag zu lösen oder diesen nur unter anderen, aktualisierten Bedingungen bzw. unter Vereinbarung einer Selbstbeteiligung fortzuführen, konnte dies zumeist nicht beanstandet werden. Der Ombudsmann beschränkte sich in diesen Fällen auf die Erläuterung der Sach- und Rechtslage.

Im Vergleich zum Vorjahr war ein leichter Anstieg von Beschwerden zu Anfechtungs- und Rücktrittserklärungen der Versicherer wegen Verletzung vorvertraglicher Anzeigepflichten zu verzeichnen. Da eine falsche oder unvollständige Angabe im Versicherungsantrag allein noch nicht den Schluss auf eine arglistige Täuschung rechtfertigt, prüft der Ombudsmann in diesen Fällen, ob beispielsweise die Art, der Umfang und die Bedeutung der verschwiegenen Umstände und das aus der Akte zu entnehmende Verhalten des Beschwerdeführers den Schluss darauf zulassen, dass er bewusst und willentlich auf den Entscheidungswillen des Versicherers einwirken wollte.

■ Lebensversicherung

2020 erhielt der Ombudsmann 2.779 (Vorjahr: 3.089) zulässige Beschwerden zur Lebensversicherung. Damit setzte sich der abnehmende Trend der Vorjahre in dieser Sparte fort.

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

Wie in den Jahren zuvor betrafen auch 2020 viele Beschwerden von den Versicherern zurückgewiesene Widersprüche nach § 5a VVG a. F. (Fassung vor 2008) oder Rücktritte nach § 8 Absatz 5 VVG a. F. Die zumeist anwaltlich vertretenen



Beschwerdeführer wollten zum Teil auch noch viele Jahre nach Kündigung oder Erfüllung des Vertrages dessen Rückabwicklung bei Rückzahlung der gezahlten Beiträge erreichen. Dabei wurde nicht nur die Ordnungsgemäßheit der entsprechenden Widerrufsbelehrung, sondern häufiger, wie auch schon im letzten Jahr, die Unvollständigkeit von Verbraucherinformationen beanstandet. Bezüglich der Einzelheiten kann auf die Vorjahresberichte (zum Beispiel im Jahresbericht 2018 auf den Seiten 30 und 31) verwiesen werden.

Vereinzelte haben Versicherer im Berichtsjahr in bestimmten Fällen die Frage aufgeworfen, ob die Rechtsprechung des BGH zum Widerspruchsrecht vor dem Hintergrund des Urteils des EuGH vom 19. Dezember 2019 (C-355/18 bis C-357/18, C-479/18) unverändert aufrechterhalten werden kann. Der EuGH hat sich mit den Auswirkungen einer fehlerhaften Rücktrittsbelehrung befasst und ausgeführt, dass es unverhältnismäßig wäre, dem Versicherungsnehmer zu ermöglichen, sich von den Verpflichtungen aus einem in gutem Glauben geschlossenen Vertrag zu lösen, wenn ihm durch die Belehrung, auch wenn diese fehlerhaft war, nicht die Möglichkeit genommen wurde, sein Rücktrittsrecht im Wesentlichen unter denselben Bedingungen wie bei zutreffender Belehrung auszuüben.

Die Mitgliedstaaten der EU können die Modalitäten der Ausübung des Rücktrittsrechts im Einzelnen selbst regeln. Dabei müssen sie aber dafür sorgen, dass im Hinblick auf den Zweck der europarechtlichen Richtlinien die praktische Wirksamkeit gewährleistet ist. Aus den vom EuGH angeführten Richtlinien geht hervor, dass sichergestellt sein soll, dass der Versicherungsnehmer über sein Rücktrittsrecht zutreffend belehrt wird. Den mit den Richtlinien verfolgten Zweck sieht der EuGH auch dann noch als hinreichend gewahrt, wenn dem Versicherungsnehmer trotz unzutreffender Information in der Belehrung nicht die Möglichkeit genommen wird, sein Rücktrittsrecht im Wesentlichen unter denselben Bedingungen wie bei Mitteilung zutreffender Informationen auszuüben. Allerdings dürfte es den Zweck der Richtlinien grundsätzlich ebenso wenig beeinträchtigen, wenn dem Versicherungsnehmer auch im Fall eines in diesem Sinne weniger bedeutsamen Fehlers ein fortbestehendes Rücktrittsrecht eingeräumt wird. Das Urteil des EuGH zwingt demnach die Rechtsprechung der nationalen Gerichte nicht dazu, das Rücktrittsrecht bei weniger bedeutsamen Fehlern zeitlich zu beschränken. Es hält ihnen nur die Möglichkeit dazu offen (siehe auch 2.3).

Die bisherigen Rechtsprechungsgrundsätze des BGH erweisen sich damit nach wie vor als richtliniengerecht und wurden der Beschwerdepraxis weiter zugrunde gelegt. Der BGH geht davon aus, dass es sich auch bei nur geringfügig erscheinenden Belehrungsmängeln nicht um marginale und deshalb nicht um irrelevante Mängel handelt. Deshalb sei die Widerrufsfrist auch dann nicht in Lauf gesetzt worden. Der Widerruf kann also auch später noch erklärt werden („ewiges Widerrufsrecht“). Dementsprechend bewirkt der Hinweis auf eine einmonatige Widerrufsfrist anstatt der gesetzlich vorgesehenen 30-tägigen, der wegen der unterschiedlich langen Monate falsch ist, den Fortbestand des Widerrufsrechts. Auf die Ursächlichkeit des Belehrungsfehlers, also die Frage, ob der zeitnahe Widerruf wegen der Falschbelehrung unterblieben ist, kommt es für die Ordnungsmäßigkeit der Belehrung nicht an.

Der EuGH stellte in der vorgenannten Entscheidung zudem klar, dass Artikel 15 Absatz 1 der Richtlinie 90/619, Artikel 35 Absatz 1 der Richtlinie 2002/83 und Artikel 185 Absatz 1 der Richtlinie 2009/138 dahingehend auszulegen seien, dass sie einer nationalen Regelung entgegenstehen, nach der der Versicherer einem Versicherungsnehmer, der von seinem Vertrag zurückgetreten ist, lediglich den Rückkaufswert zu erstatten hat. Mit anderen Worten: Beim Rücktritt ist nicht nur der Rückkaufswert auszus zahlen.

In einigen Fällen haben sich Versicherungsnehmer darauf berufen und einen höheren Erstattungsanspruch nach ihrem Widerruf gefordert. Mit dem Rückkaufswert im Sinne von § 9 Absatz 1 in Verbindung mit § 152 Absatz 2 VVG ist allerdings – anders als bei einer Kündigung des Vertrages – das sogenannte ungezillmerte Deckungskapital ohne Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten gemeint, vereinfacht gesagt also das Vertragsguthaben, das vorhanden gewesen wäre, wenn der Versicherer keine Abschluss- und Vertriebskosten berücksichtigt hätte. Der Versicherungsnehmer erhält somit bei einem wirksamen Widerruf mehr als bei einer Vertragskündigung. Der Ombudsmann hat in diesen Fällen überprüft, ob der Versicherer den Erstattungsanspruch in diesem Sinne richtig ermittelt hat.

Im Vergleich zum Vorjahr stiegen die Beschwerden zum Widerrufsrecht nach § 8 in der ab dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung des VVG an. Auch insoweit kommt es für den Beginn der Widerrufsfrist unter anderem auf eine ordnungsgemäße Belehrung an. Dabei begründet eine Abweichung von der Musterbelehrung (Anlage zu § 8 Absatz 5 Satz 1 VVG) noch keine Fehlerhaftigkeit. Entsprach die Belehrung nicht dem im Gesetz vorgesehenen Muster, sodass die Gesetzeslichkeitsfiktion nicht galt, war sie vom Ombudsmann konkret zu prüfen. Fehler in der Belehrung ergaben sich insbesondere bei der Darstellung der fristauslösenden Unterlagen (die der Versicherungsnehmer erhalten muss, damit die Widerrufsfrist in Lauf gesetzt wird) und der Rechtsfolgen des Widerrufs. Insoweit berührten die Beschwerden aber häufig Rechtsfragen, die höchststrichterlich noch nicht abschließend geklärt sind, sodass der Ombudsmann nach dem derzeitigen Stand der Rechtsprechung nicht in jedem Fall eine sichere Bewertung vornehmen konnte.

Die Versicherer beriefen sich wieder in vielen Fällen darauf, dass die an sich berechnigte Geltendmachung eines Widerspruchs- bzw. Rücktrittsrechts – typischerweise wegen fehlerhafter Widerspruchsbelehrung bei Vertragsschluss – im konkreten Fall gegen Treu und Glauben gemäß § 242 BGB verstoße. Grundsätzlich ist es möglich, dass ein Widerspruch rechtsmissbräuchlich ist. Dies ist der Fall, wenn aus Sicht des Vertragspartners, hier des Versicherers, ein Vertrauensstatbestand geschaffen wurde oder andere besondere Umstände die Rückabwicklung des Vertrages als treuwidrig erscheinen lassen. Der Missbrauchseinwand greift nach der Rechtsprechung des BGH jedoch nur unter sehr hohen Anforderungen. Der BGH begründet diesen strengen Maßstab damit, dass der Versicherer mit der nicht ordnungsgemäßen Widerspruchsbelehrung die Voraussetzungen für das Fortbestehen des Widerspruchsrechts schließlich selbst geschaffen habe. Ausnahmen erkennt der BGH nur unter engen Voraussetzungen an. In einem solchen Fall hatte der Versicherungsnehmer den Vertrag mehrmals, erstmals kurz



nach Vertragsabschluss, abgetreten (BGH, Beschluss vom 27. Januar 2016 – IV ZR 130/15). Der BGH führte später aber aus, dass allgemeingültige Maßstäbe dazu, ob und unter welchen Voraussetzungen in einer solchen Konstellation § 242 BGB dem Recht zur nachträglichen Vertragsauflösung entgegensteht, nicht aufgestellt werden können (BGH, Beschluss vom 27. September 2017 – IV ZR 506/15). Ob eine Verwirkung des Widerspruchsrechts vorliege, richte sich letztlich nach den Umständen des Einzelfalls. Diese festzustellen und zu würdigen, obliege dem Tatrichter. Dessen Bewertung könne in der Revisionsinstanz durch den BGH nur daraufhin überprüft werden, ob sie auf einer tragfähigen Tatsachengrundlage beruhe, alle erheblichen Gesichtspunkte berücksichtige und nicht gegen Denkgesetze oder Erfahrungssätze verstoße oder von einem falschen Wertungsmaßstab ausgehe (BGH, Beschluss vom 23. Januar 2018 – XI ZR 298/17).

Dem Ombudsmann steht somit für seine Beurteilung kein allgemeingültiger Maßstab zur Verfügung. Allerdings hat der BGH jüngst noch einmal klargestellt, dass auch bei längerem Zeitablauf daneben gravierende Umstände erforderlich sind, um die Ausübung eines bei fehlerhafter Belehrung fortbestehenden Widerspruchsrechts nach § 5a Absatz 1 Satz 1 VVG a. F. als treuwidrig zu beurteilen (BGH, Beschluss vom 28. Oktober 2020 – IV ZR 272/19). Vor diesem Hintergrund waren die Umstände, die einige Versicherer für eine Verwirkung des Widerrufsrechts ins Feld führten, nicht überzeugend. Der Ombudsmann wandte sich dann unter Hinweis auf die Rechtsprechung des BGH nochmals an das Unternehmen und konnte einige Abhilfen erreichen. In anderen Fällen beendete der Ombudsmann die Verfahren durch Schlichtungsvorschläge. In Einzelfällen erfolgte eine zusprechende Entscheidung beziehungsweise Empfehlung zugunsten des Beschwerdeführers.

Auch 2020 gab es erneut Beschwerden zur Höhe der Ablaufleistung und zum Rückkaufswert beziehungsweise zur Höhe des aktuellen Vertragswertes, wobei die Beschwerden zum Rückkaufswert im Vergleich zum Vorjahr wieder etwas zunahmen.

Wie schon im vergangenen Jahr betrafen viele Beschwerden die vom Versicherer in die Verträge einkalkulierten Kosten. Gerade bei zertifizierten Produkten, wie der Riester- oder der Basisrente, bei denen der Versicherungsnehmer jährlich in der Wertmitteilung über die Kosten informiert wird, kommt es immer wieder zu Fragen oder Irritationen.

Bei der Ausgestaltung der Kostenangaben im Produktinformationsblatt und in der Wertmitteilung sind die jeweiligen gesetzlichen Vorgaben zu beachten. Diese wurden mehrfach geändert und sind für zertifizierte Produkte anhand der jeweils gültigen Fassung des AltZertG zu beurteilen. Je nach Gegenstand der Beschwerde erfolgte die Prüfung sowohl in rechtlicher als auch in versicherungsmathematischer Hinsicht. Die Versicherer stellten dem Ombudsmann hierfür die notwendigen Grundlagen für die interne Prüfung (§ 8 VomVO) zur Verfügung.

Eine Zunahme der Beschwerden war auch zum Thema „doppelte Abschlusskosten“ bei Riesterrenten zu verzeichnen. Dies dürfte vor allem darauf zurückzu-

führen sein, dass dieses Thema durch die Verbraucherzentralen und die Medien aufgegriffen worden war. Es handelt sich hierbei um folgende Konstellation: Zu Beginn eines Vertrages belastet der Versicherer das Vertragskonto mit den Abschluss- und Vertriebskosten. Diese richten sich hinsichtlich der Höhe in der Regel nach der vereinbarten Beitragssumme. Wird auf Wunsch des Versicherungsnehmers der Beitrag gesenkt, etwa wegen vorübergehender Arbeitslosigkeit, werden frühere, am ursprünglichen Beitrag bemessene Abschlusskosten nicht erstattet. Veranlasst der Versicherungsnehmer später die Wiederanhebung seines Beitrags auf die ursprüngliche Höhe, haben manche Anbieter auf diesen Erhöhungsbeitrag neue Abschlusskosten erhoben. Ähnlich verhält es sich zum Beispiel auch, wenn der vereinbarte Beitrag aufgrund höherer Zulagen herabgesetzt und später bei verringerten Zulagen der Beitrag etwa wieder aufgestockt wird.

Das Bundesministerium der Finanzen (BMF) hat sich in seinem Schreiben vom 14. März 2019 gegen diese Praxis ausgesprochen und vorgegeben, dass die als Prozentsatz der vereinbarten Beiträge vorgesehenen Kosten zu berechnen sind, indem die vereinbarte Beitragssumme über die gesamte Vertragslaufzeit betrachtet wird. Ändert sich die Beitragssumme während der Laufzeit, dürfen zusätzliche Kosten nur auf Erhöhungen der ursprünglichen Beitragssumme erhoben werden. So soll eine Doppelbelastung vermieden werden.

In einigen Beschwerdefällen konnten dementsprechende „Doppelprovisionierungen“ festgestellt und Abhilfen erreicht werden. In anderen Fällen waren die Berechnungen des Versicherers im Sinne des BMF-Schreibens nicht zu beanstanden. Hier gab es lediglich Zuzahlungen oder Beitragserhöhungen, für die berechtigt weitere Kosten erhoben worden waren. Entsprechende Regelungen hierzu waren in den vertraglichen Vereinbarungen der betroffenen Verträge enthalten.

Ein nicht unerheblicher Teil der Beschwerden betraf abermals das Thema Falschberatung. Die Beschwerdegründe waren vielfältig. So wurden u. a. sogenannte Umdeckungsfälle beanstandet. Insoweit kann im Wesentlichen auf die Vorjahresberichte verwiesen werden. Nicht selten wurden wieder die Beratungen zu den staatlich geförderten Basisrentenverträgen moniert. Insbesondere fühlten sich die Versicherungsnehmer nicht ausreichend über die eingeschränkten Kapitalisierungsmöglichkeiten des Vertrages aufgeklärt. Verschiedene Oberlandesgerichte haben in derartigen Fällen zugunsten der Versicherungsnehmer entschieden. Damit steht dem Ombudsmann eine rechtliche Orientierung zur Verfügung.

In einigen wenigen Fällen hatten Beschwerdeführer größere Geldbeträge – etwa aus einem Hausverkauf oder einer Erbschaft – in sofortbeginnende Rentenversicherungen eingezahlt. Probleme traten dann auf, wenn später Liquiditätsbedarf entstand und den Beschwerdeführern erstmals bewusst wurde, dass zwar lebenslange Rentenzahlungen, nicht aber die Möglichkeit für Teilentnahmen oder eine Kündigung vorgesehen war. Sie fühlten sich dann nicht ausreichend beraten. Die Fälle verdeutlichen, dass bei den Versicherungsnehmern nicht unbedingt ein umfassendes Verständnis von der Wirkungsweise einer privaten Rentenversicherung vorausgesetzt werden kann. Vielen Versicherungsinteressenten dürfte



nicht klar sein, dass die Übernahme des Langlebigkeitsrisikos im Kollektiv mit Verfügungseinschränkungen einhergeht. Das haben auch die Versicherer erkannt. Neuerdings werden zunehmend Verträge angeboten, die sich auf künftige Entwicklungen flexibler anpassen lassen.

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

Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass es im Berichtsjahr wieder Beschwerden zur Pflegerentenversicherung, zu vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzungen, Kündigungsfristen sowie zu diversen weiteren Einzelthemen gab, so zum Beispiel über Verzögerungen bei der Bearbeitung von Kündigungsanfragen, die die Versicherer mit einem erhöhten Postaufkommen aufgrund der Pandemielage begründeten.

■ Sonderteil Lebensversicherung

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

Betriebliche Altersversorgung

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

Eine bAV kann über fünf sogenannte Durchführungswege abgeschlossen werden. Diese sehen vorwiegend den Abschluss eines Lebens- oder Rentenversicherungsvertrages vor (Direktversicherung, Pensionskasse etc.). Da in fast jeder Variante der Abschluss eines Versicherungsvertrages möglich ist, an dem der versicherte Betriebsrentner als Verbraucher beteiligt ist, bildet die bAV einen Teilbereich der

privaten Lebensversicherung. Die versicherungsgebundenen Durchführungswege der bAV machen etwa zehn Prozent der Beschwerden dieser Sparte aus. Im Berichtsjahr sind die Eingänge von 420 im Vorjahr auf 335 zurückgegangen und damit stärker gesunken als die Gesamteingänge der Hauptsparte Lebensversicherung.

In Versicherungsverträgen der bAV ist der versorgungsberechtigte Arbeitnehmer („Betriebsrentner“), solange das Arbeitsverhältnis besteht, stets versicherte Person und nie Versicherungsnehmer. Frühestens nach Beschäftigungsende kommen die Übernahme der Versicherungsnehmerstellung und eine private Fortführung in Betracht. In dieser Mehrparteienkonstellation der bAV (Arbeitnehmer, Arbeitgeber, Versicherer und ggf. Unterstützungskasse) wird der Versicherungsvertrag zudem flankiert von arbeitsvertraglichen, steuerlichen und sozialversicherungsrechtlichen Beziehungen. Weil im Ombudsmannverfahren nur eigene versicherungsvertragliche Ansprüche eines Verbrauchers oder einer Person in verbraucherähnlicher Lage geprüft werden können, kommt Fragen der Zulässigkeit in der bAV häufiger eine Bedeutung zu als bei privaten Renten- und Lebensversicherungsverträgen.

Auch das VVG enthält Vorschriften speziell für die bAV, etwa die Pflicht des Versicherers, Beitragsrückstände nicht nur beim Versicherungsnehmer, sondern auch bei der versicherten Person anzumahnen und dieser die Möglichkeit zu geben, den Rückstand selbst auszugleichen (§ 166 Absatz 4 VVG).

Das BetrAVG macht Vorgaben für die bAV, die als Voraussetzung für die staatliche Förderung der Versorgung erfüllt werden müssen. Darunter fallen das Verfügungsverbot bei Unverfallbarkeit der Anwartschaft nach § 2 Absatz 2 BetrAVG, die Gestaltung des Bezugsrechts, Fragen der Übertragbarkeit von Versorgungsanwartschaften bei Arbeitgeberwechsel (Portabilität, § 4 BetrAVG) sowie die Insolvenzversicherung durch den Pensionssicherungsverein (§ 14 BetrAVG). Häufige Beschwerdeziele sind die vorzeitige Auszahlung (§ 6 BetrAVG) oder die Abfindung (§ 3 BetrAVG) der Betriebsrente. Viele Betriebsrentner wenden sich gegen den Wegfall von Gruppenrabatten nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses, die der ehemalige Arbeitgeber in einem Kollektivvertrag mit dem Versicherer ausgehandelt hatte. Auch im familiengerichtlichen Versorgungsausgleich gelten für die bAV andere Regeln als für die private Rentenversicherung.

Viele Beschwerden richten sich gegen falsche oder fehlende Beratung durch den Versicherer bzw. den Vermittler bei Einrichtung oder Führung der bAV. Die Betreuung und Interessenwahrung für die versicherte Person obliegen als arbeitsvertragliche Fürsorge in erster Linie dem Arbeitgeber. Über die steuer- und sozialversicherungsrechtliche Rahmenrechtslage muss der Versicherer den versicherten Arbeitnehmer bei Abschluss grundsätzlich nicht näher aufklären. Da die Vertragskommunikation hauptsächlich zwischen Versicherungsunternehmen und dem Versicherungsnehmer stattfindet, also dem Arbeitgeber oder ggf. der Unterstützungskasse, ist es in diesem Dreiecksverhältnis für den Betriebsrentner oft nicht leicht, das Vertragsgeschehen genau zu erfassen oder darauf Einfluss zu nehmen. Probleme können bei Arbeitsplatzwechsel, Betriebsaufgabe oder



Insolvenz des Arbeitgebers auftreten, etwa weil dieser an der Umgestaltung des Versicherungsvertrages nicht mitwirkt oder seine Gläubiger auf die Versorgung zugreifen wollen. Hier spielen Pfändungs- und Abtretungsfragen eine Rolle.

Es mehrten sich im Berichtsjahr Beschwerden darüber, dass einige Pensionskassen in Abstimmung mit der BaFin in laufende Verträge eingreifen, den Rechnungszins bzw. den Rentenfaktor senken und sogar Renten im Bezug kürzen. Solche Leistungskürzungen gehen auf sogenannte Sanierungsklauseln in der Satzung der Pensionskassen zurück, die es erlauben, auf einen drohenden Notstand mit der Herabsetzung auch laufender Renten zu reagieren. Da dies in Abstimmung mit der Versicherungsaufsicht geschehen muss (vgl. § 233 Absatz 1 VAG), unterliegt die Sanierungsentscheidung selbst nicht der Prüfung des Ombudsmanns, wohl aber deren versicherungsvertragliche Umsetzung.

Einen gleichbleibend hohen Anteil machten Beschwerden gegen die Erhebung von Krankenkassenbeiträgen auf betrieblich finanzierte Versorgungsbezüge nach dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) aus. Betroffene Betriebsrentner werden häufig von den Abzügen überrascht und wenden sich vor allem gegen die wiederholte Belastung mit Sozialbeiträgen sowohl in der Anspar- als auch in der Auszahlungsphase.

Das Problem wird in der politischen Diskussion unter dem Begriff der Doppelverbeitragung von Betriebsrenten behandelt und von vielen als eines der größten Hemmnisse der bAV angesehen. Um die Betriebsrentner zu entlasten, wurde das Gesetz zur Einführung eines Freibetrages in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Förderung der betrieblichen Altersvorsorge (GKV-Betriebsrentenfreibetragsgesetz – GKV-BRG) geschaffen. Seit dem 1. Januar 2020 gilt ein monatlicher Freibetrag von 159,25 Euro. Betriebsrenten über der Freibetragsgrenze werden anteilig mit dem bei der jeweiligen Krankenkasse geltenden Beitragssatz verbeitragt. Auf den Inhalt und die Anzahl der Beschwerden zu den Krankenkassenbeiträgen hat sich das GKV-BRG im Berichtsjahr noch nicht ausgewirkt.

Beschwerden gegen den Beitragsbescheid der Krankenkasse selbst sind im Ombudsmanverfahren unzulässig, denn sie betreffen das sozialversicherungsrechtliche Verhältnis und sind damit nach Öffentlichem Recht zu beurteilen. Beschwerden über die rechnerische Herleitung der Kassenmeldung des Versicherten dagegen kann der Ombudsman prüfen und oft für Klärung sorgen.

Betriebsrentenverträge müssen im Laufe eines Arbeitslebens mitunter wiederholt an veränderte Umstände angepasst werden. Hier sind Beitragsanpassungen, Teilungen im Versorgungsausgleich und Versicherungsnehmerwechsel bei Beschäftigungsende zu nennen. Die hierfür erforderlichen manuellen Eingriffe machen sie anfällig für tatsächliche oder vermutete Bearbeitungsfehler.

Weil für Verträge der bAV strenge arbeits- und betriebsrentenrechtliche Vorgaben gelten, von deren Einhaltung die staatliche Förderung bei Steuern und Sozialabgaben abhängt, sind den Schlichtungsbemühungen des Ombudsmanns Grenzen

gesetzt. Ein Entgegenkommen des Versicherers oder eine Anpassung von Vertragsinhalten im Rahmen eines Vergleichs würde nicht selten einen Gesetzesverstoß bedeuten. Ist ein anderer Ausgleich nicht möglich, bemüht sich der Ombudsmann in solchen Fällen, die oft komplexen Zusammenhänge verständlich zu erklären.

Restschuldversicherung

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

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

Wie in früheren Jahren richteten sich die meisten Beschwerden zu Restschuldversicherungen gegen abgelehnte Anträge auf Leistung. Hier war ein Anstieg der Beschwerden zu verzeichnen, in denen Leistungen wegen Arbeitslosigkeit geltend gemacht wurden. Zumindest ein Versicherer bot Versicherungsschutz für den Fall der Kurzarbeit an. Diese Absicherungen dürften im Berichtsjahr bedingt durch die COVID-19-Pandemie bei betroffenen Versicherten eine wichtige Rolle gespielt haben, auch wenn sich dies nicht in Beschwerden niederschlug. Insoweit ist zu bedenken, dass der Ombudsmann nur die Fälle registriert, in denen der Versicherer nicht leistet. Wie viele Leistungsfälle von den Versicherern zur Zufriedenheit der Kunden reguliert wurden, lässt sich am Beschwerdeaufkommen nicht ablesen.

Beschwerden über die Höhe des Auszahlungsbetrages, wenn die Restschuldversicherung im Zusammenhang mit der vorzeitigen Darlehenstilgung gekündigt wurde, gingen im Berichtsjahr etwas zurück. Möglicherweise hatte sich bei den Beschwerdeführern ebenfalls pandemiebedingt der Spielraum zur vorzeitigen Ablösung von Darlehen verringert. Zum Teil wurde mit den Beschwerden wieder die Beratung beim Zustandekommen der Restschuldversicherung moniert.



Einen Punkt, der bei der Beschwerdebearbeitung aufgefallen ist, wird der Ombudsmann weiter beobachten: Dieser hängt mit den Vertragsunterlagen zusammen. Von den Beschwerdeführern wurden in der Regel die Produktinformationsblätter und die Darlehensunterlagen eingereicht. Die Produktinformationsblätter bieten häufig mit verständlichen Piktogrammen versehen einen Überblick über die Restschuldversicherungen. Mit dem Bemühen um übersichtliche Gestaltung geht einher, dass in den Produktinformationsblättern beispielsweise nicht alle bedingungs-gemäßen Leistungseinschränkungen aufgeführt sind. Ergänzend kann der Blick in die Versicherungsbedingungen erforderlich sein. Diese sollen bei der Beantragung der Restschuldversicherung ausgehändigt werden. Mit dem sogenannten Welcome-Letter eine Woche nach Abgabe der Vertragserklärung erhielten die Darlehensnehmer nach den gesetzlichen Vorschriften jedoch nur eine erneute Belehrung über das Widerrufsrecht und noch einmal das Produktinformationsblatt. Verwies der Versicherer in seiner Leistungsablehnung auf eine Regelung in den Versicherungsbedingungen, machten Beschwerdeführer vereinzelt geltend, diese würden ihnen nicht vorliegen. Die Hintergründe zu solchem Vorbringen sind noch unklar. Sollte jedoch bei den Versicherten einer Restschuldversicherung und ggf. auch bei deren direkten Ansprechpartnern (beispielsweise Autohändlern oder Bankmitarbeitern) der unzutreffende Eindruck entstanden sein, die Produktinformationsblätter machten die Versicherungsbedingungen überflüssig, sollte gegengesteuert werden.

■ Kfz-Versicherung

Die Kraftfahrzeugversicherung zählte im Berichtsjahr wieder zu den eingangsstärksten Sparten. Die zulässigen Eingaben beliefen sich in der Kfz-Haftpflicht- und Kaskoversicherung sowie der Schutzbrief- und Insassenunfallversicherung auf 2.291 (Vorjahr: 2.018), dies entspricht einem Anteil von 17,3 Prozent am Gesamtaufkommen der zulässigen Beschwerden.

Auf die Kfz-Haftpflichtversicherung entfielen 971 (Vorjahr: 881) der zulässigen Beschwerden. Hierbei handelt es sich um eine gesetzlich vorgeschriebene Pflichtversicherung für zulassungspflichtige Fahrzeuge. Diese schützt Führer und Halter von Fahrzeugen vor der Inanspruchnahme durch Dritte, indem der Kfz-Haftpflichtversicherer für berechnete Schadenersatzansprüche des Dritten einsteht und unberechtigte Ansprüche abwehrt. Dem geschädigten Dritten steht wiederum ein gesetzlicher Direktanspruch gegen den Versicherer des Schädigerfahrzeugs zu. Der Dritte muss daher nicht zwangsläufig gegen die Fahrzeugverantwortlichen vorgehen, sondern kann sich direkt an den Kfz-Haftpflichtversicherer des Schädigers wenden.

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

Bei den Beschwerden, welche die Regulierung eines Kfz-Haftpflichtschadenfalls betrafen, waren die Entscheidungen der Versicherer nur selten zu beanstanden, da sie nicht als willkürlich oder völlig unsachgemäß im Rahmen der dem Versicherer zustehenden weitreichenden Regulierungsvollmacht zu bewerten waren. In den meisten nicht zu beanstandenden Fällen erläuterte der Ombudsmann den Beschwerdeführern die Regulierungsentscheidung des Versicherers und die Rechtslage.

Vielfältige Konstellationen gab es bei den Beschwerdefällen, welche im Zusammenhang mit der Vertragseinstufung standen. Auffällig blieb, dass gewährte Sondereinstufungen weiterhin sehr beschwerderelevant waren. Viele Beschwerdeführer wussten schon nicht, dass dem Vertrag überhaupt eine Sondereinstufung zugrunde lag. Nur in sehr seltenen Fällen verdeutlichten die Versicherer in den Versicherungsscheinen oder sonstigen Vertragsunterlagen, über welche Schadenfreiheitsklasse die Versicherungsnehmer verfügen können. Aber auch wenn dies der Fall war, gaben viele Versicherungsnehmer mangels Kenntnis der tatsächlichen Schadenfreiheitsklasse bzw. des Rabattgrundjahres, durch welches wiederum die schadenfreien Jahre ermittelt werden können, bei einem Versichererwechsel trotzdem nur die zuletzt gewährte Schadenfreiheitsklasse an. In der Folge kam es dann bei der Vertragseinstufung des Nachversicherers zu entsprechenden rückwirkenden Korrekturen. Aus welchen Gründen diese Änderungen vorgenommen wurden, war für den Versicherungsnehmer dann jedoch verständlicherweise nicht oder nur schwer nachvollziehbar. Als besonders problematisch zeigten sich in diesem Zusammenhang auch wieder gewährte Sondereinstufungen infolge einer Rabattschutzvereinbarung. Die Beschwerdeführer gingen hier regelmäßig davon aus, dass der „Rabatt“ generell geschützt ist, zumal sie hierfür aus ihrer Sicht auch einen „Mehrbeitrag“ gezahlt haben. Ein Wechsel des Versicherers führte daher oft zu Unverständnis hinsichtlich der dann folgenden Einstufung (ohne Berücksichtigung der vorangegangenen Sondereinstufung).

Weiterhin beschwerderelevant blieben Fälle im Zusammenhang mit Regressforderungen der Versicherer aufgrund von Obliegenheitsverletzungen der Versicherungsnehmer, beispielsweise bei Unfallflucht oder dem Fahren unter Alkoholeinfluss. Oft hatte der Versicherer nicht beachtet, dass die Obliegenheitsverletzung im Einzelfall auch in ursächlichem Zusammenhang mit ihrer Leistungspflicht stehen muss. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn dem Versicherer aufgrund der Obliegenheitsverletzung Nachteile bei der Überprüfung des Sachverhalts entstanden. Wie schon im letzten Jahresbericht erwähnt, gehört die Feststellung des Sachverhalts zu den wesentlichen Voraussetzungen für die Prüfung einer Regressforderung. In den Beschwerdefällen, in denen die Versicherer dies nicht beachtet hatten, wurden sie um eine erneute Prüfung bzw. Stellungnahme gebeten. Sie nahmen daraufhin entweder substantiiert Stellung oder halfen, sofern keine Ursächlichkeit bestand, den jeweiligen Beschwerden ab.

Auf die Kfz-Kaskoversicherung entfielen 1.320 der zulässigen Beschwerden. Im Vergleich zum Vorjahr (1.137) bedeutet dies ebenfalls einen Anstieg.



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

Bei den zentralen Themen in diesem Berichtsjahr handelte es sich wieder um Diebstahlsfälle und Beschwerden, welche die Schadenhöhe betrafen. Viele Versicherer lehnten ihre Leistungspflicht ohne weitere Begründung ab, offensichtlich weil sie eine Vortäuschung oder Manipulation vermuteten, und verwiesen den Versicherungsnehmer auf den Rechtsweg. Selbst im Ombudsmannverfahren begründeten sie oftmals ihre Entscheidung nicht näher. Wie schon in den letzten Jahresberichten erwähnt, kann der Ombudsmann in solchen Fällen die Befassung mit der Beschwerde aber nicht einfach ablehnen, auch wenn dies weiterhin von einigen Versicherern ausdrücklich gewünscht wurde. Sie wurden stattdessen darauf aufmerksam gemacht, dass es eines plausiblen Vortrags bedarf, wonach hinreichende Anhaltspunkte für einen beabsichtigten Versicherungsbetrug vorliegen und Beweismittel vorhanden sein müssen, die nur in einem gerichtlichen Verfahren erhoben werden können. Erst auf dieser Grundlage kann der Ombudsmann die Durchführung eines Beschwerdeverfahrens mit der Begründung ablehnen, dass das Ombudsmannverfahren wegen der begrenzten Beweisführungsmöglichkeiten nicht geeignet ist.

Auch die Höhe der Entschädigungsleistung bei der Abrechnung eines Kaskoschadenfalls blieb ein weiteres zentrales Beschwerdeanliegen. Nicht nur die Höhe des ermittelten Wiederbeschaffungs- bzw. Restwerts war häufig Beschwerdegegenstand, sondern auch die Frage, ob und aus welchen Gründen der Versicherer Kürzungen vornahm. Da es dem Ombudsmann nicht möglich ist, selbst einen Sachverständigen zur Klärung hinzuzuziehen, verblieb es in diesen Fällen bei der Schilderung der Rechtslage. Wenn nach den Versicherungsbedingungen die Möglichkeit des Sachverständigenverfahrens vorgesehen war, wurde der Beschwerdeführer hierauf aufmerksam gemacht.

Das Thema der qualifizierten Mahnung bei einem Beitragsrückstand blieb sowohl in der Kfz-Haftpflicht- als auch in der Kaskoversicherung Gegenstand von Beschwerden. Problematisch waren hier die Fälle, bei denen die Beiträge rechtlich selbstständiger Verträge, wie der Kfz-Haftpflicht- und der Kaskoversicherung, zusammen angemahnt wurden, ohne Hinweis darauf, dass der Versicherungsschutz für das jeweilige Vertragsverhältnis nicht von der Zahlung des gesamten Prämienrückstands abhing. Nachdem die Versicherer darauf aufmerksam gemacht wurden, dass dies nicht den vom BGH aufgestellten Grundsätzen entsprach, halfen sie in der Regel ab. In einem Fall bedurfte es jedoch auch in diesem Berichtsjahr wieder einer Entscheidung des Ombudsmanns. Es wurde in diesem Zusammenhang aufgrund der Höhe des Beschwerdewerts eine Empfehlung zugunsten des Beschwerdeführers ausgesprochen.

Auch die Pandemie war in diesem Berichtsjahr Auslöser einiger Beschwerden. Durch das vermehrt genutzte Homeoffice und die Mobilitätsbeschränkungen nutzten viele Versicherungsnehmer ihr Auto seltener. Andere jedoch stiegen aus Gründen der Infektionsprävention auf das Auto um und mieden auch bei Fahrten über größere Distanzen die öffentlichen Verkehrsmittel. Vielfach kam es auch zu zusätzlichen Fahrten zur Unterstützung anderer. Deshalb konnte oftmals die vertraglich vereinbarte Jahresfahrleistung nicht eingehalten werden. Insbesondere ein Versicherer nahm dies zum Anlass, nicht nur eine rückwirkende Anpassung der Fahrleistung vorzunehmen und den sich daraus ergebenden Mehrbeitrag geltend zu machen, sondern zudem noch eine Vertragsstrafe zu erheben, die für solche Fälle der Nichtanzeige dieses Umstandes durch den Versicherungsnehmer in den Bedingungen vorgesehen war. In diesen Verfahren wurde geprüft, ob die Vertragsstrafe im jeweiligen Einzelfall nach den maßgeblichen Kriterien der Versicherungsbedingungen gerechtfertigt war.

In der Kaskoversicherung kam es zu Beschwerden, weil Werkstätten vermehrt Kosten für zusätzliche Kfz-Reinigungen geltend gemacht hatten und der Versicherer die Entschädigungsleistung um diese Positionen gekürzt hatte. Auf Nachfrage des Ombudsmanns halfen die Versicherer den Beschwerden aber immer ab.

■ Gebäudeversicherung

Im Jahr 2020 gingen beim Ombudsmann 1.197 (2019: 1.206) zulässige Beschwerden zur Wohngebäudeversicherung ein. Damit gab es gegenüber dem Vorjahr kaum Veränderungen. Der Anteil am Gesamtaufkommen der zulässigen Beschwerden verringerte sich wegen des allgemeinen Anstiegs geringfügig von 9,3 auf 9,0 Prozent.

Eine Wohngebäudeversicherung ist eine Sachversicherung, mit der ein Gebäude gegen Schäden durch bestimmte Gefahren versichert werden kann. Die Grundgefahren, die typischerweise abgedeckt werden, sind Feuer, Leitungswasser, Rohrbruch, Sturm und Hagel. Der Versicherungsschutz kann an die persönlichen Bedürfnisse angepasst werden und lässt sich gegen Mehrbeitrag erweitern. So können zum Beispiel die Kosten für die Beseitigung von Graffiti, Tierbisssschäden oder die Beseitigung umgestürzter Bäume versichert werden. Zusätzlichen Schutz bietet eine erweiterte Elementarschadenversicherung, die Risiken wie Überschwemmung, Schneedruck oder Erdsenkung umfasst. Eine Orientierung, gegen welche Gefahren man ein Gebäude versichern kann, geben die Musterbedingungen zur verbundenen Wohngebäudeversicherung des GDV e. V. Anders als etwa bei der Kfz-Haftpflicht ist ein Eigentümer eines Gebäudes zwar nicht verpflichtet, eine Wohngebäudeversicherung abzuschließen. Dies ist gleichwohl empfehlenswert, da Reparaturkosten schnell eine erhebliche Größenordnung erreichen können, ein Gebäude mit zunehmendem Alter schadenanfälliger wird und aufgrund des Klimawandels Elementarschäden zunehmen bzw. ein stärkeres Ausmaß haben können.

Die Hauptthemen, die den Ombudsmann in der Wohngebäudeversicherung im Berichtsjahr beschäftigten, blieben im Vergleich zu den vorangegangenen



Jahren unverändert. So ist zwischen dem Versicherungsnehmer und dem Versicherer häufig umstritten, ob überhaupt eine im Versicherungsvertrag genannte Gefahr einen Schaden an dem versicherten Gebäude verursacht hat. Steht dies außer Frage, so kann dennoch Uneinigkeit darüber bestehen, in welchem Umfang der Versicherer den eingetretenen Schaden zu ersetzen hat. In vertraglichen Angelegenheiten betreffen Beschwerden am häufigsten vom Versicherer ausgesprochene Kündigungen.

Was die Regulierung eines versicherten Schadens betrifft, ist die Erwartung des Versicherungsnehmers regelmäßig, dass sein Versicherer möglichst alle Kosten ersetzt, die in Zusammenhang mit der Reparatur des Schadens entstehen. Stellt sich bei einem Sturmschaden beispielsweise heraus, dass das Dach des versicherten Gebäudes sanierungsbedürftig und in naher Zukunft mit weiteren Schäden zu rechnen ist, kann eine Neueindeckung des Daches angezeigt und sinnvoll sein, um künftigen Schäden vorzubeugen. Die hierfür anfallenden Kosten hat der Versicherer aber nicht zu übernehmen, denn bedingungsgemäß ersetzt er nur die notwendigen Reparaturkosten. Das sind diejenigen Kosten, die erforderlich sind, um den versicherten Schaden, hier also die vom Sturm verursachten Schäden, zu beseitigen. Sanierungsmaßnahmen oder Wertverbesserungen sind nicht Gegenstand der Gebäudeversicherung. Entscheidet sich der Versicherungsnehmer aber dazu, eine anlässlich eines Sturms als notwendig erkannte Instandsetzung zu unterlassen, muss er damit rechnen, dass der Versicherer ihm dies bei einem künftigen Sturmschaden an dem Dach entgegengehalten wird. Hintergrund ist, dass ein Versicherungsnehmer vertragsgemäß die Obliegenheit hat, sein Gebäude instand zu halten. Dies gilt insbesondere für das Dach sowie für das Leitungswassersystem. Verletzt er in Kenntnis eines vorhandenen Mangels seine Instandhaltungspflicht, kann der Versicherer leistungsfrei oder berechtigt sein, eine Leistungskürzung vorzunehmen.

In den vergangenen Jahren wurden im Jahresbericht des Versicherungsombudsmanns wiederholt Nässeschäden thematisiert, die infolge von undicht gewordenen Silikonfugen von Duschkabinen oder Badewannen entstehen. Der Grund hierfür war, dass in der Rechtsprechung nicht einheitlich entschieden wird, ob es sich dabei um einen bestimmungswidrigen Leitungswasseraustritt und damit um einen Versicherungsfall handelt. Beruft sich ein Versicherer auf eine für ihn günstige Gerichtsentscheidung, nach deren Maßgaben kein Versicherungsfall vorliegt, kann der Ombudsmann dies rechtlich nicht beanstanden. Es ist nachvollziehbar, dass ein Beschwerdeführer wenig Verständnis dafür hat, dass es bei den Versicherern für diese Schadenkonstellation keine einheitliche Regulierungspraxis gibt, zumal er in der Regel auch erst bei einem entsprechenden Schaden erfährt, wie sein Versicherer sich hierzu stellt. Eine höchstrichterliche Entscheidung, die Klarheit schaffen würde, gab es leider auch im Jahr 2020 nicht. Immerhin sind jedoch Versicherer dazu übergegangen, Versicherungsschutz für diese Schäden anzubieten und dies in den Versicherungsbedingungen ausdrücklich zu regeln. Im Sinne der Transparenz ist dies zu begrüßen. Am besten ist es aber natürlich, wenn es erst gar nicht zu einem solchen Schaden kommt. Hauseigentümern sei daher dringend empfohlen, Silikonfugen in Sanitärräumen in regelmäßigen Abständen in

Augenschein zu nehmen und zu überprüfen, ob diese Risse aufweisen oder porös sind. Ist dies der Fall, sollten sie im eigenen Interesse umgehend erneuert werden.

In der Beschwerdebearbeitung zeigt sich immer wieder, dass ein Versicherungsnehmer im Schadenfall einem Spannungsverhältnis ausgesetzt ist. Zum einen muss er als Anspruchsteller aufgrund der zivilrechtlichen Regelung zur Beweislast den Eintritt und die Höhe eines versicherten Schadens nachweisen. Gelingt ihm dies nicht, kann der Versicherer die Schadenregulierung ablehnen. Zum anderen ist er verpflichtet, den Schaden möglichst gering zu halten und schadenmindernde Maßnahmen einzuleiten. Bleibt er untätig und vergrößert sich dadurch das Schadenausmaß, kann ihm der Versicherer dies bei der Schadenabrechnung anrechnen. Mit der Reparatur des Schadens gehen aber auch regelmäßig Beweismittel verloren. Der Versicherungsnehmer kann dadurch in eine Beweisnot geraten, die sich bei der Frage, ob überhaupt ein Versicherungsfall eingetreten ist, zu seinem Nachteil auswirken kann. Um spätere Auseinandersetzungen von vornherein zu vermeiden, sollte ein Versicherungsnehmer einen Schaden seinem Versicherer möglichst zeitnah anzeigen. Gleichzeitig empfiehlt es sich, mit dem Versicherer abzustimmen, welche Maßnahmen er durchführen soll und darf, ohne seinen Versicherungsschutz zu gefährden. Ist eine Reparatur unaufschiebbar, sollte er das Schadenbild sowie die Durchführung der Reparaturarbeiten umfangreich und von verschiedenen Standorten aus fotografisch dokumentieren. Hilfreich kann auch sein, das schadenursächliche Bauteil zur Beweissicherung und für eine spätere Untersuchung aufzubewahren. Fällt beispielsweise eine Heizungssteuerung nach einem Gewitter aus, so kann dies für einen blitzbedingten Überspannungsschaden sprechen. Tritt der Schaden in der kalten Jahreszeit ein, so ist es einem Versicherungsnehmer nicht zuzumuten, unter Umständen mehrere Tage auf eine Regulierungsentscheidung des Versicherers zu warten. Er sollte dann aber auf jeden Fall die ausgetauschten Bauteile aufbewahren und nicht dem Handwerker mitgeben, damit er sie entsorgt. Denn Sachverständige können auch noch nachträglich in einem Labor messtechnisch nachprüfen, was der Grund für den Ausfall der Heizungstechnik war.

Ärgerlich für einen Versicherungsnehmer ist, wenn sich in einem Versicherungsfall herausstellt, dass die Versicherungssumme für das versicherte Gebäude zu gering bemessen ist, also eine Unterversicherung besteht. Auch kommt es vor, dass auf dem Versicherungsgrundstück Nebengebäude stehen, die im Versicherungsschein nicht aufgeführt sind. Für den Versicherungsnehmer kann dies bedeuten, dass sein Schaden gar nicht oder nur anteilig ersetzt wird. Die Verantwortung wird dann oftmals beim Versicherer bzw. Versicherungsvertreter gesehen, da diese ihn bei Vertragsschluss oder während der Vertragslaufzeit nicht ausreichend beraten hätten. Generell gilt, dass der Versicherungsnehmer die unbedingte Verantwortung für den ausreichenden Versicherungsschutz trägt. Auf der anderen Seite hat der Versicherer aber auch die Pflicht, den Versicherungsnehmer bei Vertragsschluss und unter bestimmten Voraussetzungen auch während der Vertragsdauer zu beraten. Die Schwierigkeit für den Ombudsmann in diesen Fällen ist, dass er seine rechtliche Prüfung nur auf der Grundlage der ihm zur Verfügung gestellten Unterlagen vornehmen kann. Dies sind das Vertragsan-



gebot des Versicherers, der Versicherungsantrag, das Beratungsprotokoll sowie der Versicherungsschein. Was den Inhalt des Gesprächs bei Vertragsschluss oder Vertragsumstellung und den Umfang der durchgeführten Beratung betrifft, weichen die Darstellungen der Vertragsparteien jedoch teilweise sehr voneinander ab. Allein nach Aktenlage lässt sich dann nicht beurteilen, ob der Versicherungsnehmer beispielsweise aus Kostengründen bewusst darauf verzichtet hat, ein Nebengebäude zu versichern oder ob der Versicherungsvertreter ihn nicht darauf hingewiesen hat, dass es gesondert und gegen zusätzlichen Beitrag zu versichern ist. Um sich ein abschließendes Bild machen zu können, müsste der Ombudsmann die Beschwerdeparteien persönlich anhören. Dies ist ihm nach seiner Verfahrensordnung aber nicht möglich, sodass er dem Anliegen des Beschwerdeführers in der Regel in solchen Fällen nicht zum Erfolg verhelfen kann. Letztlich bleibt auch hier der Rat an alle Versicherungsnehmer, gelegentlich den Versicherungsschein und die Versicherungsbedingungen zur Hand zu nehmen und zu prüfen, ob werterhöhende An- oder Umbauten vorgenommen wurden, ob vorhandene Nebengebäude, Garagen, Carports und andere Grundstücksbestandteile als versichert gelten und die vereinbarte Versicherungssumme angemessen erscheint. Sollten Zweifel bestehen, empfiehlt es sich, den Versicherer anzusprechen und gegebenenfalls getroffene Vereinbarungen im Versicherungsvertrag zu dokumentieren.

Bei zahlreichen Versicherern weist die Wohngebäudeversicherungssparte nach wie vor eine ungünstige Schaden-Kosten-Quote auf. Das heißt, dass die Schadenaufwendungen und Kosten des Versicherers höher sind als die Beitragseinnahmen. Da dem Versicherer eine einseitige Beitragsanpassung ohne die Zustimmung des Versicherungsnehmers nicht möglich ist, bleibt ihm in der Regel nur, den Vertrag zu kündigen und ggf. dem Versicherungsnehmer ein Angebot mit aktuellem Versicherungsschutz und einem höheren Beitrag zu unterbreiten. Eine Kündigung ist dem Versicherer regelmäßig nur zum Ablauf des Versicherungsjahres oder anlässlich eines Versicherungsfalls möglich. Versicherungsnehmer haben demgegenüber oft ein Interesse daran, ihren Versicherungsvertrag zu den bisherigen günstigen Konditionen fortzuführen. Hierzu kann der Ombudsmann einem Beschwerdeführer aber nicht verhelfen, vorausgesetzt der Versicherer hat form- und fristgerecht gekündigt. Eine Kündigung ist ein einseitiges Gestaltungsrecht, gegen das dem Versicherungsnehmer kein Widerspruchsrecht zusteht. Sie beendet das Vertragsverhältnis, ohne dass es einer Begründung bedarf. Dies ist letztlich Ausdruck der grundsätzlich geltenden Vertragsfreiheit.

■ Hausratversicherung

Im Berichtszeitraum erreichten den Ombudsmann 588 (Vorjahr: 659) zulässige Beschwerden zur Hausrat-, Glas- und Inhaltsversicherung, was einem Rückgang um 10,8 Prozent entspricht. Damit reduzierte sich deren Anzahl nach 2019 (19,4 Prozent) erneut im zweistelligen Prozentbereich. Gleichzeitig kam es zu einer Verringerung des Anteils der Hausratbeschwerden am Gesamtaufkommen der zulässigen Eingaben von 5,1 auf nur noch 4,4 Prozent. Die Quote sank damit ebenfalls zum zweiten Mal in Folge und ist im Vergleich zum Jahr 2018 (5,8 Prozent) um fast ein Viertel zurückgegangen.

Über eine Hausratversicherung sind Gegenstände abgesichert, die einem Haushalt zur Einrichtung, zum Gebrauch oder zum Verbrauch dienen. Versicherungsschutz besteht gegen Risiken wie Brand, Leitungswasser, Sturm, Hagel, Einbruchdiebstahl, Raub oder Vandalismus. Durch besondere Tarife oder den Einschluss weiterer Risiken lässt sich der Deckungsumfang individuell den persönlichen Bedürfnissen anpassen. Möglich sind beispielsweise Erweiterungen auf Elementarschäden (insbesondere Schäden durch Überschwemmungen und Erdbeben), blitzbedingte Überspannung oder verschiedene Ausprägungen des einfachen Diebstahls. Hierzu zählen der Diebstahl von Fahrrädern, der 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 Wiederbeschaffungswert zerstörter oder abhandengekommener Hausratgegenstände. Eine Besonderheit im Vergleich zu anderen Sachversicherungen ist somit, dass im Schadenfall der Neuwert der Sachen und nicht nur deren Zeitwert ersetzt wird. Außerdem sieht der Versicherungsvertrag regelmäßig vor, dass bestimmte Kosten ersetzt werden, die in Zusammenhang mit einem Versicherungsfall entstehen können. Dies sind zum Beispiel Aufräumungskosten, Schlossänderungskosten oder Unterbringungskosten im Fall der Unbewohnbarkeit der eigenen Wohnung.

Wie in den Vorjahren betrafen die Beschwerden zum ganz überwiegenden Teil die Schadenregulierung und nur vergleichsweise wenige Vertragsangelegenheiten. Im Mittelpunkt der Prüfung stand oft die Frage, ob der Vortrag des Beschwerdeführers nach Aktenlage als hinreichend bewiesen gelten konnte. Grundsätzlich obliegt dem Versicherungsnehmer die Beweislast, weshalb er zu belegen hat, dass ein Versicherungsfall eingetreten und welcher Schaden dadurch entstanden ist.

Problematisch ist dies insbesondere bei Einbruchdiebstahlschäden, die seit Jahren konstant mit etwa einem Drittel der Fälle die mit Abstand größte Gruppe von Beschwerdefällen im Hausratbereich stellten. Angesichts der durch die COVID-19-Pandemie allgemein gestiegenen Aufenthaltsdauer in der eigenen Wohnung durch weniger Urlaubsaktivitäten und mehr Homeoffice hätte man vermuten können, dass die Einbruchdiebstahlzahlen und damit auch die Beschwerden in diesem Zusammenhang zurückgehen. Das war allerdings zumindest 2020 (noch) nicht der Fall. Es liegt in der Natur der Tat, dass Täter bei der Ausführung unbemerkt bleiben wollen, sodass die meisten Einbruchdiebstähle nicht beobachtet, sondern erst nachträglich entdeckt werden. Lassen sich keine Einbruchspuren finden, bringt das die betroffenen Versicherungsnehmer in Beweisnot. Allerdings erlaubt die Rechtsprechung auch in diesen Fällen noch eine Nachweismöglichkeit. Dafür muss jedoch sicher feststehen, dass unversicherte Begehungsweisen zumindest unwahrscheinlich sind. Kann der Versicherungsnehmer beispielsweise belegen, dass er alle Türen zuvor abgeschlossen hatte, und zudem ausschließen, dass der Täter einen der Originalschlüssel verwendet hat, bleibt in der Regel nur noch ein Einbruch bzw. ein versichertes Eindringen als Ursache für das Verschwinden der Gegenstände übrig. Ein solcher Nachweis ist im Ombudsmannverfahren aufgrund der fehlenden Möglichkeiten einer Beweiserhebung allerdings nur bedingt



möglich. Dementsprechend lagen für die Beschwerdeführer die Erfolgchancen bei Beschwerden, in denen sich das Versicherungsunternehmen bei seiner Ablehnung auf fehlende Einbruchspuren berufen hatte, unter dem Durchschnitt.

Weiter deutlich gestiegen ist die Zahl der Beschwerden im Zusammenhang mit Leitungswasserschäden. Das dabei oft große Schadenausmaß führte nicht selten zu einer Unbewohnbarkeit der betroffenen Wohnung und entsprechenden Fremdunterbringungskosten, über die dann im Ombudsmannverfahren gestritten wurde. Diese sind zwar in aller Regel mitversichert, zumindest wenn die Bedingungen nicht älter als aus dem Jahr 1992 sind. Erforderlich ist dafür aber, dass bei dem Leitungswasseraustritt überhaupt Hausrat beschädigt worden ist. Entstand stattdessen nur ein Schaden am Gebäude, liegt gar kein Versicherungsfall im Rahmen der Hausratversicherung vor, sodass auch die Unterbringungskosten nicht versichert sind. Da diese Kosten in den Gebäudeversicherungsverträgen häufig nicht mitversichert sind, müssen viele Versicherungsnehmer in diesen Fällen die teils erheblichen Mehrkosten selbst tragen. Der Ombudsmann kann dann nur die eindeutige Rechtslage erläutern und Verständnis wegen der Enttäuschung über den fehlenden Versicherungsschutz aufbringen.

Etwas anders gelagert waren die Fälle, in denen zwar Hausrat durch das Leitungswasser beschädigt wurde, aber nur in geringem Maße. Viele Hausratversicherer übernahmen gleichwohl die Fremdunterbringungskosten bis zur vereinbarten Höchstdauer, selbst wenn die Beschädigung des Hausrats nicht oder nur für eine kurze Zeit zur Unbewohnbarkeit der Wohnung führte und die restliche Sanierungszeit die entstandenen Gebäudeschäden betraf. Andere Versicherer beriefen sich hingegen darauf, dass nach den Versicherungsbedingungen die Unbewohnbarkeit Folge des Hausratschadens sein muss, und erstatteten daher nur bis zu dessen Sanierung die entstandenen Unterbringungskosten. Zum Teil wurde die Übernahme der Unterbringungskosten auch ganz abgelehnt, sofern nicht der beschädigte Hausrat, sondern ausschließlich der betroffene Gebäudeschaden zur Unbewohnbarkeit führte. Da dieses Verständnis der Versicherungsbedingungen zumindest vertretbar ist und zudem zum Teil von Untergerichten bestätigt wurde, war dies rechtlich nicht zu beanstanden. Für die Beschwerdeführer war dies verständlicherweise aber oftmals nur schwer nachvollziehbar, insbesondere wenn ebenfalls vom Schaden betroffene Nachbarn bei identischem Bedingungs Wortlaut die Kosten von ihrem Versicherer erstattet bekamen.

Eine weitere Konstellation, die in Fällen der Unbewohnbarkeit wiederholt zum Streit führte, waren Unterbringungen bei Verwandten oder Freunden. Viele Versicherungsnehmer ziehen dies einer Hotelunterbringung vor. In der Regel wird eine solche Unterbringung auch im Interesse des Versicherers liegen, weil die dafür geltend gemachten Kosten meist deutlich niedriger sind als bei einer gewerblichen Unterbringung. Nach den Bedingungen sind jedoch nur Kosten ersatzfähig, die tatsächlich entstanden sind. Nachträgliche Vereinbarungen genügen den Anforderungen nicht, zumal der nicht selten vom Versicherer geforderte Nachweis der Zahlung der vereinbarten Miete in den Beschwerdefällen oftmals nicht erbracht werden kann. Versicherungsnehmer sind daher gut bera-

ten, sich vor einer privaten Unterbringung mit dem Versicherer zu verständigen. Aus dem Kreis der Versicherer könnte aber auch überlegt werden, ob für die private Unterbringung ein in den Bedingungen geregelter geringerer Pauschalsatz das Problem zur beiderseitigen Zufriedenheit ausräumen könnte.

Im Berichtszeitraum wurden dem Ombudsmann abermals (siehe dazu Seite 46 des Jahresberichts 2019) mehrere Beschwerden eingereicht, in denen die Erstattung des Mehrwertsteuerbetrages Streitgegenstand war. Hintergrund ist, dass nach den standardmäßigen Hausratversicherungsbedingungen die Mehrwertsteuer nur ersetzt wird, wenn sie „tatsächlich angefallen“ ist bzw. sie ausdrücklich nicht erstattet wird, wenn der Versicherungsnehmer sie „tatsächlich nicht gezahlt“ hat. Unproblematisch war dies bei vorsteuerabzugsberechtigten Versicherungsnehmern. Was aber ist zum Beispiel bei Privatleuten, die zwar ggf. bei der Anschaffung Mehrwertsteuer geleistet haben, aber sich die durch den Versicherungsfall zerstörte Sache nicht erneut oder aber eine andere Sache anschaffen wollen? In aller Regel erstatteten die Hausratversicherer den Brutto-Wiederbeschaffungswert der Sachen, sodass kein Streit entstanden war. Manche Versicherer bestanden aber auf einen Nachweis für die Zahlung der Mehrwertsteuer, zum Teil auch nur in Einzelfällen und obwohl dies bei vorangehenden Versicherungsfällen gegenüber demselben Kunden nicht gefordert wurde. Dabei wird teilweise auf die Anschaffung und teilweise auf die Wiederbeschaffung oder auf beides abgestellt. Weil aus den verwendeten Klauseln aber gerade nicht hervorgeht, wann und unter welchen Voraussetzungen die Mehrwertsteuer gezahlt worden sein muss, wird die Regelung von Teilen der Rechtsprechung und der rechtswissenschaftlichen Literatur als intransparent und damit unwirksam angesehen; es gibt aber auch gegensätzliche Meinungen und Urteile. Für den Ombudsmann waren diese Fälle aufgrund der nicht eindeutigen Rechtslage nicht leicht zu handhaben. Sofern eine einvernehmliche Einigung nicht vermittelt werden konnte, verblieb nur, den Beschwerdeführern die Rechtslage verständlich darzustellen, denn eine Verpflichtung der Unternehmen ist ihm bei ungeklärten Rechtsfragen nicht möglich. Dies bleibt den Gerichten vorbehalten.

Ein ebenfalls regelmäßig geltend gemachter Beschwerdegund im Rahmen der Hausratversicherung war die Kürzung der Regulierungsleistung durch den Versicherer. Führt der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall grob fahrlässig herbei, zum Beispiel weil er eine Kerze unbeaufsichtigt lässt, die einen Brand verursacht, ist der Versicherer gemäß § 81 Absatz 2 VVG berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Das Gleiche gilt nach § 28 Absatz 2 Satz 2 VVG bei einer grob fahrlässigen Verletzung einer vertraglich vereinbarten Obliegenheit, beispielsweise wenn eine Stehgutliste nicht unverzüglich bei der Polizei eingereicht wird (siehe dazu Seite 51 f. des Jahresberichts 2015) oder beschädigter Hausrat ohne Rücksprache mit dem Versicherer entsorgt wird (siehe Seite 44 des Jahresberichts 2018). Streitigkeiten können sowohl darüber bestehen, ob ein Versicherungsfall herbeigeführt bzw. eine Obliegenheit verletzt wurde und ob dies (grob) fahrlässig geschah, als auch darüber, in welcher Höhe der Versicherer zu kürzen berechtigt ist. Da Letzteres immer eine Frage des Einzelfalls ist, bei der es



in der Regel keine objektiv eindeutige Rechtsfolge geben kann, bot dies sowohl Anlass zum Streit als auch ein Potenzial zur Schlichtung, die der Ombudsmann stets auszuschöpfen versuchte. In diesen Konstellationen gelang es oft, eine Einigung mittels beiderseitigem Entgegenkommen zu vermitteln.

Deutlich schwieriger war dies, wenn beide Beteiligten bereits darüber stritten, ob sich der Versicherer überhaupt auf ein grob fahrlässiges Verhalten des Versicherungsnehmers berufen durfte. Im Berichtsjahr wurden mehrfach Beschwerden eingereicht, in denen der Versicherungsnehmer davon ausging, jegliche grob fahrlässige Vorgehensweisen mitversichert zu haben. Hintergrund war eine in der Hausratversicherung üblicherweise gegen einen Zusatzbeitrag abschließbare Klausel, wonach das Kürzungsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Herbeiführung des Versicherungsfalls ausgeschlossen ist. In diesen Fällen hatte der Versicherungsnehmer meist zugegeben, die Wohnungseingangstür oder ein Fenster nur ge-, aber nicht verschlossen zu haben. Dies stellt laut Rechtsprechung eine grob fahrlässige Herbeiführung des Versicherungsfalls dar, sodass sich die Versicherten auf der sicheren Seite wähnten. Allerdings enthielten die Zusatzbedingungen bei diesen Beschwerden noch einige sogenannte Sicherheitsvorschriften. Danach sollten in der Zeit, in der sich niemand in der Wohnung aufhält, alle Schließvorrichtungen betätigt sein. Somit bestand eine vertragliche Obliegenheit, alle Türen und Fenster zu schließen, auf deren Verletzung sich der Versicherer berief. Es sind keine Gerichtsentscheidungen ersichtlich, welche diese Schließklausel für unwirksam erklären, sodass eine Verpflichtung des Versicherers nicht in Betracht kam. Da vonseiten des betroffenen Versicherers auch keine Vergleichsbereitschaft bestand, blieben die gegen ihn geführten Beschwerden letztlich erfolglos.

Obliegenheiten spielten ebenfalls eine große Rolle bei versicherten Fahrraddiebstählen. Vertraglich ist hierbei oftmals geregelt, dass der Versicherungsnehmer sein Fahrrad bei Nichtgebrauch mit einem teilweise näher klassifizierten Schloss sichern, an einen Gegenstand anschließen oder, wenn möglich, in einem Abstellraum unterbringen muss. Soweit Versicherungsnehmer dies unterlassen und Versicherer eine Regulierung gänzlich abgelehnt hatten, konnte der Ombudsmann für Beschwerdeführer zumindest einen Teilerfolg erreichen. Kürzungen um 100 Prozent sind bei Obliegenheitsverletzungen nämlich nur in seltenen Ausnahmefällen zulässig. Darauf wies der Ombudsmann die Versicherer hin. Diese unterbreiteten daraufhin Vergleichsvorschläge, sodass erfreulicherweise alle diese Beschwerden einvernehmlich geklärt werden konnten.

■ Unfallversicherung

Beschwerden zur privaten Unfallversicherung machten im Berichtsjahr mit 564 (Vorjahr: 619) zulässigen Eingaben einen Anteil von 4,3 (4,8) Prozent des Beschwerdeaufkommens aus.

Eine Unfallversicherung kann unterschiedliche Leistungen beinhalten, dient aber in erster Linie der Absicherung der wirtschaftlichen Folgen von Invalidität infolge eines Unfalls. Im Berichtsjahr war insoweit eine Änderung zu erkennen,

dass zunehmend Verträge betroffen waren, in denen eine Invaliditätsleistung erst ab einem Invaliditätsgrad von 20 Prozent fällig wurde (sogenanntes Franchise). Insbesondere für ältere Versicherungsnehmer scheint diese Vertragsform attraktiv zu sein, zumal damit eine Verringerung des Beitrags einhergeht. Grundvoraussetzung für die Leistungspflicht eines Unfallversicherers ist immer ein Unfall im Sinne einer plötzlichen äußeren Einwirkung oder aufgrund einer erhöhten Kraftanstrengung, die über das alltägliche Maß hinausgeht. Ebenso wie im Vorjahr ist die Tendenz zu erkennen, dass einige Unfallversicherer den Unfallbegriff auf andere Tatbestände erweitert haben, beispielsweise auf Eigenbewegungen, wenn aus diesen eine bestimmte Verletzungsfolge resultiert. Verträge mit diesem erweiterten Unfallbegriff waren im Berichtsjahr vermehrt Gegenstand der Prüfung.

Invalidität wird als eine dauerhafte Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit definiert. Die Höhe der von einem Unfallversicherer auszahlenden Invaliditätsleistung hängt vom Grad der Einschränkung der Funktionsfähigkeit der durch den Unfall betroffenen Körperteile ab und wird entweder nach der vertraglich vereinbarten Gliedertaxe oder im Rahmen einer medizinischen Gesamtschau bemessen. Auch in diesem Berichtsjahr waren wieder Beschwerden zu Unfallversicherungsverträgen mit Beitrags- bzw. Prämienrückgewähr von Bedeutung. Bei dieser Vertragsart wird die Unfallversicherung mit Elementen der kapitalbildenden Lebensversicherung kombiniert. Die Beschwerden gegen Kündigungen des Versicherers nahmen im Vergleich zum Vorjahr etwas ab. Dagegen gewannen Eingaben gegen Vertragsänderungen und abgelehnte Kündigungen von Versicherungsnehmern leicht an Bedeutung.

Den Schwerpunkt bildeten aber auch in diesem Jahr die Meinungsverschiedenheiten über die Abrechnung von Kapitalleistungen wegen einer unfallbedingt eingetretenen Invalidität. Die Differenzen zu den Abrechnungen der Invaliditätsleistung entsprangen wie in den Vorjahren sehr oft unterschiedlichen Auffassungen der Verfahrensbeteiligten über Güte und Aussagekraft der medizinischen Gutachten, auf deren Grundlage der Versicherer seine Leistung abrechnete. Gegenstand der Kritik war häufig die von den Beschwerdeführern bezweifelte Neutralität der Gutachter, schon weil diese vom Versicherer beauftragt worden waren. Auch in diesem Berichtsjahr wurde daher wiederholt von den Rechtsuchenden der Wunsch geäußert, der Ombudsmann möge quasi als Obergutachter auftreten oder ein Obergutachten hinzuziehen. Da im Ombudsmannverfahren keine Begutachtungen durchgeführt oder in Auftrag gegeben werden, konnte den Beschwerdeführern dieser Wunsch nicht erfüllt werden. Ihnen wird aber regelmäßig erläutert, dass vom Versicherer beauftragte Sachverständige nicht deshalb automatisch parteiisch sind. Außerdem seien dem Versicherer durch die jahrelange Befassung mit Unfallschäden diejenigen Mediziner bekannt, denen die Bemessungskriterien der privaten Unfallversicherung geläufig sind. Häufig wiesen Versicherer in ihren Stellungnahmen auch darauf hin, dass die jeweils geltenden Versicherungsbedingungen (AUB) die Möglichkeit einer jährlichen Nachbegutachtung innerhalb von drei Jahren nach dem Unfalltag vorsehen. Dieser Hinweis wurde in der Beschwerdebearbeitung mit den Rechtsuchenden erörtert. Auch an dieser Stelle äußerten die Versicherten oft die Befürchtung, in der Nachbegut-



achtung würden die Unfallfolgen nicht neutral, sondern zugunsten des Versicherers beurteilt. Dieser Befürchtung konnte allerdings oft begegnet werden, indem den Versicherten mehrere in Frage kommende Institute oder Ärzte vorgeschlagen wurden, sodass die Versicherten ein Wahlrecht hatten.

Ein weiterer Streitpunkt blieb die Frage, ob und in welchem Umfang unfallfremde Mitwirkungsfaktoren die Höhe der Versicherungsleistung beeinflussten. Die Beschwerdeführer bemängelten oft, dass es ihnen vor dem Unfall gut gegangen sei und sich die Beschwerden und Beeinträchtigungen erst nach dem Unfall eingestellt hätten. Medizinische Feststellungen kann der Ombudsmann weder selbst treffen noch eine Begutachtung veranlassen. Solche Umstände können nur anhand von vorgelegten Begutachtungen beurteilt werden. Diese werden in der Regel von den Versicherern eingeholt und vorgelegt. Soweit diese unfallfremde Mitwirkungsfaktoren ausweisen, kann der Ombudsmann die beanstandete Entscheidung des Versicherers seinerseits nicht in Frage stellen. Nur wenn ein Gutachten offenkundige Widersprüche oder Fehler enthält, kann der Versicherer dazu angehalten werden, seine Entscheidung zu überdenken oder stattdessen einen anderen Sachverständigen mit einer erneuten Überprüfung zu beauftragen.

Häufig rügten die Rechtsuchenden Beratungsfehler des Versicherers oder des Vermittlers. Diese betrafen im Berichtsjahr vorwiegend die aus Sicht der Versicherungsnehmer vorgenommenen und nachteiligen Veränderungen des Versicherungsschutzes durch Vertragsaktualisierungen. Beratungsfehler sind im Ombudsmannverfahren normalerweise schwer festzustellen, da im Bestreitensfall lediglich die schriftlichen Unterlagen für diese Beurteilung herangezogen werden können. Ließen diese Unterlagen aber Fragen offen, bestand auch in diesem Berichtsjahr oft Raum für Verhandlungen und Kompromissvorschläge, die in vielen Fällen von den Beteiligten angenommen wurden. Auch Stellungnahmen von Vermittlern, die in sich widersprüchlich waren oder Fragen unbeantwortet ließen, gaben oft Anlass für Rückfragen, die nicht selten zu einem Entgegenkommen des Versicherers führten.

Es traten außerdem erneut Fälle auf, in denen ein Versicherer einen für ihn unrentablen Tarif beenden und durch einen neuen ersetzen wollte. Viele Versicherungsnehmer zeigten sich damit nicht einverstanden, weil nach ihrer Einschätzung der angebotene neue Versicherungsschutz im Vergleich zum bestehenden geringwertiger war. Die insbesondere von Vertretern von Verbraucherorganisationen aufgeworfene Frage, ob ein Versicherer den bestehenden Tarif überhaupt kündigen durfte, weil darin Elemente der Berufsunfähigkeitsabsicherung enthalten waren und solche Versicherungsverträge vom Versicherer nicht ohne Weiteres gekündigt werden können, soll gegenwärtig gerichtlich überprüft werden. Bis zu einer Klärung kann sich der Ombudsmann rechtlich nicht abschließend positionieren, sondern die Verfahrensbeteiligten nur auf die noch ausstehende gerichtliche Klärung hinweisen.

Im Berichtsjahr fielen wieder vermehrt Streitigkeiten darüber auf, ob die von der versicherten Person nach dem Unfall durchlaufene Behandlungsmaßnahme als

unfallbedingt erforderliche Kur im Sinne der bis zur Gesundheitsreform 2000 geltenden Bestimmungen bezeichnet werden kann (siehe dazu schon Jahresbericht 2017, Seite 75 f.). Obwohl diese Bestimmungen durch solche für Rehabilitationsmaßnahmen unterschiedlicher Zweckrichtung in unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern ersetzt wurden, bieten nach wie vor viele Versicherer die Kurbeihilfe als mitversicherte Leistung an. Konflikte können entstehen, wenn Versicherer die Anspruchsvoraussetzungen in ihren Vertragsbedingungen nur unzureichend festlegen. Zur Abgrenzung werden neben medizinischen Akutbehandlungen u. a. ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen einander gegenübergestellt, obwohl eben diese Reha-Maßnahmen die Kur seit der Gesundheitsreform ersetzt haben. In solchen Fällen werden in aller Regel die Behandlungsverläufe während dieser Maßnahmen insbesondere auf die Intensität des medizinischen Einsatzes (Geräte und Personal), den Umfang der eigenen Gestaltungsfreiheit des Patienten und auf die Eigendarstellung der medizinischen Einrichtung (zum Beispiel als „Kurklinik“, „Rehabilitationsklinik“ etc.) hin überprüft. Gefolgt wird damit den Beurteilungskriterien der Rechtsprechung, die der BGH seinerzeit zur privaten Krankenversicherung entwickelt hat. Wenn dann zusätzlich noch eine Bestätigung der medizinischen Einrichtung vorliegt, dass der Aufenthalt als Kur zu werten ist und unfallbedingt erforderlich wurde, besteht oft ein großer Verhandlungsspielraum mit den Versicherern.

Abgesehen von diesen – vertragliche Leistungsansprüche betreffenden – Eingaben kam es wiederholt auch zu Beschwerden, weil der Versicherer einen Widerruf der vertragsschließenden Erklärung und damit des Vertrages durch den Versicherungsnehmer mit der Begründung nicht akzeptiert hat, diesem seien die Vertragsunterlagen zugegangen und damit die Widerrufsfrist in Lauf gesetzt worden, während der Versicherungsnehmer dies bestritt. Oft wurde von Seiten des Versicherers argumentiert, die Postsendung sei nicht als unzustellbar zurückgekommen. Sofern die Versicherer auf Nachfrage keine Indizien beibringen konnten, die sich zu einem Zugangsnachweis verdichten ließen, waren die Unternehmen regelmäßig im Verlauf des Ombudsmannverfahrens bereit, den Widerruf des Versicherungsnehmers doch noch zu akzeptieren. Eine ähnliche Konstellation ergab sich, wenn umgekehrt Versicherer aus von ihnen versandten Schreiben Rechte geltend machten, beispielsweise aus einer qualifizierten Mahnung. Auch hier war der Zugangsnachweis durch die Unternehmen oft nicht zu führen.

Schließlich waren auch wieder Ablaufleistungen und Rückkaufswerte aus Unfallversicherungsverträgen mit Beitragsrückgewähr Gegenstand von Beschwerden. Insoweit ergeben sich keine Änderungen zum Bericht aus dem Vorjahr.

Auch in der Unfallversicherung war die COVID-19-Pandemie von Bedeutung. Die zur Bekämpfung der Pandemie getroffenen Restriktionen wurden wiederholt von den Beschwerdeführern erwähnt und als Grund für verspätete Reaktionen auf Anfragen herangezogen. Im Verhältnis zum jeweiligen Unfallversicherer wurden diese Beschränkungen oft auch als Entschuldigungsgrund angeführt, warum ärztliche Untersuchungen und Invaliditätsfeststellungen, die zum Nachweis einer unfallbedingten Invalidität binnen einer bestimmten vertraglich vorgesehenen Frist



erforderlich sind, nicht fristgemäß vorlagen. Die Bereitschaft der Versicherer, die mit der Pandemie einhergehenden Beschränkungen als Entschuldigungsgrund zu akzeptieren, war nicht sehr ausgeprägt. Das lag zum einen daran, dass die Beschwerdeführer nicht näher darlegten, inwieweit die Beschränkungen konkret eine rechtzeitige Reaktion verhinderten. Zum anderen sind nach der herrschenden Rechtsprechung der Gerichte sowohl die Entstehung einer Invalidität innerhalb einer bestimmten Frist nach dem Unfall als auch die fristgerechte ärztliche Feststellung objektive Anspruchsvoraussetzungen, sodass ein Versicherer bei einer Säumnis dieser Fristen leistungsfrei wird, ohne dass es insoweit auf ein Verschulden des Versicherten ankommt. Nur die Meldung der Invalidität beim Versicherer ist nach der Rechtsprechung eine Ausschlussfrist, deren Säumnis unter bestimmten Voraussetzungen entschuldbar sein kann.

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

■ Allgemeine Haftpflichtversicherung

Zu dieser Sparte gingen im Berichtszeitraum 548 (Vorjahr: 598) zulässige Beschwerden ein. Das entspricht einem Anteil von 4,1 (4,6) Prozent am Gesamtaufkommen aller zulässigen Beschwerden.

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

Haftpflichtversicherungen decken kein bestimmtes Schadenrisiko ab, sondern schützen vor Vermögensnachteilen, die entstehen können, wenn der Versicherungsnehmer oder eine mitversicherte Person von Dritten auf Schadenersatz in Anspruch genommen wird. Das Grundbedingungsmerk der Verträge sind in der Regel die AHB. Im Versicherungsschein und zumeist in den Besonderen Bedingungen werden die jeweiligen Risikobereiche festgelegt.

Mit der Bauherrenhaftpflichtversicherung, die im Berichtsjahr öfter Beschwerdegegenstand war, will der Versicherungsnehmer sein besonderes Haftungsrisiko im Hinblick auf ein bestimmtes Bauvorhaben abdecken. Dieses Risiko ist über

die Privat- oder Haus- und Grundbesitzerhaftpflichtversicherung regelmäßig nur bis zu einer bestimmten Bausumme gedeckt, wobei diese Deckung vollständig entfällt, wenn die Bausumme überschritten wird. Typisch sind Fälle, in denen ein Nachbar oder auch die Stadt Ersatzansprüche geltend macht. Bei Vertragsschluss ist es wichtig abzuklären, in welchem Umfang Eigenleistungen versichert sind. Manche Versicherer bieten nur Versicherungsschutz, wenn die Bauplanung und -leitung vollständig an Dritte (Architekten, Bauträger) vergeben werden. In einem Fall warf der Versicherer dem Beschwerdeführer vorsätzliche Falschangaben im Zusammenhang mit der Vergabe dieser Leistungen vor und trat nach Meldung des Schadenfalls vom Vertrag zurück. Da der Beschwerdeführer die entsprechende Frage im Antrag aber in enger Abstimmung mit dem Versicherungsvertreter ausgefüllt hatte und beide von einem weniger strengen Erfordernis ausgegangen waren, half der Versicherer während des Ombudsmannverfahrens der Beschwerde ab. In einem anderen Fall hatte die Beschwerdeführerin den Versicherungsvertreter zwar frühzeitig über ihr Vorhaben informiert, bei Baubeginn sollte sie sich jedoch wegen des Vertragsabschlusses nochmals melden. Die Bauherrenhaftpflichtversicherung wurde aber erst abgeschlossen, nachdem bereits Erdarbeiten durchgeführt worden waren, bei denen ein Schaden verursacht wurde. Die Beschwerdeführerin erklärte dies damit, dass das eigentliche Bauen aus ihrer Sicht damit noch nicht begonnen und der Vertreter sie nicht nochmals wegen des Vertrages angesprochen habe, obwohl er zum Beispiel wusste, dass bereits der Bauzaun aufgestellt worden war. Auch der Versicherer erkannte darin ein Fehlverhalten und trat in die Regulierung ein. Der Fall zeigt, dass Versicherungsnehmer unbedingt auf den Zeitpunkt des Vertragsabschlusses achten sollten.

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

Eltern haften für ihre Kinder, allerdings nur bei Verletzung der Aufsichtspflicht. Ältere Kinder müssen nicht ständig beaufsichtigt werden und selbst unter Aufsicht können Schäden entstehen. Wurde die Aufsichtspflicht nicht verletzt und ist das Kind noch nicht deliktsfähig (§ 828 BGB), bleibt der Geschädigte rechtlich betrachtet auf seinem Schaden sitzen. Bei Schäden im nachbarschaftlichen oder verwandtschaftlichen Bereich kann dies den Eltern unangenehm sein. Daher ist



es inzwischen üblich, bei Familientarifen eine Deckungserweiterung zu vereinbaren, die genau auf die Lücke zwischen dem moralischen Verantwortungsgefühl und der fehlenden rechtlichen Haftung abzielt. Die Bedingungen der Versicherer enthalten hierzu unterschiedliche Voraussetzungen oder Ausnahmen. Das kann bei den Versicherungsnehmern zu falschen Erwartungen führen, wenn sie bei Vertragsschluss nur auf die verkürzte Leistungsübersicht geschaut haben. So ist es etwa üblich, dass ein vereinbarter Verzicht auf den Einwand fehlender Deliktstfähigkeit und Aufsichtspflichtverletzung nicht greift, wenn ein anderer Versicherer (zum Beispiel der Kaskoversicherer) leistungspflichtig ist oder die geschädigte Person die Aufsicht über das Kind hatte. Daher kann Versicherungsnehmern auch bei aktuellen Tarifen nur empfohlen werden, sich genau über die Voraussetzungen und die Grenzen des Versicherungsschutzes ihrer Privathaftpflichtversicherung zu informieren.

Ein anderer Risikoausschluss, der seit Jahren im Ombudsmannverfahren Anlass zur Prüfung gibt, ist die sogenannte Benzinklausel. Diese dient der Abgrenzung der Risikobereiche zwischen der Allgemeinen und der Kfz-Haftpflichtversicherung und ist kompliziert formuliert. Obwohl der BGH vor nun schon mehr als zehn Jahren entschieden hat, dass Klauseln, so auch diese, aus sich selbst heraus auszulegen sind und zum Verständnis oder zur Abgrenzung nicht die Bedingungen anderer Verträge wie zum Beispiel der Kfz-Haftpflichtversicherung herangezogen werden können, bestehen nach wie vor Anwendungsprobleme (dazu ausführlich im Jahresbericht 2012, Seite 41, zuletzt auch Jahresbericht 2017, Seite 51 f., Jahresbericht 2018, Seite 51 f., sowie Jahresbericht 2019, Seite 53 f.). Bei der Auslegung ist stets genau auf den jeweiligen Wortlaut zu achten. So greift der Ausschluss nach den heute üblichen Bedingungen nicht, wenn eine selbstfahrende Arbeitsmaschine ausschließlich auf dem Privatgelände genutzt wird. Insofern muss für diese Fälle nicht weiter geklärt werden, wie die maßgeblichen Begriffe, etwa der des „Fahrzeugführers“, zu verstehen sind und ob ein Gleichlauf mit dem Straßenverkehrsrecht zwingend ist. In anderen Konstellationen kann diese Frage von wesentlicher Bedeutung für den Versicherungsnehmer sein.

Auf die Eigenschaft des Fahrzeugführers ist oftmals abzustellen, wenn ein fremdes Kfz beschädigt wird und keine Kaskoversicherung besteht. Diesbezüglich hatte der Ombudsmann im Berichtszeitraum über drei ähnlich gelagerte Fälle zu entscheiden. Der Sohn einer Beschwerdeführerin hatte als Besucher auf einem Flugplatz ein Segelflugzeug leicht und eher unbewusst zur Seite geschoben, weil es ihm den Weg versperrte. Dabei schob er das Flugzeug rückwärts gegen die Aufbauschiene des Anhängers, die er übersehen hatte. Dadurch wurde das Seitenruder beschädigt. Der Versicherer berief sich auf die Benzinklausel, die nicht nur den Kfz-Gebrauch, sondern auch den Gebrauch von Luft- und Wasserfahrzeugen betrifft. Eine andere Beschwerdeführerin wollte den Motorroller ihrer Schwiebertochter auf deren Hof beiseiteschieben. Beim Herunterschieben vom Ständer ließ sie den Roller los, weil er ihr zu schwer war. Durch den Sturz wurde der Roller beschädigt. Im dritten Fall versetzte der Beschwerdeführer das Motorrad einer Nachbarin innerhalb der zum Wohnhaus gehörenden Tiefgarage wenige Meter, weil er den Zugang zum Fahrradständer erleichtern wollte. Das Motorrad fiel einige

Zeit später um und wurde dadurch beschädigt. Nach der üblichen Formulierung der Bedingungen ist die Haftpflicht des Eigentümers, Besitzers, Halters oder Führers eines Kraftfahrzeugs wegen Schäden, die durch den Gebrauch des Fahrzeugs verursacht werden, nicht über die Privathaftpflichtversicherung abgedeckt. Es kommt somit darauf an, ob eine der genannten Eigenschaften einschlägig ist. In den genannten Fällen kommt nur die des Fahrers in Frage. Der Ombudsmann vertritt die Ansicht, dass unter Berücksichtigung der höchstrichterlichen Auslegungsmaßstäbe jeweils keine Fahrereigenschaft im Sinne des Risikoabschlusses begründet wurde, und verpflichtete die Versicherer, Versicherungsschutz zu bieten. Zum Teil gehen die Versicherer die Abgrenzungsproblematik aber auch direkt an und erweitern ihre Bedingungen zum Beispiel ausdrücklich um den Risikobereich des Be- und Entladens von Kfz oder übernehmen die Selbstbeteiligung bzw. den Rückstufungsschaden, für die der Versicherungsnehmer haftbar gemacht werden kann, wenn er als Fahrer ein fremdes, kaskoversichertes Fahrzeug beschädigt.

Beschwerdeführer kritisieren immer wieder, dass ihr Versicherer, bei dem sie vor vielen Jahren einen Haftpflichtversicherungsvertrag abgeschlossen hatten, schon längere Zeit einen verbesserten Versicherungsschutz (mit den neusten Deckungserweiterungen) zu günstigeren Konditionen anbietet. Sie tragen, übrigens nicht nur zu Haftpflichtversicherungsverträgen, vor, sie hätten erwartet, dass der Versicherer sie ausdrücklich darüber informiert bzw. auf eine Umstellung hinwirkt. Eine solche von einem konkreten Gesprächsanlass losgelöste Rechtspflicht gibt es aber nicht. Vielmehr ist es zunächst die Aufgabe des Versicherungsnehmers, von Zeit zu Zeit seinen Versicherungsschutz zu überprüfen und sich mit dem Versicherer diesbezüglich in Verbindung zu setzen. Gleiches gilt grundsätzlich auch, wenn der Wohnsitz dauerhaft ins Ausland verlegt wurde. In einem Beschwerdefall beinhaltete der abgeschlossene Versicherungsvertrag eine Klausel, wonach die gesetzliche Haftpflicht aus im Ausland vorkommenden Schadenereignissen für Auslandsaufenthalte bis zu fünf Jahren eingeschlossen ist. Nach fünf Jahren im Ausland meldete der Versicherungsnehmer einen Schaden, für den der Versicherer den Versicherungsschutz ablehnte. Der Ombudsmann konnte dem Beschwerdeführer jedoch nicht helfen, sondern erklärte ihm, dass selbst wenn dem Versicherer die ausländische Adresse bekannt ist, er nicht von sich aus prüfen muss, ob die Fortführung des Vertrages für ihn noch sinnvoll ist.

Auch in diesem Berichtsjahr beruhte die Unzufriedenheit der Versicherungsnehmer mit der Regulierungsentscheidung des Versicherers oft darauf, dass dieser nicht oder vermeintlich zu wenig an den Anspruchsteller gezahlt hatte. Häufig ist den Versicherungsnehmern die Bedeutung von Versicherungsschutz in der Haftpflichtversicherung nicht vollständig bekannt. Wie schon mehrfach erläutert (siehe etwa Jahresbericht 2018, Seite 50 f., oder Jahresbericht 2019, Seite 52), besteht die Leistungspflicht des Versicherers nicht einzig in der Zahlung an den Geschädigten. Der Haftpflichtversicherer kann seiner Verpflichtung aus dem Versicherungsvertrag auch in Form der Anspruchsabwehr nachkommen. Darauf hat der Versicherungsnehmer keinen Einfluss. Der Ombudsmann achtet bei seiner Prüfung in dem Dreiecksverhältnis Versicherer – Versicherungsnehmer – Anspruch-



steller grundsätzlich darauf, ob der Versicherer seiner vertraglichen Einstandspflicht gegenüber dem von einem Dritten in Anspruch genommenen Versicherungsnehmer nachgekommen ist. Fragen zu Haftungsgrund oder zur Höhe der Entschädigungsleistung fallen grundsätzlich nicht in den Prüfbereich.

Beschwerdeführer bevorzugen häufig die Schadenregulierung statt der Anspruchsabwehr. Das ist verständlich, rechtlich durchsetzbar ist dies aber nicht. Der Ombudsmann kann daher in diesen Fällen regelmäßig nur die haftungsrechtlichen Grundzüge erläutern und so zum besseren Verständnis beitragen. Hiervon gibt es aber Ausnahmen, wie in folgendem Fall: Der Beschwerdeführer meldete fünf Tage nach dem Schadenereignis einen von ihm verursachten Wasserschaden an dem Smartphone eines Freundes. Dieser tauschte 12 Tage nach dem Schadenseintritt und ohne Rücksprache mit dem Versicherer das Gerät aus, weshalb der Sachverständige des Versicherers keine Prüfung mehr vornehmen konnte. Der Versicherer warf dem Beschwerdeführer eine schwere, leistungsbefreiende Obliegenheitsverletzung vor, weil er den Schaden nicht unmittelbar nach dem Eintritt gemeldet hatte. Bei einer solchen Meldung hätte das Gerät noch geprüft werden können. Nach den Bedingungen war der Versicherungsnehmer aber nur verpflichtet, einen Schaden innerhalb einer Woche anzuzeigen. Deshalb lag darin keine Obliegenheitsverletzung. Auch der Austausch des Geräts war gegenüber dem Beschwerdeführer nicht zu beanstanden, da ein Versicherungsnehmer nicht verpflichtet ist, den Geschädigten an einer Reparatur oder einem Austausch der beschädigten Sache zu hindern. Deshalb ist der Versicherer aber nicht ohne Möglichkeiten. Hat er wegen einer vorzeitigen Schadenbeseitigung Bedenken, dann ist eine Anspruchsabwehr gegenüber dem Geschädigten der richtige Weg. Im konkreten Fall regulierte der Versicherer letztlich den Schaden.

Das 2020 allseits vorherrschende Thema „Corona“ hatte für die Beschwerden zur Haftpflichtversicherung nur am Rande eine Bedeutung. Aus den Unterlagen ergab sich öfter, dass Beschwerdeführer oder die Geschädigten mit pandemiebedingten Verdienstaussfällen belastet waren und deshalb wegen knapper gewordener finanzieller Mittel auf eine schnelle Klärung drängten. Darüber hinaus haben sich neue Haftungssituationen ergeben. Eine Beschwerdeführerin nahm ihrem Lebenspartner die Mund-Nasen-Schutzmaske vom Gesicht. Er hatte sie darum gebeten, weil er nach dem gemeinsamen Einkauf mit den schweren Einkaufstaschen beladen und die Brille beschlagen war. Beim Abnehmen der Maske zog sie versehentlich auch die Brille von der Nase, die zu Boden fiel und beschädigt wurde. Das Beschwerdeanliegen bezog sich allerdings nicht auf versicherungsrechtliche Fragen, das heißt hier das Leistungsverhältnis der Beschwerdeführerin zu ihrem Versicherer (Deckungsverhältnis), sondern auf die haftungsrechtliche Bewertung des Handelns der Beschwerdeführerin gegenüber ihrem Partner, die im Ombudsmannverfahren gerade nicht erfolgt. Ein anderes, speziell die Reisebranche schon vor der Pandemie belastendes Ereignis – die Insolvenz der Thomas-Cook-Gruppe – hat eine Beschwerdeführerin dazu veranlasst, ihren Schaden – eine von ihr gebuchte und bezahlte Mexiko-Reise wurde nicht durchgeführt – zur in der Privathaftpflichtversicherung integrierten Ausfalldeckung zu melden. Durch die Ausfalldeckung wird der Versicherungsnehmer, der einen

Schadenersatzanspruch gegen einen Schädiger nicht durchsetzen kann, so gestellt, als hätte der Schädiger Versicherungsschutz aus einem entsprechenden Haftpflichtversicherungsvertrag. Natürlich gibt es im Einzelnen geregelte Voraussetzungen und Ausschlüsse. Die Besonderheit ist aber, dass der Versicherungsnehmer einen eigenen Schaden und nicht sein Haftungsrisiko für einen Fremdschaden absichert. In dem genannten Fall konnte der Ombudsmann nichts für die Beschwerdeführerin erreichen, sondern nur den Versicherungsschutzumfang erklären. Nach den maßgeblichen Bedingungen waren reine Vermögensschäden von der Ausfalldeckung nicht erfasst.

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

■ Berufsunfähigkeitsversicherung

Zur Berufsunfähigkeitsversicherung erhielt der Ombudsmann im Berichtszeitraum 519 Beschwerden, davon waren 389 zulässig (Vorjahr: 373). Obwohl damit die Zahl der zulässigen Beschwerden nicht unwesentlich anstieg, blieb der prozentuale Anteil an den Gesamtbeschwerden mit 2,8 Prozent auf Vorjahresniveau, weil das Beschwerdeaufkommen insgesamt zunahm.

Es handelt sich hierbei um eine Summenversicherung. Das heißt, im Leistungsfall übernimmt der Versicherer nicht einen konkreten Schaden, sondern er zahlt die vereinbarte Versicherungssumme. Die Berufsunfähigkeitsversicherung dient der Vorsorge für den Fall der Berufsunfähigkeit. Sie soll Einkommenseinbußen, die durch Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfall verursacht werden, mit der vereinbarten Berufsunfähigkeitsleistung auffangen. Diese Versicherungsverträge sind daher durch lange Laufzeiten (oft bis zur Regelaltersgrenze) und hohe Kapitalwerte gekennzeichnet. Der Versicherungsschutz wird in Form von selbstständigen Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- und Dienstunfähigkeitsversicherungen oder Zusatzversicherungen (zum Beispiel auch gegen Arbeitsunfähigkeit) angeboten.

Eine große Anzahl der Beschwerden im Berichtsjahr betraf – nicht anders als in den Vorjahren – die Fragen, ob der Versicherer überhaupt leistungspflichtig war, wann die Leistung einzusetzen hatte bzw. bis zu welchem Zeitpunkt zu leisten war. Die Tendenz von abnehmenden Beschwerden wegen zeitlich befristeter Leistungsanerkennnisse der Versicherer hielt an. Viele Versicherer verzichteten zwischenzeitlich auf befristete Anerkennnisse bzw. sprechen diese lediglich in Einzelfällen aus. Hingegen spielten Ausschlussklauseln, Leistungsausschlussfristen bei verspäteten Leistungsanträgen, Vereinbarungen über die Versicherungsleistung, Leistungsablehnungen im Erstprüfungsverfahren und Leistungseinstel-



lungen im späteren Nachprüfungsverfahren nach wie vor eine Rolle. In einigen Beschwerdefällen ging es um die Frage der Rechtmäßigkeit von eingestellten Berufsunfähigkeitsleistungen, nachdem der Versicherte nach einer Erkrankung eine andere berufliche Tätigkeit aufgenommen hatte oder sich die Gesundheitsverhältnisse gebessert hatten.

Bei mehreren Beschwerden fiel es den Versicherten schwer, medizinische Unterlagen beizubringen, die belegten, dass der nach dem Vertrag für die Leistungspflicht notwendige Berufsunfähigkeitsgrad erreicht war. Dies galt insbesondere bei psychischen Erkrankungen. Viele Beschwerden warfen komplizierte medizinische Fragen auf, die im Ombudsmannverfahren nicht immer abschließend geklärt werden konnten, da dies eine Beweiserhebung durch Einbeziehung eines nicht parteibeauftragten Sachverständigen erfordert hätte. Die Beauftragung eines Gutachters ist im Ombudsmannverfahren jedoch nicht möglich. Dieses Mittel bleibt den Gerichten vorbehalten, führt in diesen Verfahren allerdings auch dazu, dass die im Rechtsstreit unterlegene Partei in der Regel die Kosten zu tragen hat.

Versicherer holen in ihrem Regulierungsverfahren oftmals ärztliche Stellungnahmen ein, um den Grad der Berufsunfähigkeit bemessen zu können. Im Ombudsmannverfahren ließen sich auf Grundlage dieser Gutachten die strittigen Fragen nicht immer klären. Dies lag zumeist daran, dass sich die Gutachter entweder nicht im erforderlichen Umfang geäußert oder nicht zu relevanten zurückliegenden Zeiträumen Stellung genommen hatten. Verfahrensrechtlich betrachtet handelt es sich bei von einer Beschwerdepartei eingeholten Gutachten um sogenannte Privatgutachten. Sie sind grundsätzlich kein Beweismittel, sondern als besonders substantiierter Parteivortrag einzuordnen, der im gerichtlichen Verfahren Gegenstand einer Beweisaufnahme sein kann (vgl. BGH vom 13.11.2013 – IV ZR 224/13; BGH v. 26.02.2020 – IV ZR 220/19).

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

Weiterhin große Bedeutung kam den Beschwerden zu, in denen der Versicherer sich vom Vertrag lösen wollte oder die Leistung ablehnte, weil der Beschwerdeführer die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt haben sollte. Dieser Vorwurf bezog sich in der Regel auf die im Antrag abgefragten Gesundheitsverhältnisse. Falsche oder unvollständige Angaben zu den Gesundheitsfragen bei Abgabe der Vertragserklärung stellen unter bestimmten Voraussetzungen den Versicherungsvertrag und damit den Versicherungsschutz infrage. In solchen Fällen war in der Regel die Wirksamkeit von Anfechtungen wegen arglistiger Täuschung, des Rücktritts vom Vertrag oder dessen Kündigung durch den Versicherer zu prüfen.

Zum Teil ging es auch um die einseitige rückwirkende Vertragsanpassung durch den Versicherer, etwa in Form eines Ausschlusses des Versicherungsschutzes für eine bestimmte Erkrankung, deren Gesundheitsbeschwerden oder diesbezügliche Arztbesuche bei Abfrage der vorvertraglichen Gesundheitsverhältnisse nicht angezeigt worden waren. Viele Beschwerdeführer erwarten, dass sie im Rücktritts- oder Anfechtungsfall ihre eingezahlten Versicherungsbeiträge zurückerhalten. Ihnen ist die gesetzliche Regelung in § 39 Absatz 1 Satz 2 VVG nicht bekannt, wonach bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses durch Rücktritt aufgrund der Nichtanzeige von Gefahrumständen (§ 19 Absatz 2 VVG) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung dem Versicherer die Prämie bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zusteht.

Einige Beschwerden betrafen die Vertragsvermittlung. Darunter fallen auch sogenannte „Umdeckungen“. Dies sind Abschlüsse von Verträgen, die mit der Beendigung eines Vorvertrages im Zusammenhang stehen, bei denen also entweder im Vorfeld des Neuabschlusses oder gleichzeitig damit der Vorvertrag gekündigt oder beitragsfrei gestellt wird. Besteht hier ein für den Vermittler erkennbarer Zusammenhang, hat er den Versicherungsnehmer rechtzeitig und mit hinreichender Deutlichkeit auf die Folgen, wie zum Beispiel den unvorhersehbaren Ausgang einer erneuten Gesundheitsprüfung, sowie auf wesentliche Unterschiede im Vertragsumfang hinzuweisen, wenn er seiner Beratungspflicht nachkommen will. Manche Beschwerdeführer haben behauptet, ihnen sei vom Vermittler versprochen worden, dass die Berufsunfähigkeitsversicherung nur durch eine andere, bessere „ersetzt“ würde. Ein neuer Vertragsabschluss sollte damit nicht verbunden sein. Die Beschwerdeführer hatten jedoch den Vorvertrag gekündigt und eine neue Berufsunfähigkeitsversicherung bei einem anderen Versicherer abgeschlossen. Sie wechselten damit den Vertragspartner und schlossen einen neuen Vertrag ab. Unabhängig von der Frage der Falschberatung muss das auch für einen juristischen Laien auf der Hand liegen. Letztlich zeigen solche Beschwerdefälle immer wieder, dass Versicherungsinteressenten und Versicherungsnehmer die Unterlagen, die ihnen übermittelt werden, oft nicht gründlich lesen und ihnen dadurch Nachteile entstehen können.

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



in diesen Fällen nicht selten einvernehmliche Streitbelegungen, denn Vergleiche kann der Ombudsmann dennoch anregen. Zudem ermöglichen es die Verfahrensordnungen, den Beschwerdeparteien ausführlich begründete Schlichtungsvorschläge zu unterbreiten.

■ Realkredit

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

Im Jahr 2020 gingen 20 (Vorjahr: 27) zulässige Beschwerden zu Realkrediten und damit sieben weniger als im Vorjahr ein. Der Anteil am Gesamtaufkommen der zulässigen Beschwerden ist damit weiterhin gering und beträgt lediglich 0,2 Prozent. Der höchste Stand war 2015 mit 196 zulässigen Beschwerden erreicht. Die Entwicklung ist im Wesentlichen darauf zurückzuführen, dass rechtliche Themenkomplexe, die in der Vergangenheit prägend waren, für die Verbraucher an Bedeutung verloren haben (vgl. Jahresbericht 2018, Seite 55).

Ein großer Teil der Beschwerden zielte auf die Rückabwicklung des Darlehensvertrages nach Widerruf. Das sogenannte „ewige Widerrufsrecht“ wegen fehlerhafter Belehrung von Immobiliardarlehensverträgen, die zwischen dem 1. September 2002 und dem 10. Juni 2010 geschlossen wurden, konnte nach einer gesetzlichen Neuregelung nur noch bis zum 21. Juni 2016 ausgeübt werden (vgl. Jahresbericht 2016, Seite 56). Einige Darlehensnehmer nutzten im Jahr 2016 die letzte Gelegenheit, um sich durch Widerruf von ihrem in dem betroffenen Zeitraum geschlossenen Darlehensvertrag zu lösen und reichten im Dezember 2019, somit kurz vor Eintritt der Verjährung, eine Beschwerde ein. Diese Eingaben wurden im Berichtsjahr bearbeitet. Ein Teil davon konnte einer einvernehmlichen Lösung zugeführt werden. In den übrigen Fällen war nicht auszuschließen, dass der vom Versicherungsunternehmen erhobene Einwand der Verwirkung des Widerrufsrechts durchgreift. Diese Beschwerden eigneten sich nicht, um im Ombudsmannverfahren entschieden zu werden.

Auch die Formulierung der Widerrufsinformation bei Abschlüssen nach dem 10. Juni 2010 war umstritten. Einige Beschwerdeführer beanstandeten, dass die Pflichtinformationen, deren Erhalt für den Beginn der Widerrufsfrist maßgeblich ist, nicht im Einzelnen aufgeführt waren. In Anlehnung an die gesetzliche Musterbelehrung verwiesen die Unternehmen stattdessen auf § 492 Absatz 2 BGB, der seinerseits auf Regelungen im Einführungsgesetz zum BGB Bezug nahm. Die Verwendung solcher als Kaskadenverweis bezeichneter Verweisungen in der Widerrufsinformation beanstandete der EuGH (Urteil vom 26. März 2020, Az. C 66/19). Daraufhin nahm der BGH in seinem Beschluss vom 31. März 2020 (XI ZR 581/18) Bezug auf das Urteil des EuGH und stellte klar, dass diese Entscheidung nicht

einschlägig sei, wenn es sich um einen grundpfandrechlich besicherten Immobiliendarlehensvertrag handelt, auf den die Verbraucherkreditrichtlinie nach ihrem Artikel 2 Absatz 2 Buchst. a und c keine Anwendung findet. Daraus folgte, dass der Ombudsmann in den betroffenen Fällen nicht von einer unzureichenden Widerrufsinformation und einem fortbestehenden Widerrufsrecht ausgehen konnte (siehe zum sogenannten Kaskadenverweis auch unter 2.2).

Die weiteren Beschwerden betrafen verschiedene Themen: Beschwerdeführer beanstandeten die vom Unternehmen erhobene Vorfälligkeitsentschädigung dem Grunde und der Höhe nach. Andere wandten sich gegen die vom Versicherer angebotenen Konditionen für die Anschlussfinanzierung nach Ablauf des ursprünglichen Darlehens oder gegen die Weigerung des Unternehmens, das Darlehen vorzeitig zu beenden.

Aufgrund des geringen Beschwerdeaufkommens zu Realkreditverträgen lässt sich schlussfolgern, dass die Kunden der Mitgliedsunternehmen diesbezüglich nur selten einen Grund zur Beanstandung sehen.

■ Sonstige Versicherungen

Die Sparte „Sonstige Versicherungen“ behandelt diejenigen Beschwerden, die nicht den anderen „großen“ Versicherungsbereichen zugeordnet werden können. Im Jahr 2020 war, wie bereits im Vorjahr, ein Anstieg der zulässigen Beschwerden in dieser Sparte zu verzeichnen. Der Ombudsmann befasste sich mit 1.396 zulässigen Beschwerden (Vorjahr: 1.215). Das sind 10,5 (9,2) Prozent des zulässigen Gesamteingangs. Ungefähr zwei Drittel der Beschwerden betrafen in diesem Berichtsjahr die Reiseversicherung. Die Beschwerden zur Handy- und Reparaturkostenversicherung gingen weiter zurück. Ein leichter Anstieg trat bei den Beschwerden zur Tierkranken- und Photovoltaikversicherung auf. Des Weiteren behandelte der Ombudsmann in diesem Bereich erneut u. a. Meinungsverschiedenheiten zur Fahrrad-, Bauleistungs-, Transport-, Mietkautions- und Wassersportversicherung.

Im Rahmen der Handyversicherung ging es nur noch selten um die Ablehnung des Versicherers, einen gemeldeten Diebstahlschaden zu regulieren, und die Anforderungen an den „sicheren persönlichen Gewahrsam“. Häufig stand die Frage im Vordergrund, ob der Versicherer im Rahmen der Regulierung die vertraglich geschuldete Leistung erbracht hatte. Nach den meisten Handyversicherungsbedingungen hat der Versicherer im Versicherungsfall nach seiner Wahl die Reparaturkosten oder Naturalersatz in Form eines neuen oder gebrauchten Gerätes gleicher Art und Güte zu leisten. Viele Beschwerdeführer beanstandeten die Qualität und Funktionsfähigkeit der erhaltenen Ersatzgeräte. In der Regel konnte erreicht werden, dass der Versicherer einen Austausch vornehmen ließ.

In der Tierkrankenversicherung waren auffällig viele Beschwerdeführer zum Zeitpunkt eines Schadenfalls mit der Beitragszahlung in Verzug und bereits vom Versicherer qualifiziert gemahnt worden. Es galt, insbesondere anhand der konkret vereinbarten Versicherungsbedingungen, zu prüfen, ob die ausgebliebene



oder verspätete Zahlung den Versicherungsschutz entfallen ließ. Daneben ging es um die Frage, ob eine Operation oder Behandlung des versicherten Tieres überhaupt mitversichert war, und um vertragsrechtliche Streitigkeiten.

Auch im Jahr 2020 gingen in der Reiseversicherung Beschwerden aufgrund der Insolvenz der deutschen Thomas-Cook-Gesellschaften und weiterer Reiseveranstalter ein. Zum einen beanstandeten Beschwerdeführer die Bearbeitungsdauer ihrer angemeldeten Forderungen, insbesondere aufgrund der bis zum 15. November 2020 befristeten Möglichkeit, den Differenzbetrag zwischen ihren Zahlungen und dem, was sie aufgrund ihres Versicherungsscheins vom Insolvenzversicherer oder von dritter Seite erhalten haben, beim Bund geltend zu machen. Die Geschädigten erhielten nur einen quotierten Erstattungsbetrag vom Versicherer, weil die Insolvenzabsicherung aufgrund der im BGB geregelten Haftungsbegrenzung von maximal 110 Millionen Euro pro Geschäftsjahr nicht ausreichte. Nach dem EU-Recht sind Pauschalreisen eigentlich gesetzlich verpflichtend mit einem Versicherungsschein gegen die Insolvenz eines Reiseveranstalters in voller Höhe abzusichern. Die Bundesregierung erklärte sich daher ohne Anerkennung einer Rechtspflicht und ohne Präjudiz für die Sach- und Rechtslage befristet bereit, Zahlungsausfälle auszugleichen. Zum anderen ging es bei Beschwerden im Zusammenhang mit der Insolvenz von Reiseveranstaltern um die Klärung, ob überhaupt eine Pauschalreise im Sinne von § 651a BGB gebucht wurde, denn nur bei dieser greift die Insolvenzabsicherung.

In den weiteren Beschwerden zur Reiseversicherung, die neben der Insolvenzversicherung die Reisegepäck-, Reiserücktritts- und Reiseabbruchversicherung umfasst, hatte sich der Ombudsmann hauptsächlich mit Beschwerden zur Reiserücktrittsversicherung zu befassen. Im Vergleich zum Vorjahr stiegen diese um fast 80 Prozent. Zu Beginn des Jahres waren noch die üblichen Themen relevant, ob eine „unerwartet schwere Erkrankung“ zum Reiserücktritt geführt hatte und dieser „unverzüglich“ nach Eintritt des versicherten Rücktrittsgrundes erklärt worden war. Im weiteren Verlauf dominierten aufgrund der beginnenden COVID-19-Pandemie plötzlich neue rechtliche Fragen in unterschiedlichen Fallkonstellationen. Am 11. März 2020 hatte die WHO die weltweite Ausbreitung des Coronavirus zu einer Pandemie erklärt. Am 17. März 2020 sprach das Auswärtige Amt für alle „nicht notwendigen, touristischen Reisen“ eine weltweite Reisewarnung zunächst bis zum 15. Juni 2020 aus. Kurz danach riefen einige Länder den Ausnahmezustand aus. Es wurden Einreiseverbote verhängt.

Etliche Beschwerdeführer hatten ihre Reise aus Sorge vor einer Infektion, wegen ihrer Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe oder der angeordneten Maskenpflicht in den Verkehrsmitteln und an anderen Orten storniert. Zum Teil hatte ihnen ein Arzt aufgrund von relevanten Vorerkrankungen ausdrücklich von der Durchführung der Reise abgeraten. In all diesen Fällen konnte der Ombudsmann den Beschwerdeführern jedoch nicht zu einer Erstattung der Stornokosten verhelfen, denn es war kein versichertes Ereignis ersichtlich. Diese Voraussetzung war vielen Versicherungsnehmern gar nicht bewusst. Sie gingen vielmehr davon aus, dass der Versicherer die Stornokosten bereits dann übernehmen muss, wenn der Reiseantritt nicht zumutbar ist.

Versicherungsschutz besteht etwa im Falle einer unerwarteten schweren Erkrankung. Das Erkrankungsrisiko im Zielgebiet und diesbezügliche individuelle Ängste und Sorgen gehören allerdings nicht zu den versicherten Rücktrittsgründen. Auch die Grunderkrankungen, die eine Zugehörigkeit zur Risikogruppe begründeten, konnten in der Regel nicht als versichertes Ereignis herangezogen werden, wenn sie bereits bei Buchung bestanden und keine unerwartete Verschlechterung eingetreten war. Der Ombudsmann konnte in diesen Fällen den Beschwerdeführern nur empfehlen, eine Erstattung bei ihren Reisevertragspartnern anzufragen. Er wies jedoch darauf hin, dass er nicht abschließend zu beurteilen habe, ob das Recht zum stornogebührenfreien Rücktritt vom Vertrag bestehe, und dass er sie hierbei auch nicht unterstützen könne, weil er grundsätzlich nur im Rahmen des versicherungsvertraglichen Verhältnisses mit dessen Reiserücktrittsversicherer tätig werden kann. Allerdings kam hier bei Pauschalreisen ein stornofreier Rücktritt in Frage (nach § 651h Absatz 3 BGB), wenn im Zielgebiet der Reise unvermeidbare, außergewöhnliche Umstände aufgetreten waren, die die Durchführung der Pauschalreise erheblich beeinträchtigt hätten. Bei individuell gebuchten Reisen kam in Betracht, dass die Erbringung der Unterbringungs- und Transportleistungen den jeweiligen Vertragspartnern unmöglich geworden war und deshalb auch deren Anspruch auf die Gegenleistung, den Preis, entfallen war. In geeigneten Fällen wies der Ombudsmann auf diese Möglichkeiten hin.

Einige Beschwerdeführer konnten nicht reisen, weil sie oder ein Mitreisender sich aufgrund des Kontaktes mit einer an COVID-19 erkrankten Person in häusliche Quarantäne begeben mussten und nicht ausreisen durften. Auch dieser Stornierungsgrund ist üblicherweise nicht versichert. Der Verdacht, unerwartet schwer erkrankt zu sein, genügt nicht. Zum Teil enthalten die Versicherungsbedingungen auch eine Ausschlussklausel, wonach kein Versicherungsschutz besteht, wenn ein „Eingriff von hoher Hand“ Ursache war. Dem Ombudsmann blieb in diesen Konstellationen nur, den Beschwerdeführern die Rechtslage zu erläutern.

Aus der Beschwerdepraxis ist dem Ombudsmann nur ein Reiseversicherer bekannt, der bereits vor der Pandemie Versicherungsschutz im Falle einer Stornierung anlässlich einer „Zwangsquarantäne“ gewährte. Die Beschwerdeführer, die sich mit Verweis auf diese Klausel an den Versicherungsombudsmann wandten, sahen die ausgesprochene Reisewarnung und die damit einhergehenden Reisebeschränkungen als eine „Zwangsquarantäne“ an. Dieser Auffassung konnte sich der Ombudsmann nicht anschließen. Sicherlich schränkte der pandemiebedingte Lockdown das öffentliche Leben und die Reisemöglichkeiten in bisher nicht bekanntem Ausmaß ein. Für die Eintrittspflicht des Versicherers genügt es allerdings nicht, dass das auslösende Ereignis nicht planbar ist und außerhalb des eigenen Einflussbereiches liegt. Es muss vielmehr in der Person des Reisenden liegen.

Es kam auch vor, dass Beschwerdeführer eine Reise frühzeitig aufgrund der Situation im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie stornierten, jedoch später, noch vor dem geplanten Reiseternin, tatsächlich ein versichertes Ereignis – etwa eine Unfallverletzung – eintrat, die der Reisedurchführung entgegengestan-



den hätte. Da die Versicherten die Reise jedoch nicht wegen eines versicherten Ereignisses storniert hatten und das versicherte Ereignis erst nach der Stornierung eingetreten war, konnten die Versicherer nicht zur Übernahme der Kosten verpflichtet werden. Auch wenn die Stornokosten durch die frühzeitige Stornierung deutlich geringer ausfielen als dies bei einer späteren Reiseabsage der Fall gewesen wäre, waren die betroffenen Versicherer aufgrund der klaren Rechtslage zu einem Entgegenkommen nicht bereit.

Besonders zu Beginn der COVID-19-Pandemie war es vielen Beschwerdeführern gar nicht oder erst nach der Stornierung möglich, einen Arzt aufzusuchen. Viele Ärzte baten nach telefonischer Schilderung der Symptome, von einem Besuch der Praxis abzusehen. Das Bundesministerium für Gesundheit hatte zudem empfohlen, auf Arztbesuche zu verzichten, wenn kein lebensbedrohlicher Zustand bestehe. Das hatte jedoch zur Folge, dass viele Betroffene, die ihre Reise aus gesundheitlichen Gründen stornierten, kein Attest vorlegen konnten, das eine unmittelbare ärztliche Untersuchung, eine medizinische Behandlung und die Schwere der Erkrankung zum Zeitpunkt der Stornierung näher belegte. Vielmehr beruhte die Beurteilung des Arztes ausschließlich auf den Angaben des Versicherten, nicht aber auf eigener Kenntnis und ärztlicher Beobachtung.

Die Vorlage eines ärztlichen Attestes mit Angabe der Diagnose und den Behandlungsdaten ist jedoch eine notwendige Voraussetzung für die Prüfung der Eintrittspflicht des Versicherers. Wird ein Attest erst Tage nach Eintritt der Erkrankung ausgestellt, ist es als Beweismittel nach der Rechtsprechung ungeeignet. Es bestehen immer Nachweisprobleme, wenn die Diagnose lediglich auf den Schilderungen des Patienten beruht und keine objektivierbaren Tatsachen bescheinigt wurden. Mit dem Hinweis auf die unverschuldete Beweisnot des Versicherten wegen eingeschränkter persönlicher Kontaktmöglichkeiten zum Arzt konnten im Rahmen der Ombudsmannverfahren Abhilfen oder Vergleiche erzielt werden (siehe Beispielsfall, Seite 77), wenn die Versicherer nicht bereits von sich aus den Versicherten entgegenkamen. Wenn jedoch der Beschwerdeführer einen Vergleichsvorschlag nicht annehmen wollte, blieb dem Ombudsmann nur, ihn an die Gerichte zu verweisen, da die Frage der „Schwere“ der Erkrankung im Rahmen einer Beweisaufnahme, etwa durch die Befragung des Arztes oder weiterer Zeugen, geklärt werden müsse. Eine schwere Erkrankung liegt nämlich nach der Rechtsprechung beispielsweise auch dann nicht vor, wenn durch therapeutische Maßnahmen die Krankheitsbeschwerden so zu mildern sind, dass eine Reise wieder zumutbar ist.

Aber nicht nur aus gesundheitlichen Gründen wurden Reisen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie storniert. Ursächlich hierfür war zudem, neben einer Kündigung des Arbeitsverhältnisses oder der Anberaumung von Kurzarbeit, auch die Verschiebung von Abschlussprüfungen in die Reisezeit. Wenn Kurzarbeit nur vorsorglich angekündigt, nicht aber in Kraft getreten oder es noch nicht zu einer gewissen Einkommensreduzierung gekommen war, konnte eine Verpflichtung des Versicherers zur Übernahme der Stornokosten nicht erfolgen. Zum Teil wurden jedoch Vergleiche geschlossen.

Stand der Eintritt eines versicherten Ereignisses fest, bedeutete dies nicht ohne Weiteres, dass der Versicherer die Reisekosten zu übernehmen hatte. Nach den Versicherungsbedingungen zur Reiserücktrittsversicherung leistet der Versicherer die vertraglich geschuldeten Stornokosten. Der Versicherte muss seinen Schaden dem Grunde und der Höhe nach beweisen. Den Beschwerdeführern musste es daher oft erst einmal gelingen, Nachweise über die Stornierung und die Höhe der Stornokosten beizubringen. Viele Beschwerdeführer konnten die wiederholte Anforderung von Unterlagen nicht nachvollziehen, wenn sie doch schon mehrfach zum Ausdruck gebracht hatten, dass ihnen die Buchungsplattform, die Airline oder insbesondere das Hotel im Ausland trotz mehrfacher Aufforderung keine Unterlagen zur Verfügung stellten. Aufgrund der COVID-19-Pandemie waren sowohl die Reisevermittler als auch die Veranstalter plötzlich überlastet und nur noch schlecht erreichbar. Es kam vor, dass der Versicherer auch die Stornokostenrechnungen von Vermittlern nicht als Nachweis akzeptierte, sondern eine Ausstellung durch die Leistungserbringer erwartete. Allein mit der Vorlage der Buchungsunterlagen konnte der Versicherer jedenfalls nicht zu einer Zahlung verpflichtet werden.

Viele Versicherer wandten ein, dass der Reisende seinem Vertragspartner gar keine Stornokosten schulden würde, etwa weil die Reise später ohnehin vom Reiseveranstalter abgesagt worden wäre, in den Zeitraum einer Reisewarnung fiel oder gar nicht hätte stattfinden können, weil beispielsweise im Zielland der Ausnahmezustand ausgerufen wurde, das Reiseland ein Einreiseverbot verhängt hatte oder der Reisende sich dort zunächst in Quarantäne hätte begeben müssen. In diesen Fällen dürfe der Reisende kostenfrei zurücktreten. Die Unmöglichkeit der Leistungserbringung durch die Reisevertragspartner der versicherten Person bzw. die erhebliche Beeinträchtigung der Durchführung der Reise habe jeden Anspruch auf eine Gegenleistung entfallen lassen, auch den auf Stornogebühren.

Hatte der Beschwerdeführer die Reise aufgrund eines versicherten Ereignisses storniert, galt es, im Rahmen der rechtlichen Prüfung zunächst die Zeitpunkte der Stornierung sowie der Reise den behördlichen Anordnungen genau gegenüberzustellen. Dabei fiel hin und wieder auf, dass das Einreiseverbot oder die Reisewarnung zum Zeitpunkt der Stornierung noch gar nicht ausgesprochen war, nicht bis zum Reiseantrittstermin reichte oder ein Ausfall der Reise aufgrund der Wiederöffnung der europäischen Staaten für den Reiseverkehr inzwischen unwahrscheinlich war. Die Versicherer konnten die Beschwerdeführer in diesen Fällen nicht an den Reisevertragspartner verweisen, sondern mussten in die Regulierung eintreten. Dem kamen sie nach.

Die Versicherer halfen nach einem Hinweis des Ombudsmanns auf die Schwierigkeiten der Klärung der Leistungserbringungsmöglichkeiten im Zielland und die ungeklärte Rechtslage in der Regel den Beschwerden ohne Anerkennung einer Rechtspflicht sowie ohne Präjudiz für zukünftige ähnlich gelagerte Schadenfälle ab oder es kam zu einem Vergleich. Zum Teil kürzten die Versicherer die Erstattungsleistung für Flugkosten um die Steuern und Gebühren. Die Airline hatte diese Positionen grundsätzlich im Falle der Nichtinanspruchnahme des Fluges zu



erstatten, weil sie diese dann gar nicht abführte. Die Versicherten schuldeten ihr daher in der Tat nur die Zahlung des Ticketpreises. Zu einer Zahlung der Steuern und Gebühren konnte der Ombudsmann die Versicherer in der Regel nicht anhalten, wenn sie nicht aus Entgegenkommen zu einer Übernahme bereit waren.

Im Laufe des Jahres ergingen diverse Gerichtsentscheidungen zum Pauschalreise-recht, die zum Großteil Reiseveranstalter, sogar bei Stornierungen im Vorfeld einer Reisewarnung, zur Erstattung der an sie getätigten Zahlungen an den Buchenden verurteilten, weil am Bestimmungsort oder in dessen unmittelbarer Nähe aufgrund der COVID-19-Pandemie unvermeidbare, außergewöhnliche Umstände auftraten, die die Durchführung der Reise erheblich beeinträchtigten. In diesem Fall regelt § 651h Absatz 3 BGB ein kostenfreies Rücktrittsrecht für den Reisenden. Der Rücktritt führt auch zum Verlust des Entschädigungsanspruchs des Reiseveranstalters.

Einige Beschwerdeführer interpretierten diese Gerichtsentscheidungen fälschlicherweise so, dass der Versicherer die Stornokosten übernehmen müsse. Eine Eintrittspflicht des Versicherers kann aber gerade daran scheitern, dass der Reiseveranstalter den Reisepreis zurückzahlen muss. Der Ombudsmann erläuterte in diesen Fällen den Beschwerdeführern, dass zwischen der Eintrittspflicht des Versicherers einerseits und dem Recht des Reiseveranstalters andererseits, Stornokosten zu verlangen, unterschieden werden muss.

Es ist im Falle eines kostenfreien Rücktrittsrechts von einer Pauschalreise nach § 651h Absatz 3 BGB zwar naheliegend, dass dem Reiseveranstalter im Sinne der Reiserücktrittsversicherungsbedingungen keine Stornokosten vertraglich geschuldet werden. Abschließend konnte der Ombudsmann jedoch nicht darüber befinden, ob dem Versicherten gegenüber dem Reiseveranstalter im konkreten Fall ein kostenfreier Rücktritt nach § 651h Absatz 3 BGB zusteht, da er ausschließlich im Rahmen des versicherungsrechtlichen Verhältnisses zwischen dem Beschwerdeführer und dem Reiserücktrittsversicherer tätig wird und den Reiseveranstalter nicht hinzuziehen kann. War der Versicherer nicht zu einem Entgegenkommen bereit, blieb dem Ombudsmann nur, dem Beschwerdeführer zu empfehlen, sich hinsichtlich der Erstattung der Stornokosten zunächst an den Reiseveranstalter zu wenden.

Die Coronakrise machte sich auch in den Beschwerdefällen zur Reiseabbruchversicherung bemerkbar. Aufgrund der aufkommenden COVID-19-Pandemie kam es besonders im Frühjahr 2020 zu einer Vielzahl von Reiseabbrüchen, die zu nicht unerheblichen Kosten geführt haben. Hotels mussten schließen. In den Urlaubsorten wurden Ausgangssperren sowie Ein- und Ausreisebeschränkungen angeordnet. Die Reisenden mussten sich plötzlich um ihre Rückreise kümmern. Sie erhofften sich mit ihren Beschwerden Leistungen aus ihrer Reiseabbruchversicherung, insbesondere weil sie zum Reiseabbruch faktisch gezwungen waren. In der Regel konnte der Ombudsmann den Beschwerdeführern jedoch nur mitteilen, dass sich kein versichertes Ereignis realisiert hatte und der Versicherer für die Mehrkosten nicht aufzukommen hat. Die Sorge, an COVID-19 zu erkranken, genügt – wie bereits zur Reiserücktrittsversicherung ausgeführt – nicht.

Auch ist die Pandemie weder ein Elementarereignis noch eine Naturkatastrophe oder eine Naturgewalt im Sinne der Bedingungen, auch wenn dies auf den ersten Blick so erscheinen mag. Pandemien und Epidemien sind zwar eines natürlichen Ursprungs, sind aber nicht als Naturkatastrophen anerkannt (siehe Beispielsfall, Seite 82).

Ist ein Reisender aufgrund einer Erkrankung (hier einer später bestätigten Corona-Infektion) während eines Strandurlaubs am Reiseort bettlägerig, kann er dennoch nicht die Erstattung der Hotelkosten vom Versicherer verlangen, weil die Reise nicht abgebrochen wurde und die gebuchten Reiseleistungen – das Hotelzimmer und die Verpflegung – genutzt wurden. Für entgangene Urlaubsfreuden ist ein Reiseversicherer, anders als in anderen Zusammenhängen ggf. ein Reiseveranstalter, nicht eintrittspflichtig.

Eine Vielzahl der Beschwerden in der Reiseversicherung betraf Beitragsrückstattungen. Viele Verbraucher wollten ihre Versicherungsbeiträge erstattet bekommen, wenn der Veranstalter die Reise abgesagt hatte. Bei Reisegepäck-, Reiseabbruch- und Auslandsreisekrankenversicherungen als Einmalversicherung gab es in der Regel das Geld zurück, denn dieser Versicherungsschutz entsteht erst mit Antritt der Reise, der nun nicht mehr möglich war.

Anders sah es bei der Reiserücktrittsversicherung aus, die den höheren Beitragsanteil ausmacht, denn der Versicherer hat bis zur Absage tatsächlich ein Risiko getragen. Hier galt es jedoch zunächst genau zu prüfen, ob der Beschwerdeführer die Prämie noch innerhalb der Widerrufsfrist zurückgefordert hatte oder es an einer ordnungsgemäßen Belehrung über das Widerrufsrecht fehlte. Nach entsprechendem Hinweis des Ombudsmanns half ein betroffener Versicherer diesen Beschwerden ab und erstattete auch den Beitrag zur Reiserücktrittsversicherung. Weiter erklärte er, seine Antragsunterlagen auf die Hinweise des Ombudsmanns hin überarbeiten zu wollen.

In einigen Verfahren zu Einmalversicherungen boten die Versicherer von sich aus die Umbuchungsmöglichkeit auf spätere Reisen oder auch Teilerstattungen des Beitrags zur Reiserücktrittsversicherung an. Wenn sie hierzu nicht bereit waren oder der Beschwerdeführer damit nicht einverstanden war, konnten sie jedoch nach Auffassung des Ombudsmanns aus folgenden Gründen zu einer Erstattung der Prämie zur Reiserücktrittsversicherung nicht verpflichtet werden: Versicherungsschutz aus der Reiserücktrittsversicherung besteht unmittelbar nach Abschluss des Versicherungsvertrages und Bezahlung der Versicherungsprämie. Das bedeutet, dass der Versicherer ab diesem Zeitpunkt das Risiko absichert, dass die Reise aufgrund eines versicherten Rücktrittsgrundes nicht angetreten werden kann, und das unabhängig von der Höhe etwaiger Stornokosten. Die Stornostaffeln werden zwischen dem Reisenden und dem Reiseveranstalter ohne Einbeziehung des Versicherers vereinbart. Die Reise hätte vom Beschwerdeführer bis zur Reiseabsage durch den Veranstalter aufgrund eines versicherten Ereignisses, etwa einer Unfallverletzung oder unerwartet schweren Erkrankung, storniert werden können, wofür der Versicherer eintrittspflichtig gewesen wäre. Für



die Übernahme dieses Risikos steht ihm die vereinbarte Versicherungsprämie zu. Fällt das versicherte Risiko nach Versicherungsbeginn weg, steht dem Versicherer nach § 80 Absatz 2 VVG die Prämie zu, die er hätte beanspruchen können, wenn die Laufzeit von vornherein beschränkt gewesen wäre. Die Berechnung der dem Versicherer zustehenden Prämie richtet sich dabei nach dem Geschäftsüblichen. Im Reiseversicherungsrecht bestimmt sich die Höhe der vom Versicherungsnehmer zu entrichtenden Prämie in der Regel nach dem Preis der abzusichernden Reise. Demnach kostet eine unmittelbar vor Reisebeginn abgeschlossene Versicherung grundsätzlich dasselbe wie eine bereits Monate vor dem eigentlichen Reisebeginn beantragte Versicherung. Das hat zur Folge, dass der Versicherer die volle Prämie verlangen kann, weil er auch eine vergleichbare Kurzversicherung nur gegen dieselbe Prämie abgeschlossen hätte.

Bei einer Jahresversicherung blieb dem Ombudsmann nur, die Beschwerdeführer auf die ordentliche Kündigungsmöglichkeit hinzuweisen, wenn der Versicherer am Vertrag festhielt. Zum Teil waren die Versicherer zumindest bereit, die Versicherungssumme herabzusetzen oder den Vertrag ruhend zu stellen, weil Reisen ins Ausland auf längere Sicht nicht mehr ohne Weiteres möglich waren. In den zu prüfenden Fällen konnte nicht festgestellt werden, dass das versicherte Interesse vollständig und dauerhaft entfallen oder ein Festhalten am Vertrag bis zum Ablauf der Kündigungsfrist unzumutbar gewesen wäre.

■ Vermittlerbeschwerden

Im Berichtsjahr erreichten den Ombudsmann insgesamt 298 (Vorjahr: 261) Beschwerden, die auf der Grundlage der VermVO zu prüfen waren. Damit blieb der Beschwerdeeingang der als Vermittlerbeschwerden registrierten Vorgänge auf dem niedrigen Niveau der Vorjahre. Typisch für die hier betrachteten Vermittlerbeschwerden ist der hohe Anteil an Eingaben, die nicht in das Stadium der Zulässigkeit gelangten (zu den Verfahrensvoraussetzungen vgl. § 2 VermVO sowie unter 4.4). Waren im Vorjahr bei 45 Prozent die Zulässigkeitskriterien erfüllt, sank der Wert im Jahr 2020 auf 36 Prozent.

Für Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsvermittler gelten andere Verfahrensregeln als für die Verfahren gegen Versicherungsunternehmen (siehe auch unter 1.5 und 4.4). Das Vermittlerverfahren beruht auf der gesetzlichen Grundlage des § 214 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 VVG; danach kommen dem Ombudsmann jedoch nicht die gleichen Kompetenzen zu, wie sie ihm die Mitgliedsunternehmen in der Vereinssatzung eingeräumt 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 seinem Vortrag. Allerdings ist bei Verbrauchern auch deren wohlverstandenes Interesse zu berücksichtigen, da sie in Rechts- und Verfahrensfragen häufig Unterstützung benötigen. Dementsprechend bedarf das genannte Beschwerdeziel gelegentlich der Auslegung. Geht es in der Beschwerde um die Vermittlung eines Vertrages durch einen

gebundenen Vermittler oder einen Versicherungsvermittler mit Erlaubnis nach § 34d Absatz 1 GewO, dessen Handeln dem Versicherer zuzurechnen ist, wird in aller Regel nur ein Verfahren nach der VomVO durchgeführt. Dies gilt nicht, wenn der Beschwerdeführer ausdrücklich ein Verfahren nur oder auch gegen den Vermittler persönlich wünscht (etwa wegen dessen behaupteten anstößigen Verhaltens). Das Verfahren nach der VomVO hat Vorteile für die Beschwerdeführer, insbesondere weil der Ombudsmann bis zu einem Beschwerdewert von 10.000 Euro eine verbindliche Entscheidung gegen den Versicherer treffen kann. Außerdem kann er dem Versicherer vorgeben, ein bereits eingeleitetes Mahnverfahren für die Dauer des Ombudsmannverfahrens auszusetzen. Andererseits unterliegt der Zugang zum Verfahren nach der VermVO weniger Beschränkungen. So sind zum Beispiel nicht nur Verbraucher beschwerdebefugt, sondern alle Versicherungsnehmer. Auch eine Beschwerdeobergrenze kennt das Vermittlerverfahren nicht.

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

Einen inhaltlichen Schwerpunkt der Vermittlerbeschwerden bildeten, wie auch in den Jahren zuvor und wohl nicht überraschend, Beanstandungen der Beratung sowie der Vermittlung nicht benötigter Versicherungsverträge oder von nicht passendem Versicherungsschutz. Diese Beschwerden waren überwiegend verbunden mit dem Ziel, die betreffenden Verträge rückabzuwickeln. Eine geringere Anzahl von Beschwerden war auf den Ausgleich eines geltend gemachten Schadens gerichtet. Im Vermittlerverfahren bezieht sich erfahrungsgemäß der Vorwurf der Falschberatung verhältnismäßig oft auf eine Lebens- oder Kfz-Versicherung. Weitere Beschwerden betrafen ungenügende Informationen; auch ging es den Beschwerdeführern um Fragen des Datenschutzes und um die Herausgabe von überlassenen Unterlagen.

Weiterhin gingen Beschwerden gegen Versicherungsmakler, die nach der Rechtsprechung im Lager des Versicherungsnehmers stehen ein. Lässt sich ein Ver-



sicherungsinteressent von einem Versicherungsmakler beraten, darf er davon ausgehen, dass dieser seine Empfehlung auf eine ausreichende Produktkenntnis stützt. Im Ergebnis soll die Empfehlung zu einem Vertrag führen, der den Interessen des Versicherungsnehmers am ehesten entspricht. Noch entscheidender 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 Versicherungsmakler vom Verbraucher unter anderem deswegen eingeschaltet werden, weil sie sich auf ihre eigene Risikobeurteilung nicht verlassen möchten, darf sich der Versicherungsmakler nicht allein damit begnügen, zur Deckung des ihm aus dem konkreten Anlass erkennbar werdenden Risikos ein Produkt vorzuschlagen. Er muss darüber hinaus aufgrund seiner Expertentstellung die Risikosituation gründlich untersuchen und dabei insbesondere erkennen, in welchen Punkten eine individuelle Ausrichtung des Versicherungsschutzes erforderlich ist, ggf. nach vorheriger Absprache mit dem und Befragung des Versicherungsinteressenten.

Auch im Berichtsjahr kam es wieder vor, dass der Ombudsmann Beschwerdeführern den Unterschied in der rechtlichen Stellung von Maklern (§ 59 Absatz 3 VVG) und Versicherungsvertretern (§ 59 Absatz 2 VVG) erläutern musste. Zwar musste den Beschwerdeführern, wie allen Versicherungsinteressenten, die Erstinformation des Vermittlers nach § 15 Absatz 1 VersVermV ausgehändigt werden; jedoch geht damit nicht unbedingt ein Verständnis der Rechtsposition des Beratenden einher.

Die Informations- und Beratungspflichten gelten auch für Betreiber von Websites. Der Anwendungsbereich wurde auf den Internetvertrieb, Internetportale und sogenannte Vergleichsportale ausgeweitet. Da die Begriffsdefinitionen für Versicherungsvertreter und Makler nicht ohne Weiteres den Betreiber einer Website betreffen, wurde in § 59 Absatz 1 VVG eine Regelung eingefügt, wonach Versicherungsvermittler auch ist, wer eine Vertriebstätigkeit i. S. v. § 1a Absatz 2 VVG ausführt, ohne dass die Voraussetzungen von § 59 Absatz 2 oder 3 VVG vorliegen. Für den Betreiber einer Website gelten damit alle Regelungen des VVG, denen Versicherungsvermittler unterliegen, insbesondere auch die Beratungs- und Dokumentationspflichten nach § 61 VVG. Zunehmend erreichen den Ombudsmann Beschwerden, die sich auf eine Vermittlung über häufig verwendete Internet-Vergleichsportale beziehen.

Wie jedes Jahr seit der gesetzlichen Einführung der Dokumentationspflicht muss auch für das Berichtsjahr festgestellt werden, dass dieser Pflicht jedenfalls in den Beschwerdefällen häufig nicht ausreichend Rechnung getragen wurde. Insbesondere zeigte sich wiederholt, dass die entsprechenden Formblätter oft schematisch ausgefüllt wurden, also ohne auf die konkrete Lage des Antragstellers Bezug zu nehmen.

2.7 Beschwerdefälle

Nachfolgend wird von einzelnen Beschwerdeverfahren berichtet, die der Ombudsmann im Jahr 2020 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.



Hausratversicherung

Wodurch wurde das Magnetron zerstört?

Eine Versicherungsnehmerin wollte ihre selbstgenähte Mund-Nasen-Schutzmaske mit einem Nasenbügel aus Metall durch Erhitzen in der Mikrowelle desinfizieren. Dabei geriet die Maske in Brand. Den konnte die Versicherungsnehmerin zwar löschen, jedoch funktionierte danach die Mikrowelle nicht mehr. Die Versicherungsnehmerin ging davon aus, dass der Brand ihren Mikrowellenherd irreparabel beschädigt habe und somit ein versicherter Brandschaden vorliege.

Das Versicherungsunternehmen beauftragte einen Sachverständigen, der den Schaden vor Ort begutachtete. Dieser kam zu dem Schluss, dass das Magnetron (Bauteil, das die Mikrowellen erzeugt) des Geräts zerstört worden sei. Es sei allerdings nicht durch den Brand der Maske, sondern durch das in der Maske integrierte Metall bzw. die dadurch entstandenen Funken „elektrisch beschädigt“ worden. Daraufhin lehnte der Versicherer eine Regulierung ab. Der Schaden sei nicht durch eine versicherte Gefahr verursacht worden.

Die Beschwerdeführerin zweifelte das Gutachten des Sachverständigen an und schaltete den Ombudsmann ein. Zwar wird in der Schlichtungsstelle in technischen Fragen weder eigene Fachkompetenz vorgehalten, noch kann ein Gutachter beauftragt werden. Allerdings prüft der Ombudsmann vorgelegte Gutachten auf Schlüssigkeit, offensichtliche Fehler und sachfremde Erwägungen. Nachdem insoweit keine Auffälligkeiten erkennbar waren, konnte der Ombudsmann die Beschwerdeführerin nur auf die Beweislast hinweisen, wonach sie den Brand als Schadenursache zu belegen habe. Ein solcher Nachweis war nicht erbracht, sodass die Entscheidung des Versicherers nach Aktenlage nicht zu beanstanden war.

Sonstige – hier: Reiseversicherung

Von der Schwierigkeit, in Corona-Zeiten ärztliche Nachweise zu erbringen

Der Beschwerdeführer und seine Ehefrau stornierten aus gesundheitlichen Gründen am 6. März 2020 ihre Reise nach Mallorca, die für die Zeit vom 7. bis 14. März 2020 geplant war. Der Versicherer lehnte es ab, die Stornokosten zu übernehmen, weil die Ehefrau des Beschwerdeführers erstmals am 9. März 2020 einen Arzt aufgesucht hatte.

In der Tat halten die Gerichte ein Attest, das – wie hier – erst Tage nach der Stornierung ausgestellt wurde, in der Regel für nicht geeignet, um auf den Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Stornierung zu schließen. Allerdings ist die Nachweisbarkeit auch bei einem späteren Arztbesuch nicht gänzlich ausgeschlossen. Daher schrieb der Ombudsmann den Versicherer noch einmal an. Der Beschwerdeführer hatte plausibel und glaubhaft vorgetragen, dass es seiner Ehefrau bereits am Freitagnachmittag, dem 6. März 2020, sehr schlecht ging. Sie hatte hohes Fieber und starken Husten. Es sei ihr nicht möglich gewesen, noch an diesem Tag und am Wochenende ihren Arzt oder den kassenärztlichen Notdienst zu erreichen. Aufgrund des nicht lebensbedrohlichen Zustandes und

der sich ausbreitenden COVID-19-Pandemie und der damit verbundenen Empfehlung des Bundesministeriums für Gesundheit hätten sie von einem Besuch in der Notaufnahme des Krankenhauses abgesehen. Als examinierte Krankenschwester verfüge die Ehefrau des Beschwerdeführers zudem über medizinische Kenntnisse. Erst am Montag, dem 9. März 2020, suchte sie ihren Arzt auf. Es wurde mittels eines Abstrichs eine Influenza A diagnostiziert. Sie wurde umgehend vier Wochen krankgeschrieben.

Aufgrund der am Montag nachgewiesenen Influenza A lag es nahe, dass diese auch schon am Freitag zuvor bestanden hatte und Grund für die Stornierung war. Der Arzt bestätigte in einem späteren Attest den schnellen Beginn und die Heftigkeit der Symptomatik sowie die schwere Erreichbarkeit eines Hausbesuchsdienstes aufgrund der Corona-Hochphase. Der Beschwerdeführer geriet demnach nicht aus eigener Entscheidung in Beweisnot, sondern aufgrund der allgemein bekannten und überall vorherrschenden Ausnahmesituation.

Der Versicherer entschied sich, die Stornokosten von 838,00 Euro im Wege der Kulanz zu erstatten.

Der Beschwerdeführer reagierte mit einer Danksagung: „Da die Stornokosten bereits vom Versicherer erstattet worden sind, möchte ich mich hiermit auch im Namen meiner Ehefrau recht herzlich bei Ihnen und Ihrem Team für die Hilfe in unserem Fall bedanken. Es war das erste Mal, dass wir uns auf diesem Wege Hilfe gesucht haben, und wir sind wirklich begeistert. Super Service und völlig unkompliziert – schön, dass es so etwas in Deutschland noch gibt. Ich wünsche Ihnen und Ihrem Team für die Zukunft alles Gute und viel Erfolg.“

Rechtsschutzversicherung

Streit in ursächlichem Zusammenhang mit der Partnerschaft?

In einer Partnerschaft werden gern gemeinsame Anschaffungen und Geschenke gemacht oder der finanziell schwächere Partner wird unterstützt. Nach Beendigung der Partnerschaft gibt es oftmals Streit darüber, ob Rückzahlungsansprüche bestehen oder wer welche Gegenstände behalten kann. Dabei kann es sogar zu körperlichen Auseinandersetzungen kommen.

Ein solcher Vorwurf wurde in einem Beschwerdefall erhoben. Die Versicherungsnehmerin machte Schmerzensgeldansprüche gegenüber ihrem ehemaligen Lebenspartner geltend. Dieser habe ihr so schwerwiegende Verletzungen zugefügt, dass sie im Krankenhaus stationär habe behandelt werden müssen. Für die Verfolgung der Ansprüche wollte sie Deckungsschutz.

In den gängigen Allgemeinen Bedingungen für die Rechtsschutzversicherung (ARB) findet sich ein Risikoausschluss, der Streitigkeiten zwischen Lebenspartnern vom Versicherungsschutz ausnimmt, die in ursächlichem Zusammenhang mit der Partnerschaft stehen. Das gilt auch nach deren Beendigung. Diesen Risikoausschluss machte der Versicherer geltend.



Das Verständnis des ursächlichen Zusammenhangs mit der (beendeten) Lebenspartnerschaft ist am Zweck des Risikoausschlusses auszurichten. Die Auseinandersetzung muss typisch für (ehemalige) Lebenspartner sein; es muss sich ein Risiko verwirklichen, das jede Person in einer Lebenspartnerschaft eingeht. Der erforderliche Zusammenhang fehlt jedoch, wenn die Auseinandersetzung auch zwischen einander fremden Personen geführt werden könnte. Dann sind die Voraussetzungen des Risikoausschlusses nicht erfüllt.

Der Versicherer begründete seine Auffassung damit, dass die Schmerzensgeldklage kausal auf den Streit der früheren Partner um die Aufteilung des Hausstandes zurückzuführen sei. Streitigkeiten um die Aufteilung des Hausstandes seien typisch für beendete Partnerschaften. Damit erfasse der Ausschluss vorliegend die erhobenen Ansprüche aufgrund der Körperverletzung.

Bei dieser Argumentation hatte der Versicherer jedoch einen entscheidenden Aspekt aus den Augen verloren: Die konkrete Anspruchsverfolgung betraf die Schmerzensgeldklage, nicht den vorangegangenen Streit um den Hausstand. Ein solches auch strafrechtlich relevantes Verhalten ist keine typische Erscheinung einer bestehenden oder beendeten Partnerschaft. Damit muss bei Beendigung einer Partnerschaft nicht typischerweise gerechnet werden. Gewaltanwendung in diesem Zusammenhang unterscheidet sich nicht wesentlich von anderen Körperverletzungen zwischen einander fremden Personen. Daher war der Ausschlussbestand nicht erfüllt.

Der Versicherer ließ sich letztlich überzeugen und half der Beschwerde ab.

Hausratversicherung:

Eine Primär- oder vom Sekundärmarkt?

Dem Beschwerdeführer wurde 2019 seine wertvolle Rolex-Uhr geraubt, die er wenige Monate zuvor von seinem Vater zum Schulabschluss geschenkt bekommen hatte. Für das Uhrenmodell bestehen lange Wartezeiten, weil es besonders begehrt ist. Der Vater hatte sieben Jahre gewartet, bis er die Uhr zum Listenpreis von 11.300 Euro erhalten hatte.

Der Versicherer erstattete den geltenden Listenpreis. Der Versicherungsnehmer hielt dagegen, das entwendete Modell sei im freien Handel zum Listenpreis aktuell nicht erhältlich; die durchschnittliche Wartezeit betrage rund acht Jahre. Er war der Ansicht, dass der durchschnittliche Preis der Uhr auf dem Sekundärmarkt als Wiederbeschaffungswert herangezogen werden müsse, der bei ungefähr 25.000 Euro liege.

Die anwaltlich vertretene Beschwerdegegnerin bestritt sowohl den genannten Wiederbeschaffungspreis als auch die durchschnittliche Wartezeit von acht Jahren. Im Übrigen seien Lieferengpässe das Risiko des Versicherungsnehmers. Sie schulde nicht die Wiederbeschaffung des konkreten Uhrenmodells, sondern den Wiederbeschaffungswert von Sachen gleicher Art und Güte. Nach Angabe des von ihr beauftragten Sachverständigen gebe es andere Uhrenmodelle des Herstellers, welche dem entwendeten Modell voll entsprächen und kurzfristig für

einen Neupreis von 11.300 Euro erworben werden könnten. Auf die Anregung eines Vergleichsschlusses durch den Ombudsmann ging die Beschwerdegegnerin während des Verfahrens nicht ein.

Nach den Versicherungsbedingungen bestimmt sich die zu leistende Entschädigung nach dem Wiederbeschaffungspreis von Sachen gleicher Art und Güte in neuwertigem Zustand (Neuwert). Der sogenannte Listenpreis konnte aus Sicht des Ombudsmanns für die Bestimmung des Wiederbeschaffungswertes nicht maßgeblich sein, denn für diesen Preis war die entwendete Uhr auf absehbare Zeit nicht zu beschaffen. Schon weil der Beschwerdeführer die entwendete Uhr offensichtlich im Alltag genutzt hatte, war für ihn ein mehrjähriges Zuwarten nicht zumutbar.

Darüber hinaus sprach viel dafür, dass der Beschwerdeführer nicht auf ein anderes Uhrenmodell verwiesen werden konnte. Wie wichtig ihm und seinem Vater gerade das streitgegenständliche Modell war, ergab sich bereits daraus, dass der Vater darauf sieben Jahre gewartet hatte. Vor diesem Hintergrund dürfte sich ein Versicherungsnehmer, insbesondere wenn es sich um ein persönliches Geschenk des Vaters zum Schulabschluss handelt, nicht auf ein anderes Modell verweisen lassen müssen, zumal dessen Wert auf dem Sekundärmarkt weit unterhalb des Marktwertes der entwendeten Uhr liege.

Allerdings wurden mit dieser Beschwerde grundsätzliche Rechtsfragen aufgeworfen, zu denen keine Rechtsprechung bekannt und somit die Rechtslage insgesamt nicht eindeutig war. Darüber hinaus war es dem Ombudsmann nicht möglich, den exakten Wiederbeschaffungswert des entwendeten Uhrenmodells auf dem Sekundärmarkt zu bestimmen. Das sprach gegen eine Entscheidung. Auf der Grundlage aktueller Angebote in den einschlägigen Verkaufsportalen im Internet und des dargelegten Prozessrisikos unterbreitete der Ombudsmann daher einen das Verfahren abschließenden Schlichtungsvorschlag zur Zahlung weiterer 7.500 Euro, den erfreulicherweise beide Beteiligten annahmen.

Kfz-Kaskoversicherung

Das laufende Versicherungsjahr eines Fahrzeugs

Der Versicherer nahm unter anderem eine rückwirkende Beitragsanpassung wegen des Überschreitens der vereinbarten jährlichen Fahrleistung vor. Diese begrenzte er jedoch nicht auf das laufende Versicherungsjahr, da er davon ausging, dass es auch in den Jahren zuvor zu Überschreitungen gekommen war. Nach Auffassung des Ombudsmanns war durch den Wortlaut der Bedingungen die rückwirkende Beitragsanpassung jedoch auf das laufende Versicherungsjahr begrenzt. Es wurde daher eine Abhilfe angeregt und dem Versicherer hierzu erläutert:

„Die in den Versicherungsbedingungen gewählte Formulierung ‚laufendes Versicherungsjahr‘ ist insofern eindeutig, auch nach dem Verständnis eines durchschnittlichen, die Bedingungen aufmerksam lesenden Versicherungsnehmers. Ein laufendes Versicherungsjahr kann sich daher nicht auf ein bereits abgeschlossenes Jahr beziehen, auch wenn, wie Sie ausführten, der Zeitpunkt der Ursache für die Feststellung der Überschreitung im bereits abgeschlossenen Versiche-



rungsjahr liegt. Sie hätten jedenfalls mit Kenntniserlangung im Jahr zuvor die Möglichkeit gehabt, von Ihrem Beitragsanpassungsrecht Gebrauch zu machen. Wenn Sie hiervon absehen, führt dieser Aspekt zumindest nicht dazu, dass Ihnen das Beitragsanpassungsrecht auch noch im folgenden Jahr rückwirkend zum vorherigen, abgeschlossenen Versicherungsjahr zusteht.“

Der Versicherer hielt seine Auffassung daraufhin nicht mehr aufrecht.

Privathaftpflichtversicherung

Der indisponierte Hund

Der Hund des Beschwerdeführers erbrach sich bei Freunden auf den Teppich. Der Versicherer lehnte die Deckung ab und verwies auf die Tierhalterhaftung nach § 833 BGB. Man müsse zwischen einem willkürlichen und einem natürlichen Tierverhalten unterscheiden. Der Tierhalter müsse nur für Schäden einstehen, die sich aufgrund der spezifischen Tiergefahr ergeben. Bei einer natürlichen Ausscheidung des Tieres handele es sich nicht um ein willkürliches, sondern um ein natürliches Verhalten. Um hierfür Versicherungsschutz zu erhalten, hätte der Beschwerdeführer, so der Versicherer weiter, die Deckungserweiterung „Tierische Ausscheidungen“ vereinbaren müssen. Dem konnte der Ombudsmann nicht zustimmen. Die folgende Nachfrage führte zur Abhilfe:

„Die Unterscheidung zwischen willkürlichem und natürlichem Verhalten von Tieren im Hinblick auf eine Halterhaftung gemäß § 833 BGB gilt als überholt (OLG Karlsruhe, VersR 1995, 927; LG Dortmund, Urteil vom 05.03.2012, Az.: 5 O 324/11). Der Grund für die Haftung des Tierhalters liegt in der Unberechenbarkeit tierischen Verhaltens und der dadurch hervorgerufenen Gefährdung von Rechtsgütern Dritter. In dem der Entscheidung des OLG Karlsruhe zugrunde liegenden Fall hatte der Hund auf einen Teppich uriniert. Meines Erachtens erwartet ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer auch für eine Konstellation wie vorliegend Versicherungsschutz aus einer Tierhalterhaftpflichtversicherung. Dass ein Risikoausschluss bezüglich der Ausscheidungen von Tieren bestehen soll, ergibt sich aus den Vertragsunterlagen nicht mit der erforderlichen Sicherheit.“

Sonstige – hier: Reiseversicherung

Reiseabbruch: Corona als Elementarereignis?

Der Beschwerdeführer verbrachte mit seiner Ehefrau seinen Urlaub auf Madeira, als er in der Nacht vom 16. auf den 17. März 2020 plötzlich unmissverständlich vom Hotel aufgefordert wurde, die Insel am selben Tag zu verlassen. Das Hotel wurde am 17. März geschlossen.

Da die Fluggesellschaft, mit der der Rückflug geplant war, den Flugbetrieb nach Madeira eingestellt hatte, mussten sich die Eheleute selbst um einen Rückflug kümmern. Es gelang ihnen, mit dem letzten Rückflug am 17. März 2020 nach Deutschland zu kommen. Den Rest der Heimreise fuhren sie mit dem Zug. Der Versicherer lehnte es ab, die Reiseabbruchkosten zu übernehmen, denn es liege kein versichertes Ereignis vor. Der Beschwerdeführer war damit nicht einverstanden. Die Pandemie sei ein Naturereignis im Sinne der vereinbarten Versicherungsbedingungen.

Dieser Ansicht konnte sich der Ombudsmann nicht anschließen. Nach den für die Prüfung heranzuziehenden Versicherungsbedingungen erstattet der Versicherer die Mehrkosten der außerplanmäßigen Rückreise, wenn die versicherte Reise wegen Feuer oder wegen eines „Elementarereignisses“ nicht planmäßig beendet werden kann. Was darunter zu verstehen ist, legen die Bedingungen nicht fest. Nach allgemeinem Verständnis handelt es sich um bestimmte Wetter- und Klimabedingungen, die Schäden verursachen können. Elementarereignisse werden häufig sprachlich gleichgesetzt mit „Naturkatastrophen“. Auch hierbei handelt es sich nicht um Krankheiten, sondern um die Folge eines (örtlich begrenzten) Naturereignisses, das ohne Zutun eines Lebewesens vonstattengeht, wie etwa eines Tsunamis, Hurrikans oder Vulkanausbruchs. Nach der Definition des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe, die im Glossar auf dessen Homepage zu finden ist, wird eine Naturkatastrophe als ein Naturereignis beschrieben, das zu einem Schaden führt und das nicht mit den Mitteln der alltäglichen Gefahrenabwehr bewältigt werden kann. Pandemien und Epidemien sind zwar eines natürlichen Ursprungs, aber nach diesem Verständnis keine Naturkatastrophen.

Der Beschwerdeführer meldete sich nach der entsprechenden Erläuterung durch den Ombudsmann noch einmal und bedankte sich für die kompetente und für ihn nachvollziehbare Erklärung. Er betonte, dass er sich eine ebenso ausführliche Beantwortung seiner Schadensmeldung vom Versicherer gewünscht hätte.

Lebensversicherung

Beitragsfreistellung wirkt sich auf die Todesfallleistung aus

Die Beschwerdeparteien waren über die Leistungen aus einem Lebensversicherungsvertrag unterschiedlicher Meinung.

Dem lag folgender Sachverhalt zugrunde: Zu Lebzeiten räumte die Versicherungsnehmerin der Beschwerdeführerin eine Vertretungsbefugnis ein. Als Vertreterin wandte sich diese an den Versicherer mit der Aufforderung, den Vertrag bis auf „Widerruf (bis auf Weiteres) beitragsfrei“ fortzuführen. Der Versicherer erstellte



daraufhin einen Nachtrag über die Beitragsfreistellung mit entsprechend herabgesetzter Versicherungssumme und machte eine spätere Wiederinkraftsetzung von einer erneuten Gesundheitsprüfung abhängig. In der Folge verlangte die Versicherungsnehmerin keine beitragspflichtige Fortführung des Vertrages mehr.

Nach dem Tod der Versicherungsnehmerin machte die Beschwerdeführerin als deren Erbin Leistungen aus der Lebensversicherung geltend. Sie verlangte vom Versicherer die Auszahlung der ursprünglich vereinbarten Todesfalleistung. Dieser war jedoch nur zur Zahlung der nach der Beitragsfreistellung herabgesetzten Versicherungssumme bereit.

Das Umwandlungsverlangen nach § 165 VVG ist eine einseitige empfangsbedürftige Willenserklärung mit rechtsgestaltender Wirkung. Weil jederzeit Klarheit über Bestand und Umfang des Versicherungsschutzes bestehen muss, wird die Umwandlung nach ständiger höchst- und obergerichtlicher Rechtsprechung nur dann als wirksam beantragt angesehen, wenn sich aus der Erklärung klar und eindeutig der Wille ergibt, dass die Versicherung in eine prämienfreie umgewandelt werden soll.

Mit der vorliegenden Erklärung dürfte nicht der Wille zur endgültigen Beitragsfreistellung zum Ausdruck gekommen sein. Wenn die Versicherungsnehmerin zu Lebzeiten eine beitragspflichtige Fortführung ohne erneute Gesundheitsprüfung gewünscht hätte, wäre dies möglicherweise durchsetzbar gewesen. Es erschiene jedoch unbillig, wenn die Beschwerdeführerin nach dem Tod der Versicherungsnehmerin eine Todesfalleistung verlangen könnte, die sich nur bei beitragspflichtiger Fortführung des Vertrages ergeben hätte, zu der es jedoch nie kam. Schließlich war zumindest eine vorübergehende Beitragsaussetzung gewünscht.

Auch wenn man, wie etwa das OLG Hamm, § 5 VVG anwendet, wäre vorliegend die Beschwerde nicht begründet. Danach gilt bei Abweichungen zwischen Versicherungsschein bzw. Nachtrag und Antrag, dass der Vertrag als mit dem Inhalt des Antrags des Versicherungsnehmers geschlossen gilt, wenn der Versicherer auf die Abweichung nicht in der gebotenen Form hingewiesen hat. Hier wich der Nachtrag aber nur insoweit von dem von der Versicherungsnehmerin erklärten Willen ab, als eine spätere Wiederinkraftsetzung nicht allein im Belieben des Versicherungsnehmers stehen, sondern von einer Gesundheitsprüfung abhängig gemacht werden sollte. Der Wunsch nach beitragspflichtiger Wiederinkraftsetzung des Vertrages wurde zu Lebzeiten nicht erklärt, sodass die Abweichung hiernach ohne praktische Folgen geblieben wäre. Dem Ombudsmann blieb nur, diese Problematik der Beschwerdeführerin zu erläutern.

Gebäudeversicherung

Inlinerverfahren oder Aufgraben?

Die Beschwerdeführerin bemerkte, dass das Abwasser in ihrem Gebäude schlecht ablief. Durch eine Rohrinspektion mit Kamera auf einer Länge von 14,30 Metern wurden in der Abwasserleitung außerhalb des Gebäudes Brüche und Absackungen festgestellt. An mehreren Stellen waren Risse vorhanden. Es wurde empfohlen, den Kanal auf einer kürzeren Strecke neu zu verlegen. Dafür wurden Kosten von circa 12.000 Euro veranschlagt. Bruchschäden an Ableitungsrohren auf dem Versicherungsgrundstück waren bis zu einem Betrag von 10.000 Euro versichert.

Der vom Versicherer beauftragte Prüfdienstleister gelangte zu der Einschätzung, dass die Reparatur der Bruchstellen zweimal per Inlinerverfahren und einmal durch den Austausch eines PVC-Rohres in offener Bauweise hätte durchgeführt werden können. Bei dem Inlinerverfahren wird ein Kunststoffschlauch im Bereich der Bruchstelle in das Rohr eingebracht und anschließend gegen die Innenwand gedrückt und ausgehärtet. Durch diese Maßnahme entfallen die Kosten für das Freilegen und den Austausch der beschädigten Rohrleitung (Öffnen des Bodenbelages, Erstellen und Zuschütten der Baugrube, Reparatur der Bruchstelle, Wiederherstellen des Bodenbelages). Der Versicherer hatte daraufhin zunächst einen Betrag von 4.100 Euro reguliert. Nach einer erneuten Prüfung bot er eine weitere Zahlung von 2.900 Euro unter der Voraussetzung an, dass damit alle Ansprüche abgegolten seien. Damit war die Beschwerdeführerin nicht einverstanden.

Den Ombudsmann überzeugte die Einschätzung des Prüfdienstleiters nicht. Zum einen konnte er nicht nachvollziehen, welche Bruchstellen nach Ansicht des Dienstleiters mittels Inliner und welche mittels Kopfloch hätten repariert werden können. Dies war deshalb von Interesse, weil in dem Angebot der Tiefbaufirma zur Reparatur des vorhandenen Kanals zwischen dem Öffnen einer Bitumenfläche (Arbeiten im Straßenbereich) und dem Aufnehmen von gepflasterten Flächen unterschieden wurde und die hierfür kalkulierten Kosten voneinander abwichen. Zum anderen war anhand der zur Verfügung gestellten Unterlagen nicht zu erkennen, ob in dem Bereich der festgestellten Brüche Absenkungen der Rohrleitung vorhanden waren. In diesem Fall wäre eine Inlinerreparatur keine geeignete Reparaturmaßnahme gewesen, da aufgrund des vorhandenen Versatzes ein ordnungsgemäßes Abfließen des Abwassers nach der Sanierung nicht zu erwarten gewesen wäre. Auf die entsprechenden Fragen des Ombudsmanns hin erklärte sich der Versicherer ohne weitere Diskussionen bereit, bis zur vereinbarten Höchstentschädigung von 10.000 Euro zu leisten.



Sonstige – hier: Reiseversicherungsrecht

Seminaraufenthalt oder Fastenurlaub?

Die Beschwerdeführerin konnte aufgrund eines Unfalls bei der Anreise, bei dem sie sich eine Fraktur im Ellenbogengelenk zuzog, ihren gebuchten Fastenurlaub auf Sylt nicht antreten. Der Reiseveranstalter schlüsselte die Kosten auf der Stornorechnung in „Unterkunft und Seminar“ auf. Daraufhin zahlte der Reiserücktrittsversicherer nur die Hotelkosten, denn Seminare seien keine versicherten Reiseleistungen. Eine Seminarversicherung bestand nicht. Auch eine Bestätigung des Reiseveranstalters, dass es sich bei der Reise trotz der Verwendung des Begriffs „Seminar“ nicht um eine Lehrveranstaltung handle, diese sich vielmehr aus Sport, Wanderungen, Mahlzeiten und kurzen Vorträgen zusammensetzen würde, half nicht weiter. Der Versicherer wies noch einmal auf den Begriff „Seminar“ in der Rechnung hin und teilte mit, dass es nicht darauf ankomme, in welcher Körperhaltung oder Bewegungsart das Seminar abgehalten werde.

Nach Auffassung des Ombudsmanns waren alle Reiseleistungen vom Versicherungsschutz umfasst. Dies erläuterte er dem Versicherer folgendermaßen: Eine Reise im Sinne der vereinbarten Versicherungsbedingungen sei jede vorübergehende Abwesenheit der versicherten Person zu privaten Zwecken. Die Beschwerdeführerin wollte ihre Fastenreise ausschließlich für ihr eigenes Wohl für private Zwecke durchführen. Trotz der (unpassenden) Bezeichnung „Seminar“ seitens des Reiseveranstalters liege keine „Seminarreise“ im eigentlichen Sinne vor. Es habe sich nicht um eine Weiterbildungsmaßnahme gehandelt, bei der Lehrveranstaltungen im Fokus stehen. Vielmehr habe die Erholung und das begleitete, eigene Fasten, also das Wohl der Reisenden im Vordergrund gestanden. Die Bausteine Wanderungen, Sport, Mahlzeiten und kurze, das Fasten begleitende Vorträge seien keine Lehrveranstaltungen im Sinne eines Seminars.

Der Versicherer übernahm sodann den kompletten Rechnungsbetrag.

Hausratversicherung

Ein Toilettengang mit Folgen

Die kleine Tochter der Beschwerdeführerin stellte ihr Fahrrad vor einem Klettergerüst eines Schulhofes ab. Da sie dringend zur Toilette musste, konnte sie das Rad nicht mehr sichern und lief schnell die ungefähr 50 Meter nach Hause. Als sie nach ca. 15 Minuten wieder zurück zum Schulhof kam, war das Fahrrad nebst Helm verschwunden.

Der Versicherer lehnte eine Regulierung zunächst mit der Begründung ab, dass kein Versicherungsschutz bestanden habe, weil das Fahrrad nicht durch ein Schloss gesichert gewesen sei. Dies war jedoch keine vertragliche Voraussetzung für einen versicherten Fahrraddiebstahl, sondern lediglich eine vertragliche Obliegenheit. Im weiteren Verlauf der Vorkorrespondenz leistete der Versicherer eine Kulanzzahlung in Höhe von 200 Euro an die Beschwerdeführerin. Weiterhin berief er sich darauf, dass ein Diebstahl nicht nachgewiesen sei. Es sei durchaus denkbar, dass das Rad durch andere Kinder benutzt und an einem unbekannten

Ort wieder abgestellt worden sei. Eine solche Gebrauchsanmaßung stelle jedoch keinen versicherten Schadenfall dar.

Der Versicherungsvermittler, der die Beschwerdeführerin im Ombudsmannverfahren vertrat, forderte die Regulierung des gesamten Schadens in Höhe von 415,90 Euro sowie die Entlastung seines „Kulanzkontos“ um die bereits gezahlten 200 Euro. Der Ombudsmann erläuterte dem Vertreter, dass der Wunsch nach dem Ausgleich seines Kulanzkontos kein zulässiges Beschwerdeziel sei. Es betreffe nicht das Verhältnis zwischen den Beschwerdeparteien, nur die Differenz von 215,90 Euro könne eingefordert werden. Dann wandte er sich an den Versicherer, wies ihn darauf hin, dass eine Gebrauchsanmaßung reine Spekulation sei und empfahl ein Angebot zur Erledigung. Daraufhin bot der Versicherer die Zahlung von weiteren 120 Euro an. Die Beschwerdeführerin nahm den Vergleichsvorschlag an.

Unfallversicherung

Schlaf als Form der Bewusstseinsstörung?

Der Beschwerdeführer war im Schlaf aus dem Bett gefallen und hatte sich durch den Sturz verletzt. Der Versicherer lehnte seine Leistungspflicht aus der Unfallversicherung zunächst mit der Begründung ab, es habe eine die Leistungspflicht ausschließende Bewusstseinsstörung vorgelegen. Daraufhin erläuterte der Ombudsmann dem Versicherer,

„dass Geistes- und Bewusstseinsstörungen als erhebliche Störungen der Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit des Versicherten betrachtet werden, die auf Krankheit, Alkoholgenuss oder künstliche Mittel zurückzuführen sind (vgl. z.B. Grimm, AUB-Kommentar in 5. Auflage, Abschnitt 5 AUB, Randnummer 9 auf Seite 232). Geht man also von einem Krankheits- oder von der körperlichen Norm abweichenden Zustand aus, kann ich nicht erkennen, dass Schlaf als natürliche Erholungsphase als Bewusstseinsstörung betrachtet werden kann. Dies entspricht auch der herrschenden Meinung der Rechtsprechung (Grimm a. a. O. auf Seite 233 am Ende).“

Der Versicherer half daraufhin der Beschwerde ab.

Sonstige – hier: Reiseversicherungsrecht

Streitbeilegung nach Schraubendurchbruch

Die Großeltern wollten mit ihren Enkeln Anfang April 2020 für eine Woche in eine Ferienanlage nach Mecklenburg-Vorpommern fahren. Der Aufenthalt musste jedoch Anfang März 2020 abgesagt werden, weil der Großvater operiert werden musste. Der Versicherer lehnte es ab, die Stornokosten zu übernehmen. Er wandte ein, die Reise hätte bereits im Januar storniert werden müssen, wegen des Oberschenkelbruchs des Großvaters. Bereits ab diesem Zeitpunkt habe man nicht mehr hinreichend sicher mit dem Antritt der Reise rechnen können. Bei Stornierungen bis 90 Tage vor Abreise wären keine Stornogebühren angefallen.

Aus den von den Beschwerdeführern eingereichten Unterlagen ging hervor, dass die Reise nicht aufgrund des Oberschenkelbruchs, sondern wegen des Durchbruchs der Schenkelhalsschraube im Hüftgelenk storniert wurde. Deshalb wandte sich der Ombudsmann noch einmal an den Versicherer und führte aus: Sicherlich



hingen beide Ereignisse zusammen. Der Oberschenkelbruch sei den Unterlagen zufolge jedoch aufgrund der zunächst unproblematischen Operation überwunden gewesen. Die Reise habe erst drei Monate nach dem Unfall beginnen sollen. Auch wenn ein Patient mit Verschlechterungen und Komplikationen zu rechnen habe, sei doch zweifelhaft, ob dies noch sechs Wochen nach der Operation und einem unkomplizierten Heilverlauf bei einem Durchbruch der Schraube gelten könne. Unabhängig davon wären auch bei einer Stornierung gleich nach dem Unfall bei einer mindestens dreitägigen Überlegungsfrist, die Versicherten nach der Rechtsprechung zugesprochen werden kann, bereits Stornokosten angefallen.

Der Versicherer wies zwar ergänzend darauf hin, dass der Heilungsverlauf nicht so unproblematisch gewesen sei, wie dargestellt. Er erklärte sich dennoch dazu bereit, den Durchbruch der Schenkelhalsschraube als versichertes Ereignis anzuerkennen, und half der Beschwerde ab.

Sonstige – hier: Handyversicherung

Automatische Vertragsbeendigung nach zwei Versicherungsfällen?

Der Beschwerdeführer wandte sich an den Ombudsmann, um die Regulierung eines Handyschadens zu erreichen. Diese war mit der Begründung abgelehnt worden, sein Versicherungsvertrag bestehe gar nicht mehr. Nach der Regulierung von zwei Schadenfällen (Sturz und Raub des Gerätes) innerhalb von 12 Monaten sei der Vertrag entsprechend der Vertragsvereinbarungen nach dem zweiten Schadenfall automatisch erloschen. Hierüber habe man den Beschwerdeführer per SMS informiert. Der Beschwerdeführer bestritt, eine solche Nachricht erhalten zu haben. Hätte er vom Vertragsende gewusst, hätte er einen neuen Vertrag abgeschlossen.

Nach Sichtung der Unterlagen hatte der Ombudsmann Zweifel, dass die automatische Vertragsbeendigung nach der Regulierung des zweiten Schadenfalls innerhalb von zwölf Monaten für die versicherte Person aus den Vertragsunterlagen deutlich zu erkennen war. Er bat daher den Versicherer um Überprüfung seiner Entscheidung.

In den ausgehändigten Informationen zum Versicherungsschutz war unter der Überschrift „Laufzeit“ zunächst im Fettdruck hervorgehoben, dass die Versicherung eine „Mindestlaufzeit von 24 Monaten“ hat. Durch die Verwendung des Begriffs „Mindestlaufzeit“ muss der Kunde nicht unbedingt damit rechnen, dass es auch kürzere Laufzeiten gibt, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Die automatische Vertragsbeendigung nach einem Schadenfall überrascht und steht außerdem § 92 VVG entgegen, wonach für eine Beendigung in diesem Fall in der Regel eine Kündigung auszusprechen ist, die dem Vertragspartner zugeht. Zudem deutete nach dem zweiten Schadenfall aus Sicht des Beschwerdeführers nichts auf die Vertragsbeendigung hin, da er ein Ersatzgerät erhalten hatte.

Der Versicherer teilte daraufhin mit, dass er nach interner Absprache und im Erledigungsinteresse den Schadenfall regulieren werde. Zudem habe er den Vorgang intern zum Zweck der Prozessoptimierung weitergeleitet. Er arbeite daran, die Kündigung nach einem Schadenfall besser zu gestalten.

Privathaftpflichtversicherung

Den Versicherungsschutz abgegraben

Für die Beschwerdeführerin bestand für ein Neubauvorhaben eine Bauherrenhaftpflichtversicherung. Am Schadentag rutschten Erde vom Nachbargrundstück und Teile einer Hecke in die Baugrube. Der Versicherer stützte seine Deckungsablehnung auf eine vorsätzliche Schadenherbeiführung, für die nach dem Gesetz und den Versicherungsbedingungen kein Versicherungsschutz besteht. Baurechtliche Vorgaben seien nicht eingehalten worden. Insbesondere sei die Böschung aufgrund der beengten Platzverhältnisse zu steil angelegt. Es sei selbst für einen Laien erkennbar, dass zu steil abgegraben worden sei, sogar unterhalb der Hecke des Nachbarn. Ein Verbau der Baugrube auf dieser Seite wurde nicht vorgenommen. Diese Bewertung bestätigte sich nach Aktenlage, daher erging eine ablehnende Entscheidung:

„Auf den eingereichten Fotos ist erkennbar, dass die Baugrube steil bis an das Nachbargrundstück heranreicht. Auf die Frage des Versicherers, wer für die Sicherung verantwortlich war, haben Sie geantwortet, dass Sie diese zusammen mit Ihrem Ehemann als Bauherren in Eigenleistung vorgenommen haben. Der Versicherer hat in der Stellungnahme vom ... umfangreich erläutert, weshalb er von einem bewussten Weglassen von Sicherungsmaßnahmen ausgeht. Baurechtliche Vorgaben seien nicht eingehalten worden, Stellungnahmen des Bauleiters, des Tiefbauers oder sonstige Nachweise zur Standsicherheit der Böschung seien nicht eingereicht worden. Ferner bleibe es bei einem Höhenunterschied zum Grundstück des Nachbarn. Dass Kosten für eine Wiederherstellung der Standfestigkeit dieses Grundstücks anfallen, sei von Anfang an klar gewesen.

Vielleicht werde ich Ihnen mit dieser Entscheidung nicht gerecht und ich will nicht ausschließen, dass ein Gericht nach einer umfangreichen Beweisaufnahme, in der zum Beispiel auch Zeugen vernommen werden können, zu einem anderen Ergebnis kommt. Nach Aktenlage ist die Gefahrenlage für das Nachbargrundstück aber so offensichtlich gewesen, dass nicht nachvollziehbar erscheint, wie hier ohne professionelle Unterstützung auf ein Ausbleiben von Schäden vertraut werden konnte. Die Beweislast für Vorsatz liegt zwar beim Versicherer, aber es sind zumindest viele Fragen offen. Ich bitte um Verständnis, dass ich im Rahmen des vereinfachten Ombudsmannverfahrens keine Möglichkeit sehe, den Versicherer auf dieser ungesicherten Tatsachengrundlage zu einer Zahlung zu verpflichten.“

Gebäudeversicherung

Fachmännisch erstelltes Gartenhaus vs. selbstgebaute Hütte?

Das Gartenhaus, das der Versicherungsnehmer in Eigenleistung errichtet hatte, wurde durch einen Sturm zerstört. Der Versicherer erkannte die durch einen Kostenvoranschlag nachgewiesenen Wiederherstellungskosten dem Grunde nach an. Nach Vorlage der Reparatturrechnung wandte er jedoch ein, dass der Aufbau des Gartenhauses durch einen Fachbetrieb gegenüber der vorher in Eigenleistung erstellten Hütte eine Wertverbesserung darstelle, die sich der Beschwerdeführer anrechnen lassen müsse. Folglich übernahm er nicht den Rechnungsbetrag über 4.878,28 Euro, sondern setzte 63 Stunden Eigenleistung à 18,00 Euro zuzüglich



der Materialkosten an. Dies ergab eine Differenz zu Lasten des Beschwerdeführers in Höhe von 1.774,83 Euro.

Der Regulierungsentscheidung des Versicherers konnte sich der Ombudsmann nicht anschließen und bat um Überprüfung. Er wies darauf hin, dass bedingungsgemäß bei zerstörten Gebäuden die ortsüblichen Wiederherstellungskosten des Gebäudes unmittelbar vor Eintritt des Versicherungsfalls ersetzt werden. Die Bedingungen stellten nicht darauf ab, auf welche Art und Weise das Gebäude ursprünglich errichtet wurde. Maßgeblich seien allein die Wiederherstellungskosten unmittelbar vor Eintritt des Versicherungsfalls. Weiter wurde dem Versicherer erläutert, es sei nicht erkennbar, dass die von einem Handwerker im Verhältnis zu einer Privatperson erbrachten Arbeitsstunden als „höherwertig“ anzusehen seien und im Ergebnis zu einem Gebäude „besserer Art und Güte“ führen würden. Des Weiteren wurde auf das Urteil des BGH vom 20. Juli 2011 (IV ZR 148/10) verwiesen. Dort ging es um den Fall, dass ein durch Brand zerstörtes Gebäude in Eigenleistung wieder aufgebaut wurde. Der Versicherer zahlte den Zeitwertschaden, lehnte aber die Regulierung des Neuwertanteils mit der Begründung ab, die Klägerin habe nicht nachgewiesen, dass die Wiederherstellungskosten den Zeitwert überstiegen, der Wiederaufbau bleibe nach Art, Qualität und Umfang hinter dem ursprünglichen Gebäude zurück. Der BGH stellte klar, dass der Versicherungsnehmer einer Wohngebäudeversicherung die Neuwertentschädigung unabhängig davon beanspruchen kann, ob der tatsächliche Wiederherstellungsaufwand den abstrakt berechneten Neuwertschaden zumindest beinahe erreicht. Allein die Erbringung von Eigenleistungen, die die Baukosten reduzieren, rechtfertige es aus der Sicht des durchschnittlichen Versicherungsnehmers nicht, ihm die Neuwertentschädigung zu versagen, weil der Zweck der strengen Wiederherstellungsklausel, präventiv Missbrauch zu verhindern und die Versicherungsleistung an den Sachwert zu binden, bereits erreicht sei. Dem folgend könne im umgekehrten Fall, in dem der Versicherungsnehmer ursprünglich eine versicherte Sache in Eigenleistung errichtete, nach einem Totalschaden aber einen Fachbetrieb mit der Wiederherstellung beauftragte, nichts anderes gelten. Das überzeugte den Versicherer; er schloss sich der Auffassung an.

Sonstige – hier: Reiseversicherung

Pauschaler Wellnessurlaub?

Der Ombudsmann hatte sich in einer Beschwerde mit der Frage zu befassen, ob der über einen inzwischen insolventen Reiseveranstalter gebuchte Aufenthalt in einem Wellnesshotel im Inland mit im Reisepreis enthaltenen Wellnessanwendungen eine Pauschalreise im Sinne von § 651a BGB darstellt. Das hätte zur Folge, dass die Insolvenzabsicherung nach § 651r BGB greift. Der Reisenden war ein Sicherungsschein ausgehändigt worden. Der betroffene Versicherer bestritt jedoch, dass es sich um eine Pauschalreise gehandelt habe.

Eine Pauschalreise liegt vor, wenn der Reisevertrag eine Gesamtheit von mindestens zwei verschiedenen Arten von Reiseleistungen enthält. Diese müssen erheblich sein, wofür 25 Prozent des Gesamtwertes erreicht werden müssen. Es sprach einiges dafür, dass dies bei den Leistungen des enthaltenen Wellnessan-

gebotes der Fall war. Wellnessbehandlungen sind eine eigenständige touristische Leistung (siehe Erwägungsgrund 18 der EU-Pauschalreiserichtlinie 2015/2302 vom 25. November 2015). Neben einer im Buchungsangebot bereits enthaltenen Massage und einem Bad konnte der Gast nicht nur die hoteleigenen Wellness-einrichtungen nutzen, sondern auch den Spa-, Sauna- und Wellnessbereich eines drei Kilometer entfernten anderen Hotels derselben Kette. Darüber hinaus bestand die Möglichkeit, zweimal täglich an wechselnden Sportkursen teilzunehmen. Weiter wurde auf bereits vorab gebuchte Beauty- und Wellnessleistungen eine Ermäßigung von 10 Prozent gewährt.

Aber selbst wenn der Schwellenwert nicht erreicht worden sein sollte, galt es nach Ansicht des Ombudsmanns in der Gesamtschau festzustellen, dass die Wellnessanwendungen dennoch ein wesentliches Merkmal der Zusammenstellung waren und als solches vom Reiseveranstalter beworben wurden (§ 651a Absatz 4 Nummer 1 BGB). Es handelte sich um ein Wellnesshotel, das auf entsprechende Anwendungen ausgerichtet war. Darauf deutete bereits der Hotelname hin. Der erkennbare Zweck der Reise war ein Wellnessaufenthalt. Die Leistungen Massage, Bad, Sportkurse und die vielfältigen Nutzungsmöglichkeiten von Wellnessangeboten und -einrichtungen bestimmten den Aufenthalt im Wellnesshotel entscheidend mit. Hierin sah der Ombudsmann eine „besondere blickfangmäßige Anpreisung“, die über die bloße einfache Information zum Inhalt der touristischen Dienstleistung nach Art. 250 § 3 Nummer 1 EGBGB hinausging.

Der Ombudsmann schrieb den Versicherer daher noch einmal an und wies ergänzend darauf hin, dass die Reisende besonders schutzwürdig sei, nachdem ihr nach Buchung der Reise ein auf den Reiseveranstalter ausgestellter Sicherungsschein ausgehändigt worden war. § 651r BGB diene dem Ziel, den Verbraucher gegen Risiken zu schützen, die sich aus der Vorauszahlung des Reisepreises und aus der ungeklärten Aufteilung der Haftung zwischen dem Veranstalter und den verschiedenen Leistungsträgern ergaben. Er werde sich aufgrund des vom Veranstalter überreichten Sicherungsscheins in Sicherheit wähnen. Bewerbe der Reiseveranstalter zudem eine Reise als Pauschalreise, dürfe der Versicherer zum Schutz des Verbrauchers diese im Nachhinein nicht ohne Weiteres infrage stellen. Wenn sich ein Reiseveranstalter hierbei gegebenenfalls nicht an die mit dem Kundengeldabsicherer getroffenen Vereinbarungen oder dessen Vorgaben halte und dadurch beispielsweise Leistungen dergestalt aufwerte, dass das Produkt absprachewidrig eine Pauschalreise darstelle, könne dies nicht zulasten der Reisenden gehen. Diese hätten regelmäßig keine Kenntnis von etwaigen Abreden zwischen Versicherer und Reiseveranstalter.

Der Versicherer entschloss sich nach nochmaliger Prüfung des Sachverhalts unter Berücksichtigung der vom Ombudsmann dargelegten Rechtsauffassung, der Beschwerdeführerin den Schaden zu ersetzen.



Kfz-Kaskoversicherung

Vorzelt gegen Fahrzeug

Der Versicherer lehnte die Übernahme eines Sturmschadens am Fahrzeug ab, da das schädigende Vorzelt mit dem Fahrzeug verbunden war. Er trug vor, es seien nur solche Sturmschäden versichert, die durch Gegenstände verursacht werden, die nicht mit dem Fahrzeug verbunden sind. Da es für den Ombudsmann nach dem Vertrag unerheblich war, ob eine Verbindung des Gegenstands mit dem Fahrzeug besteht oder nicht, wurde der Versicherer hierzu erneut angeschrieben. Dabei wurde zunächst auf die Versicherungsbedingungen Bezug genommen, in welchen Folgendes geregelt war:

„Versichert ist die unmittelbare Einwirkung von Sturm, Hagel, Blitzschlag, Überschwemmung, Lawine, Mure, Erdbeben oder Erdbeben auf das Fahrzeug. Es sind auch solche Schäden versichert, die dadurch verursacht werden, dass nicht mit dem Fahrzeug verbundene Gegenstände durch eine der genannten Naturgewalten auf oder gegen das Fahrzeug geworfen werden. Ausgeschlossen sind Schäden, die auf ein durch diese Naturgewalten veranlassenes Verhalten des Fahrers zurückzuführen sind.“

Darauf beziehend wurde dem Versicherer erläutert, dass nach dem Verständnis des Ombudsmanns der Bedingungs Wortlaut die Auffassung des Versicherers nicht abdecke. Ein Ausschluss finde sich darin nicht. Es werde lediglich zum Ausdruck gebracht, dass, selbst wenn Gegenstände, die nicht mit dem Fahrzeug verbunden sind, sturmbedingt gegen den Wagen geschleudert werden, Versicherungsschutz besteht. Anderenfalls wäre nicht nachvollziehbar, aus welchem Grund der zweite Satz mit den Worten „es sind auch solche Schäden versichert“ beginne.

Der Versicherer half der Beschwerde ab.

Unfallversicherung

Fürsorgliche Begutachtungsbedingungen

Beim Beschwerdeführer wurde eine Borreliose-Infektion festgestellt. Er sah darin den Grund für seinen mäßigen Gesundheitszustand und machte Ansprüche aus seinem Unfallversicherungsvertrag geltend. Die Erkrankung an Borreliose war, als Ausnahme vom generellen Ausschluss von Infektionen, vom Versicherungsschutz umfasst. Der Versicherer wandte jedoch ein, der Ursachenzusammenhang zwischen der Infektion und den Krankheitssymptomen sei nicht nachgewiesen, berief sich auf eingeholte Gutachten und lehnte es ab, Leistungen zu erbringen. Diese Frage konnte im Ombudsmannverfahren nicht geklärt werden, worüber die Parteien informiert wurden. Da der Beschwerdeführer seinen (vermeintlichen) Anspruch weiterverfolgte, bot ihm der Versicherer eine Pauschalzahlung zur Abgeltung an oder alternativ eine Nachbegutachtung. Der Beschwerdeführer entschied sich für Letzteres. Allerdings verlangte er – während der COVID-19-Pandemie – eine sichere Anfahrt unter gleichzeitiger Begleitung durch eine Vertrauensperson. Darauf einigten sich die Beschwerdeparteien, womit sich die Beschwerde erledigte.

Sonstige – hier: Reiseversicherungsrecht

Pandemiebedingte Kündigung in der Probezeit

Der Beschwerdeführer wandte sich an den Ombudsmann, weil der Versicherer seinen Arbeitsplatzverlust nicht als einen versicherten Reiserücktrittsgrund anerkannte. Nach Ansicht des Versicherers würde es sich bei einer Kündigung in der Probezeit nicht um eine „unerwartete betriebsbedingte Kündigung“ handeln. Nach Prüfung der Unterlagen schrieb der Ombudsmann den Versicherer wie folgt an:

„Auch wenn in der Literatur unter Verweis auf die Entscheidung des AG München vom 8.11.2002 (Az.: 274 C 22611/02) die Ansicht vertreten wird, dass eine Kündigung während der Probezeit keine unerwartete, betriebsbedingte Kündigung im Sinne der Bedingungen zur Reiserücktrittversicherung sei, habe ich erhebliche Bedenken, dieser Aussage allgemeingültig zuzustimmen. Das Amtsgericht führt selbst aus, unerwartet bedeute, dass nach den gegebenen Umständen mit einer Kündigung nicht gerechnet werden müsse. Zwar kann das Arbeitsverhältnis während der Probezeit jederzeit und ohne Angabe von Gründen gekündigt werden. Allein diese Möglichkeit macht aber nicht jede Kündigung zu einer erwarteten. Auch seit Jahren bestehende Arbeitsverhältnisse können gekündigt werden. Vorliegend ist es zudem gerade nicht so, dass ohne Anlass gekündigt wurde. Der Beschwerdeführer trägt vor, dass seine Kündigung aus betrieblichen Gründen pandemiebedingt erfolgt sei. Der ehemalige Arbeitgeber hat das bestätigt. In seinem Schreiben heißt es auch, dass die bisherige Zusammenarbeit gut und die Fortführung des Arbeitsverhältnisses schon in einem Personalgespräch festgehalten gewesen sei. Eine pandemiebedingte Kündigung ist durchaus nachvollziehbar, war aber bei Abschluss der Versicherung und Buchung der Reise nicht zu erwarten.“

Der Versicherer half der Beschwerde aus „Kulanzgründen“ ab.

Privathaftpflichtversicherung

Zur Kusstechnik eines Rottweiler-Mischlings

Die Kinder des Beschwerdeführers spielten mit ihren Freunden im Garten Flaschendreher. Eine Aufgabe war es, den Hund auf das Maul zu küssen. Das Kind nahm den Hund mit beiden Händen und dieser schnappte in dessen Unterlippe. Im Rahmen der Schadenbearbeitung stellte sich heraus, dass es sich um einen Rottweiler-Mischling handelte, weshalb der Versicherer die Deckung ablehnte. Rottweiler und dessen Kreuzungen sowie bestimmte andere in den Antragsunterlagen aufgeführte Rassen sind bei diesem Versicherer nicht versicherbar. Es war streitig, ob der Vermittler bei der Antragstellung im Haus des Beschwerdeführers nach der Rasse gefragt und als Antwort „Pinscher-Mischling“ erhalten hatte. Der Inhalt der eingereichten Unterlagen führte zu folgenden Hinweisen an den Versicherer:

„Aus seiner (des Beschwerdeführers) Sicht ist es nicht nachvollziehbar, dass der Hund als Pinscher-Mischling versichert werden sollte. Der Hund sei von seinem früheren, verstorbenen Besitzer übernommen worden. Nach der Rasse sei nicht gefragt worden. Hierfür benennt er (der Beschwerdeführer) seine Ehefrau als Zeugin.“



Auf den Fotos ist ersichtlich, dass es sich um einen größeren, sehr kräftigen Hund handelt. Auch wenn man sich mit Hunderassen nicht weiter auskennt, stellt sich für mich deshalb die Frage, ob der Vermittler, der zum Beschwerdeführer nach Hause gekommen ist und den Hund unstreitig gesehen hat, die Nichtversicherbarkeit bestimmter Rassen nicht hätte ausführlicher erklären müssen. Er allein kannte die ausgeschlossenen Rassen und er hätte sie bei der Antragstellung vorlesen können, was unstreitig nicht geschehen ist. Auch seiner Stellungnahme ist zu entnehmen, dass er im Wesentlichen gefragt hat, ob der Hund von den Behörden als gefährlich eingestuft wurde, was nach Aktenlage nicht der Fall ist. Im Übrigen ergeben sich auch aus den zum Schadenhergang vorliegenden Unterlagen keine Anhaltspunkte dafür, dass es sich um ein besonders gefährliches Tier handelt.

Wenn nicht nach der konkreten Rasse mit dem Hinweis auf bestimmte ausgeschlossene Rassen gefragt wurde, kann der Beschwerdeführer meines Erachtens auch nicht auf den Inhalt der Antragsunterlagen verwiesen werden. Er darf darauf vertrauen, dass das Wesentliche im persönlichen Gespräch abgefragt wird.“

Der Versicherer antwortete, dass er sich wegen der bestehenden Unklarheiten entschieden habe, dem Beschwerdeführer Versicherungsschutz zu gewähren.

Hausratversicherung

Van, der ein Wohnmobil sein soll

Während eines Wanderurlaubs in Italien brachen unbekannte Täter in den Van eines Versicherungsnehmers ein und entwendeten zahlreiche Hausratgegenstände im Wert von ca. 5.800 Euro. Versicherungsschutz bestand nach den vertraglichen Vereinbarungen für den Diebstahl aus Kraftfahrzeugen, nicht aber aus Wohnmobilen und Wohnwagen. Der Van des Beschwerdeführers war als „Personenkraftwagen geschlossen“ zugelassen und konnte nach einem Gutachten des TÜVs Süd auch nicht als Wohnmobil zugelassen werden, weil es an ausreichenden Schlafgelegenheiten, an Stauraum sowie einer Kochgelegenheit fehle.

Der Versicherer lehnte eine Entschädigungsleistung mit der Begründung ab, dass der Versicherungsnehmer den Van während seines Urlaubs „als Wohnmobil (zur Übernachtung)“ genutzt habe. Entscheidend im Rahmen der Hausratversicherung sei, wie das Fahrzeug zum Schadenzeitpunkt tatsächlich genutzt werde. Ein Fahrzeug zum Reisen und darin Wohnen, welches über einen eigenen Antrieb verfüge, gelte als Wohnmobil, die Einstufung nach der Straßenverkehrsordnung sei nicht relevant.

Der Versicherungsnehmer bestritt, in dem Fahrzeug mit seiner Reisebegleitung übernachtet zu haben. Nach mehreren Widersprüchen hielt der Versicherer an seiner Rechtsansicht fest und bot eine pauschale Entschädigung von 3.000 Euro an, da er den Fall „schnell und unbürokratisch“ abwickeln wolle. Dies reichte dem Versicherungsnehmer jedoch nicht aus; er beschwerte sich.

Der Ombudsmann wies den Versicherer darauf hin, dass der Van weder nach der einschlägigen EU-Verordnung noch aus der Sicht eines durchschnittlichen und

verständigen Versicherungsnehmers ein Wohnmobil darstelle. Dafür fehle es an der erforderlichen Ausrüstung (Tisch samt Sitzgelegenheiten, Schlafgelegenheit, Kochmöglichkeit). In dem Fahrzeug könne man möglicherweise schlafen, nach üblichen Maßstäben aber nicht wohnen. Darüber hinaus sei bei dem in der Alltagssprache und Rechtsordnung feststehenden Begriff des Wohnmobils nicht die tatsächliche Nutzung entscheidend, wenn dies in den Versicherungsbedingungen nicht entsprechend geregelt sei. Der Ombudsmann regte deshalb eine Abhilfe an.

Der Versicherer zahlte daraufhin 4.339,63 Euro an den Beschwerdeführer aus, im Übrigen sei die Schadenhöhe wegen fehlender Anschaffungsbelege nicht bewiesen. Damit wurde der Streit beigelegt.

Wohngebäudeversicherung

Einseitige Vertragsänderung nach Lochfraßkorrosion?

Der Beschwerdeführer hatte seinem Versicherer einen Rohrbruchschaden gemeldet. Der vom Versicherer mit der Prüfung des Versicherungsfalls beauftragte Sachverständige stellte als Ursache Lochfraßkorrosion fest, sodass in Zukunft mit weiteren Schäden zu rechnen war. Nach der Regulierung teilte der Versicherer dem Beschwerdeführer mit: „Zukünftig gilt zu der Gefahr Leitungswasser eine Selbstbeteiligung von 2.800,00 Euro je Schadenfall. Diese Änderung wird einen Monat nachdem Sie unser Schreiben vom 04.06.2020 erhalten haben, wirksam. Die neuen Vertragsunterlagen senden wir Ihnen gesondert zu.“

Damit war der Beschwerdeführer nicht einverstanden und wandte sich an den Ombudsmann. Der Versicherer erklärte in seiner Stellungnahme, dass er bei Feststellung der Schadenursache „Lochfraß“ normalerweise den Vertrag kündigt. Aufgrund der bereits langjährig bestehenden Kundenverbindung habe er sich jedoch dazu entschlossen, die Weiterführung des Vertrages mit einer Selbstbeteiligung anzubieten. Der Ombudsmann hielt die einseitig erklärte Vertragsänderung für nicht wirksam, da Verträge regelmäßig nur im beiderseitigen Einvernehmen geändert werden können. An der Zustimmung oder Annahmeerklärung des Beschwerdeführers fehlte es jedoch.

Der Versicherer half der Beschwerde schließlich ab.

Sonstige – hier: Reiseversicherung

Erst zu früh storniert, dann zu spät

Der Beschwerdeführer hatte sich im April 2020 entschieden, eine für sich und seine Ehefrau für Juli 2020 geplante Reise ins Baltikum zu stornieren, weil ihm die Situation und Entwicklung im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie zu kritisch erschien. Er wollte die Stornokosten möglichst gering halten. Kurz vor dem geplanten Reisetermin stürzte seine Ehefrau in der Dusche und musste sechs Tage im Krankenhaus behandelt werden. Sie hätten auch aus diesem Grund die Reise im Juli 2020 nicht antreten können. Der Versicherer lehnte es ab, die Stornokosten zu übernehmen.



Aufgrund der frühen, besorgnisbegründeten Stornierung betrugen die Stornokosten lediglich 250 Euro. Im Falle einer Stornierung anlässlich des Unfalls wären 3.360 Euro angefallen. Wegen dieser Differenz bat der Ombudsmann den Versicherer im Sinne des Schlichtungsgedankens noch einmal ein Entgegenkommen zu prüfen. Hierzu war dieser jedoch nicht bereit. Rechtlich war dies nicht zu beanstanden, denn der Beschwerdeführer hatte die Reise im April 2020 nicht infolge eines versicherten Ereignisses storniert. Dem Ombudsmann blieb nur, dem Beschwerdeführer näher zu erläutern, weshalb der Versicherer nicht eintrittspflichtig war. Die Sorgen wegen der Reisebeschränkungen und der Pandemie sind keine versicherten Ereignisse. Als seine Ehefrau verunglückte, war die Reise bereits storniert. Zu diesem Zeitpunkt war ein Rücktritt von der Reise daher nicht mehr möglich. Stornierungskosten waren somit aufgrund der Unfallverletzung und einer eventuell daraus notwendigen Reigestornierung nicht angefallen.

Kurz darauf wandte sich der Beschwerdeführer erneut an den Ombudsmann. Nun ging es um eine Anfang August 2020 stornierte Schiffs-/Fahrradreise, die im September 2020 hätte stattfinden sollen. Infolge des Sturzes seiner Ehefrau im Juni 2020 war eine längerfristige physiotherapeutische Behandlung notwendig. Nachdem die behandelnde Praxis wegen Urlaubs vor dem geplanten Reiseterrmin längere Zeit geschlossen war und seine Ehefrau nicht mehr physiotherapeutisch betreut wurde, war ihm das Risiko, die Reise nicht antreten zu können, zu groß und er stornierte die Reise.

Der Versicherer meinte, dies hätte bereits nach dem Sturz mit der Aufnahme in das Krankenhaus im Juni 2020 erfolgen müssen und kürzte seine Erstattung der Stornokosten von 60 auf 20 Prozent.

Grundsätzlich gilt, dass – um die Kosten der Stornierung möglichst gering zu halten – die Reise gemäß den dem Vertrag zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen nach Eintritt des Versicherungsfalles unverzüglich – das heißt, ohne schuldhaftes Zögern – zu stornieren ist. Angesichts des Sturzes seiner Ehefrau und der damit verbundenen stationären Behandlung sowie der nachfolgend erforderlichen Physiotherapie konnte nach der Entlassung aus dem Krankenhaus und der Kenntnis der weiteren ambulanten Behandlungsmaßnahmen nicht mehr sicher von einem Reiseantritt ausgegangen werden. Der Beschwerdeführer musste damit rechnen, dass die Physiotherapie nicht den gewünschten Erfolg bringen könnte. Den vorliegenden medizinischen Unterlagen war nicht zu entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer oder seine Ehefrau nach dem Krankenhausaufenthalt bei den Ärzten nach der Reisefähigkeit erkundigt hätten oder ihnen ärztlicherseits zugesichert worden wäre, dass sie die Reise ohne medizinische Probleme antreten könnten.

Daher war eine Kürzung der Leistung durch den Versicherer nicht zu beanstanden. Allerdings hatte der Versicherer dem Beschwerdeführer nicht einmal eine nach der Rechtsprechung zulässige Bedenkzeit von circa drei Tagen zugestanden. Bei einer Stornierung bis zum 1. August 2020, bis zu dem die Reise

hätte storniert werden müssen, wären nur Stornokosten in Höhe von 30 Prozent angefallen. Daher konnte zugunsten des Beschwerdeführers zumindest eine weitere Zahlung erreicht werden.

Rechtsschutzversicherung

Das Lesen der Überschrift ersetzt nicht den Blick in die Versicherungsbedingungen

Der Beschwerdeführer hatte sich für den Abschluss eines Rechtsschutzversicherungsvertrages entschieden, den der Rechtsschutzversicherer unter der Überschrift „MULTIPAKET OPTIMAL“ anbot. Später wünschte der Beschwerdeführer Versicherungsschutz für eine sozialrechtliche Streitigkeit. Aus dem Versicherungsschein und den Versicherungsbedingungen ergab sich, dass sozialrechtliche Streitigkeiten nicht zu den versicherten Leistungsarten zählten. Der Beschwerdeführer war jedoch der Ansicht, dass er mit dem Abschluss eines als „MULTIPAKET OPTIMAL“ deklarierten Versicherungsvertrages von einer vollständigen Absicherung aller Lebensbereiche, also auch eines sozialrechtlichen Streits, ausgehen dürfe. Eine optimale Absicherung bedeute für ihn auch, Versicherungsschutz im Sozialrecht zu haben.

Dieser Rechtsansicht schloss sich der Ombudsmann nicht an. Allein aus der Überschrift oder der Bezeichnung eines Versicherungspaketes lässt sich der genaue Umfang des Versicherungsschutzes nicht entnehmen. Die Versicherungsbedingungen sind so vielfältig und umfangreich, dass eine Überschrift immer nur eine ganz kurze Zusammenfassung und allenfalls einen unvollständigen Überblick geben kann. Möchte der Versicherungsnehmer genau wissen, welche Bereiche versichert sind, muss er sich die Mühe machen, die Bedingungen, hier die ARB, durchzulesen.



3 Einzelheiten zur Schlichtungsstelle

3.1 Allgemeines

Zum 1. Oktober 2001 nahm die Schlichtungsstelle die Beschwerdebearbeitung auf. Organisatorisch angesiedelt ist sie von Beginn an im Trägerverein Versicherungsombudsmann e.V. Der Verein wurde am 11. April 2001 unter maßgeblicher Initiative von Dr. Bernd Michaels, damaliger GDV-Präsident, durch Mitglieder des Präsidiums des 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 befinden sich auch die Geschäftsstelle und das Büro des Ombudsmanns.

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

Nach der Vereinssatzung (siehe 5.3) können der GDV und dessen Mitgliedsunternehmen in den Verein aufgenommen werden. Zum 31. Dezember 2020 hatte der Verein 296 (Vorjahr: 295) 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 dieses Gremiums und seine Befugnisse in der Satzung des Vereins geregelt. Der Beirat besteht aus Vertretern folgender Gruppen: Verbraucherorganisationen, Mitgliedsunternehmen, Versicherungsaufsicht, Wissenschaft, Bundestagsfraktionen und Versicherungsvermittler.

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

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



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

Die Tätigkeit des 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 durch die Einlegung der Beschwerde selbst eine Verpflichtung oder ein Kostenrisiko einzugehen.

Weitere Aufgaben wurden der Schlichtungsstelle auf gesetzlicher Grundlage zugewiesen. Seit dem Jahr 2005 ist der Versicherungsombudsmann zuständig für die Schlichtung von Verbraucherstreitigkeiten aus Versicherungsverträgen, die unter ausschließlicher Verwendung von Fernkommunikationsmitteln zustande gekommen sind, sogenannte Fernabsatzverträge. Der Gesetzgeber hatte u. a. durch Änderungen im früheren VVG die Fernabsatzrichtlinie der Europäischen Union in Deutschland umgesetzt. Im 2008 reformierten VVG wird diese Tätigkeit der Schlichtungsstelle in § 214 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 geregelt. Diese Vorschrift bringt den Bezug zu Fernabsatzverträgen jedoch nicht so klar zum Ausdruck wie der § 48e VVG a. F.

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

3 EINZELHEITEN ZUR SCHLICHTUNGSSTELLE

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

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

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

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



3.2 Organisation und Personal

Die Mitgliedsunternehmen haben den Ombudsmann mit der Durchführung der Beschwerdeverfahren betraut und ihn deshalb mit entsprechenden Kompetenzen ausgestattet. Angesichts von jährlich bis zu 15.000 zulässigen Eingaben kann er jedoch nicht jede Beschwerde selbst bearbeiten. Anders als bei einigen anderen größeren Einrichtungen der alternativen Streitbeilegung ist diese Kompetenz nicht mehreren Personen übertragen worden. Stattdessen stellt der Verein geeignete Mitarbeiter und Sachmittel zur Verfügung, damit der Ombudsmann seine Aufgabe erfüllen kann. Zwar sind alle Mitarbeiter des Vereins dem Geschäftsführer unterstellt, soweit es jedoch die Beschwerdebearbeitung betrifft, kommt dem Ombudsmann das fachliche Weisungsrecht zu; dies ist in § 13 der Satzung verankert. Zudem wird er bei der Einstellung und Entlassung von Mitarbeitern beteiligt. Mit der Vergabe von Zeichnungsrechten sowie Vorlagepflichten stellt der Ombudsmann sicher, dass die Beschwerden in der von ihm vorgegebenen Weise bearbeitet werden.

Die Mitarbeiter prüfen die Anliegen der Verbraucher sehr gründlich. Das geschieht zugleich effizient sowie mit moderner technischer Unterstützung. Eingesetzt wird dafür das eigens für die Schlichtungsstelle entwickelte EDV-Programm „Ombudat“, das alle wichtigen Informationen zu einem Beschwerdeverfahren aufnimmt und sie den Mitarbeitern schnell und zuverlässig zugänglich macht. Dadurch ist gewährleistet, dass keine wichtigen Erkenntnisse verloren gehen und den Beteiligten des Beschwerdeverfahrens bei Bedarf zügig die zutreffende Auskunft erteilt werden kann. Außerdem ermöglicht es den juristischen Referenten, frühere Beschwerdefälle zu finden, die bei einer aktuell anstehenden Entscheidung zu berücksichtigen sind. Mit dem erfolgreichen Abschluss des Projekts zur Einführung der digitalen Beschwerdebearbeitung im Februar 2020 endete die papiergestützte Bearbeitung. Damit ging eine weitere Verkürzung der Bearbeitungsdauer und eine Steigerung der Effizienz einher (im Einzelnen unter 3.7).

Die Beschwerdebearbeitung findet in zwei Bereichen des Vereins statt, nämlich im Servicecenter und in der juristischen Abteilung. Im Servicecenter des Versicherungsombudsmanns waren im Berichtsjahr 16 Versicherungskaufleute mit der Annahme und der Aufbereitung der Beschwerden befasst. Die Mitarbeiter nehmen die Schlichtungsanträge entgegen und erfassen die Angaben im EDV-System. Sie helfen den Verbrauchern bei der Formulierung des Beschwerdeziels und der Zusammenstellung der für das Verfahren notwendigen Unterlagen. Zudem prüfen sie die Zulässigkeit im Sinne der Verfahrensordnungen und teilen den Beschwerdeführern mit, wenn deren Anliegen nicht in den Aufgabenbereich des Ombudsmanns fällt.

In der juristischen Abteilung unterstützen Volljuristen (Referenten) den Ombudsmann bei der Beurteilung der Beschwerden. Sie prüfen die Anliegen der Beschwerdeführer auf rechtliche Anspruchsgrundlagen, führen die juristische Korrespondenz, loten Einigungsmöglichkeiten aus und entscheiden in Abstimmung mit dem Ombudsmann und in seinem Auftrag darüber, ob die einzelne

3 EINZELHEITEN ZUR SCHLICHTUNGSSTELLE

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 22 juristische Referenten den Ombudsmann.

Weitere Mitarbeiter beschäftigt der Verein im Sekretariat und in der Verwaltung. Einschließlich der Teilzeit- und Aushilfskräfte waren zum Ende des Berichtsjahres 47 Personen beim Versicherungsombudsmann e. V. angestellt.

Durch die im Bericht enthaltene Gewinn-und-Verlust-Rechnung (siehe 3.10) und die aus der Statistik ersichtlichen Fallzahlen wird die Arbeit der Schlichtungsstelle auch aus dieser Perspektive der Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Diese durchgängig transparente Darstellung ist ein wesentlicher Grund dafür, dass Vertrauen in die Tätigkeit des Ombudsmanns gesetzt werden kann.

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 2020 hatte der Verein 296 (Vorjahr: 295) Mitglieder. Veränderungen im Mitgliederbestand gehen zumeist auf Beitritte, die Folgen von Fusionen, Übertragungen von Versicherungsbeständen und Neugründungen zurück. Im Berichtsjahr führte der Austritt des Vereinigten Königreichs aus der Europäischen Union am 31. Januar 2020 zu Bewegungen im Mitgliederbestand.

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

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

Im Berichtsjahr fand wegen der COVID-19-Pandemie keine Mitgliederversammlung statt. Unter Bezugnahme auf das „Gesetz zur Abmilderung der Folgen der COVID-19-Pandemie im Zivil-, Insolvenz- und Strafverfahrensrecht“ vom



20. März 2020 hat der Verein nach Prüfung alternativer Durchführungswege die geplante Mitgliederversammlung abgesagt und stattdessen Beschlussfassungen ohne Versammlung durchgeführt. Den Mitgliedern wurde hinreichend Zeit gegeben, zu den anstehenden Wahlen Vorschläge einzureichen. Nach Versand der Unterlagen für die Beschlussfassung an die Mitglieder am 10. September 2020 gingen bis zum 28. September 2020 insgesamt 213 gültige Stimmabgaben ein. Damit waren die Beschlüsse wirksam zustande gekommen. Diese betrafen die Änderungen von Satzung und Kostenordnung, die Genehmigung des Jahresabschlusses 2019 und des Wirtschaftsplans 2021. Weiter wurden turnusgemäß ein neuer Vorstand (siehe 3.4) und die Rechnungsprüfer des Vereins gewählt. Zudem fand eine Nachwahl für die Vertretung der Mitgliedsunternehmen im Beirat statt. Schließlich entschieden die Mitglieder noch, dass im Geschäftsjahr 2020 keine Mitgliederversammlung stattfinden sollte.

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

3.4 Vorstand, Geschäftsführung

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

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

Die Amtsperiode des Vorstands begann am 22. November 2016 und endete im Berichtsjahr. Dr. Jörg Freiherr Frank von Fürstenwerth, Hermann Kasten, Dr. Norbert Rollinger und Dr. Klaus-Peter Röhler stellten sich nicht zur Wiederwahl. Neu in den Vorstand wurden Claudia Andersch (Mitglied des Vorstands, R+V Versicherung AG), Jörg Asmussen (Hauptgeschäftsführer, Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V.), Dr. Wolfgang Breuer (Vorsitzender des Vorstands, Provinzial Holding AG), Gerhard Müller (Vorsitzender der Vorstände, Sparkassen Versicherung Sachsen) und Frank Sommerfeld (Vorstandsvorsitzender, Allianz Versicherungs-AG) gewählt. Den Vorsitz im Vorstand im Berichtsjahr

3 EINZELHEITEN ZUR SCHLICHTUNGSSTELLE

hatte Thomas Flemming, Vorsitzender der Vorstände der Mecklenburgischen Versicherungsgruppe. Die Zusammensetzung des Vorstands kann der Aufstellung im Anhang unter 5.6 entnommen werden.

Aufgrund der Pandemie konnte die für den 23. April geplante Vorstandssitzung nicht stattfinden. Die erforderlichen Beschlüsse, im Vordergrund der Jahresabschluss des Vereins für das Geschäftsjahr 2019, wurden schriftlich gefasst. Die Vorstandssitzung vom 9. Juli fand als Videokonferenz statt. Der inhaltliche Schwerpunkt lag zunächst in der Vorbereitung der jährlichen Mitgliederversammlung und dann, aufgrund der Pandemie, in der Vorbereitung und Durchführung der schriftlichen Beschlussfassung. Am 6. Oktober wurde per Videokonferenz die konstituierende Sitzung des neugewählten Vorstands abgehalten. Herr Flemming wurde als Vorsitzender bestätigt.

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

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

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

3.5 Beirat

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

Eine weitere wichtige, nicht unbedingt auf den ersten Blick erkennbare Funktion des Beirats liegt darin, die Tätigkeit und die Entwicklung der Schlichtungsstelle aufmerksam zu begleiten. Es gehört zu den Aufgaben des Gremiums, den Bericht des Ombudsmanns entgegenzunehmen und ihn bei Bedarf zu beraten. Damit erhalten die Beiratsmitglieder einen umfassenden Einblick in die Arbeit der Schlichtungsstelle. Sie können Einfluss nehmen und ggf. Unzulänglichkeiten reklamieren. Die Einbeziehung dieses mit anerkannten Fachleuten besetzten Gremiums wirkt vertrauensbildend auf Verbraucher und Verbraucherorganisationen,



auf die Mitgliedsunternehmen und die interessierte Öffentlichkeit. Es zeigt deutlich, dass die Unabhängigkeit des Ombudsmanns nicht lediglich in den Vereinsdokumenten niedergelegt ist, sondern in der Praxis gelebt wird und durch die Vereinskonstruktion abgesichert ist. Damit wird das Vertrauen in die Person des Ombudsmanns und seine Tätigkeit gestärkt.

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

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

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

Im Berichtsjahr bestand der Beirat aus 28 Personen, darunter jeweils sieben Vertreter der Mitgliedsunternehmen sowie von Verbraucherorganisationen (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. – vzbv, Stiftung Warentest und der Bund der Versicherten e.V. – BdV), zwei Vertreter der Versicherungsaufsicht, drei Vertreter der Wissenschaft, zwei Vertreter von Versicherungsvermittlerorganisationen sowie sieben Vertreter der Bundestagsfraktionen (CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und Bündnis 90/Die Grünen). Die Partei AfD hat den ihr angebotenen Sitz bislang nicht besetzt.

Den Vorsitz im Beirat führt Professor em. Dr. Dr. h. c. mult. Jürgen Basedow, LL.M. (Harvard Univ). Er ist ein national wie international anerkannter Rechtswissenschaftler, zu dessen Forschungsgebieten das Versicherungsrecht gehört. Mehrfach wurde ihm die Ehrendoktorwürde verliehen, u.a. von der Universität Stockholm.

3 EINZELHEITEN ZUR SCHLICHTUNGSSTELLE

Weiter hält er eine Ehrenprofessur der Jiaotong-Universität Xi'an (China). Er war u. a. Direktor des Max-Planck-Instituts für ausländisches und internationales Privatrecht Hamburg (1997–2017), Mitglied der von der Bundesjustizministerin berufenen Kommission zur Reform des deutschen Versicherungsvertragsgesetzes (2000–2004) sowie Vorsitzender der Monopolkommission (2004–2008).

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

Pandemiebedingt konnte der Beirat im Berichtsjahr nicht zusammenkommen. Die Sitzungen des Gremiums sind geprägt durch regen Austausch und lebhafte Diskussionen, was mit alternativen Mitteln nicht hinreichend zu gewährleisten war. Da keine Beschlussfassungen anstanden, wurde der angesetzte Termin zunächst verschoben und, da die Infektionslage sich nicht verbessert hatte, schließlich abgesagt. Die Mitglieder erhielten ausführliche schriftliche Berichte des Ombudsmanns sowie des Geschäftsführers mit der Aufforderung, eventuelle Fragen einzureichen. Davon wurde kein Gebrauch gemacht.

Dr. Jörg Freiherr Frank von Fürstenwerth und Dr. Klaus-Peter Röhler schieden im Berichtsjahr aus dem Gremium aus. Als Nachfolger übernahmen Jörg Asmussen (Hauptgeschäftsführer, Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V.) und Frank Sommerfeld (Vorstandsvorsitzender, Allianz Versicherungs-AG) diese Mandate im Beirat.

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



3.6 Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Der Ombudsmann repräsentiert die Schlichtungsstelle in der Öffentlichkeit. Von den Beschwerdeführern und ebenso von der Presse wird daher in erster Linie der Ombudsmann selbst und weniger der Trägerverein oder die Organisation wahrgenommen. Dadurch entsteht in der Öffentlichkeit ein prägnantes Bild mit Wiedererkennungseffekt, das Kontinuität und Kompetenz ausstrahlt. Diese dauerhafte Konzentration auf eine Person trägt sicher dazu bei, dass Verbraucher dem Ombudsmann Vertrauen entgegenbringen und ihn für die Lösung ihres Problems einschalten.

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

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

Traditionell wird der Jahresbericht in einer Pressekonferenz vorgestellt und erläutert. Die Erfahrungen zeigen, dass manche Themen besser im Dialog vermittelt werden können, als das allein in schriftlicher Form möglich wäre. Das Angebot wird rege angenommen, sowohl von der schreibenden Presse als auch von Vertretern anderer Medien. Auf diese Weise sowie zudem auf telefonischem Weg erhalten Medienvertreter Gelegenheit, die Ausführungen und Bewertungen des Ombudsmanns aus erster Hand aufzunehmen und Fragen zu stellen. Dies trägt dazu bei, dass die Journalisten aus dem inzwischen umfangreichen Bericht die richtigen Schlüsse ziehen und sachgerecht über die Arbeit des Ombudsmanns berichten können. Während der Pandemie kann keine Präsenzveranstaltung durchgeführt werden. Journalisten erhalten in dieser Zeit das Angebot zur persönlichen Erläuterung der behandelten Themen.

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 Stellung-

nahme, 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, deren Probleme sowie die Besonderheiten des Versicherungsmarkts kennt. Im Berichtsjahr wurden in Zeitschriften und Onlineartikeln Interviews und Stellungnahmen des Ombudsmanns wiedergegeben. Auch in einem Podcast wurde Dr. Schluckebier zu Versicherungsthemen befragt.

Auf Nachfrage des Presse- und Informationsamtes der Bundesregierung beantwortete Dr. Schluckebier unter der Überschrift „Im Streitfall hilft der Ombudsmann“ eine Reihe von Fragen. Die Antworten, die Verbrauchern bei Problemen mit Versicherungen eine erste Orientierung geben können, finden sich auf der Website der Bundesregierung (unter www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/ombudsmann-1732980).

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 von Versicherungsangeboten beinhalten auch 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 Medien. Es ist deshalb verständlich, wenn die Medien privatrechtliche Streitschlichtungsstellen auf ihre Unabhängigkeit und Qualität hin „abklopfen“ und über das Ergebnis berichten. Der Versicherungsombudsmann e. V. trägt diesem Gedanken durch die transparente Tätigkeit und eine offene Informationspolitik Rechnung. Trotzdem lassen sich nicht immer alle Fragen beantworten, die an die Schlichtungsstelle gerichtet werden. Dies gilt etwa für die Identität der Beschwerdeparteien. Ebenso wenig teilt der Ombudsmann mit, welche Unternehmen mit welcher Anzahl und mit welchem Verfahrensausgang von Beschwerden betroffen sind.

Schließlich wird auch aus den Universitäten heraus der Austausch genutzt. Gespräche mit dem Ombudsmann und Besuche tragen zur Erstellung von Studien oder Doktorarbeiten mit verbraucherrechtlichen Themenstellungen bei.



3.7 Veränderungen wegen der COVID-19-Pandemie

Die sich weltweit ausbreitende Pandemie wirkte sich im Berichtsjahr auch auf die Arbeit des Ombudsmanns und die Organisation der Schlichtungsstelle aus. Die Folgen für die Beschwerdebearbeitung in der Reiseversicherung und anderen Sparten werden unter 2.1 behandelt. Die vereinsinternen Auswirkungen werden nachfolgend beschrieben:

Im Februar 2020 wurde aufgrund der äußeren Rahmenbedingungen der Handlungsbedarf zunehmend deutlicher. Es gab täglich neue Berichte über das Fortschreiten der Infektionskrankheit COVID-19. Risikogebiete wurden ausgewiesen, mehr oder minder gesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse sowie Handlungsempfehlungen veröffentlicht und Infektionszahlen gemeldet. Im März erreichte die Pandemie auch Berlin. Die Angestellten machten sich Sorgen um die eigene Gesundheit und die ihrer Familien, vor allem die Angehörigen von Risikogruppen.

Im Verein wurde als Sofortmaßnahme die in der Schlichtungsstelle zu erbringende Arbeitszeit vorübergehend reduziert. Angehörige von Risikogruppen wurden zeitweilig bei voller Bezahlung freigestellt. Gleiches galt für diejenigen, die Erkältungssymptome aufwiesen oder in deren weiterer Umgebung ein Infektionsfall vermutet wurde. Wer besonders besorgt, für den aber keine erhöhte Gesundheitsgefahr feststellbar war, konnte bei hälftigem Einsatz des Urlaubs freigestellt werden. In dieser und anderer Weise wurde im Laufe der Zeit situationsgerecht auf die jeweiligen Verhältnisse reagiert.

Da die Pandemie die Einhaltung von Hygiene- und Abstandsregeln erforderlich machte, mussten die Organisation im Verein und die Abläufe in der Beschwerdebearbeitung stetig angepasst werden. Die papiergestützte Bearbeitung im klassischen Aktenformat, seit über 18 Jahren praktiziert, und der damit verbundene Austausch von Schriftstücken und Akten war ebenso eine potenzielle Infektionsquelle wie die Anwesenheit im Büro mit normalen Abständen zwischen den Arbeitsplätzen. Daher war es ein glücklicher Umstand, dass das 2018 begonnene Projekt der elektronischen Aktenbearbeitung (vgl. Jahresbericht 2019, Seite 88) im Berichtsjahr kurz vor Beginn der Pandemie zum Abschluss kam. Nachfolgend eine kurze Darstellung der Umstellungsschritte.

Ab Oktober 2018 wurden neue Beschwerdevorgänge auf papierlose Bearbeitung umgestellt. Dazu wurden sämtliche in Papierform eingegangenen Poststücke eingescannt. Damit konnten alle Nachrichten, auf welchem Weg sie auch immer die Schlichtungsstelle erreichten, elektronisch weiterverarbeitet und zu digitalen Akten zusammengestellt werden. Aus Sicherheitsgründen blieb die Papierakte im Hintergrund erhalten, sodass zeitweilig eine doppelte Aktenführung stattfand. Bereits als Papierakten begonnene Beschwerdeverfahren blieben in der Bearbeitung unverändert. Ende Januar 2020, also noch bevor die Pandemie voll ausbrach, wurde die Papierbearbeitung eingestellt und ab Februar wurde ausschließlich elektronisch gearbeitet.

Die Pandemie erforderte weitere Anpassungen, die dank der elektronischen Bearbeitung technisch möglich waren. Für Mitarbeiter mit Kindern wurde deren Betreuung wegen geschlossener Kindertagesstätten und Schulen zunehmend schwieriger. Es wurde daher sehr früh klar, dass die Erbringung der Arbeitsleistung von außerhalb der Büroräume sowohl für viele Mitarbeiter als auch für die Arbeitsfähigkeit der Schlichtungsstelle große Bedeutung bekommen würde. Deshalb wurde mit Hochdruck an der Realisierung der Voraussetzungen für eine Tätigkeit aus dem Homeoffice gearbeitet. Dazu wurden u. a. zunächst 13 typengleiche Laptops gekauft, was trotz der in der damaligen Zeit großen Nachfrage zügig gelang. Noch im April war die Software für den Fernzugriff angeschafft und mit hinreichenden Sicherheitskomponenten eingerichtet worden, sodass nach erfolgreichen Tests schnell die Freigabe erfolgte. Die Laptops wurden teilweise zu den Mitarbeitern gebracht oder abwechselnd, nach entsprechenden Hygienemaßnahmen, genutzt, wenn die Mitarbeiter an bestimmten Tagen im Büro, an anderen Tagen im Homeoffice tätig waren, um die Präsenzdichte im Büro zu verringern. Weitere Anpassungen betrafen beispielsweise die Umstellung bei den Juristen auf ausschließlich elektronische Unterschrift. Dadurch musste kein Papier mehr zirkulieren. Unterschriften waren zuvor im Verkehr mit Beschwerdeführern, mit denen nicht elektronisch kommuniziert wurde, per Hand geleistet worden. Jetzt konnten Schreiben auch ohne direkten innerbetrieblichen Kontakt abgestimmt und auf den Weg gebracht werden. Eine weitere erfolgreich genommene Hürde war die Schaltung der im Servicecenter angesiedelten Telefon-Hotline über die Laptops. Damit blieben die Kontaktmöglichkeiten für die Beschwerdeparteien und die Servicequalität erhalten. Viele kleinere Anpassungen, die Beschaffung weiterer Laptops und die Einrichtung eines Raumes für Videokonferenzen ermöglichten ein sicheres Arbeiten und gewährleisteten zugleich die Betriebssicherheit der Beschwerdebearbeitung.

Dank dieser Maßnahmen konnte die Anwesenheitsquote im Büro, ausgerichtet an der Pandemie-Entwicklung und den diesbezüglichen Empfehlungen, fortlaufend reduziert werden. Seit Mitte des dritten Quartals arbeiteten durchschnittlich weniger als 25 Prozent der Mitarbeiter von ihrem Büroarbeitsplatz aus. Einen Bearbeitungsrückstand hat es zu keiner Zeit gegeben.

Die Umstellung erforderte erhebliche technische Investitionen, die von den Vereinsmitgliedern finanziert wurden. Dem stehen eine noch schnellere Beschwerdebearbeitung, zufriedene Mitarbeiter und dauerhaft sinkende Kosten für Geräte wie Drucker, aber auch Papier und Energie sowie geringerer Platzbedarf gegenüber.

Als wichtigster Erfolg ist jedoch festzuhalten, dass es während des Berichtsjahres und bis zum Redaktionsschluss des Berichts im April 2021 erfreulicherweise keine einzige bestätigte Infektion gab, weder unter den Mitarbeitern noch bei deren Familienangehörigen.



3.8 Fachlicher Austausch

Die von der Versicherungswirtschaft eingerichtete Ombudsstelle ist längst ein wichtiges Element im Versicherungsmarkt, als Verbrauchereinrichtung allgemein und auch in der nationalen sowie internationalen Schlichtungsstellenlandschaft. Deshalb gibt es ein reges und vielseitiges Interesse an der Tätigkeit des Versicherungsombudsmanns. Erfahrungsaustausch mit anderen Schlichtungsstellen, auch über die Landesgrenzen hinweg, 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 werden die Berichte und Erfahrungen des Versicherungsombudsmanns gern einbezogen. Im durch die COVID-19-Pandemie geprägten Berichtsjahr fielen einige Veranstaltungen aus. Soweit sie stattfanden, wurden diese zumeist online durchgeführt.

Eine noch in Präsenzform durchgeführte Veranstaltung war der vom Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz organisierte Erfahrungsaustausch der anerkannten Verbraucherschlichtungsstellen am 18. Februar im Ministerium. Staatssekretär Gerd Billen begrüßte die Teilnehmer, bevor Fachvorträge gehalten wurden und fachlicher Austausch erfolgte.

Fachdiskussionen finden jedoch nicht nur auf Veranstaltungen statt, sondern häufig auch bilateral. Mit der neuen Schlichterin der Rechtsanwaltschaft, Frau Elisabeth Mette, Präsidentin des Bayerischen Landessozialgerichts und Richterin am Bayerischen Verfassungsgerichtshof a.D., fanden erste Gespräche statt. Berührungspunkte ergeben sich, da das Verhältnis zwischen Rechtsanwalt und Mandant nicht selten in Beschwerdefällen zur Rechtsschutzversicherung eine Rolle spielt.

Dr. Schluckebier besuchte die Schlichtungsstelle des PKV-Verbands und verschaffte sich einen Eindruck von der dortigen Beschwerdebearbeitung. Besprochen wurde unter anderem die Vertretungsregelung, denn die nach dem VSBG erforderliche Vertretung des Streitschlichters findet traditionell wechselseitig statt. Nach Ablauf der Amtszeit von Professor Günter Hirsch, vormaliger Ombudsmann für Versicherungen, hat Dr. Schluckebier die Aufgabe als Vertreter des PKV-Ombudsmanns übernommen.

Den Versicherungsombudsmann erreichen immer wieder Anfragen ausländischer Delegationen, die sich über die privat organisierte Schlichtungsstelle, den genauen Verfahrensablauf sowie die Erfahrungen informieren wollen. Auch der mit der Stiftung Warentest traditionell gute Kontakt blieb im Berichtsjahr erhalten. Dr. Hiort nahm – wie viele Jahre zuvor – an der „Expertenrunde Recht“ teil.

3.9 Gremienarbeit

Allgemein

Dr. h. c. Schluckebier und Dr. Hiort bringen ihre Erkenntnisse und Erfahrungen aus der Schlichtungstätigkeit in verschiedenen Gremien ein. Von der Finanzaufsicht, von Verbraucherorganisationen oder der Anbieterseite wird diese Expertise oft nachgefragt. Diese Mandate werden nachfolgend aufgeführt. Sitzungen fanden in diesem Berichtsjahr ausschließlich online statt.

Bei der BaFin bringt der Versicherungsombudsmann seine Expertise in zwei Gremien ein. Eines davon ist der Verbraucherbeirat. Das Gremium berät die Bundesanstalt bei der Erfüllung ihrer Aufsichtsaufgaben aus Verbrauchersicht. Dr. Schluckebier ist im Beirat einer der Vertreter außergerichtlicher Streitschlichtungssysteme. Er nahm an der einzigen Sitzung im Berichtsjahr teil. Das andere Gremium ist der Fachbeirat der BaFin. Er besteht gemäß § 8 des FinDAG aus Vertretern der Finanzwissenschaft, der Kredit- und Versicherungswirtschaft, der Deutschen Bundesbank und der Verbraucherschutzvereinigungen. Der Fachbeirat berät die BaFin bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und unterstützt sie bei der Weiterentwicklung aufsichtsrechtlicher Grundsätze. An der Sitzung im Herbst nahm Dr. Hiort teil, er vertrat Dr. Schluckebier.

Im FIN-NET der Europäischen Kommission vertrat wie schon in den Vorjahren Dr. Hiort die Schlichtungsstelle.

Dr. Hiort ist zudem Mitglied im Beirat des Vereins „Ehrbare Versicherungskaufleute e.V.“ (VEVK), der u. a. den Zweck verfolgt, die Tugenden des „ehrbaren Kaufmanns“ bei Versicherungsvermittlern wieder aufleben zu lassen und so dem zum Teil negativen Image der Vermittler entgegenzuwirken. Im Berichtsjahr wurde eine virtuelle Gesprächsrunde per Videokonferenz durchgeführt.

Professor Hirsch hat nach seiner Amtszeit als Ombudsmann den Vorsitz im Beirat „Finanzmarkt“ (ehemals „Marktwächter Finanzen“) des vzbv übernommen und führt diesen weiterhin. Dr. Schluckebier ist seit Übernahme des Amtes ebenfalls Mitglied des Beirats. Dieser berät den vzbv in Fragen von grundsätzlicher Bedeutung, die der Verwirklichung des „Prinzips der Marktbeobachtung“ dienen. Vor allem Fehlentwicklungen sollen so frühzeitig aufgedeckt werden, die Politik sowie Aufsichts- und Regulierungsbehörden darauf aufmerksam gemacht und Handlungsempfehlungen erarbeitet werden, um den Schutz der Verbraucher zu verbessern. Der Beirat dient als Impulsgeber für die Arbeitsplanung und berät zu Trends in den beobachteten Märkten. Im Berichtsjahr fand keine Sitzung des Gremiums statt.

Darüber hinaus trat Dr. Schluckebier in den Beirat ein, der vom BMJV berufen wurde und ein Forschungsvorhaben begleitet, das sich mit den Ursachen des seit Jahren zu verzeichnenden Trends zurückgehender Eingangszahlen bei den Zivilgerichten in Deutschland befasst. Im Rahmen dieses Vorhabens könnte auch die Frage eine Rolle spielen, ob und inwieweit die Verbraucherschlichtung – gerade auch in der Versicherungsbranche – aufgrund ihrer Komplementärfunktion zur staatlichen Gerichtsbarkeit dazu beiträgt.



Beirat der Produktinformationsstelle Altersversorgung

Seit 2016 ist der Versicherungsombudsmann im Beirat der PIA vertreten durch Dr. Horst Hiort und Stellvertreterin Katja Busch. Durch das AltvVerbG vom 24. Juni 2013 wurde ein einheitlich gestaltetes Produktinformationsblatt für zertifizierte Altersvorsorgeprodukte eingeführt. Das Produktinformationsblatt ist dem Verbraucher seit dem 1. Januar 2017 vor Abschluss eines betreffenden Vertrages auszuhändigen. Das Bundesministerium der Finanzen hat die PIA mit der Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben beauftragt. Zu ihrer Aufgabe gehört es, einheitliche Grundsätze zur Ermittlung der Kostenkenngroße „Effektivkosten“ festzulegen und zu veröffentlichen. Um eine breite fachliche Grundlage zu erhalten und die Arbeit der PIA transparent zu gestalten, wurden Vertreter der Verbraucher- und Anbieterinteressen sowie sonstiger fachkundiger Stellen in Form eines Beirats in die Aufgabenerfüllung der PIA einbezogen. Der Beirat hat eine beratende Funktion bei der Weiterentwicklung der von der PIA entwickelten Berechnungsmethoden und entscheidet über eingebrachte Vorschläge zur Änderung am Simulationsverfahren, der Chancen-Risiko-Klassifizierung und der Effektivkostenberechnung. Im Berichtsjahr fand eine Beiratssitzung mit Video-technik statt.

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

3.10 Finanzen

Die Mitgliedsunternehmen finanzieren die Schlichtungsstelle durch Mitgliedsbeiträge und Fallpauschalen für bearbeitete Beschwerden. Die Beiträge werden in Form einer jährlichen Umlage erhoben, deren Höhe die Mitgliederversammlung aufgrund des vom Vorstand aufgestellten Wirtschaftsplans festsetzt. Eventuell vorhandene Überschüsse können dabei mindernd berücksichtigt werden. Ausgehend von dem ermittelten Finanzbedarf wird für jedes Unternehmen die Höhe des Beitrags einzeln berechnet, wobei die Höhe der Bruttobeitragseinnahmen der Mitglieder zueinander ins Verhältnis gesetzt wird. Der Mindestbeitrag ist auf 500,00 Euro festgesetzt.

Die Fallpauschalen werden für Beschwerden erhoben, die gegen die Unternehmen eingelegt werden. Für nach der Verfahrensordnung des Versicherungsbüroauswärtigen 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, 150,00 Euro, für auf andere Weise beendete Verfahren 100,00 Euro.

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

Den Jahresabschluss des Vereins für das Jahr 2020, dessen Bestandteil die dargestellte Gewinn-und-Verlust-Rechnung ist, hat der Geschäftsführer vorbereitet und der Vorstand per Beschluss aufgestellt. Dieser Abschluss wurde der Deloitte GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft vorgelegt. Die Wirtschaftsprüfer erstellten einen Bericht und erteilten darin den uneingeschränkten Bestätigungsvermerk. Jahresabschluss und Wirtschaftsprüfungsbericht sind den von den Mitgliedsunternehmen gewählten ehrenamtlichen Rechnungsprüfern vorzulegen.



Gewinn-und-Verlust-Rechnung¹	2020 TEUR	2019 TEUR
Mitgliedsumlagen einschließlich verrechneter Beitragsvorauszahlungen	3.350	3.406
Umsatzerlöse	1.365	1.308
Bestandsveränderung ²	0	-1
Sonstige Zinsen und ähnliche Erträge	7	4
Sonstige Erträge	1	2
Erträge	4.723	4.719
Personalaufwand	3.163	3.164
Raumkosten	487	485
Honorare, Gutachten, Beiträge, Gebühren	445	337
Kommunikationskosten	74	72
Reise-, Sitzungs- und Tagungskosten	15	49
Abschreibung auf immaterielle Vermögenswerte des Anlagevermögens und Sachanlagen	112	42
Zinsen und ähnliche Aufwendungen	13	14
Sonstige Aufwendungen	82	109
Steuern von Einkommen und Ertrag	0	2
Aufwendungen	4.391	4.274
Differenz Erträge und Aufwendungen	332	445
Entnahme/Zuführung Abschreibungsrücklage	46	-160
Zuführung zur zweckgebundenen Rücklage	0	0
Entnahme Mitgliederguthaben	0	0
Überschuss/Mitgliederguthaben	378	285

Anmerkungen:

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

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

4 Statistik

4.1 Gesamtbetrachtung

Wie in den Vorjahren werden in den folgenden statistischen Betrachtungen die zulässigen Beschwerden in den Vordergrund gestellt. Dafür spricht vor allem, dass vorrangig solche Eingaben von Interesse sind, die in den Zuständigkeitsbereich der Schlichtungsstelle fallen. Hinzu kommt, dass sich 2016 die Zuständigkeitsregelungen aufgrund der Anpassungen an das VSBG verändert haben. Dies hatte einen höheren Anteil an zulässigen Beschwerden zur Folge, weshalb Vergleiche mit den Vorjahren ohne Berücksichtigung der Hintergründe zu Fehlschlüssen führen können. Daher gibt der Blick auf die zulässigen Beschwerden insbesondere im Vergleich über mehrere Jahre ein aussagekräftiges Bild.

Im Jahr 2020 gingen **insgesamt** 13.235 zulässige Beschwerden (Vorjahr: 13.006) bei der Schlichtungsstelle ein. Gegenüber dem Vorjahr bedeutet dies eine Zunahme um 1,8 Prozent. Gestiegen sind auch die Beschwerden, die nicht in den Zuständigkeitsbereich der Schlichtungsstelle gehören. Dies waren im Berichtsjahr 4.898 (4.522) Vorgänge. Sie stammen aus zwei Fallgruppen:

4.045 (3.675) Eingaben waren nach der Zulässigkeitsprüfung gemäß den Verfahrensordnungen unzulässig. Obwohl durchaus Bezugspunkte zum Aufgabenbereich bestanden, waren diese Vorgänge letztlich weder den Unternehmens- noch den Vermittlerbeschwerden zuzuordnen. Die Zulässigkeit nach der VomVO konnte etwa deshalb scheitern, weil die Eingabe sich gegen einen Versicherer richtete, der nicht dem Verein angehörte oder das Anliegen einen Krankenversicherungsvertrag betraf. Es gab aber auch unzulässige Vermittlerbeschwerden, zum Beispiel weil sich ein Vermittler über einen anderen beschwerte. Dann erfolgte die Abweisung nach der VermVO.

Vorgänge, die keinem der beiden Zuständigkeitsbereiche zugeordnet werden konnten, beispielsweise eine Beschwerde gegen ein Versandunternehmen, werden in der Statistik als „Anderweitige“ ausgewiesen. Irrläufer, also Eingänge, die erkennbar an einen anderen Adressaten gerichtet sind, jedoch zum Beispiel unter Nutzung der falschen Fax-Nummer in der Schlichtungsstelle ankommen, finden keinen Eingang in die Statistik.

Die zweite Fallgruppe bilden 853 (847) Eingaben, die schon deshalb nicht das Stadium der zulässigen Verfahren erreichen konnten, weil der Beschwerdeführer nach Beschwerdeeinlegung notwendige weitere Handlungen unterlassen hat. Solche Vorgänge werden in die Kategorie „fehlende Weiterverfolgung“ eingeordnet. Ein nicht geringer Teil davon dürfte darauf zurückzuführen sein, dass sich das Problem für den Verbraucher zwischenzeitlich erledigt hatte.

Damit betrug die Summe aller Eingaben im Berichtsjahr 18.133 (17.528) Fälle.

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



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

Die als „**Sonstige**“ in der Statistik geführten Beschwerden stiegen im Berichtsjahr am stärksten an. Unter diesem Sammelbegriff werden Sparten mit vergleichsweise wenig Eingaben geführt, unter anderem Reiseversicherungen und solche Beschwerden, die mehrere Sparten betreffen, weil es sich beispielsweise um kombinierte Verträge handelt (Näheres zur Verteilung in der Jahresbetrachtung, Seite 66 f.). Während 2019 zu dieser Kategorie 1.215 (mit unzulässigen 1.747) Beschwerden eingelegt wurden, erhielt der Ombudsmann hierzu im Berichtsjahr 1.396 (2.226) Eingaben. Dies entspricht einem Plus von 14,9 Prozent. Maßgeblich für den Anstieg waren Fälle zur Reiserücktrittsversicherung.

Beschwerden zur **Kfz-Versicherung** erhöhten sich insgesamt um 11,9 Prozent. Dabei stiegen die Eingaben zur Kfz-Kaskoversicherung auf nunmehr 1.320 (1.679) nach 1.137 (1.434) im Jahr 2019. Dies entspricht einem Zuwachs von 16,1 Prozent. Beschwerden in der Kfz-Haftpflichtversicherung nahmen im Vergleich zum Vorjahr ebenfalls zu und zwar um 10,2 Prozent von 881 (1.532) auf 971 (1.538). Der mit 63 Prozent relativ niedrige Anteil an zulässigen Eingaben in der Kfz-Haftpflichtversicherung ist darauf zurückzuführen, dass sich ein Teil der Beschwerden nicht auf den vertragsrechtlichen Anspruch bezieht, sondern im Zusammenhang mit Schadenersatzansprüchen Dritter steht. Zwar wird zumeist versucht, den Verbrauchern mit Erläuterungen zu helfen, dies kann jedoch an der Unzulässigkeit der Eingaben nichts ändern.

Beschwerden in der **Rechtsschutzversicherung** verzeichneten im Berichtsjahr ein Plus von 8,2 Prozent. Sie stiegen auf 3.463 (3.907) Eingaben, nachdem sie im Vorjahr auf 3.202 (3.561) gesunken waren. Dem gingen in den Jahren 2015 und 2016 starke Zuwächse von jeweils mehr als 30 Prozent voraus. Dadurch löste die Rechtsschutzversicherung im Jahr 2016 erstmals die Lebensversicherung als eingangsstärkste Sparte ab und ist es immer noch. Die zulässigen Eingaben in der **Berufsunfähigkeitsversicherung** erhöhten sich mit 4,3 Prozent mäßig. 2019 erreichten 373 (486) Beschwerden die Schlichtungsstelle, im Berichtsjahr waren es 389 (519). Die **Gebäudeversicherung** wies 2018 mit 24,8 Prozent die stärkste Zunahme auf. 2019 sanken die Eingaben wieder um 17,2 Prozent und blieben auch 2020 ungefähr auf diesem Niveau. Es gab lediglich eine geringfügige Reduzierung von 1.206 (1.358) auf 1.197 (1.351) Beschwerden.

Die **Allgemeine Haftpflichtversicherung**, welche in den Beschwerden vor allem über die Privat- und die Tierhalterhaftpflichtversicherung angesprochen wird, verzeichnete im Berichtsjahr 548 (1.035) Eingaben, nach 598 (1.116) im Jahr davor, was einer Verringerung von 8,4 Prozent entspricht. Die Sparte verzeichnete bereits 2019 einen ähnlichen Rückgang. Ebenso wie bei der Kfz-Haftpflichtversicherung fällt der hohe Anteil unzulässiger Vorgänge auf. Dieser betrug im Berichtsjahr 47 Prozent; Schadenersatzansprüche Dritter sind auch hier häufig der Grund.

Die zulässigen Eingaben in der Sparte **Unfall** sanken ebenfalls wieder. Wurden 2019 noch 619 (727) zulässige Beschwerden eingelegt, so erreichten im aktuellen Jahr 564 (649) Fälle die Schlichtungsstelle, was einem weiteren Rückgang von 8,9 Prozent entspricht. Auch in der **Lebensversicherung** setzte sich die abnehmende Tendenz fort; der Rückgang betrug 10,0 Prozent. In absoluten Zahlen ausgedrückt, gab es im Berichtsjahr 2.779 (3.338) Eingaben für diese Sparte, nach 3.089 (3.688) im Vorjahr. Einen erneuten Rückgang an zulässigen Beschwerdeeingängen verzeichnete 2020 die **Hausratversicherung**. Mit 10,8 Prozent verringerte sich die Anzahl auf 588 (672), nachdem sie im Vorjahr bereits auf 659 (745) gesunken war.

Zulässige Beschwerden zu **Realkreditverträgen** sanken im Berichtsjahr von 27 auf 20 Eingaben. In dieser Größenordnung sind Prozentwerte ohne Aussagekraft. Anzumerken ist jedoch, dass für diesen Aufgabenbereich die Zuständigkeit des Versicherungsombudsmanns erst im Jahr 2013 begründet wurde; schließlich handelt es sich nicht um eine Versicherungssparte (Nähere Einordnung der Zuständigkeit in der Jahresbetrachtung unter 2.6).

Im Berichtsjahr bearbeitete die Schlichtungsstelle 13.341 (Vorjahr: 13.309) zulässige Beschwerden abschließend. Damit wurden zusammen mit den unzulässigen und den von den Beschwerdeführern nicht weiterverfolgten Vorgängen 18.183 (17.836) Verfahren beendet. Die durchschnittliche Verfahrensdauer der zulässigen Beschwerden konnte auf 2,3 Monate reduziert werden. In Tagen betrachtet, reduzierte sich im Vergleich zum Vorjahr die Dauer von 77,5 auf 70,2 (ausschließlich Unternehmensbeschwerden 70,0 Tage). Dieser Wert ist nicht mit der 90-Tage-Frist nach dem VSBG zu verwechseln, da letztere erst mit der Vollständigkeit der Akte zu laufen beginnt. Die hier genannte Beschwerdedauer zählt dagegen ab Einlegung der Beschwerde, bedeutet also eine weit schnellere Abarbeitung als vom VSBG als Obergrenze definiert.

Wie im Jahr 2019 begonnen, werden auch im Berichtsjahr bei der Gesamtbeurteilung der beendeten Beschwerden diese nach Sparte und Beschwerdewert differenziert (vgl. 4.5). Damit lässt sich beispielsweise erkennen, dass in der Kfz-Haftpflichtversicherung 98,3 Prozent der Vorgänge im Beschwerdewert unter 5.000 Euro liegen, während sich in der Berufsunfähigkeitsversicherung nur 28,3 Prozent der Eingaben innerhalb dieser Bandbreite befinden.

Schließlich wird die Erfolgsquote der zulässigen Beschwerden nach Sparten prozentual ausgewiesen. Hierbei zeigt sich, dass 2020 die Verbraucher bei der Sparte Kfz-Kaskoversicherung mit 57,8 Prozent die größten Erfolgschancen hatten. Am anderen Ende der Skala findet sich die Lebensversicherung, sie weist in dieser Kategorie nur 26,6 Prozent auf. Die Gründe hierfür werden unter 4.3 erläutert.



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. In seltenen Fällen kommt es vor, dass zwei Verfahren (eines gegen das Mitgliedsunternehmen, das andere gegen den Vermittler) eröffnet werden. Auch wenn Beschwerden vom Aufgabenbereich des Ombudsmanns nicht erfasst werden, gilt es zu differenzieren, weil entschieden werden muss, für welches Verfahren die Unzulässigkeit gilt: Handelt es sich um eine unzulässige Unternehmensbeschwerde (Beispiel: Beschwerde 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. Inzwischen 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 Verbraucher vorteilhaften VomVO behandelt, es sei denn, der Beschwerdeführer machte deutlich, dass er ausschließlich ein Verhalten des Vermittlers beanstanden wollte. Dementsprechend sind in den Unternehmensverfahren auch Beschwerden gegen Vermittler enthalten, die jedoch nicht als solche ausgewiesen werden. Dies gilt es bei der Rubrik „Vermittlerverfahren“ zu bedenken. Die beiden Verfahrensarten unterscheiden sich grundlegend, wie unter 1.5 erläutert. Deshalb werden sie 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 13.235 (Vorjahr: 13.006) im Berichtsjahr eingegangenen zulässigen Beschwerden betrafen 13.129 (12.890) die Kategorie Unternehmensbeschwerden, was einem Anstieg von 1,9 Prozent entspricht. 2018 sanken die Eingaben um 4,9 Prozent, 2019 um 8,2 Prozent. Davor waren sie einige Jahre gestiegen.

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

13.248 (13.194) zulässige Beschwerden gegen Versicherungsunternehmen wurden im Berichtsjahr beendet. In 800 (825) Fällen haben die Beschwerdeführer ihr Anliegen nicht weiterverfolgt. Bei vielen dürfte der Grund darin liegen, dass in der Zwischenzeit das Versicherungsunternehmen der Beschwerde bereits abgeholfen hatte. Die Zulässigkeitsprüfung hat in diesen Fällen nicht stattgefunden bzw. konnte nicht abgeschlossen werden.

710 (781) Verfahren konnten nicht in der Sache entschieden werden, da die endgültige Bewertung von Fragen abhing, deren Behandlung den effektiven Betrieb der Schlichtungsstelle ernsthaft beeinträchtigt hätte (§ 9 Absatz 1 VomVO). Soweit möglich, ergingen jedoch Schlichtungsvorschläge gemäß § 9 Absatz 2 VomVO. Eine Auswertung dieser Vorgänge ist unter 4.5 zu finden.

Von den übrigen 12.538 (12.413) Verfahren beendete der Ombudsmann 7.176 (7.284) Fälle mit einer Entscheidung oder Empfehlung. In 3.429 (3.186) Verfahren half das Versicherungsunternehmen ab. Das bedeutet, der Versicherer kam dem Beschwerdeführer ganz oder teilweise entgegen. Ein beiderseitiges Nachgeben, also ein Vergleich, kam in 791 (777) Fällen zustande. In 1142 (1.166) Verfahren zog der Beschwerdeführer seine Beschwerde zurück.

In 3.430 (3.219) Fällen musste der Ombudsmann die Befassung mit der Beschwerde ablehnen. Die Zulässigkeitsfrage ist nach der hierfür geltenden Verfahrensordnung (VomVO) zu entscheiden. Beschwerden, mit denen sich der Ombudsmann nicht zu befassen hat, sind zum Beispiel:

- Beschwerden von Dritten, die nicht durch einen Vertrag mit dem Versicherer verbunden sind (zum Beispiel Geschädigte eines Kfz-Unfalls, die Schadenersatzansprüche erheben), 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 sich Beschwerdeführer an den Ombudsmann wenden, ohne die Entscheidung bei dem betroffenen Versicherungsunternehmen zu beanstanden. Dann bittet der Ombudsmann den Beschwerdeführer, dem Unternehmen die Möglichkeit zur Klärung zu geben. Dieses Vorgehen beruht auf dem Gedanken, dass die Bereinigung von Meinungsverschiedenheiten möglichst auf der niedrigsten Konfliktstufe beginnen sollte. Gelingt dies, entsteht ein Streit erst gar nicht. Hilft jedoch der Versicherer der Beschwerde nicht ab oder erhält der Beschwerdeführer keine Antwort, fällt dieses Verfahrenshindernis weg und der Ombudsmann kann tätig werden.

Im Berichtsjahr hatten 46,5 (45,9) Prozent der Beschwerden Erfolg, sofern sie nicht die Lebensversicherung betrafen. Als erfolgreich in diesem Sinne werden solche Beschwerdeverfahren angesehen, die dem Versicherungsnehmer vollständig oder zum Teil den gewünschten rechtlichen oder wirtschaftlichen Vorteil bringen. Dies kann der Fall sein, wenn die Vertragslaufzeit entsprechend dem



Wunsch des Versicherungsnehmers angepasst wird, diese also je nach Beschwerdeziel früher oder später als vom Versicherer entschieden endet. Wirtschaftliche Vorteile können in einer höheren Schadenzahlung in der Gebäudeversicherung oder in der Übernahme der Kosten für die rechtliche Interessenvertretung in der Rechtsschutzversicherung bestehen.

Ein Erfolg kann sich in diesen Fällen aber auch auf der Seite des Versicherers einstellen. Zum einen vermeidet die Ausräumung einer Meinungsverschiedenheit Aufwand, der anfallen würde, müsste man sich damit weiter befassen. Zum anderen kommt die hohe Quote überwiegend durch Abhilfen zustande. Setzen die Vertragsparteien nach dem Entgegenkommen des Versicherers ihr Vertragsverhältnis unbelastet fort, 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 die diesbezüglichen Anliegen der Beschwerdeführer durchaus verstehen, denn die Angaben sind für Verbraucher rechnerisch nicht nachvollziehbar. Ihnen fehlen dazu die Werte, Formeln und in der Regel die Fachkenntnisse. Zudem erscheinen die Darstellungen der Versicherer oft unklar oder missverständlich. Auch können die mitgeteilten Größenordnungen enttäuschen, wenn sie unter den Erwartungen liegen. Die Prüfung des Ombudsmanns bringt jedoch zumeist weder hinsichtlich der Berechnungen noch unter rechtlichen Gesichtspunkten Gründe zur Beanstandung hervor.

Die Erfolgsquote in der Lebensversicherung bewegte sich bis einschließlich 2011 unter 20 Prozent. 2012 lag sie mit 23,3 Prozent erstmals darüber und erreichte 2013 den Höchststand von 34,0 Prozent. Dieser Anstieg beruht maßgeblich auf der Entwicklung der Rechtsprechung sowie deren Umsetzung durch die Unternehmen und wurde im Bericht 2013 an gleicher Stelle kommentiert. Im Berichtsjahr waren 26,6 (26,0) Prozent in dem beschriebenen Sinn erfolgreich.

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

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

4.4 Beschwerden gegen Versicherungsvermittler

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

Da jedoch eine solche Beschwerde, wie zuvor erläutert, eindeutig in den vom Gesetzgeber übertragenen Aufgabenbereich fällt, nimmt sich der Ombudsmann ihrer an und beantwortet sie. Weil ein rechtlicher Maßstab nicht herangezogen werden kann, wird bei den Vermittlerbeschwerden zwischen justiziablen und nicht justiziablen Beschwerdegegenständen unterschieden. Diese Differenzierung ist dagegen dem Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsunternehmen fremd. Solche Unterschiede zwischen Vermittler- und Unternehmensbeschwerden gilt es bei Betrachtung der statistischen Darstellung zu bedenken. Zudem ist zu berücksichtigen, dass die Anzahl der Beschwerden gegen Versicherungsvermittler für eine detaillierte statistische Auswertung zu gering ist. Es fehlt insbesondere bei Teilmengen an einer hinreichenden Datengrundlage, um zuverlässige Aussagen treffen zu können. Daher wird empfohlen, Schlussfolgerungen nur mit der gebotenen Vorsicht zu ziehen.

Im Berichtsjahr hat der Ombudsmann 298 (Vorjahr: 261) Eingaben in diesem Zuständigkeitsbereich erhalten. Das entspricht einem Anstieg von 14,2 Prozent gegenüber dem Vorjahr.

Die nachfolgenden Ausführungen betreffen ausschließlich die im Geschäftsjahr beendeten (in Abgrenzung zu den eingegangenen) Vermittlerbeschwerden. Bei der Betrachtung ist daher zu berücksichtigen, dass sich die Angaben nur bedingt auf die im Berichtsjahr eingegangenen Beschwerden übertragen lassen. Dennoch wird dieser Darstellung der Vorzug eingeräumt, weil dadurch die Datengrundlage



wesentlich aussagekräftiger ist. Grund dafür ist, dass erst abgeschlossene Verfahren eine vollständige Auswertung ermöglichen, denn vor oder während der Bearbeitung liegen dem Ombudsmann noch nicht alle Erkenntnisse zur Einordnung des jeweiligen Vorgangs vor.

283 (258) Vermittlerbeschwerden beendete der Ombudsmann im Berichtsjahr. In 11 Fällen (12) hat der Beschwerdeführer sein Anliegen nicht weiterverfolgt. 179 (131) Beschwerden ließen sich nicht dem vom Ombudsmann schon weit ausgelegten Aufgabenbereich zurechnen, sie waren somit unzulässig. Häufigster Grund, weshalb ein Verfahren nicht durchgeführt werden konnte, war mit 59 (53) Prozent ein fehlender Zusammenhang mit einer Vertragsvermittlung. Zweithäufigste Fallgruppe betraf mit 33 (28) Prozent die fehlende vorherige Anspruchsanmeldung beim Versicherungsvermittler.

Von den beendeten Beschwerden fielen 93 (115) in den Aufgabenbereich der Vermittlerbeschwerden. Sie wurden danach unterschieden, ob der Beschwerdegegenstand einer rechtlichen Prüfung zugänglich, also justiziabel war. In diesem Fall suchte der Ombudsmann nach Ansätzen für eine Schlichtung. Bei 2,2 (2,6) 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 12,9 (7,9) Prozent ausmachten, und Rücknahmen mit einem Anteil von 1,0 (13,0) Prozent. In 69,9 (62,6) Prozent dieser Fälle bewertete der Ombudsmann gegenüber den Parteien die Beschwerde abschließend. In 6,5 (10,4) Prozent der Beschwerden konnten die Verfahren nicht in der Sache entschieden werden, da die endgültige Bewertung von Fragen abhing, deren Behandlung den effektiven Betrieb der Schlichtungsstelle ernsthaft beeinträchtigen würde (§ 2 Absatz 1 Nr. 7 VermVO).

Beschwerden, die zwar den Aufgabenbereich betrafen, jedoch nicht justiziabel waren, machten einen Anteil von 7,5 (3,5) Prozent der zulässig beendeten Eingaben aus. Hier teilte der Ombudsmann seine Auffassung zum Beschwerdegegenstand mit und versuchte, auf die Beteiligten befriedend einzuwirken. Alle Beschwerden, auch die nicht justiziablen, wurden selbstverständlich „beantwortet“. Dies wäre wohl auch ohne die Normierung in § 214 Absatz 3 VVG geschehen. 28,5 (24,8) Prozent der zulässig beendeten Vermittlerbeschwerden waren ganz oder zum Teil erfolgreich. In diese Kategorie fällt auch die Bewertung allein auf der Grundlage des vom Beschwerdeführer vorgetragenen Standpunktes. In den wenigen Fällen, in denen der Beschwerdegegner keine Stellung zum Vorwurf genommen hatte, konnte die Beschwerde nur auf dieser Basis geprüft werden. Ob der Streit tatsächlich in der vom Ombudsmann bewerteten Weise beendet wurde oder die Parteien ihn weiter vor Gericht austrugen, ließ sich nicht immer feststellen.

4.5 Tabellen und Grafiken

1. Gesamtbetrachtung der Eingänge im Berichtsjahr

Diese Auswertungen geben die im Jahr **2020 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

	2020	2019	2018	2017	2016
Zulässige Beschwerden	13.235	13.006	14.147	14.910	14.659
Veränderung zum Vorjahr	+1,8 %	-8,1 %	-5,1 %	+1,7 %	+6,2 %
Unzulässige Beschwerden	4.045	3.675	3.941	3.785	4.225
Veränderung zum Vorjahr	+10,1 %	-6,7 %	+4,1 %	-10,4 %	-33,7 %
Keine Weiterverfolgung durch Beschwerdeführer	853	847	868	1.059	695
Veränderung zum Vorjahr	-0,7 %	-2,4 %	-18,0 %	+52,4 %	+7,1 %
Beschwerden gesamt	18.133	17.528	18.956	19.754	19.579
Veränderung zum Vorjahr	+3,5 %	-7,5 %	-4,0 %	+0,9 %	-6 %

Eingang zulässiger Beschwerden im Vergleich zum Vorjahr

	2020	2019	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Leben	2.779	3.089	-310	-10,0
Rechtsschutz	3.463	3.202	+261	+8,2
Kfz-Haft	971	881	+90	+10,2
Kfz-Kasko	1.320	1.137	+183	+16,1
Gebäude	1.197	1.206	-9	-0,7
Unfall	564	619	-55	-8,9
Hausrat	588	659	-71	-10,8
Allgemeine Haftpflicht	548	598	-50	-8,4
Berufsunfähigkeit	389	373	+16	+4,3
Realkredit	20	27	-7	-25,9
Sonstige*	1.396	1.215	+181	+14,9
Gesamt	13.235	13.006	+229	+1,8

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



Entwicklung der Eingänge nach Zuständigkeitsbereichen

	2020	2019	2018	2017	2016
Unternehmensbeschwerden	17.413	16.928	18.218	19.105	18.821
Veränderung zum Vorjahr	+2,9 %	-7,1 %	-4,6 %	+1,5 %	-0,6 %
Vermittlerbeschwerden	298	261	283	297	344
Veränderung zum Vorjahr	+14,2 %	-7,8 %	-4,7 %	-13,7 %	+2,4 %
Anderweitige	422	339	455	352	414
Veränderung zum Vorjahr	+24,5 %	-25,5 %	+29,3 %	-15,0 %	-73,3 %
Gesamt	18.133	17.528	18.956	19.754	19.579
Veränderung zum Vorjahr	+3,5 %	-7,5 %	-4,0 %	+0,9 %	-6,0 %

Zulässige Unternehmensbeschwerden nach Sparten in Prozent

	2020	2019	2018	2017	2016
Leben	20,8	23,5	21,9	25,7	25,0
Rechtsschutz	26,3	24,8	26,8	27,2	26,2
Kfz-Haft	7,3	6,8	6,6	6,0	5,8
Kfz-Kasko	10,0	8,7	7,8	6,9	6,6
Gebäude	9,1	9,3	10,3	7,8	8,5
Unfall	4,3	4,8	5,1	4,7	5,6
Hausrat	4,4	5,1	5,8	5,3	5,4
Allgemeine Haftpflicht	4,1	4,6	4,5	4,4	4,2
Berufsunfähigkeit	2,9	2,8	2,8	2,5	2,6
Realkredit	0,2	0,2	0,1	0,4	0,5
Sonstige*	10,6	9,4	8,3	9,1	9,6

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

Zulässige Vermittlerbeschwerden nach Sparten in Prozent

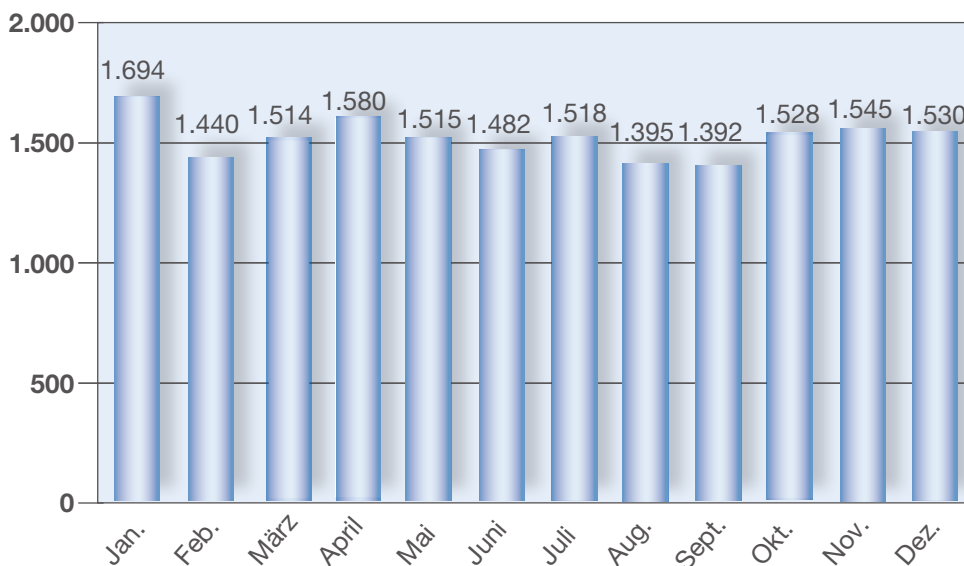
	2020	2019	2018	2017	2016
Leben	42,5	55,2	43,7	58,6	55,4
Rechtsschutz	9,4	4,3	8,7	3,4	5,1
Kfz-Haft	6,6	4,3	8,7	4,1	2,2
Kfz-Kasko	8,5	8,6	11,7	8,3	3,7
Gebäude	4,7	2,6	3,9	2,1	2,2
Unfall	1,9	1,7	5,8	1,4	1,4
Hausrat	8,5	1,7	3,9	1,4	5,8
Allgemeine Haftpflicht	5,7	3,5	1,9	2,8	3,7
Berufsunfähigkeit	2,8	11,2	4,9	4,1	3,7
Sonstige*	9,4	6,9	6,8	13,8	16,8

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

Verteilung nach Aufgabenbereichen und Zulässigkeit*

2020	gesamt	zulässig	unzulässig	keine Weiter- verfolgung
Unternehmensbeschwerden	17.413	13.129	3.446	838
Anteil in Prozent	100,0	75,4	19,8	4,8
Vermittlerbeschwerden	298	106	177	15
Anteil in Prozent	100,0	35,6	59,4	5,0
Anderweitige	422	0	422	0
Anteil in Prozent	100,0	0,0	100,0	0,0
Gesamt	18.133	13.235	4.045	853
Anteil in Prozent	100,0	73,0	22,3	4,7

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

Beschwerdeeingänge 2020 dargestellt nach Monaten**Kommunikationseingänge zu den Verfahren**

	2020	2019	2018	2017	2016
Telefon	6.124	7.930	8.349	9.353	9.379
Anteil in Prozent	8,5	10,9	8,7	9,7	10,5
Brief	16.814	21.502	36.813	46.367	49.276
Anteil in Prozent	23,2	29,6	38,2	48,2	55,2
Fax	6.054	8.138	12.188	12.228	10.794
Anteil in Prozent	8,4	11,2	12,7	12,7	12,1
E-Mail	32.175	25.082	26.750	25.439	19.785
Anteil in Prozent	44,5	34,5	27,8	26,5	22,2
Web*	11.171	10.023	12.136	2.769	–
Anteil in Prozent	15,4	13,8	12,6	2,9	–
Gesamt	72.338	72.675	96.236	96.156	89.234

* ab 23.5.2017



2. Gesamtbetrachtung der 2020 beendeten Beschwerden

Diese Auswertungen geben die im Jahr **2020 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

	2020	2019	2018	2017	2016
Zulässige Beschwerden	13.341	13.309	14.329	15.599	14.288
Unzulässige Beschwerden	4.031	3.690	3.995	3.782	4.150
Keine Weiterverfolgung durch Beschwerdeführer	811	837	892	1.048	677
Gesamt	18.183	17.836	19.216	20.429	19.115

Verteilung nach der Höhe des Beschwerdewerts in Prozent

	2020	2019	2018	2017	2016
Bis 5.000 €	83,4	81,2	82,8	80,0	79,5
Bis 10.000 €	8,8	9,9	8,8	10,9	12,2
Bis 20.000 €	3,2	3,5	3,8	3,9	3,5
Bis 100.000 €	4,6	5,4	4,6	5,2	4,8

Verteilung des Beschwerdewerts nach Sparten in Prozent

	bis 5 TEUR	5–10 TEUR	10–20 TEUR	20–100 TEUR
Leben	56,2	24,8	8,6	10,4
Rechtsschutz	94,4	4,4	0,8	0,4
Kfz-Haft	98,3	1,4	0,1	0,2
Kfz-Kasko	92,9	4,0	1,8	1,3
Gebäude	83,2	8,4	4,1	4,3
Unfall	94,7	2,6	1,0	1,7
Hausrat	73,8	12,0	7,1	7,1
Allgemeine Haftpflicht	90,1	7,2	1,4	1,3
Berufsunfähigkeit	28,3	11,8	8,4	51,5
Realkredit	37,5	8,3	12,5	41,7
Sonstige	95,5	2,0	1,3	1,2
Gesamt	83,4	8,8	3,2	4,6

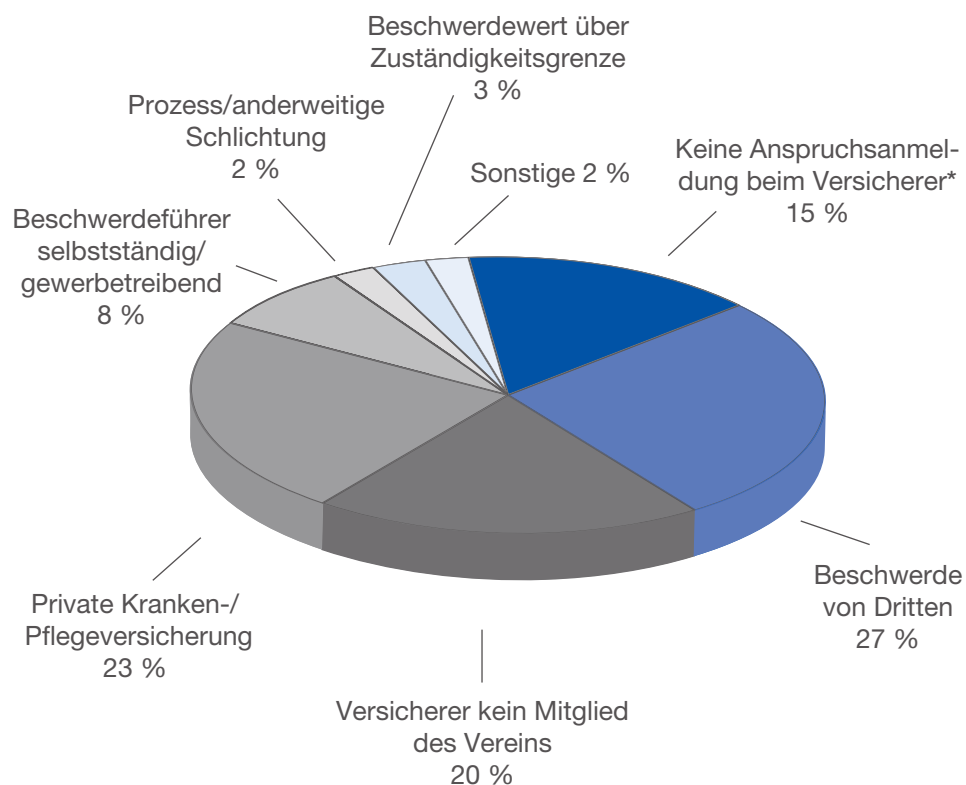
3. Unternehmensbeschwerden

Diese Auswertungen geben die im Jahr **2020 beendeten Beschwerden** wieder, die nach der Verfahrensordnung für Beschwerden gegen Versicherungsunternehmen (VomVO) bearbeitet wurden. Erläuterungen dazu enthält 4.3.

Verteilung der Beendigungsarten von Unternehmensbeschwerden

	2020	2019	2018	2017	2016
Zulässige Beschwerden	13.248	13.194	14.232	15.440	14.172
Anteil in Prozent	75,8	76,5	77,1	78,3	77,1
Unzulässige Beschwerden	3.430	3.219	3.366	3.237	3.548
Anteil in Prozent	19,6	18,7	18,2	16,4	19,3
Keine Weiterverfolgung durch Beschwerdeführer	800	825	867	1.047	665
Anteil in Prozent	4,6	4,8	4,7	5,3	3,6
Beschwerde gesamt	17.478	17.238	18.465	19.724	18.385
Anteil in Prozent	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Verteilung der Unzulässigkeitsgründe von Unternehmensbeschwerden



*Mit Stichtag 31.12.2020. Diese Verfahren können nach Wegfall des Verfahrenshindernisses von den Beschwerdeführern wieder in Gang gesetzt werden.



Verteilung der Beendigungsarten zulässiger Beschwerden in Prozent

	Entscheidung	Empfehlung	Abhilfe	Vergleich	Ungeeignet*	Rücknahme
Leben	52,2	12,4	15,7	3,8	10,0	5,9
Rechtsschutz	52,2	0,7	29,8	2,9	7,3	7,1
Kfz-Haft	44,2	0,1	40,0	3,1	0,8	11,8
Kfz-Kasko	39,7	2,3	39,6	5,0	1,6	11,8
Gebäude	58,2	6,1	17,7	8,7	0,5	8,8
Unfall	64,7	0,7	17,1	6,2	1,5	9,8
Hausrat	40,6	7,7	15,9	23,0	3,2	9,6
Allg. Haftpflicht	54,4	1,6	25,2	10,4	0,7	7,7
Berufsunfähigkeit	20,5	25,2	13,9	4,4	28,0	8,0
Realkredit	20,8	45,8	16,7	4,2	0,0	12,5
Sonstige	43,8	1,5	32,9	9,0	1,0	11,8
Gesamt	49,1	5,0	25,9	6,0	5,4	8,6

* Zur Abweisung als ungeeignet siehe 4.3.

Als ungeeignet abgewiesene Beschwerden*

	2020	2019	2018
Ohne Schlichtungsvorschlag § 9 Abs. 1 VomVO	428	489	463
a) Aufklärung erfordert unangemessenen Aufwand	17	63	47
b) komplexe Tatsachenfeststellung erforderlich	176	173	159
c) grundsätzliche Rechtsfrage ungeklärt	235	253	257
Mit Schlichtungsvorschlag § 9 Abs. 2 VomVO	153	185	171
a) Aufklärung erfordert unangemessenen Aufwand	61	59	64
b) komplexe Tatsachenfeststellung erforderlich	48	49	48
c) grundsätzliche Rechtsfrage ungeklärt	44	77	59
Musterfall § 9 Abs. 3 VomVO	0	1	10
Vorrangige vertragliche Klärung § 9 Abs. 4 VomVO	129	106	102
Abweisungen insgesamt	710	781	746

* Zur Abweisung als ungeeignet siehe 4.3

Durchschnittliche Dauer der Beschwerdeverfahren in Tagen

	2020	2019	2018	2017	2016
Zulässige Beschwerden	70,0	77,2	76,9	85,7	83,2
Unzulässige Beschwerden	4,3	5,0	6,4	9,0	6,0
Beschwerden gesamt*	56,4	62,9	63,2	72,2	67,2

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

Erfolgsquote* zulässiger Beschwerden nach Sparten in Prozent

	2020	2019	2018	2017	2016
Leben	26,6	26,0	26,2	23,6	23,2
Rechtsschutz	45,6	44,3	42,9	44,0	52,1
Kfz-Haft	56,9	53,8	50,0	50,1	49,4
Kfz-Kasko	57,8	54,9	54,7	48,7	45,8
Gebäude	33,9	35,2	36,4	35,5	37,5
Unfall	29,3	29,4	32,4	29,2	30,6
Hausrat	47,1	44,8	41,6	41,5	42,3
Allg. Haftpflicht	45,0	45,4	39,7	44,1	37,6
Berufsunfähigkeit	29,2	30,1	28,0	29,6	27,2
Realkredit	31,3	26,1	52,4	41,4	27,9
Sonstige	53,5	62,3	58,3	50,0	64,1
Alle Sparten ohne Leben	46,5	45,9	44,1	43,0	46,9

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

4. Vermittlerbeschwerden

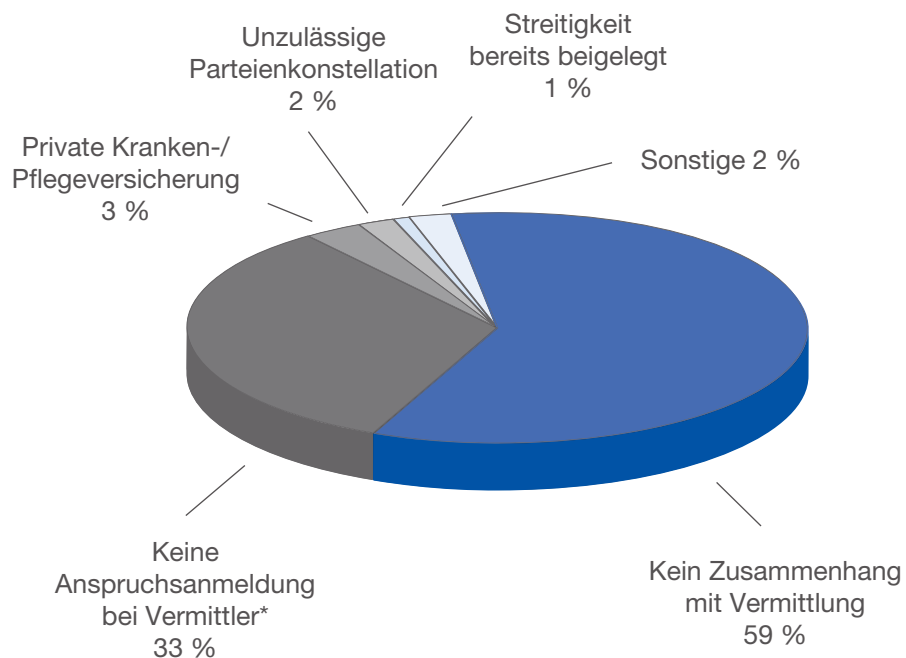
Diese Auswertungen geben die im Jahr **2020 beendeten Beschwerden** wieder, die in Ausübung der Aufgabe nach § 214 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 VVG bearbeitet wurden. Erläuterungen dazu enthalten 4.2 und 4.4.

Verteilung der Beendigungsarten von Vermittlerbeschwerden

	2020	2019	2018	2017	2016
Zulässige Beschwerden	93	115	97	159	116
Anteil in Prozent	32,8	44,6	32,7	52,3	35,3
Unzulässige Beschwerden	179	131	175	144	201
Anteil in Prozent	63,3	50,8	58,9	47,4	61,1
Keine Weiterverfolgung durch Beschwerdeführer	11	12	25	1	12
Anteil in Prozent	3,9	4,6	8,4	0,3	3,6
Beschwerde gesamt	283	258	297	304	329
Anteil in Prozent	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0



Verteilung der Unzulässigkeitsgründe von Vermittlerbeschwerden



*Mit Stichtag 31.12.2020. Diese Verfahren können nach Wegfall des Verfahrenshindernisses von den Beschwerdeführern wieder in Gang gesetzt werden.

Zulässige Beschwerden nach Beendigungsarten von in Prozent*

	Bewertung	Abhilfe	Vergleich	Abweisung	Rücknahme
Justiziabel	69,9	12,9	2,2	6,5	1,0
Veränderung zum Vorjahr	+7,3	+5,0	-0,4	-3,9	-12,0
Nicht justiziabel	4,3	1,0	0,0	0,0	2,2
Veränderung zum Vorjahr	+4,3	1,0	0,0	0,0	-1,3
Gesamt	74,2	13,9	2,2	6,5	3,2
Veränderung zum Vorjahr	+11,6	+6	-0,4	-3,9	-13,3

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

Erfolgsquote der zulässigen Vermittlerbeschwerden in Prozent*

	2020	2019	2018	2017	2016
Aus Sicht der Beschwerdeführer	28,5	24,8	31,4	19,8	25,0

* Zur Bewertung der Erfolgsquote siehe 4.4.

5 Anhang

Die folgenden Angaben beziehen sich auf den Stand zum Ende des Berichtsjahres 2020. Die aktuellen Daten sind im Internet unter www.versicherungsombudsmann.de einzusehen oder können bei der Geschäftsstelle erfragt werden.

5.1 Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns (VomVO)

Stand: 23. November 2016

Präambel

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

§ 1 Anwendungsbereich

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

§ 2 Zulässigkeit der Beschwerde

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

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

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

betrifft oder das Bestehen eines solchen Vertrages zum Gegenstand hat.

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

(4) Ein Verfahren vor dem Ombudsmann findet nicht statt

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

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



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

§ 3 Einlegung der Beschwerde

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

§ 4 Vertretung

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

§ 5 Prüfung der Zulässigkeit

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

§ 6 Grundsätze des Verfahrens

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

§ 7 Ablauf des Verfahrens

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



§ 8 Beschwerden im Zusammenhang mit mathematischen Berechnungen

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

§ 9 Ungeeignete Beschwerden

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

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

kann der Ombudsmann die Durchführung oder Fortführung des Verfahrens ablehnen.

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

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

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

§ 10 Verfahrensbeendigung

- (1) Unzulässige Beschwerden weist der Ombudsmann unter Angabe der Gründe ab.
- (2) Nimmt der Antragsteller seinen Antrag zurück oder widerspricht er der weiteren Durchführung des Verfahrens, endet es mit Zugang der Erklärung beim Ombudsmann.
- (3) Eignet sich die Beschwerde nicht für einen Schlichtungsversuch, ist ein solcher erfolglos oder kann der Streit nicht anderweitig beigelegt werden, bescheidet der Ombudsmann die Beschwerde. Bei einem Beschwerdewert von bis zu 10.000 Euro erlässt er eine Entscheidung und bei einem Beschwerdewert von mehr als 10.000 Euro bis zu 100.000 Euro eine Empfehlung.
- (4) Die Ablehnung der Durchführung, die Entscheidung und die Empfehlung ergehen schriftlich und sind mit Gründen zu versehen. Vom Schriftformerfordernis kann mit Einverständnis der Verfahrensbeteiligten abgewichen werden.
- (5) Ist der Streit beigelegt (Abhilfe, Vergleich) oder endet das Verfahren durch Abweisung, Ablehnung der Durchführung oder Bescheidung der Beschwerde, teilt dies der Ombudsmann den Verfahrensbeteiligten mit. Die Beendigungswirkung tritt jeweils ein mit Kenntnisnahme der abschließenden Mitteilung durch den Beschwerdeführer, spätestens drei Tage nach deren Versand.
- (6) Schlichtungsvorschläge sind den Verfahrensbeteiligten in Textform zu übermitteln. Darin sind sie über die rechtlichen Folgen einer Annahme des Vorschlags und darüber zu unterrichten, dass der Vorschlag von dem Ergebnis eines gerichtlichen Verfahrens abweichen kann. Auf die Möglichkeit, den Vorschlag nicht anzunehmen und die Gerichte anzurufen, ist hinzuweisen. Der Vorschlag ist mit einer angemessenen Frist zur Annahme zu versehen. Der Ombudsmann informiert über das Ergebnis. Sind die Schlichtungsbemühungen nicht erfolgreich, bescheidet der Ombudsmann die Beschwerde. Die Sätze 4 bis 6 finden im Fall von § 9 Absatz 2 keine Anwendung.
- (7) Wird das Verfahren beendet, ohne dass es zu einer Einigung geführt hat, erfolgt die Mitteilung dieses Ergebnisses als Bescheinigung nach § 21 Absatz 2 VSBG.
- (8) Ein beendetes Verfahren kann in begründeten Einzelfällen nach dem Ermessen des Ombudsmanns bei Vorliegen einer neuen Sach- oder Rechtslage wieder aufgenommen werden.

§ 11 Bindungswirkung des Bescheids

- (1) Die Entscheidung zu Lasten des Beschwerdegegners ist für diesen bindend. Die Empfehlung ist für beide Verfahrensbeteiligten nicht bindend.
- (2) Dem Beschwerdeführer steht immer der Weg zu den ordentlichen Gerichten offen. Dem Beschwerdegegner steht der Weg zu den ordentlichen Gerichten nur in dem Fall des Absatz 1 Satz 2 offen.

§ 12 Hemmung der Verjährung

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



nachgeholt hat, gilt die Verjährung ab dem Zeitpunkt der ersten Beschwerde-
einlegung 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 Beschwerde-
führer eine Geldsumme zuspricht, so bezieht er die gesetzlichen Zinsen
(§ 288 BGB) ab dem Zeitpunkt ein, zu dem sich der Beschwerdeführer bei dem
Ombudsmann beschwert hat.

§ 14 Kosten des Verfahrens

(1) Das Verfahren ist für den Beschwerdeführer kostenfrei.

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

§ 15 Besondere Verfahren

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

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

§ 16 Verschwiegenheit

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

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

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

Stand: 23. November 2016

§ 1 Anwendungsbereich

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

(2) Beschwerdebefugt sind auch Verbraucherschutzverbände.

§ 2 Ablehnungsgründe

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

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



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

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

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

§ 3 Einlegung der Beschwerde

(1) Verfahrenssprache ist Deutsch.

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

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

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

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

§ 4 Vertretung

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

§ 5 Grundsätze des Verfahrens

(1) Der Ombudsmann antwortet auf jede Beschwerde.

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

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

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

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

§ 6 Ablauf des Verfahrens

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

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

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

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

§ 7 Verfahrensbeendigung

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

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

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

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

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

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



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

§ 8 Kosten des Verfahrens

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

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

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

§ 9 Verschwiegenheit

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

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

5.3 Satzung des Vereins Versicherungsombudsmann e. V.

Beschlussfassung vom 28. September 2020

Der Verein ist anerkannte Verbraucherschlichtungsstelle nach dem
Verbraucherstreitbeilegungsgesetz

§ 1 Name und Sitz des Vereins

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

§ 2 Zweck

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

§ 3 Mitglieder

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

§ 4 Beschwerdeverfahren

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

§ 5 Pflichten der Mitglieder

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

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



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

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

§ 6 Organe des Vereins

Organe des Vereins sind der Vorstand und die Mitgliederversammlung.

§ 7 Vorstand, Geschäftsführung

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

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

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

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

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

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

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

§ 8 Mitgliederversammlung

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

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

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

§ 9 Außerordentliche Mitgliederversammlung

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

§ 10 Beschlussfassung der Mitgliederversammlung

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

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

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

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

§ 11 Aufgaben der Mitgliederversammlung

Die Mitgliederversammlung hat insbesondere folgende Aufgaben:

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



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

§ 12 Beirat

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

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

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

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

(5) Der Beirat hat die folgenden Aufgaben:

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

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

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

§ 13 Aufgaben des Ombudsmanns und Ausstattung des Amtes

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

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

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

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

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

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

§ 14 Wahl des Ombudsmanns

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

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

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



§ 15 Persönliche Voraussetzungen des Ombudsmanns

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

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

§ 16 Finanzierung

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

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

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

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

§ 17 Rechnungsprüfer, Jahresabschluss und Rechnungsprüfung

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

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

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

§ 18 Ehrenamtlichkeit

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

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

§ 19 Auflösung des Vereins

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

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



5 ANHANG

5.4 Stellvertreter des Ombudsmanns

Heinz Lanfermann

Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung

5.5 Mitglieder des Beirats

(Stand zum 31.12.2020)

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. em. Dr. Dr. h. c. mult. Jürgen Basedow

Vorsitzender des Beirats

Max-Planck-Institut für

ausländisches und internationales Privatrecht

Prof. Dr. Petra Pohlmann

Westfälische Wilhelms-Universität

Institut für internationales Wirtschaftsrecht

Prof. Dr. Andreas Richter

Ludwig-Maximilians-Universität

Vorstand des Instituts für

Risikomanagement und Versicherung



**Vertreter der
Vereinsmitglieder**

Thomas Flemming

Vorsitzender der Vorstände
Mecklenburgische Versicherungsgruppe

Jörg Asmussen

Hauptgeschäftsführer
Gesamtverband der Deutschen
Versicherungswirtschaft e. V.

Gerhard Müller

Vorsitzender der Vorstände
Sparkassen-Versicherung Sachsen

Dr. Norbert Rollinger

Vorsitzender des Vorstands
R+V Versicherung AG

Christoph Schmallenbach

Vorstandsvorsitzender
Generali Deutschland Versicherung AG

Frank Sommerfeld

Vorstandsvorsitzender
Allianz Versicherungs-AG

Dr. Wolfgang Weiler

Präsident
Gesamtverband der Deutschen
Versicherungswirtschaft e. V.

**Vertreter der
Versicherungsaufsicht**

Carsten Müller

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)

Dr. Ulf Steenken

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

**In der Amtsperiode
ausgeschieden:**

Dr. Jörg Frhr. Frank von Fürstenwerth (September 2020)

ehemals Vorsitzender der Geschäftsführung
Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V.

Dr. Klaus-Peter Röhler (September 2020)

Vorstandsvorsitzender
Allianz Deutschland AG

**Vertreter des
öffentlichen Lebens**

Metin Hakverdi

Mitglied des Bundestags, SPD

Michael Hennrich

Mitglied des Bundestags, CDU/CSU

Florian Post

Mitglied des Bundestags, SPD

Stefan Schmidt

Mitglied des Bundestags, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Bettina Stark-Watzinger

Mitglied des Bundestags, FDP

Max Straubinger

Mitglied des Bundestags, CDU/CSU

Hubertus Zdebel

Mitglied des Bundestags, DIE LINKE.

**Vertreter der
Versicherungsvermittler-
verbände**

Michael H. Heinz

Präsident

Bundesverband Deutscher

Versicherungskaufleute e. V. (BVK)

Dr. Hans-Georg Jenssen

Geschäftsführender Vorstand

Bundesverband Deutscher

Versicherungsmakler e. V. (BDVM)



5.6 Mitglieder des Vorstands, Geschäftsführer

(Stand zum 31.12.2020)

Vorstand

Thomas Flemming (Vorsitzender des Vereinsvorstands)

Vorsitzender der Vorstände

Mecklenburgische Versicherungsgruppe

Claudia Andersch

Mitglied des Vorstands

R+V Versicherung AG

Jörg Asmussen

Hauptgeschäftsführer

Gesamtverband der Deutschen

Versicherungswirtschaft e. V.

Dr. Wolfgang Breuer

Vorsitzender des Vorstands

Provinzial Holding AG

Klaus-Jürgen Heitmann

Vorstandssprecher

HUK-COBURG Versicherungsgruppe

Gerhard Müller

Vorsitzender der Vorstände

Sparkassen-Versicherung Sachsen

Frank Sommerfeld

Vorstandsvorsitzender

Allianz Versicherungs-AG

Dr. Wolfgang Weiler

Präsident

Gesamtverband der Deutschen

Versicherungswirtschaft e. V.

Geschäftsführer

Dr. Horst Hiort

In der Amtsperiode
ausgeschieden:

Dr. Jörg Frhr. Frank von Fürstenwerth (September 2020)

ehemals Vorsitzender der Geschäftsführung

Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V.

Hermann Kasten (September 2020)

ehemals Vorsitzender der Vorstände

VGH Versicherungen

Dr. Klaus-Peter Röhler (September 2020)

Vorstandsvorsitzender

Allianz Deutschland AG

Dr. Norbert Rollinger (September 2020)

Vorsitzender des Vorstands

R+V Versicherung AG

5.7 Mitglieder des Vereins

(Stand zum 31.12.2020)

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



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

5 ANHANG

- D** DOCURA VVaG
Domestic & General Insurance Europe AG
Domestic & General Insurance PLC Versicherungsgesellschaft, Direktion für Deutschland
Dortmunder Lebensversicherung AG
- E** Element Insurance AG
Entis Lebensversicherung AG
ERGO Direkt Versicherung AG
ERGO Lebensversicherung AG
ERGO Pensionskasse AG
ERGO Versicherung AG
ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG
Europ Assistance S.A., Niederlassung für Deutschland
EUROPA Lebensversicherung AG
EUROPA Versicherung AG
- F** Fahrlehrerversicherung Verein auf Gegenseitigkeit
Feuer- und Einbruchschadenkasse der BBBank VVaG
Feuersozietät Berlin Brandenburg Versicherung Aktiengesellschaft
Frankfurt Münchener Lebensversicherung AG
Frankfurter Lebensversicherung AG
FWU Life Insurance Lux S.A. Niederlassung Deutschland
- G** GARANTA Versicherungs-AG
Gartenbau-Versicherung VVaG
GAV Versicherungs-AG
Gemeinnützige Haftpflicht-Versicherungsanstalt Darmstadt
Gemeinnützige Haftpflichtversicherungsanstalt Kassel
Generali Deutschland Lebensversicherung AG
Generali Deutschland Pensionskasse AG
Generali Deutschland Versicherung AG
Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V.
Gothaer Allgemeine Versicherung AG
Gothaer Lebensversicherung AG
Gothaer Pensionskasse AG
Gothaer Versicherungsbank VVaG
GRUNDEIGENTÜMER-VERSICHERUNG VVaG
GVO Gegenseitigkeit Versicherung Oldenburg VVaG
GVV-Direktversicherung AG
- H** Häger Versicherungsverein a. G.
Hamburger Feuerkasse Versicherungs-AG
Hannoversche Lebensversicherung AG
HanseMerkur Allgemeine Versicherung AG
HanseMerkur Lebensversicherung AG
HanseMerkur Reiseversicherung AG
HDI Lebensversicherung AG
HDI Pensionskasse AG
HDI Versicherung AG



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

5 ANHANG

- M** MÜNCHENER VEREIN Lebensversicherung a. G.
myLife Lebensversicherung AG
- N** Neodigital Versicherung AG
neue leben Lebensversicherung AG
neue leben Pensionskasse AG
neue leben Unfallversicherung AG
Neue Rechtsschutz-Versicherungsgesellschaft AG
Neuendorfer Brand-Bau-Gilde Versicherungsverein a. G. seit 1813
Newline Europe Versicherung AG
nexible Versicherung AG
Niedersächsische Versicherung VVaG
NORDHEMMER Versicherungsverein a. G.
NÜRNBERGER Allgemeine Versicherungs-AG
NÜRNBERGER Beamten Allgemeine Versicherung AG
NÜRNBERGER Beamten Lebensversicherung AG
NÜRNBERGER Lebensversicherung AG
NÜRNBERGER Pensionskasse AG
NV Versicherung VVaG
- O** Öffentliche Feuerversicherung Sachsen-Anhalt
Öffentliche Lebensversicherung Berlin Brandenburg AG
Öffentliche Lebensversicherung Braunschweig
Öffentliche Lebensversicherung Sachsen-Anhalt
Öffentliche Lebensversicherungsanstalt Oldenburg
Öffentliche Sachversicherung Braunschweig
Oldenburgische Landesbrandkasse
ONE Versicherung AG
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
Pro bAV Pensionskasse AG
ProTect Versicherung AG
Protektor Lebensversicherungs-AG
Provinzial Nord Brandkasse Aktiengesellschaft
Provinzial NordWest Lebensversicherung Aktiengesellschaft
Provinzial Rheinland Lebensversicherung AG
Provinzial Rheinland Versicherung AG
Proxalto Lebensversicherung Aktiengesellschaft
PRUDENTIA Pensionskasse AG
PVAG Polizeiversicherungs-Aktiengesellschaft
- Q** QBE Europe SA/NV Direktion für Deutschland
- R** R+V Allgemeine Versicherung AG



- R** R+V Direktversicherung AG
R+V Lebensversicherung a. G.
R+V Lebensversicherung AG
R+V Pensionskasse 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.
SHB Allgemeine Versicherung VVaG
SIGNAL IDUNA Allgemeine Versicherung AG
SIGNAL IDUNA Lebensversicherung a. G.
SIGNAL IDUNA Pensionskasse AG
Skandia Lebensversicherung AG
SOGECAP S.A. Deutsche Niederlassung
SOGESSUR S.A. Deutsche Niederlassung
Sparkassen Direktversicherung AG
Sparkassen Pensionskasse AG
Sparkassen-Versicherung Sachsen Allgemeine Versicherung AG
Sparkassen-Versicherung Sachsen Lebensversicherung AG
Standard Life Versicherung, Zweigniederlassung Deutschland der Standard Life International DAC
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 Europe S.A. Zweigniederlassung für Deutschland
TRIAS Versicherung AG
- U** Uelzener Allgemeine Versicherungsgesellschaft a. G.
uniVersa Allgemeine Versicherung AG
uniVersa Lebensversicherung a. G.
- V** VEREINIGTE POSTVERSICHERUNG VVaG
Vereinigte Tierversicherung Gesellschaft a. G.
Versicherer im Raum der Kirchen Lebensversicherung AG
Versicherer im Raum der Kirchen Sachversicherung AG
Versorgungsausgleichskasse Pensionskasse VVaG
Verti Versicherung AG

5 ANHANG

- V** VGH Landschaftliche Brandkasse Hannover
VGH Provinzial Lebensversicherung Hannover
VHV Allgemeine Versicherung AG
VICTORIA Lebensversicherung AG
Volkswagen Autoversicherung AG
Volkswagen Versicherung AG
VOLKSWOHL BUND LEBENSVERSICHERUNG a. G.
VOLKSWOHL BUND SACHVERSICHERUNG AG
VPV Allgemeine Versicherungs-AG
VPV Lebensversicherungs-AG
VRK Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit im Raum der Kirchen
- W** Waldenburger Versicherung AG
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.



5.8 Abkürzungsverzeichnis

a. F.	alte Fassung
a. G.	auf Gegenseitigkeit
AG	Aktiengesellschaft
AG	Amtsgericht
AHB	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung
AltVerbG	Altersvorsorge-Verbesserungsgesetz
AltZertG	Alterszertifizierungsgesetz
ARB	Allgemeine Rechtsschutzversicherungsbedingungen
AUB	Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen
Az.	Aktenzeichen
BaFin	Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
bAV	betriebliche Altersversorgung
BdV	Bund der Versicherten
BetrAVG	Gesetz zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGH	Bundesgerichtshof
BMF	Bundesministerium der Finanzen
BMJV	Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz
BRG	Betriebsrätegesetz
BVK	Bundesverband Deutscher Versicherungskaufleute
EDV	elektronische Datenverarbeitung
EGBGB	Einführungsgesetz zum Bürgerlichen Gesetzbuche
EGZPO	Einführungsgesetz zur Zivilprozessordnung
EU	Europäische Union
EuGH	Europäischer Gerichtshof
e. V.	eingetragener Verein
FinDAG	Finanzdienstleistungsaufsichtsgesetz
FIN-NET	Netzwerk der Schlichtungsstellen für Finanzdienstleistungen
GewO	Gewerbeordnung
GDV	Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GMG	GKV-Modernisierungsgesetz
IDD	Insurance Distribution Directive
i. S. v.	im Sinne von
Kfz	Kraftfahrzeug
KI	künstliche Intelligenz
LG	Landgericht
MdB	Mitglied des Bundestags
OLG	Oberlandesgericht
PIA	Produktinformationsstelle Altersversorgung gGmbH
PKV	Ombudsmann private Kranken- und Pflegeversicherung
Pkw	Personenkraftwagen
Rdn.	Randnummer
VAG	Versicherungsaufsichtsgesetz
VermVO	Verfahrensordnung für Beschwerden im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen
VersR	Versicherungsrecht
VersVermV	Versicherungsvermittlungsverordnung
VEVK	Verein Ehrbare Versicherungskaufleute e. V.
VomVO	Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns



VSBG	Verbraucherstreitbeilegungsgesetz
VVG	Versicherungsvertragsgesetz
VW	Volkswagen
vzbv	Bundesverband der Verbraucherzentralen und Verbraucher- verbände – Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.
WHO	World Health Organisation
ZPO	Zivilprozessordnung

BESCHWERDE - KONTAKT

Versicherungsombudsmann e. V.

Postfach 080632, 10006 Berlin

Telefon: 0800 3696000

Telefax: 0800 3699000

www.versicherungsombudsmann.de

beschwerde@versicherungsombudsmann.de

IMPRESSUM

Herausgeber

Versicherungsombudsmann e. V.

Postfach 080632, 10006 Berlin

Leipziger Straße 121, 10117 Berlin

Telefon: 030 206058-0

Telefax: 030 206058-58

www.versicherungsombudsmann.de

info@versicherungsombudsmann.de

Gestaltung

Katja Trapp

Fotos

© GDV/Butzmann, Seite 3

© Dietmar Gust, Seite 8

Druck

Druckerei Bloch & Co. GmbH, Berlin