

JAHRESBERICHT
2022



OMBUDSMANN
für Versicherungen

Grußwort



Ein „Fixstern“ im Universum des alternativen Rechtsschutzes sei der Versicherungsombudsmann – auf diesen Nenner brachte der frühere Bundesjustizminister Heiko Maas den Erfolg der Schlichtungsstelle. Sie wird als inspirierendes Vorbild für effektiven Verbraucherschutz wahrgenommen, das auf die alternative Streitbeilegung insgesamt ausstrahlt. Welche Merkmale begründen ihren Erfolg? Und welche Herausforderungen kommen heute auf sie zu?

Institutionell gestaltete man das System Ombudsmann so, dass beide Seiten ihm vertrauen können: Der Ombudsmann entscheidet unabhängig, der Trägerverein der Versicherer kann keinen Einfluss nehmen. Als Ombudsmann bestellt werden kann nur derjenige, auf den sich die Vereinsmitglieder und der Beirat, in dem weder Versicherer noch Verbraucher eine Mehrheit haben, geeinigt haben. Zum institutionellen Rahmen zählt die Unterwerfung der Versicherer unter die Entscheidungen des Ombudsmanns bei einer Beschwerdesumme von bis zu 10.000 Euro. Schließlich gehören zu seinen vertrauensbildenden Charakteristika seine Offenheit für den Dialog mit der Wissenschaft und seine gute Vernetzung mit anderen Institutionen wie etwa dem grenzüberschreitenden Netz zur Behandlung von Beschwerden im Bereich der Finanzdienstleistungen der Europäischen Union (FIN-NET) oder der BaFin.

Vertrauen wächst auch, weil herausragende Persönlichkeiten diese Institution geprägt haben: der hochgeachtete Versicherungsmanager und langjährige Präsident des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft Dr. Bernd Michaels als „Vater“ des Ombudsmanns, die ersten beiden Ombudsmänner, Prof. Wolfgang Römer und Prof. Dr. Günter Hirsch, sowie Dr. h. c. Wilhelm Schluckebier als jetziger Ombudsmann, bis April 2022 unterstützt durch den früheren Geschäftsführer, Dr. Horst Hiort, und nun durch Constantin Graf von Rex. Dem Beirat saß über 20 Jahre Prof. Dr. Dr. h. c. mult. Jürgen Basedow, LL.M. (Harvard Univ.), vor. Die Autorin dieses Grußworts durfte als Mitglied des Beirats über 10 Jahre lang miterleben, wie er die Geschicke des Versicherungsombudsmann e. V. wesentlich mitgestaltete. Er brachte die Weite seines internationalen wissenschaftlichen Horizontes ebenso ein wie Sach- und Fachkenntnis des Versicherungswesens und führte so die vielfältigen Diskussionen im Beirat sachgerechten Entscheidungen zu.

Auch die Anpassungsfähigkeit des Schlichtungssystems hat seine Stellung gefestigt: Man erhöhte die Beschwerdewertgrenzen, erweiterte die Zuständigkeit auf Immobilienkredite sowie auf wirtschaftlich Tätige in verbraucherähnlicher Lage, begründete die gesetzliche Zuständigkeit für Vermittlerbeschwerden und erkannte den Versicherungsombudsmann e. V. als Verbraucherschlichtungsstelle an.

Diese Anpassungsfähigkeit wird wichtig bleiben angesichts aktueller Herausforderungen. Drei möchte ich herausgreifen. Prof. Dr. Dr. h. c. Jürgen Basedow



wies in seinem Abschiedswort im Jahresbericht 2021 auf die Gefahr hin, der Verbraucherschutz könnte neuen politischen Schwerpunkten wie Umwelt und Klima untergeordnet werden. Der Verbraucherschutz nimmt heute im Zusammenhang mit der Macht der Big-Tech-Unternehmen aber auch Formen an, die regulatorisch Neuland betreten, unter anderem, um dem erheblichen Schaden für Verbraucher vorzubeugen, den Rechtsverstöße dieser Unternehmen zur Folge haben können. Auch hier kommt der Impuls, wie beim Verbraucherschutzrecht moderner Prägung, aus den USA und aus der Europäischen Union. Selbst wenn Versicherer und letztlich auch Vermittler an umfassenden digitalen Ökosystemen aus rechtlichen wie wirtschaftlichen Gründen nur in Grenzen beteiligt sind, realisieren sie digitale Geschäftsmodelle und müssen auch dort den Verbraucherschutz sicherstellen. Diese Entwicklung muss der Ombudsmann aufnehmen.

Mit dem Stichwort der Digitalisierung hängt der zweite Aspekt zusammen: Die Rechtsdurchsetzung wird digitaler und damit vielfältiger. Legal Tech und Künstliche Intelligenz können nicht ohne Einfluss auf die Arbeit einer Schlichtungsstelle von der Bedeutung des Versicherungsombudsmanns bleiben. Dabei steht weniger die Konkurrenz von Legal-Tech-Konfliktlösern im Vordergrund, die bisher eher einfach gelagerte Fälle abdecken, als vielmehr angesichts der Flexibilität des Ombudsmannverfahrens das Potenzial, neue Technologien für eine noch effizientere Fallbearbeitung bei Sachverhaltsfeststellung, Kommunikation und Auffinden der Lösung einzusetzen.

Drittens wird die Umsetzung der EU-Richtlinie über Verbandsklagen zum Schutz der Kollektivinteressen der Verbraucher die Rechtsdurchsetzung im Bereich gleichförmiger Ansprüche einer größeren Zahl von Versicherungsnehmern und Versicherten verändern. Während die Musterfeststellungsklage bisher für die Versicherungswirtschaft keine Rolle gespielt hat, anders als die verschiedenen Möglichkeiten der Unterlassungsklage von Verbänden, kann die geplante Abhilfeklage die Rechtsdurchsetzung für Versicherungsnehmer und Versicherte verbessern und auch die Arbeit des Ombudsmanns verändern. Die Lösung individuell unterschiedlichster Fälle ist zwar der Kern der Arbeit des Ombudsmannes, wie die Schilderungen auch im diesjährigen Bericht vor Augen führen. Aber auch beim Ombudsmann gibt es gleichgelagerte Fälle, die durchaus den Charakter von Massenverfahren haben können.

Die Voraussetzungen, diese Herausforderungen zu meistern, sind gut, ist doch die Position des Versicherungsombudsmanns keine unveränderliche – wie auch beim Fixstern, seiner irreführenden Bezeichnung zum Trotz.

Petra Pohlmann

Prof. Dr. Petra Pohlmann

Direktorin des Instituts für Internationales Wirtschaftsrecht sowie
der Forschungsstelle für Versicherungswesen, Universität Münster
Vorsitzende des Beirats des Versicherungsombudsmann e. V.





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	Leichter Rückgang bei den Beschwerdezahlen	16
2.2	Rechtssichere Beurteilungsgrundlage für Widerspruchsfälle in der Lebensversicherung weitgehend „perdu“?	17
2.3	Stein des Anstoßes: Kosten in der Lebens- und Rentenversicherung	18
2.4	Dauerbrenner im Massengeschäft der Kfz-Versicherungen: Irritationen bei den Einstufungen der Schadenfreiheitsklassen	19
2.5	Kfz-Versicherungen: Beratungsdefizit bei der Untervermittlung durch Autohäuser	19
2.6	„Benzinklausel“ in der Privathaftpflichtversicherung und Abgrenzung zu den Kfz-Versicherungen: Deckungslücke oder Doppelversicherung?	20
2.7	Rechtsschutzversicherung: Stichentscheide und Risikoausschluss bei Kapitalanlagen	20
2.8	Starkregenkatastrophe im Juli 2021 (Ahrtalhochwasser) – Stand der Dinge	21
2.9	Die Versicherungssparten in der Jahresbetrachtung	21
2.10	Beschwerdefälle	66
3	Einzelheiten zur Schlichtungsstelle	88
3.1	Allgemeines	88
3.2	Organisation und Personal	90
3.3	Vereinsmitglieder und Mitgliederversammlung	91
3.4	Vorstand, Geschäftsführung	92
3.5	Beirat	93
3.6	Presse- und Öffentlichkeitsarbeit	94
3.7	Fachlicher Austausch	95
3.8	Gremienarbeit	96
3.9	Finanzen	97
4	Statistik	100
4.1	Gesamtbetrachtung	100
4.2	Differenzierung nach Zuständigkeiten des Ombudsmanns	103
4.3	Beschwerden gegen Versicherungsunternehmen	103
4.4	Beschwerden gegen Versicherungsvermittler	106
4.5	Tabellen und Grafiken	108
5	Anhang	116
5.1	Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns (VomVO)	116
5.2	Verfahrensordnung für Vermittlerbeschwerden (VermVO)	122
5.3	Satzung des Vereins	126
5.4	Stellvertreter des Ombudsmanns	132
5.5	Mitglieder des Beirats	132
5.6	Mitglieder des Vorstands, Geschäftsführer	135
5.7	Mitglieder des Vereins	136
5.8	Abkürzungsverzeichnis	144

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

Eine EU*-Richtlinie zur Beilegung verbraucherrechtlicher Streitigkeiten und deren nationale Umsetzung durch das VSBG sind Beleg für die zunehmende Bedeutung der außergerichtlichen Streitbeilegung.

Nicht alle Auseinandersetzungen zwischen Verbrauchern und Unternehmen müssen staatlichen Gerichten zugeführt werden. Für den Bereich hoheitlicher Verwaltung erfüllen staatliche Ombudsleute, Petitionsausschüsse und der bzw. die Europäische Bürgerbeauftragte die Funktion der Beilegung von derartigen Streitigkeiten.

Der Einsatz außergerichtlicher Streitbeilegung dient vielen Unternehmen als sinnvolles Instrument zur Pflege der modernen Kundenbeziehung. Durch objektive, fachkundige und für Laien verständliche Klärung auf Augenhöhe lassen sich Meinungsverschiedenheiten mit Verbrauchern schnell und dauerhaft ausräumen.

In Zweigen der Wirtschaft, in denen eine gewisse „Macht-Asymmetrie“ zwischen den Vertragsparteien besteht, ist der Bedarf an außergerichtlicher Streitbeilegung groß. Hier besteht die Gefahr, dass die überlegene Vertragspartei ihre Interessen, zum Beispiel bezüglich der Vertragsinhalte oder der Preise, aufgrund der Marktverhältnisse besser durchsetzen kann. 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 werden.

Daher kommt in diesen Wirtschaftszweigen 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.

* Erläuterungen zu verwendeten Abkürzungen im gesamten Jahresbericht finden Sie im Abkürzungsverzeichnis unter Kapitel 5.



1.2 Sinn und Zweck der Schlichtungsstelle

Bei der Einrichtung des Vereins „Versicherungsbombudsmann“ war für die Versicherungswirtschaft neben dem Verbraucherschutz auch die Pflege der Beziehungen zu den eigenen Kunden ein besonderes Anliegen.

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

Kundenzufriedenheit setzt voraus, dass der Verbraucher den Inhalt des Vertrages und die sich daraus ergebenden Rechte und Pflichten versteht. Das ist bei Versicherungsverträgen nicht einfach, denn der Versicherungsschutz wird mittels Fachtermini definiert. Daher überblickt der Verbraucher den Vertragsinhalt häufig erst im Beschwerdeverfahren durch die Erläuterungen des Ombudsmanns.

Bei der Ausgestaltung der Verfahrensordnung wurde großer Wert darauf gelegt, die Interessen und etwaigen Ansprüche der Kunden zu berücksichtigen. 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 erkannte das Bundesministerium der Justiz den Versicherungsombudsmann e. V. auch als Schlichtungsstelle für die außergerichtliche Beilegung von Streitigkeiten zwischen Versicherungsvermittlern und Versicherungsnehmern im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen an (§ 214 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 VVG). 2016 erfolgte die staatliche Anerkennung als Verbraucherschlichtungsstelle nach dem damals neu geschaffenen VSBG.

1 DER VERSICHERUNGSOMBUDSMANN

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

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



Die Unabhängigkeit des Ombudsmanns

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

Eine Person muss daher besondere, in der Satzung des Vereins definierte 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 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 GG). Seit 1995 ist der Bürgerbeauftragte (oder Ombudsmann) der EU für Beschwerden von Bürgern zuständig, die Missstände bei der Tätigkeit europäischer Organe rügen.

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

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

Der Versicherungsombudsmann übertrifft mehrfach diesen Maßstab. 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 auch Verbraucherorganisationen angehören.

1 DER VERSICHERUNGSOMBUDSMANN

1.4 Das Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsunternehmen

In den Zuständigkeitsbereich des Versicherungsombudsmanns fallen alle Sparten der privaten Versicherungswirtschaft, in denen Verbraucher Versicherungsverträge abschließen können, mit Ausnahme der Kranken- und Pflegeversicherung. Soweit eine Beschwerde im Zusammenhang mit der Verbrauchereigenschaft eines Versicherungskunden steht, kann er die Schlichtungsstelle in Anspruch nehmen. 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 formalisiert ist. Auf diese Weise erhalten Verbraucher, die in der Regel nicht über besondere Rechts- oder Versicherungskennnisse verfügen, schnell und kostengünstig Klarheit über die Rechtslage. Sofern sich Kleinunternehmer oder Freiberufler in einer „verbraucherähnlichen Lage“ befinden, können auch sie Unterstützung durch den Ombudsmann erhalten.

Die Versicherungsunternehmen, die dem Versicherungsombudsmann e. V. angehören, verpflichten sich entsprechend der Vereinssatzung, ihre Kunden zu Vertragsbeginn auf das Ombudsmannverfahren hinzuweisen. Dies geschieht überwiegend durch Information in den Unterlagen des Versicherungsvertrages. 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 Kundenkorrespondenz aufgenommen.

Das Beschwerdeverfahren kann nur von den Versicherten eingeleitet werden, Versicherern ist das nicht möglich. Allerdings können diese ihre Kunden jederzeit auf den Ombudsmann hinweisen und seine Einschaltung anregen. Seit Inkrafttreten des VSBG ist in dessen § 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 und ausgestattet. 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. Verbraucher sollen die Entscheidung ihres Versicherers überprüfen lassen können, ohne befürchten zu müssen, nach dem Verfahren schlechter gestellt zu sein, falls der Ombudsmann ihrer Beschwerde nicht zum Erfolg verhelfen kann. Diesem Gedanken folgend wird die Verjährung von etwaigen Ansprüchen der Verbraucher während des Verfahrens gehemmt. Dadurch verlängert sich der Lauf der Verjährung um die Dauer des Ombudsmannverfahrens. 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 keine rechtlichen Nachteile wegen fehlender Fachkenntnisse befürchten müssen.

An den Beschwerdeantrag des Verbrauchers werden nicht die gleichen Anforderungen gestellt, wie sie in einem Gerichtsverfahren gelten. Es wird zum Beispiel nicht erwartet, dass der Verbraucher den genauen Betrag, um den er die Auszahlung seines Lebensversicherungsvertrages für zu gering hält, nennen kann. Auch muss die rechtliche Begründung des erhobenen Anspruchs nicht angegeben werden. Diese niedrige Schwelle für die Einleitung des Verfahrens ist ein wichtiges Element der verbraucherorientierung. Damit können Meinungsverschiedenheiten ausgeräumt werden, noch bevor ein Konflikt entsteht und sich die Standpunkte verhärten. Weil sich der Ombudsmann auch der Fälle annimmt, die nicht die Zulassungshürde 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 Schlichtungsverfahrens ist Transparenz. Diese Voraussetzung wurde bei der Ausgestaltung des Ombudsmannverfahrens in besonderem Maße berücksichtigt. Nachdem der Beschwerdeführer sich an den Ombudsmann gewandt hat, erhält zunächst der Versicherer von der Beschwerde Kenntnis und kann daraufhin seine Entscheidung noch einmal prüfen. Ändert er sie ab, wird der Streit ohne Entscheidung des Ombudsmanns beigelegt. Hält der

1 DER VERSICHERUNGSOMBUDSMANN

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

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

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

Das Ombudsmannverfahren ist für den Versicherungskunden unentgeltlich. Er hat weder Verfahrenskosten zu tragen noch läuft er Gefahr, im Falle einer erfolglosen Beschwerde die Kosten der Gegenseite übernehmen zu müssen, wie dies in einem Zivilprozess der Fall wäre. Lediglich eigene Auslagen, beispielsweise für Porto, die Anfertigung von Kopien oder die eventuelle Hinzuziehung eines Anwalts, fallen für ihn an. Eine anwaltliche Vertretung ist im Verfahren jedoch nicht erforderlich, da es verbraucherorientiert ausgestaltet ist. Das gilt zugleich für die Kontaktmöglichkeiten. Potenzielle Beschwerdeführer können sich 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 und weitere Unterlagen einreichen. Außerdem stehen kostenlose Rufnummern (0800) für telefonische Nachfragen zur Verfügung.



1.5 Das Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsvermittler

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

Die Ausgestaltung des Vermittlerverfahrens ist mit dem gegen Versicherer nicht vergleichbar. Die Kompetenzen des Ombudsmanns für Beschwerden gegen Versicherer werden in der Vereinssatzung begründet; sie beruhen auf privatrechtlicher Grundlage als Folge des freiwilligen Beitritts zum Verein. Dagegen wird der Ombudsmann bei Beschwerden gegen Vermittler aufgrund der gesetzlichen Aufgabenzuweisung tätig. Seit der Anerkennung als Verbraucherstreitbelegungsstelle im Jahr 2016 bilden das VVG und das VSBG die Rahmenbedingungen des Verfahrens. Wegen der Unterschiede zum Verfahren gegen Versicherungsunternehmen 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“. Beschwerden zwischen Vermittlern untereinander oder Beschwerden des Vermittlers gegen ein Unternehmen und umgekehrt fallen nicht in die Zuständigkeit des Ombudsmanns. Abgrenzungsbedarf besteht auch in Bezug auf das Beschwerdeziel. Wird die Beteiligung des Vermittlers an der Schadensregulierung 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. Rügt der Beschwerdeführer ein Verhalten des Vermittlers, das – wie bei Versicherungsvertretern üblich – rechtlich dem jeweiligen Versicherungsunternehmen zuzurechnen ist, wird vorrangig ein Verfahren nach der VomVO durchgeführt.

Verglichen mit der VomVO besteht hinsichtlich der Beschwerdebefugnis in der VermVO ein größerer Spielraum. Während Beschwerden gegen Versicherungsunternehmen nur von Verbrauchern oder Personen in verbraucherähnlicher Lage eingelegt werden können, gibt es eine derartige Beschränkung bei den Vermittlerbeschwerden nicht. Hervorzuheben ist, dass Verbraucherschutzverbände ausdrücklich befugt sind, Vermittlerbeschwerden einzulegen. Ebenso wie beim Verfahren nach der VomVO muss der Verbraucher grundsätzlich keine Kosten tragen, von eventuellen Auslagen wie Briefporto abgesehen. Dem Versicherungsvermittler kann ein Entgelt auferlegt werden, wenn er Anlass zur Beschwerde gegeben hat. Bei offensichtlich missbräuchlich eingelegten Beschwerden können auch die Beschwerdeführer zur Kostentragung herangezogen werden.

1 DER VERSICHERUNGSOMBUDSMANN

Nach der VermVO können, anders als bei Unternehmensbeschwerden, keine bindenden Entscheidungen getroffen werden. Wie bereits ausgeführt, wird der Ombudsmann im Fall von 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 Schadensfolge. 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

Bei einigen Beschwerden stehen Fragen im Streit, deren Behandlung auch für Außenstehende von Interesse sein kann. Deshalb veröffentlicht der Ombudsmann Bescheide zu Beschwerdefällen mit rechtlichen Fragen, die über den Einzelfall hinaus bedeutsam sind. Die Bescheide werden anonymisiert und sind auf der Website des Versicherungsombudsmann e. V. leicht zugänglich und können nach Stichworten durchsucht werden.

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



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

Aus naheliegenden Gründen wird auf die Wiederholung gleichgelagerter Fälle verzichtet, sodass die veröffentlichten Entscheidungen nicht repräsentativ für die Häufigkeit der typischen Themen sind, mit denen der Ombudsmann befasst ist. Auch kann an den Veröffentlichungen nicht die Erfolgsquote von Beschwerden abgelesen werden – das schon deshalb nicht, weil diese im Wesentlichen dadurch zustande kommt, dass 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 Leichter Rückgang bei den Beschwerdezahlen

Das Jahr 2022 war von insgesamt rückläufigen Beschwerdezahlen gekennzeichnet. Die Gesamtzahl der Eingänge belief sich auf 15.907, während es im Jahr 2021 noch 18.344 waren. Namentlich in den nach wie vor zahlenstärksten Sparten Lebensversicherung und Rechtsschutz waren deutlich weniger Schlichtungsanträge zu verzeichnen. In einigen Sparten kam es allerdings zu einem kleinen Plus an Beschwerden, so in der Kfz-Kaskoversicherung und bei den sonstigen Versicherungen. Dieser Trend zum Rückgang der Beschwerdezahlen, der aufs Ganze gesehen noch im Rahmen üblicher Schwankungen liegt, war in ähnlicher Weise im Jahr 2022 auch bei anderen Verbraucherschlichtungsstellen festzustellen. Die Gründe dafür lassen sich nicht verlässlich feststellen. Allerdings fällt auf, dass im Berichtsjahr keine zahlenstarken Sondereffekte zu verzeichnen waren, wie das etwa mit jeweils mehreren hundert Beschwerden im Vorjahr der Fall war. Damals gingen zu den Widerspruchsfällen in der Lebensversicherung vor dem Jahreswechsel in großer Zahl Beschwerden ein, die von spezialisierten Anwaltskanzleien auch mit dem Zweck der Verjährungshemmung eingelegt worden waren. In der Gebäude- und Hausratversicherung resultierte im Vorjahr aus einer konfliktbehafteten Umdeckungsaktion durch ein Vermittlerunternehmen eine Vielzahl von Schlichtungsanträgen (vgl. Jahresbericht 2021, Kapitel 2.3 und 2.6). In der Rechtsschutzversicherung machte sich im Berichtsjahr bemerkbar, dass die Folgen der „Dieselaffäre“ weitgehend abgearbeitet zu sein scheinen. Darüber hinaus lässt sich generell mit Blick auf ähnliche Trends bei anderen Schlichtungsstellen vermuten, dass die durch die Coronapandemie bedingten, noch nachwirkenden Restriktionen, der Krieg in der Ukraine mit seinen Auswirkungen auch auf Deutschland und die zunehmende Teuerung die Aufmerksamkeit und Wahrnehmung der Menschen zum Teil abgelenkt und individuelle Probleme mit einem Versicherer mitunter eher in den Hintergrund gedrängt haben mögen.

Auch im Berichtsjahr war erfreulicherweise wieder zu beobachten, dass die Versicherer bereit sind, Anregungen des Ombudsmanns zu prüfen und im Zweifel eine schnelle Einigung im Schlichtungsverfahren einer etwaigen gerichtlichen Auseinandersetzung vorzuziehen. Dabei werden wohl auch wirtschaftliche Überlegungen angestellt. Daher überrascht es nicht, dass diese Bereitschaft bei niedrigeren Beschwerdewerten ausgeprägter ist. Aber auch das Interesse an der Kundenzufriedenheit war wiederum deutlich spürbar. Ähnlich trat bei den Beschwerdeführern ein häufig ausdrücklich artikuliertes Interesse an einer gütlichen Verständigung zutage. Es scheint zudem bei vorsichtiger Einschätzung eine allgemeine Tendenz erkennbar zu werden, Konflikte zunehmend mit einfachen Mitteln auszuräumen, sich jedenfalls nicht auf eine länger dauernde, streitige gerichtliche Auseinandersetzung einzulassen.



2.2 Rechtssichere Beurteilungsgrundlage für Widerspruchsfälle in der Lebensversicherung weitgehend „perdu“?

In der Lebensversicherung lag auch im Berichtsjahr ein Schwerpunkt erneut bei den Fällen des Widerspruchs von Vertragserklärungen mit dem Ziel der Rückabwicklung der Verträge nach bereicherungsrechtlichen Grundsätzen. Voraussetzung dafür ist bekanntlich ein Fehler in der Widerspruchsbelehrung oder ein Fehlen von Pflichtinformationen bzw. Unterlagen, was nach der Rechtsprechung dazu führt, dass die Widerspruchsfrist nicht in Lauf gesetzt wird. Folge ist das sogenannte ewige (fortdauernde) Widerspruchsrecht. Beschwerdeführer erklärten deshalb auch weiterhin den Widerspruch, zum Teil lange nachdem die Verträge bereits erfüllt oder gekündigt und der Rückkaufswert ausgezahlt worden waren. Dabei waren sie zumeist von spezialisierten Rechtsanwaltskanzleien vertreten. Die Versicherer erhoben daraufhin oft den Verwirkungseinwand und erachteten den Widerspruch als treuwidrig. In diesem Zusammenhang ergaben sich vor allem zwei Problemfelder. Erstens stellte sich immer wieder die Frage, ob es auch geringfügige und rechtlich unerhebliche Belehrungsfehler gibt, und zweitens war zumeist umstritten, unter welchen Umständen eine Verwirkung des Widerspruchsrechts angenommen werden kann. Belebt wurde die Diskussion durch interpretationsbedürftige Entscheidungen des EuGH und durch eine zum Teil uneinheitliche Rechtsprechung der Oberlandesgerichte. Das erschwerte die rechtssichere Beurteilung gerade von Grenzfällen zunehmend und vermehrte den Bearbeitungsaufwand im Berichtsjahr deutlich.

Insbesondere nach einer Entscheidung des EuGH zum Verbraucherkreditrecht erhielt die rechtliche Diskussion Auftrieb, ob es nicht in stärkerem Maße als vom BGH bislang anerkannt „geringfügige Belehrungsfehler“ gebe, die im Ergebnis dann doch ohne Einfluss auf das Ingangsetzen der Widerspruchsfrist bleiben könnten (EuGH, Urteil vom 19. Dezember 2019, C-355/18 u. a.). Die Rechtsprechung der Oberlandesgerichte dazu war zunehmend uneinheitlich geworden. Mittlerweile hat der BGH durch sein Urteil vom 15. Februar 2023 (IV ZR 353/21) hierzu eine Antwort gegeben. Er hält bei Verträgen, die nach dem Policenmodell (§ 5a Absatz 1 Satz 1 VVG a. F.) abgeschlossen wurden, die Ausübung des Widerspruchsrechts nach jahrelanger Vertragsdurchführung für rechtsmissbräuchlich, wenn lediglich ein geringfügiger Belehrungsfehler vorliegt, der dem Kunden nicht die Möglichkeit nehme, das Widerspruchsrecht im Wesentlichen unter denselben Bedingungen auszuüben wie bei zutreffender Belehrung. Konkret ging es um die fehlerhafte Belehrung, der Widerspruch sei in Schriftform zu erklären, wohingegen die Textform genügend war. Der BGH verwirft zugleich auch die zwischenzeitlich von Obergerichten und in der Fachliteratur diskutierte und vertretene Auffassung, wonach aus dem Urteil des EuGH vom 9. September 2021 (C 33/20 u. a.), das zur Verbraucherkreditrichtlinie ergangen ist, faktisch ein Ausschluss des Verwirkungseinwandes folge. Damit ist nun ein erster Schritt getan, um wieder etwas weitergehend Klarheit in die Diskussion und die Rechtsprechungslage zu bringen. Ergänzt wird diese neue Entscheidung des BGH durch sein Urteil vom 15. März 2023 (IV ZR 40/21), in dem – in Abgrenzung zu dem zuvor ergangenen Urteil vom 15. Februar 2023 (IV ZR 353/21) – die

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Annahme eines nur geringfügigen Belehrungsfehlers verneint wird, wenn jeglicher Hinweis auf die erforderliche Form des Widerspruchs fehlt.

Die Bewertung der von Versicherern erhobenen Verwirkungseinwände ist jedoch weiter eine häufige Herausforderung. Neben dem langen Zeitablauf für die Annahme von Treuwidrigkeit des Widerrufs sind nach der Rechtsprechung des BGH hierzu besonders gravierende Umstände des Einzelfalls erforderlich, die bei dem Versicherer Vertrauen in den Bestand des Vertrages begründet haben. Hierbei war die BGH-Rechtsprechung in den zurückliegenden Jahren besonders streng und die Anforderungen an solche gravierenden Umstände hoch. Mittlerweile setzt sich allerdings zunehmend eine Tendenz durch, bei der das Revisionsgericht den Instanzgerichten einen trichterförmigen Bewertungsspielraum für die Würdigung solcher Umstände zugesteht. In der Folge vertreten Landgerichte und Oberlandesgerichte zum Teil deutlich unterschiedliche Auffassungen, wenn es um die Bedeutung etwa von Beitragsfreistellungen, Widersprüchen gegen dynamische Beitragserhöhungen, Bezugsrechtsänderungen und ähnliche Erklärungen des Versicherungsnehmers geht. Diese Fälle lassen sich mittlerweile immer weniger sicher einschätzen. Das führt sowohl für die Rechtsberatung durch die Rechtsanwaltschaft als auch für die Bewertung durch die Versicherer, aber auch für die Instanzgerichte und die Verbraucherschlichtung zu erheblicher Unsicherheit. Das Spektrum derjenigen Grenzfälle, in denen die Beschwerde sich deshalb für eine abschließende Entscheidung im Schlichtungsverfahren nicht eignet, ist daher breiter geworden. Hierzu werden dann mit Rücksicht auf das etwa bestehende Prozessrisiko zum Teil Schlichtungsvorschläge unterbreitet, die eine Quotelung vorsehen. Die Bereitschaft der Versicherer, solche Vorschläge in diesem Problemfeld zu akzeptieren, ist jedoch – anders als sonst – nicht sonderlich ausgeprägt (siehe zu weiteren Einzelheiten Kapitel 2.9).

2.3 Stein des Anstoßes: Kosten in der Lebens- und Rentenversicherung

In der Lebens- und Rentenversicherung führten die in den jährlichen Standmitteilungen aufgeführten Kosten wie auch die prognostizierten Bewertungsreserven in vielen Fällen zu Irritationen bei den Beschwerdeführern (siehe im Einzelnen unter 2.9). Namentlich die Höhe der ausgewiesenen Kosten wurde von vielen Beschwerdeführern als zu hoch reklamiert. In den Schlichtungsverfahren wurde unter Einschluss der mathematischen Prüfung abgeglichen, ob die berechneten Kosten mit den eingereichten vertraglichen Regelungen im Einklang standen. Bei Unstimmigkeiten konnten hier mitunter Abhilfen erreicht werden. Die Höhe der einkalkulierten Kosten an sich, wenn sie von den vereinbarten Regelungen sowie den gesetzlichen Vorschriften gedeckt waren, konnte jedoch im Schlichtungsverfahren mangels rechtlicher Handhabe nicht beanstandet werden. Insoweit handelt es sich um eine geschäftspolitische Entscheidung des jeweiligen Versicherers im Rahmen der Vertragsfreiheit. Den Beschwerdeführern wurde dies im Zusammenhang erklärt. Insgesamt ist feststellbar, dass das Bewusstsein der Versicherungsnehmer für die Höhe der Vertragskosten und deren Berechnung stark zugenommen hat. Das gilt auch für die Riester-Banksparrpläne, die zunächst bei Banken abgeschlossen werden. Nach der Ansparphase dort schließt die



Bank als Versicherungsnehmer für den Kunden als versicherte Person bei einem Rentenversicherer einen Rentenvertrag ab. Das Ansparguthaben wird später bei diesem Versicherer eingezahlt und die Auszahlungsphase der Rente beginnt zu einem zu vereinbarenden Zeitpunkt. Beim Übergang werden meist nochmals zum Teil erhebliche Abschlusskosten für den Rentenversicherungsvertrag vom Guthaben abgezogen, was vielfach zu Verärgerung bei den Kunden führt. Aus dem Verhältnis des Rentenversicherers zur versicherten Person heraus ist das jedoch nicht zu beanstanden, wenn diese Kosten beim Abschluss des Rentenversicherungsvertrages ausgewiesen und vereinbart wurden.

2.4 Dauerbrenner im Massengeschäft der Kfz-Versicherungen: Irritationen bei den Einstufungen der Schadenfreiheitsklassen

In der Kfz-Versicherung brachte das Schadenfreiheitsklassensystem auch im Jahr 2022 wieder eine bemerkenswerte Zahl an Beschwerden mit sich. Vielen Beschwerdeführern ist nicht bewusst, dass ein Versichererwechsel, der zum Jahresende leicht möglich ist und unter dem Aspekt des günstigsten Beitrages stark beworben wird, zu Rückstufungen der Schadenfreiheitsklassen führen kann. Sie erfassen nicht, dass ihrem Vertrag oft unternehmensgebundene Sondereinstufungen zugrunde liegen, und halten Rabattschutzvereinbarungen für generell wirksam. Solche Vergünstigungen können bei einem Versichererwechsel verloren gehen und zu nachträglichen Korrekturen der zunächst durch den Nachversicherer erfolgten Einstufung führen. Die Versicherer haben zum Teil auch unterschiedliche Systeme bzw. Tabellen der Schadenfreiheitsklassen. Diese sind also nicht durchgängig einheitlich. Da all dies in aller Regel durch die getroffenen Vereinbarungen, die Versicherungsbedingungen, rechtssicher unterlegt ist, sind solche nachträglichen Korrekturen zumeist nicht zu beanstanden. Sie lösen jedoch immer wieder Irritationen und Verärgerung bei den Kunden aus. In der Folge bleibt im Schlichtungsverfahren nur, den Beschwerdeführern die Lage möglichst verständlich zu erläutern. Die meisten Versicherer weisen zwar auf diese Zusammenhänge hin. Auch in populären Fachveröffentlichungen werden sie thematisiert. Dennoch zeigt sich bei den Schlichtungsverfahren, dass hier ein Mehr an Transparenz und Kommunikation schon im Vorfeld der Kundenzufriedenheit förderlich wäre. Dies gilt insbesondere, wenn der Versicherungsantrag vom Kunden selbstständig online gestellt wird. Der Wunsch nach einfachen, übersichtlichen Prozessen sollte nicht die Komplexität des Produkts kaschieren.

2.5 Kfz-Versicherungen: Beratungsdefizit bei der Untervermittlung durch Autohäuser

Eine Einzelfallentscheidung zu einem Beratungsdefizit bei der Vermittlung von Versicherungsschutz anlässlich des Kaufs eines vollfinanzierten, hochpreisigen jungen Gebrauchtwagens durch ein Autohaus als Untervermittler ist Anlass, auf die Zurechnung von Beratungsfehlern an den Versicherer hinzuweisen. Im konkreten Fall war neben der Finanzierung zwar Haftpflicht- und Vollkaskoschutz an einen wenig erfahrenen Kunden vermittelt worden, nicht jedoch auf die Deckungslücke hingewiesen worden, die bei einem alsbaldigen Totalschaden zwischen der

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Entschädigung durch den Versicherer und dem Restschuldbetrag des vorzeitig fällig gestellten Darlehens klafft. Diese kann bekanntlich durch eine sogenannte GAP-Versicherung abgedeckt werden. Das Autohaus als produktakzessorischer Vermittler (mit Erlaubnis nach § 34d Absatz 6 GewO) hatte aufgrund seiner Bedarfsermittlungspflicht und der typischen Risikosituation eine Beratungs- und Informationspflicht. Deren Verletzung war über den Obervermittler – die finanzierende Bank des Autokonzerns – dem Versicherer zuzurechnen und führte zu dessen Schadensersatzpflicht. Hier zeigt sich, dass dem Versicherer auch eine Verantwortung für die Qualität der Beratung durch Autohäuser obliegt, die als erlaubnispflichtige produktakzessorische Untervermittler (§ 34d Absatz 6 GewO) tätig sind.

2.6 „Benzinklausel“ in der Privathaftpflichtversicherung und Abgrenzung zu den Kfz-Versicherungen: Deckungslücke oder Doppelversicherung?

In der Privathaftpflichtversicherung wirft der Risikoausschluss nach der sogenannten Benzinklausel (keine Eintrittspflicht für Schäden durch Fahrzeuggebrauch) alljährlich wieder Fragen der Abgrenzung zur Kfz-Haftpflichtversicherung auf. Dieser Risikoausschluss soll Überschneidungen der Allgemeinen Haftpflichtversicherung und der Kfz-Haftpflichtversicherung, also eine Doppelversicherung, vermeiden. Der BGH hat aber bereits vor Jahren entschieden, dass solche Klauseln aus sich selbst heraus auszulegen sind. Zu ihrem Verständnis und zur Abgrenzung kann nicht auf entsprechende, vermeintlich komplementäre Klauseln in der Kfz-Haftpflichtversicherung abgestellt werden (Urteil vom 13. Dezember 2006, IV ZR 120/05). Liegt ein Fahrzeuggebrauch im Sinne der Kfz-Haftpflichtversicherung vor, ist damit also nicht zwingend verbunden, dass dann auch ein Fahrzeuggebrauch im Sinne des Risikoausschlusses der Privathaftpflichtversicherung zu bejahen ist. Diese Rechtsprechung wird in der Praxis immer noch nicht in wünschenswerter Weise zugrunde gelegt. Darauf wurde schon in früheren Jahresberichten hingewiesen. Die gebotene eigenständige Auslegung der Risikoausschlussklausel kann dazu führen, dass Kfz-Haftpflichtversicherer und Privathaftpflichtversicherer die Frage des Fahrzeuggebrauchs unterschiedlich beurteilen. An dieser Schnittstelle ist es denkbar, dass beide Versicherer eintrittspflichtig sind und die Sache nach den Grundsätzen der Doppelversicherung zu behandeln ist, zumal Risikoausschlussklauseln nach allgemeinen Grundsätzen eng auszulegen sind, während für die Kfz-Haftpflichtversicherung die Beschreibung des Leistungsumfanges maßgeblich ist. So lag es in einem kürzlich in einem Schlichtungsverfahren entschiedenen Fall, in dem Schweißarbeiten an einem Pkw einen großen Brand ausgelöst hatten (dazu mehr unter 2.10).

2.7 Rechtsschutzversicherung: Stichentscheide und Risikoausschluss bei Kapitalanlagen

In der Rechtsschutzversicherung liegt ein Schwerpunkt nach wie vor bei der Frage der Wirksamkeit von anwaltlichen Stichentscheiden zu den Erfolgsaussichten der beabsichtigten Wahrnehmung rechtlicher Interessen, für die der Rechtsschutzversicherer die Deckung versagt hat. Im jeweiligen Ausgangsstreit ging es dabei häufig um Fälle des Widerrufs von Lebensversicherungs- und Verbraucherkredit-



verträgen. Besonders beschwerdeträftig waren Risikoausschlussklauseln für verschiedene Kapitalanlagegeschäfte. Auffällig war dabei die Zahl von Schlichtungsanträgen, die Anlagen in Kryptowährung betrafen. Das Verständnis von der Reichweite des Kapitalanlageausschlusses ist in der Rechtsprechung noch nicht verlässlich geklärt. In der Schlichtungspraxis wurde der Anlagecharakter auch dann bejaht, wenn das Geschäftsmodell von vornherein nicht funktionierte. Anders kann es liegen, wenn es von Beginn an als Schneeballsystem konzipiert war, die Anlagemöglichkeit also lediglich als Lockmittel vorgespiegelt war (dazu näher unter 2.9).

2.8 Starkregenkatastrophe im Juli 2021 (Ahrtalhochwasser) – Stand der Dinge

Die Starkregenkatastrophe (Tief „Bernd“) im Sommer 2021 hat zu einer außergewöhnlich hohen Zahl von Schadensfällen insbesondere in der Gebäude- und Hausratversicherung, aber auch in anderen Sachversicherungsbereichen und deren Geltendmachung bei den Versicherern geführt. Bereits im Bericht zum Vorjahr war festzustellen, dass demgegenüber die Zahl der eingegangenen Beschwerden – angesichts des Ausmaßes der Schäden – erstaunlich gering war (Jahresbericht 2021, Kapitel 2.2). Die weitere Entwicklung im Jahr 2022 hat diesen ersten Eindruck bestätigt. Insgesamt lassen sich in der Gebäude-, Hausrat- und Kraftfahrzeugversicherung sowie den spartenübergreifenden Versicherungen bis zum Ende des Jahres 2022 etwa 150 Beschwerdeverfahren mit diesem Hintergrund feststellen. Die Erfolgsquote liegt im üblichen Bereich, sie fällt nicht aus dem Rahmen. Auch wenn, wie in den Medien berichtet wird, die Regulierung besonders großer Schäden noch aussteht, weil die Wiederherstellung angesichts der Vorlaufzeit und der zur Verfügung stehenden Handwerksressourcen längere Zeit in Anspruch nimmt, verfestigt sich weiter das Bild, dass die Schadenregulierung durch die Versicherer im Großen und Ganzen effektiv war und auf Kundenseite als zufriedenstellend wahrgenommen wird.

2.9 Die Versicherungssparten in der Jahresbetrachtung

Die Entwicklung in den verschiedenen Versicherungssparten im Jahr 2022 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 unter 2.1 bis 2.8 behandelt worden sind.

■ **Lebensversicherung**

Im Jahr 2022 erhielt der Ombudsmann 2.643 (Vorjahr: 3.412) zulässige Beschwerden zur Lebensversicherung und damit deutlich weniger als im Vorjahr. Insbesondere wurden im Vergleich zum Jahr 2021 kurz vor Jahreswechsel wesentlich weniger Beschwerden zum Widerrufs- und Widerspruchsrecht eingereicht, um die mit dem Schlichtungsantrag verbundene Verjährungshemmung zu bewirken.

In die Sparte „Lebensversicherung“ fällt eine Vielzahl von Vertragsarten. Hierzu gehören „konventionelle“ kapitalbildende Lebens- bzw. Rentenversicherungen, Risikolebensversicherungen, fondsgebundene Versicherungen ohne und mit garantierten Mindestleistungen (sogenannte „Hybridprodukte“). Außerdem werden Riesterrenten-, Sterbegeld-, Basisrenten-, Schwere-Krankheiten-, Pflegerenten- und Restschuld-Versicherungen sowie Verträge zur betrieblichen Altersversorgung (bAV) hierunter gefasst.

Vor allem durch die kurz vor dem Jahreswechsel 2021 zu 2022 in großer Anzahl eingegangenen Beschwerden zur Bewirkung der Verjährungshemmung (vgl. Jahresbericht 2021, Seite 28) lag der Schwerpunkt der rechtlichen Bearbeitung der Beschwerden im Berichtsjahr wieder beim Thema Zurückweisung von Widersprüchen nach § 5a VVG in der Fassung vor 2008 (VVG a. F.), von Rücktritten nach § 8 Absatz 5 VVG a. F. sowie zum Widerrufsrecht nach § 8 in der ab dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung des VVG. Insgesamt erreichten den Ombudsmann zu dieser Thematik fast 1.000 Beschwerden. Bei diesen Beschwerden kommt es entscheidend darauf an, ob die Widerrufs-, Widerspruchs- bzw. Rücktrittsfrist bei Vertragsschluss in Lauf gesetzt wurde. Bei fehlerhaften Belehrungen oder fehlenden Pflichtinformationen ist das nach der Rechtsprechung in der Regel nicht der Fall, sodass Vertragserklärungen auch viele Jahre später noch widerrufen bzw. der Rücktritt oder der Widerspruch erklärt werden können. Insoweit kann auf die Ausführungen der Vorjahresberichte verwiesen werden (zum Beispiel Jahresbericht 2021, Seite 29 f.).

Von einigen Versicherungsunternehmen wurde bei bestimmten Belehrungsmängeln die Frage aufgeworfen, ob die Rechtsprechung des BGH zur richtlinienkonformen Auslegung des § 5a Absatz 2 Satz 4 VVG a. F. 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 in der angeführten Entscheidung 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. Als Beispiel sei hier folgende Vertragskonstellation aufgezeigt:

Der von der Beschwerde betroffene Versicherungsvertrag mit Beginn zum 1. Juli 2004 sollte nach dem sogenannten Policenmodell zustande kommen. Hierbei erhält der Versicherungsnehmer die Versicherungsbedingungen und die



Verbraucherinformation vollständig erst nach Antragstellung zusammen mit dem Versicherungsschein. Für dieses Vertragsabschlussmodell regelte § 5a VVG a. F. ein Widerspruchsrecht des Versicherungsnehmers. Über das Widerspruchsrecht, den Fristbeginn und die Dauer musste bei Aushändigung des Versicherungsscheins schriftlich und in drucktechnisch deutlicher Form belehrt werden. Die im Versicherungsschein enthaltene Belehrung, der zufolge der Widerspruch „schriftlich“ zu erheben ist, war inhaltlich fehlerhaft. Denn mit Wirkung zum 1. August 2001 wurde § 5a Absatz 1 Satz 1 VVG dahin geändert, dass der Widerspruch in „Textform“ (also u. a. ohne Unterschrift) erfolgen kann. Die Textform stellt eine Erleichterung gegenüber der Schriftform dar (BGH, Urteil vom 14. Oktober 2015, IV ZR 211/14). § 5a Absatz 2 Satz 4 VVG a. F. regelte zwar, dass das Widerspruchsrecht spätestens ein Jahr nach Zahlung der ersten Prämie erlischt. In seinem Urteil vom 7. Mai 2014 (IV ZR 76/11) entschied der BGH jedoch, dass diese Regelung richtlinienkonform einschränkend auszulegen und danach im Bereich der Lebens- und Rentenversicherung nicht anwendbar ist. Folglich besteht das Widerspruchsrecht eines Versicherungsnehmers, der nicht ordnungsgemäß belehrt worden ist, im Bereich der Lebens- und Rentenversicherung grundsätzlich fort.

Im Berichtsjahr gab es nach dem Stand der höchstrichterlichen Rechtsprechung keinen hinreichend tragfähigen Grund für die Annahme, der BGH könnte das aufgeführte Urteil des EuGH zum Anlass nehmen, von seiner bisherigen Rechtsprechung abzurücken (vgl. BGH-Beschluss vom 25. November 2020; IV ZR 318/18). Das Urteil des EuGH zwingt die Rechtsprechung der nationalen Gerichte nicht dazu, das Rücktrittsrecht bei weniger bedeutsamen Fehlern zeitlich zu beschränken. Es hält ihnen allenfalls die Möglichkeit dazu offen. Die bisherigen Rechtsprechungsgrundsätze des BGH erwiesen sich daher als richtliniengerecht. In der oberlandesgerichtlichen Rechtsprechung wurden allerdings vermehrt Abweichungen von den bisherigen Rechtsprechungsmaßstäben des BGH erkennbar, selbst für den Fall, dass die Belehrung überhaupt keinen Hinweis auf eine einzuhaltende Form für den Widerspruch enthielt (beispielsweise OLG Hamm, Urteil vom 22. September 2021, 1-20 U 121/19; OLG Nürnberg, Hinweisbeschluss vom 22. Februar 2021, 8 U 3888/20; OLG Frankfurt am Main, Urteil vom 10. Januar 2022, 7 U 301/21; OLG München, Beschluss vom 23. Dezember 2021, 25 U 6830/21). Das OLG Köln hat im Urteil vom 30. Dezember 2021 (20 U 69/21) demgegenüber herausgearbeitet, dass eine Belehrung bei fehlender Information über die einzuhaltende Form auch unter Beachtung der Vorgaben des EuGH im angeführten Urteil fehlerhaft sei. Auch in anderen Gerichtsentscheidungen wurde die Frage aufgeworfen, ob nach der erwähnten EuGH-Entscheidung uneingeschränkt an der bisherigen BGH-Rechtsprechung zum „ewigen“ Widerspruchsrecht festzuhalten ist (zum Beispiel Kammergericht Berlin, Beschluss vom 21. Mai 2021, 6 U 16/21; OLG Bremen, Beschluss vom 27. Januar 2021, 3 U 23/20; OLG Hamm, Beschluss vom 14. Januar 2021, 20 U 212/20).

Es bestanden Zweifel daran, dass der BGH von seiner bisher als gefestigt geltenden Rechtsprechung abrücken würde. Die von einigen Gerichten nach der Entscheidung des EuGH hierzu vertretene Auffassung verlangte aber nach einer

Klärung, die im Ombudsmannverfahren nicht möglich war. Trotz der zahlreichen Entscheidungen des BGH auf dem Gebiet des Widerspruchsrechts ergaben sich wieder offene, grundsätzliche Rechtsfragen, die für die Bewertung der Streitigkeit erheblich waren. Der Ombudsmann unterbreitete in diesen Fällen in der Regel Schlichtungsvorschläge, die ein etwaiges Prozessrisiko berücksichtigten.

Inzwischen hat der BGH mit Urteil vom 15. Februar 2023 (IV ZR 353/21) entschieden, dass die Ausübung des Widerspruchsrechts rechtsmissbräuchlich ist, wenn lediglich ein geringfügiger Belehrungsfehler vorliegt, der dem Versicherungsnehmer nicht die Möglichkeit nimmt, das Widerspruchsrecht im Wesentlichen unter denselben Bedingungen auszuüben wie bei zutreffender Belehrung. Ihm lag eine Belehrung vor, die dem zuvor geschilderten Beispielfall (Schriftform statt Textform) entspricht. Die Annahme eines unerheblichen, nur geringfügigen Belehrungsfehlers hat er jedoch bei Fehlen jeglichen Hinweises auf die erforderliche Form des Widerspruchs schon kurz darauf verneint (Urteil vom 15. März 2023, IV ZR 49/21).

Während ein Rückgang von Beschwerden zum Rücktrittsrecht nach dem alten VVG zu verzeichnen war, haben im Vergleich zu den Vorjahren Beschwerden zum Widerrufsrecht nach dem VVG 2008 zugenommen. Beanstandet wurde insoweit von vielen, insbesondere durch Rechtsanwälte vertretenen Beschwerdeführern, dass in den Widerrufsbelehrungen die fristauslösenden Unterlagen (die der Versicherungsnehmer erhalten muss, damit die Widerrufsfrist in Gang gesetzt wird) und die Rechtsfolgen des Widerrufs falsch dargestellt worden seien. Insofern berührten die Beschwerden aber häufig Rechtsfragen, die nach wie vor höchstrichterlich noch nicht geklärt sind, sodass der Ombudsmann nach dem derzeitigen Stand der Rechtsprechung nicht in jedem Fall eine abschließende Bewertung vornehmen konnte.

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

Mittlerweile hat der Gesetzgeber die Musterwiderrufsbelehrung im VVG angepasst und die Kaskadenverweise aufgelöst (Artikel 3 des Gesetzes zur Anpassung des Finanzdienstleistungsrechts an die Rechtsprechung des Gerichtshofs der Europäischen Union vom 11. September 2019 in der Rechtssache C-383/18 und vom 26. März 2020 in der Rechtssache C-66/19, Bundesgesetzblatt 2021, Teil I Seite 1666; zum Gesetzentwurf siehe Bundestagsdrucksache 19/29391). Für die Widerrufsfälle zu alten Verträgen sind indessen die früheren Belehrungen zu beurteilen. Die weitere Entwicklung der Rechtsprechung hierzu bleibt abzuwarten.



In zahlreichen Fällen beriefen sich die Versicherungsunternehmen bei an sich berechtigter Geltendmachung eines Widerspruchs- bzw. Rücktritts- oder Widerrufsrechts – typischerweise wegen fehlerhafter Belehrung bei Vertragsschluss wie schon in den vorherigen Jahren – darauf, dass dies im konkreten Fall gegen Treu und Glauben gemäß § 242 BGB verstoße. Grundsätzlich ist es möglich, dass das Rückabwicklungsverlangen rechtsmissbräuchlich ist. Dies ist der Fall, wenn aus Sicht des Vertragspartners, hier des Versicherers, ein Vertrauenstatbestand geschaffen wurde oder besondere Umstände die Rückabwicklung des Vertrages als treuwidrig erscheinen lassen.

Für das Versicherungsvertragsrecht hat der BGH in einer Reihe von Entscheidungen an eine Verwirkung des Widerspruchsrechts besonders strenge Anforderungen gestellt. Er verlangt unabhängig vom Zeitpunkt (lange Zeitdauer seit Vertragsschluss und ggf. Vertragserfüllung) besonders gravierende Umstände, die auf ein Festhaltenwollen des Versicherungsnehmers am Vertrag hindeuten und beim Versicherer Vertrauen in den Bestand des Vertrages begründet haben. Dazu hat sich eine umfangreiche Fallrechtsprechung des BGH herausgebildet, wonach dieser bestimmte Umstände als besonders gravierend akzeptiert (zum Beispiel die zweimalige Abtretung der Ansprüche aus dem Vertrag als Kreditsicherheit), andere hingegen nicht genügen lässt (beispielsweise die Anfrage, ob Versicherungsschutz auch bei einem Einsatz als Personenschützer im Ausland bestehe). Es waren also nur gravierende Fälle, in denen Umstände solchen Gewichts angenommen wurden, dass diese einzeln oder in einer Gesamtbetrachtung eine Verwirkung rechtfertigten. So wurden eine vom Versicherungsnehmer erbetene Beitragsbefreiung oder eine Bezugsrechtsänderung nach früherer Rechtsprechung als nicht hinreichend erachtet.

Obwohl der BGH von diesen strengen Anforderungen nicht abgerückt ist, betont er mittlerweile stärker, dass allgemeingültige Maßstäbe dazu, unter welchen Voraussetzungen trotz eines Belehrungsmangels eine Anwendung von § 242 BGB (Treuwidrigkeit und damit Verwirkung des Widerrufs) in Betracht komme, nicht aufgestellt werden können. Ob eine Verwirkung vorliege, richte sich letztlich nach den vom Tatrichter festzustellenden und zu würdigenden Umständen des Einzelfalls (zum Beispiel BGH, Beschluss vom 8. September 2022, IV ZR 133/20). Die Bewertung des Tatrichters kann danach in der Revisionsinstanz nur daraufhin überprüft werden, ob sie auf einer tragfähigen Tatsachengrundlage beruht, alle erheblichen Gesichtspunkte berücksichtigt, nicht gegen Denkgesetze oder Erfahrungssätze verstößt oder einen falschen Wertungsmaßstab anlegt (BGH, Beschluss vom 23. Januar 2018, XI ZR 298/17 zum Widerrufsrecht bei Verbraucherdarlehensverträgen).

Einige Oberlandesgerichte gehen bei der Annahme verwirkungsbegründender Umstände mittlerweile zum Teil viel weiter, als sich das durch Beispiele aus der Praxis des BGH belegen ließe, ohne dass der BGH das in Nichtzulassungsbeschwerdeverfahren oder auf zugelassene Revisionen hin im Ergebnis beanstandet hätte. Andere Oberlandesgerichte stellen indessen nach wie vor sehr hohe Anforderungen an eine Verwirkung des Widerrufsrechts. Das hat dazu geführt, dass in

der Rechtsanwendungspraxis eine rechtssichere Beurteilung nur noch in klaren Fallkonstellationen möglich ist – entweder in der einen oder in der anderen Richtung. Bei den im Grenzbereich liegenden Fallgestaltungen ist eine verlässliche, an der Rechtsprechung ausgerichtete Würdigung angesichts der vielfältigen und nicht konsistenten Rechtsprechung im vereinfachten Verbraucherschlichtungsverfahren dagegen kaum möglich. In geeigneten Fällen hat der Ombudsmann Schlichtungsvorschläge unterbreitet, die eine Rückabwicklung des Vertrages mit einer bestimmten Quote beinhalten und dabei das etwaige Prozessrisiko je nach Fallgestaltung berücksichtigen.

Vermehrt haben vor allem anwaltlich vertretene Beschwerdeführer auf das Urteil des EuGH vom 9. September 2021 (C-33/20, C-155/20 und C-187/20) verwiesen, wonach das Widerrufsrecht zu einem Verbraucherkreditvertrag nicht der Verwirkung unterliegt und seine Ausübung nicht rechtsmissbräuchlich ist, wenn die Pflichtangaben nicht ordnungsgemäß erteilt wurden und damit keine ordnungsgemäße Belehrung vorliegt. Dem Urteil lag eine Auslegung der Europäischen Verbraucherkreditrichtlinie (Richtlinie 2008/48/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. April 2008 über Verbraucherkreditverträge) zugrunde. Das OLG Rostock hat diese Grundsätze auf einen versicherungsvertragsrechtlichen Sachverhalt übertragen (Urteil vom 8. März 2022, 4 U 51/21). Das würde bedeuten, dass ein Verwirkungseinwand gegenüber einem Widerruf grundsätzlich nicht durchgreift.

Das OLG Karlsruhe geht in seinem Beschluss vom 9. Februar 2022 (12 U 80/21) dagegen davon aus, dass der EuGH die Maßstäbe für eine Anwendung der Gesichtspunkte von Treu und Glauben bei der Ausübung von Lösungsrechten von einem Lebensversicherungsvertrag bereits geklärt hatte. Die neue Entscheidung des EuGH zur Einschränkung des Verbraucherwiderrufsrechts bei Kreditverträgen stehe dem nicht entgegen und gebiete auch kein erneutes Vorabentscheidungsersuchen. Ebenso lehnt es das OLG Hamm mit Beschluss vom 10. Dezember 2021 (20 U 147/21) und in seinen Beschlüssen vom 3. Mai 2022 (20 U 73/22) sowie vom 3. Juni 2022 (20 U 73/22) ab, aus dem Urteil des EuGH vom 9. September 2021 den Schluss zu ziehen, dass ein Versicherer, der dem Versicherungsnehmer eine ungenügende Belehrung nach § 5a VVG a. F. erteilt hat, sich generell nicht auf den Einwand der Verwirkung bzw. der Treuwidrigkeit des Widerrufs berufen dürfe. Es gebe keine Anhaltspunkte, dass der EuGH seine klaren Aussagen im früheren Urteil vom 19. Dezember 2019 (C-355/18 bis C-357/18 und C-479/18) zur Auslegung der hier einschlägigen Richtlinien habe einschränken wollen. Auch das OLG Koblenz führte in einem Beschluss vom 2. November 2021 (10 U 246/21) aus, die Entscheidungen des EuGH stünden einer Entscheidung anhand der allgemeinen nationalen Voraussetzungen eines rechtsmissbräuchlichen Verhaltens nicht entgegen. Die streitentscheidenden Fragen seien in der zu den unionsrechtlichen Lebensversicherungsrichtlinien ergangenen Rechtsprechung des EuGH abschließend geklärt. Mit Beschluss vom 22. Juli 2022 (VGH B 70/21) hob der VerfGH Rheinland-Pfalz diesen Beschluss des OLG Koblenz allerdings auf. Der VerfGH vertritt die Auffassung, das OLG hätte die Frage, ob ein Rechtsmissbrauch allein anhand objektiver Tatbestandsmerkmale ohne das Hinzutreten subjektiver



Elemente angenommen werden darf, dem EuGH zur Vorabentscheidung vorlegen oder sein Absehen von einer Vorlage tragfähig begründen müssen.

Im Berichtsjahr ergab sich also ein vielgestaltiges Rechtsprechungsbild. Das hatte zur Folge, dass viele Fragen wieder offen waren. Der gerichtlichen Klärung dieser rechtsgrundsätzlichen Fragen konnte der Ombudsmann nicht vorgreifen. Mittlerweile hat der BGH jedoch in seinem zuvor genannten Urteil vom 15. Februar 2023 (IV ZR 353/21) klargestellt, dass der Einwand von Treu und Glauben zumindest grundsätzlich nicht von vornherein ausgeschlossen ist. Es wird zu klären sein, welche Konsequenzen sich aus dem Urteil für die einzelnen Fallgestaltungen herleiten lassen.

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

Wie schon in den beiden letzten Jahren erreichten den Ombudsmann wieder Beschwerden zu den „doppelten Abschlusskosten“ bei Riesterrenten. Dieses Thema war in den letzten Jahren von den Verbraucherzentralen und den Medien aufgegriffen worden. Hintergrund war das Schreiben des BMF vom 14. März 2019 mit Hinweisen zur Auslegung von Vorschriften des AltZertG. Das BMF-Schreiben gibt vor, dass die als Prozentsatz der vereinbarten Beiträge vorgesehenen Kosten zu berechnen sind, indem die vereinbarte Beitragssumme über die gesamte Vertragslaufzeit betrachtet wird. Ändert sich die Beitragssumme während der Laufzeit, dürfen zusätzliche Kosten nur auf Erhöhungen der ursprünglichen Beitragssumme erhoben werden.

In einigen Beschwerdefällen konnten entsprechende „Doppelprovisionierungen“ festgestellt und Abhilfen erreicht werden. In anderen Fällen waren die Berechnungen des Versicherers im Sinne des BMF-Schreibens nicht zu beanstanden. Insoweit kann auf die Ausführungen im Vorjahresbericht auf Seite 31 verwiesen werden.

Die Prüfung dieser Beschwerden ist verhältnismäßig aufwendig. Es muss unter anderem nachvollzogen werden, ob bei der Ausgestaltung der Kostenangaben im Produktinformationsblatt und in der Wertmitteilung die jeweiligen gesetzlichen Vorgaben beachtet wurden. Diese wurden mehrfach geändert und sind für zertifizierte Produkte anhand der jeweils gültigen Fassung des AltZertG zu beurteilen. Je nach Gegenstand der Beschwerde erfolgte die Prüfung sowohl in rechtlicher als auch in versicherungsmathematischer Hinsicht. Die Versicherer stellten dem Ombudsmann hierfür die notwendigen Grundlagen für die interne Prüfung zur Verfügung (§ 8 VomVO). Im Berichtsjahr gingen ca. 460 Beschwerden ergänzend in die mathematische Prüfung ein.

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Zum Ende des Jahres haben Beschwerden zu den Bewertungsreserven zugenommen. Beschwerdeführer, deren Verträge in der zweiten Hälfte des Berichtsjahres endeten, beanstandeten, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven nicht unerheblich hinter den Beträgen zurückbleibe, die ihnen noch wenige Monate zuvor in Aussicht gestellt worden waren. Manche Unternehmen konnten den Versicherungsnehmern auch gar keine Beteiligung mehr gewähren. Die Differenzen innerhalb der relativ kurzen Zeitspanne waren für die betroffenen Versicherungsnehmer nicht nachvollziehbar. Zu einer Nachzahlung konnte der Ombudsmann den Beschwerdeführern jedoch in der Regel nicht verhelfen.

Bewertungsreserven entstehen, wenn einzelne Kapitalanlagen des Versicherers (zum Beispiel Wertpapiere, Immobilien, Unternehmensbeteiligungen) mit dem Buchwert, wie er auch für die Bilanz des Unternehmens ermittelt wird, geringer angesetzt werden, als es dem Marktwert (Zeitwert) zum Stichtag entspricht. Es können aber auch stille Lasten vorhanden sein, wenn umgekehrt der Buchwert höher ist als der Zeitwert; etwa wenn für Wertpapiere mehr bezahlt wurde als ihr Verkauf an der Börse aktuell einbringen würde. Alle diese Werte, positive wie negative, werden addiert und so ein Gesamtwert ermittelt. Ist dieser Gesamtwert negativ, werden die Versicherungsnehmer an den stillen Lasten nicht beteiligt, es erfolgt also kein Abzug. Wurde hingegen insgesamt ein positiver Wert festgestellt, dann sind Bewertungsreserven vorhanden, an denen die Versicherungsnehmer nach § 153 VVG bei der Vertragsbeendigung zu beteiligen sind.

Den Beschwerdeführern wurde erläutert, dass sich die Beteiligung an den Bewertungsreserven also danach richtet, inwieweit der Versicherer bei Vertragsbeendigung über Bewertungsreserven verfügt. Dabei können sich die Bewertungsreserven sprunghaft ändern, sie sind „volatil“. Sie werden dem Vertrag nicht laufend zugeteilt, sondern zeitpunktbezogen bei Abrechnung ermittelt. Wegen der Schwankungsanfälligkeit können sich innerhalb kurzer Zeit große Unterschiede ergeben. Dass die Bewertungsreservenbeteiligung bei den beschwerdegegenständlichen Verträgen zum Zeitpunkt der Beendigung geringer ausfiel als in der vorherigen Standmitteilung unverbindlich angegeben worden war oder dass sie ganz entfiel, konnte daher grundsätzlich nicht beanstandet werden.

Die Versicherer begründeten die Kürzungen der Bewertungsreservenbeteiligungen im Vergleich zur vorherigen Standmitteilung insbesondere mit dem starken Anstieg der Zinsen für festverzinsliche Wertpapiere aufgrund von Inflations Sorgen und Zinsunsicherheiten. Festverzinsliche Wertpapiere machen einen Großteil der Kapitalanlagen eines Lebensversicherers aus. Während alte, höher festverzinsten Wertpapiere in Zeiten stetig sinkender Zinsen im Kurs stiegen und so Buchgewinne entstanden, führt der Zinsanstieg nunmehr zu einem Sinken des Kurses der sich im Bestand der Unternehmen befindlichen Wertpapiere und damit zu einem Rückgang der Bewertungsreserven.

Das vereinfachte Ombudsmannverfahren ist allerdings nicht geeignet, verlässlich zu überprüfen, ob und in welcher Höhe beim Versicherer Bewertungsreser-



ven vorhanden sind. Für die Ermittlung der Bewertungsreserven ist die Bilanz des Unternehmens die entscheidende Grundlage. Um Bewertungsreserven zu einem bestimmten Zeitpunkt festzustellen, müssen relevante Kapitalanlagen taxiert und mit dem Anschaffungswert, wie er für die Bilanz verwendet wurde, verglichen werden.

Einen weiteren, nicht unerheblichen Anteil machten wieder Beschwerden zur Beratung bei Vertragsabschluss aus. Die Beratungen wurden aus verschiedenen Gründen von den Beschwerdeführern beanstandet. Insoweit kann auf die Vorjahresberichte verwiesen werden. Darüber hinaus gab es Beschwerden zur Pflegerentenversicherung und zu Todesfalleistungen. Vereinzelt Beschwerden wurden zum Thema Wohnriester eingereicht.

Schließlich beschwerten sich viele Versicherungsnehmer über ausbleibende Zahlungen monatlicher Renten oder von Ablaufleistungen durch ein Versicherungsunternehmen. Das betroffene Unternehmen begründete die Verzögerungen mit IT-Problemen. Im Rahmen des Ombudsmannverfahrens hat dieser Versicherer die Zahlungen dann jedoch zeitnah veranlasst und in der Regel auch Verzugszinsen gewährt. Die verhältnismäßig hohe Erfolgsquote im Berichtsjahr im Bereich der Lebensversicherung ist zum Teil auch auf diese Beschwerden zurückzuführen.

■ **Sonderteil Lebensversicherung**

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

Betriebliche Altersversorgung

Als eine der Säulen der Altersvorsorge betrifft die bAV finanzielle Zuwendungen, die ein Arbeitgeber seinem Arbeitnehmer aus Anlass des Arbeitsverhältnisses zur Alters-, Hinterbliebenen- oder Invaliditätsversorgung verspricht. Die bAV wird vom Staat in vielfältiger Weise gefördert. Im Gegenzug engt der Gesetzgeber den ansonsten bestehenden, vertraglich regelbaren Spielraum für die Beteiligten an manchen Stellen ein. Die Besonderheiten regelt unter anderem das BetrAVG, das auch als „Betriebsrentengesetz“ bezeichnet wird.

In jeder der zulässigen Varianten der bAV („Durchführungswege“) ist der Abschluss eines Versicherungsvertrages möglich, an dem der Arbeitnehmer als Verbraucher beteiligt wird. Die bAV kann vom Arbeitgeber oder vom Arbeitnehmer (Entgeltumwandlung) finanziert werden. Die versicherungsgebundenen Durchführungswege der bAV machen als Teilbereich der Lebensversicherung gut 10 Prozent der Beschwerden dieser Sparte aus. Anders als in der Hauptsparte Lebensversicherung ist die Zahl der bAV-Beschwerden im Vorjahresvergleich nahezu gleich geblieben. Die Zahl der anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer ist in der bAV niedriger als im Bereich der allgemeinen Lebensversicherung.

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

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

Das BetrAVG enthält Vorgaben für die bAV, die als Voraussetzung für die staatliche Förderung sowie den Insolvenz- und Pfändungsschutz der Versorgung erfüllt sein müssen. Darunter fallen das Verfügungsverbot bei Unverfallbarkeit nach § 2 Absatz 2 BetrAVG, die Gestaltung des Bezugsrechts, die Übertragbarkeit von Versorgungsanwartschaften bei Arbeitgeberwechsel (Portabilität, § 4 BetrAVG) sowie die Sicherung durch den Pensionssicherungsverein (§ 14 BetrAVG). Häufige Beschwerdeziele sind die vorzeitige Auszahlung der Altersversorgungsleistung (§ 6 BetrAVG) und die Abfindung wegen Geringwertigkeit (§ 3 BetrAVG). Die Teilung von Versorgungsanwartschaften im familiengerichtlichen Versorgungsausgleich bei Ehescheidung ist ebenfalls häufig Beschwerdeanlass, wenn etwa der ausgleichspflichtige Ehegatte die rechnerische Umsetzung der Entnahme des Ausgleichswertes aus seinem Vertrag anzweifelt.

Auch das VVG enthält Vorschriften speziell für die bAV, etwa die Pflicht des Versicherers, Beitragsrückstände nicht nur beim Versicherungsnehmer, sondern auch bei der versicherten Person (Arbeitnehmer und späterer Versorgungsempfänger) anzunehmen und ihr die Möglichkeit zu geben, den Rückstand selbst auszugleichen (§ 166 Absatz 4 VVG). Anders als in der privaten Lebensversicherung muss die versicherte Person in der bAV nach § 150 Absatz 2 VVG nicht schriftlich einwilligen, damit der Versicherungsvertrag wirksam zustande kommt. Damit trägt der Gesetzgeber den Vereinfachungsbemühungen in der bAV Rechnung und sieht bei diesen Verträgen kein besonderes Schutzbedürfnis der versicherten Person, das ein Einwilligungserfordernis begründen könnte. Nach § 212 VVG hat der Arbeitnehmer das Recht, einen während seiner Elternzeit beitragsfrei gestellten Lebensversicherungsvertrag innerhalb von drei Monaten nach Ende der Elternzeit zu den vor der Umwandlung vereinbarten Bedingungen fortzusetzen. Damit wird von dem Grundsatz abgewichen, dass der Versicherungsnehmer nach Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung nach § 165 VVG keinen Anspruch auf Wiederherstellung des ursprünglichen Vertrages durch Rückgängigmachen der Umwandlung hat.



Besondere Informationspflichten gegenüber dem Versorgungsanwärter und -empfänger enthalten die §§ 234k ff. VAG und die VAG-InfoV. Nach § 4 VAG-InfoV in Verbindung mit § 234o VAG sind dem Versorgungsanwärter mindestens alle zwölf Monate die für ihn wesentlichen Informationen über den Stand seines Versorgungsverhältnisses zur Verfügung zu stellen. Diese Informationspflichten des Versicherers gegenüber dem Arbeitnehmer sind aber, anders als jene gegenüber dem Versicherungsnehmer, nicht im VVG und zugehörigen Verordnungen geregelt, sondern im VAG verortet. Die Umsetzung und Einhaltung dieser Vorschriften wird von der BaFin als zuständige Aufsichtsbehörde überwacht.

Auch die Finanzverwaltung macht Vorgaben, die eingehalten werden müssen, damit die steuerliche Förderung der bAV gewährt werden kann. Dazu gehört, dass für eine betriebliche Leistung an Hinterbliebene bei Tod des Arbeitnehmers nur ein begrenzter Personenkreis in Betracht kommt. Eine Hinterbliebenenversorgung im steuerlichen Sinne darf nur Leistungen an die überlebenden Ehegatten, kindergeldberechtigte Kinder, den früheren Ehegatten oder den Lebensgefährten vorsehen („enger Hinterbliebenenbegriff“). An andere als diese Personen kommt ein einmaliges angemessenes Sterbegeld in Betracht, das derzeit 8.000 Euro nicht überschreiten darf (aufsichtsbehördlich festgesetzt nach § 150 Absatz 4 VVG).

Nahezu alle Beschwerdegründe aus der allgemeinen Lebensversicherung werden auch in Bezug auf bAV-Verträge vorgebracht. Nicht jede Entwicklung in der Rechtsprechung lässt sich aber auch auf die bAV anwenden. Beispielsweise entschied der BGH in einem Beschluss vom 23. Februar 2022 (IV ZR 150/20), dass die Übertragung eines „ewigen“ Lösungsrechts auf einen ausgeschiedenen Arbeitnehmer mit dem Versorgungszweck einer im Rahmen der bAV abgeschlossenen Lebensversicherung, der durch das gesetzliche Verbot einer Abtretung, Beleihung oder Inanspruchnahme des Rückkaufwertes durch den ausgeschiedenen Arbeitnehmer (§ 2 Absatz 2 Satz 4 und 5 BetrAVG) abgesichert wird, unvereinbar wäre. Das Widerrufsrecht nach § 8 VVG ist für Pensionskassenverträge bereits gesetzlich ausgeschlossen (§ 8 Absatz 3 Nr. 3 VVG).

Viele Beschwerdeführer fühlen sich bei Abschluss und Führung ihrer bAV durch den Versicherer falsch beraten. Eine vertragsbezogene Information und Interessenwahrung kann der versicherte Arbeitnehmer aber grundsätzlich nur von seinem Arbeitgeber verlangen, welcher sich zur Erfüllung dieser Fürsorgepflichten der Hilfe eines Versicherungsmitarbeiters bedienen kann. Für dessen Fehler haftet der Arbeitgeber grundsätzlich nach § 278 BGB. Auch über die steuer- und sozialversicherungsrechtliche Rahmenrechtslage muss der Versicherer den versicherten Arbeitnehmer grundsätzlich nicht näher aufklären. Weil die Vertragskommunikation hauptsächlich zwischen den Parteien des Versicherungsvertrages stattfindet, also zwischen dem Arbeitgeber und dem Versicherer oder ggf. der Unterstützungskasse, ist es in diesem Dreiecksverhältnis für den versicherten Arbeitnehmer oft nicht leicht, das Vertragsgeschehen genau zu erfassen oder darauf Einfluss zu nehmen. Probleme können bei Arbeitsplatzwechsel, Betriebsaufgabe oder Insolvenz des Arbeitgebers auftreten, etwa weil dieser an der Umgestaltung des Versicherungsvertrages nicht mitwirkt oder seine Gläubiger auf die Versorgung zugreifen wollen. Hier spielen auch Pfändungs- und Abtretungsfragen eine Rolle.

Zurückgegangen sind Beschwerden gegen Pensionskassen, die in Abstimmung mit der BaFin in laufende Verträge eingreifen, indem sie den Rechnungszins bzw. den Rentenfaktor senken und vereinzelt sogar Renten im Bezug kürzen. Gleichbleibend zahlreich sind Beschwerden gegen die Erhebung von Krankenkassenbeiträgen auf betrieblich finanzierte Versorgungsbezüge nach dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG). Betroffene Versorgungsempfänger werden häufig von den Abzügen überrascht und wenden sich vor allem gegen die wiederholte Belastung mit Sozialbeiträgen sowohl in der Anspar- als auch in der Auszahlungsphase. Das Problem wird in der politischen Diskussion unter dem Begriff der Doppelverbeitragung von Betriebsrenten behandelt. Mit Wirkung zum 1. Januar 2021 hatte sich der mit dem GKV-Freibetragsgesetz eingeführte Freibetrag, auf den keine Krankenkassenbeiträge fällig werden, erhöht. Dadurch soll der Effekt der Doppelverbeitragung abgemildert werden. Die nächste Erhöhung erfolgte zum 1. Januar 2023. Beschwerden gegen den Beitragsbescheid der Krankenkasse selbst sind im Ombudsmannverfahren unzulässig, denn sie richten sich gegen die gesetzliche Krankenkasse, betreffen das sozialversicherungsrechtliche Verhältnis und sind nach öffentlichem Recht zu beurteilen. Beschwerden über die rechnerische Herleitung der Kassenmeldung des Versicherers dagegen kann der Ombudsmann prüfen und oft für Klärung sorgen.

Verträge der bAV müssen im Laufe eines Arbeitslebens mitunter wiederholt an veränderte Umstände angepasst werden. Hier sind Beitragsänderungen, Teilungen im Versorgungsausgleich und Versicherungsnehmer- bzw. Anbieterwechsel bei Beschäftigungsende zu nennen. Die dabei erforderlichen nachträglichen Eingriffe in das Vertragsverhältnis machen die Verträge anfällig für tatsächliche oder vermutete Bearbeitungsfehler.

Da bei bAV-Verträgen zwischen dem Rechtsverhältnis des Arbeitgebers als Versicherungsnehmer zum Versicherer (Deckungsverhältnis) einerseits und dem Rechtsverhältnis zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber (Valutaverhältnis) andererseits zu unterscheiden ist, diese Rechtsbeziehungen aber in einem wechselwirksamen Verhältnis zueinander stehen, ist ein kulanteres Entgegenkommen des Versicherers oder eine Anpassung von Vertragsinhalten durch einen Vergleich nicht immer möglich. In manchen Fällen muss der Versuch einer Befriedung darauf beschränkt werden, die komplexen Zusammenhänge verständlich zu erklären.

Restschuldversicherung

Im Berichtsjahr beendete der Ombudsmann 107 (Vorjahr: 112) Beschwerden zu Restschuldversicherungen. Restschuldversicherungsverträge sollen bei Eintritt eines Versicherungsfalles gewährleisten, dass der Restkredit entweder auf einmal oder durch die Übernahme der fällig werdenden Kreditraten getilgt wird. Diese Versicherungen werden zum Teil auch als Ratenschutz- oder Kreditlebensversicherungen bezeichnet. Sie decken in erster Linie das Risiko des Todesfalls eines Kreditnehmers ab. Daher werden diesbezügliche Beschwerden als Untersparte zur Lebensversicherung geführt. Es handelt sich dem Grunde nach um Risikolebensversicherungen, die – ggf. zusätzlich – Versicherungsschutz für den Fall der Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit bieten können. Sie sind in der Regel hin-



sichtlich 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 Raten- und Kredit-Ausfallschutzversicherungen. Diese werden beim Ombudsmann den „Sonstigen Versicherungen“ zugeordnet. Derartige Verträge stehen zwar häufig auch im Zusammenhang mit einem Kredit, sie decken jedoch nicht das Risiko des Todesfalls ab. Vielmehr besteht zumeist Versicherungsschutz für den Fall der Arbeitslosigkeit und der Arbeitsunfähigkeit. Versichert ist ein bestimmter monatlicher Betrag, der nicht zwingend einer bestimmten 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. Streit ergab sich etwa in Bezug auf den Beginn der Leistungspflicht bei verspäteter Meldung des Versicherungsfalls. Hier kommt es maßgeblich auf die vertragliche Ausgestaltung an. Dabei ist eine nicht immer einfache Abgrenzung zwischen der Regelung einer Ausschlussfrist und einer Ausgestaltung als Anzeigepflicht vorzunehmen. Diese Frage ist nicht nur entscheidend für den anzulegenden Verschuldensmaßstab. Von ihr hängt es auch ab, ob dem Beschwerdeführer die Möglichkeit des Kausalitätsgegenbeweises eröffnet ist, wenn die verspätete Mitteilung keinen Einfluss auf die Feststellung des Versicherungsfalles und auf die Feststellung bzw. den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung hat. In geeigneten Fällen wandte sich der Ombudsmann an das betroffene Mitgliedsunternehmen und konnte Abhilfen erzielen; so zum Beispiel in einem Fall, in dem die Beschwerdeführerin die Frist für die Meldung des Versicherungsfalls versäumte, weil sie nach einer Operation lange Zeit mit großen Schmerzen im Bett lag.

Daneben gab es erneut Beschwerden über die Höhe des Auszahlungsbetrages, wenn die Restschuldversicherung gegen Einmalbeitrag im Zusammenhang mit der vorzeitigen Darlehenstilgung gekündigt wurde. In wenigen Fällen beanstandeten Beschwerdeführer die Beratung beim Zustandekommen der Restschuldversicherung.

■ **Rechtsschutzversicherung**

Zur Rechtsschutzversicherung erhielt der Ombudsmann im Berichtsjahr 2.565 (Vorjahr 3.184) zulässige Beschwerden und damit deutlich weniger als in den letzten Jahren. Ein wesentlicher Grund hierfür ist der spürbare Rückgang der durch spezialisierte Anwaltskanzleien eingelegten Serienbeschwerden, die insbesondere die Folgen der Diesel-Abgasaffäre betroffen haben. Allein im Vorjahr hatten den Ombudsmann hierzu noch knapp 400 neue Verfahren erreicht (siehe auch Jahresbericht 2021, Seite 41); im Berichtsjahr waren es noch etwa 50 Beschwerden.

Die Leistung des Rechtsschutzversicherers besteht darin, den Versicherungsnehmer von den für die Wahrnehmung seiner rechtlichen Interessen erforderlichen Kosten im vereinbarten Umfang freizustellen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass

eine Rechtsschutzversicherung keine Allgefahrendeckung bietet, sondern nach dem Prinzip der Spezialität des versicherten Risikos aufgebaut ist. Regelmäßig wird der Versicherungsschutz nach versicherbaren Lebensbereichen in verschiedenen Kombinationen angeboten, sodass es dem Interessenten möglich ist, die genau auf ihn zugeschnittene Versicherung auszuwählen und auf nicht benötigte Leistungen zu verzichten. Die Allgemeinen Bedingungen für die Rechtsschutzversicherung der einzelnen Versicherer unterscheiden sich zum Teil erheblich im Leistungsumfang und in den Ausgestaltungen voneinander.

Ein Schwerpunkt in der Rechtsschutzversicherung war im Berichtsjahr erneut die zeitliche Einordnung des Rechtsschutzfalls. Insgesamt erreichten den Ombudsmann zu dieser Thematik etwas mehr als 500 Beschwerden. Die Datierung des Rechtsschutzfalls ist bedeutsam für die Frage der Vor- oder Nachvertraglichkeit des Rechtsschutzfalls und ein etwaiges „Sichhineinversichern“ in die Deckung bei einem sich abzeichnenden Rechtskonflikt.

Für die zeitliche Festlegung des verstoßabhängigen Rechtsschutzfalls ist auf diejenige Rechtspflichtverletzung abzustellen, die der Versicherungsnehmer seinem Gegner anlastet, wobei es auf die „Parteirolle“ (Anspruchsinhaber oder Anspruchsgegner) bei der Interessenwahrnehmung nicht ankommt. Maßgeblich ist vielmehr der Tatsachenvortrag, mit dem der Versicherte sein Rechtsschutzbegehren begründet (BGH, Urteile vom 24. April 2013, IV ZR 23/12, und vom 3. Juli 2019, IV ZR 111/18 und IV ZR 195/18). Unbeantwortet ist bislang jedoch die Frage, ob diese 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). Hierzu vertritt der Ombudsmann – ebenso wie die versicherungsrechtliche Fachliteratur – die Ansicht, dass sich die Rechtsprechungslinie des BGH auf die typischen zivilrechtlichen Auseinandersetzungen sowie die zeitliche Einordnung des Rechtsschutzfalls beschränkt und etwa im Straf- oder Ordnungswidrigkeiten-Rechtsschutz die dem Versicherungsnehmer angelasteten Rechtsverstöße den Versicherungsfall begründen. Es liegt in der Natur der Sache, dass der Versicherungsnehmer die ihm zur Last gelegte Straftat oder Ordnungswidrigkeit als maßgeblichen Verstoß ansieht. Das entspricht nicht nur der Sichtweise des durchschnittlichen Versicherungsnehmers, sondern korrespondiert auch mit der Definition des Straf- und des Ordnungswidrigkeiten-Rechtsschutzes, wonach Rechtsschutz für Verteidigung wegen des Vorwurfs eines strafrechtlichen Vergehens oder einer Ordnungswidrigkeit besteht. Daraus ergibt sich, dass der Zeitpunkt der vorgeworfenen Tatbegehung maßgeblich ist.

Die weitere Entwicklung der Rechtsprechung bleibt insoweit abzuwarten. Es wäre zu begrüßen, wenn der BGH in der Folge seiner fortentwickelten Rechtsprechung alsbald die Gelegenheit zu weiterer Klarstellung erhielte, um der Rechtsanwendungspraxis der Versicherer die nötige Gewissheit zu vermitteln. Bis dahin orientiert sich der Ombudsmann an seiner bisherigen Praxis, soweit die vorliegenden gerichtlichen Entscheidungen nicht eine sichere Grundlage für eine andere Beurteilung geben.



Die jüngeren höchstrichterlichen Entscheidungen zu Beitragserhöhungen in der privaten Krankenversicherung, die zur teilweisen Rückforderung von Beiträgen durch Versicherungsnehmer führen, haben sich bisher noch nicht durch vermehrte Beschwerden zur Rechtsschutzversicherung ausgewirkt. Der Ombudsmann hat indessen zur zeitlichen Einordnung eines solchen Rechtsschutzfalls entschieden, dass regelmäßige Beitragserhöhungen eines privaten Krankenversicherers, die jeweils aus dem gleichen Grund fehlerhaft sein sollen, im Rahmen der Rechtsschutzversicherung als Dauer-Rechtsschutzfall im Sinne der Bedingungen (ARB) zu werten sind. Erschöpft sich der Rechtsschutzfall nicht in einem punktuellen Vorgang, sondern dauert das Ereignis, die Rechtslageänderung oder der Rechtsverstoß, eine kürzere oder längere Zeit an, dann entsteht die Eintrittspflicht des Versicherers mit dem Beginn des jeweiligen Zeitraums. Das hat zur Folge, dass der Rechtsschutzfall in einer solchen Konstellation bereits mit der ersten Beitragserhöhung eingetreten ist, die in gleicher Weise unzureichend oder fehlerhaft begründet wurde. Ein solcher Dauerverstoß ist nach der Rechtsprechung auch in Fällen gegeben, in denen ein Verstoß zwar nicht ununterbrochen andauert, sich jedoch in gewissen Abständen in gleichartiger oder ähnlicher Weise wiederholt.

Ein weiterer Beschwerdeschwerpunkt lag erneut in der Ablehnung des geltend gemachten Gebührenanspruchs des Anwalts dem Grunde oder der Höhe nach. Im Berichtsjahr gingen hierzu etwa 200 Beschwerden ein. Der Ombudsmann vertritt in langjähriger und höchstrichterlich bestätigter Spruchpraxis die Auffassung, dass der Versicherer seiner Freistellungspflicht gegenüber seinem Versicherungsnehmer auch in der Weise nachkommen kann, dass er auf den geltend gemachten Gebührenanspruch nicht oder nur teilweise leistet und zugleich dem Versicherungsnehmer Kostenschutz für eine etwaige rechtliche Auseinandersetzung mit dem Rechtsanwalt um die Gebührendifferenz zusagt (sogenannte Abwehrdeckung). Der Versicherer hat dafür zu sorgen, dass sein Versicherungsnehmer nicht mehr dem Risiko ausgesetzt ist, Gebührenansprüche seines Prozessbevollmächtigten selbst erfüllen zu müssen. Regelmäßig erklärte sich der Versicherer in solchen Fällen – ggf. auf Anregung des Ombudsmanns – zur Abwehrdeckung bereit. Damit ist sichergestellt, dass der oftmals nicht geschäftserfahrene Verbraucher durch einen Interessenkonflikt der beiden professionell arbeitenden Streitparteien nicht benachteiligt wird.

Bei der Prüfung der Rechtsschutzbeschwerden betrafen in etwa 15 Prozent der zulässigen Beschwerden den Anwendungsbereich von Risikoausschlüssen. Damit werden bestimmte Konstellationen vom eigentlich versicherten Risiko wieder ausgenommen. Es handelt sich dabei um besonders hohe oder für den Versicherer schwer überschaubare Teilrisiken, die, würden sie doch einbezogen, zu deutlich höher zu kalkulierenden Beiträgen führen würden. Hierdurch ergibt sich naturgemäß ein hohes Beschwerdepotenzial.

Im Berichtsjahr war der Ausschluss des Rechtsschutzrisikos für verschiedene Kapitalanlagegeschäfte (Kapitalanlageausschluss) besonders beschwerdeträchtig. Im Mittelpunkt standen dabei Fälle aus dem Bereich von Kryptowährungen, insbesondere im Bereich des „Schürfens“ der Währung, das häufig lediglich als

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Lockmittel angeboten wird, um an Kundengelder zu gelangen. Für diesen Fall werden von Unternehmen beispielsweise Lehrmaterialien zum Schürfen einer Kryptowährung verkauft, die gar nicht existiert.

Das LG Düsseldorf (Urteil vom 1. Juni 2021, 9 S 38/19, VersR 2021, Seite 1427) verneint einen ursächlichen Zusammenhang zwischen der rechtlichen Interessenwahrnehmung und einem Kapitalanlagegeschäft, sofern das Geld des Versicherungsnehmers zwar in ein Geschäftsmodell, nicht jedoch am Markt investiert wurde. Die Entscheidung betraf ein Geschäftsmodell, das sich erst später zu einem Schneeballsystem entwickelt haben soll. Der Ombudsmann hält die Auffassung des LG Düsseldorf allerdings für angreifbar. Denn das LG hat allein die Behauptungen des Versicherungsnehmers, das Geld sei nie am Markt platziert worden, für maßgeblich gehalten. Dies könnte der Rechtsprechung des BGH widersprechen, nach der für das Eingreifen eines Risikoausschlusses grundsätzlich die tatsächliche Sachlage entscheidend ist (zum Beispiel BGH, Urteil vom 20. Mai 2021, IV ZR 324/19, zu finden unter dejure.org). Zudem spricht dagegen, dass Streitigkeiten mit einem von vornherein nicht funktionierenden Geschäftsmodell ebenfalls mit dem Anlagecharakter des Geschäfts zusammenhängen. Wurde das Geschäftsmodell nicht lediglich als Lockmittel eingesetzt, um an die Kundengelder zu gelangen, sondern wurde Geld in ein existierendes – wenn auch von Anfang an nicht funktionsfähiges – Geschäftsmodell investiert, hält der Ombudsmann die Ablehnung des Versicherungsschutzes mit Hinweis auf den Kapitalanlageausschluss für vertretbar.

Ein weiterer Schwerpunkt der Beanstandungen liegt unverändert bei den anwaltlichen Stichentscheiden, die die Rechtsschutzversicherer sehr häufig nicht als für sich bindend anerkennen, weil sie von der wirklichen Sach- und Rechtslage erheblich abweichen. Die Streitigkeiten betrafen vornehmlich Widerrufe von bereits viele Jahre zuvor geschlossenen Lebensversicherungsverträgen und Verbraucherkreditverträgen wegen fehlerhafter Belehrungen oder fehlenden Pflichtinformationen. Ein solcher Stichentscheid wird häufig vom Rechtsanwalt des Versicherten erstellt. Die Kosten dafür hat der Rechtsschutzversicherer zu übernehmen. Inhaltlich muss der Stichentscheid den entscheidungserheblichen Streitstoff, die hierfür vorgesehenen und vorhandenen Beweismittel oder (bei Abwehr eines Anspruchs) die Gegenbeweismittel sowie eine Darstellung der maßgeblichen Rechtsfragen unter Berücksichtigung von Rechtsprechung und Rechtslehre enthalten. Er muss sich mit den Erfolgsaussichten unter Einbeziehung der vom Versicherer für die mangelnde Erfolgsaussicht oder die Mutwilligkeit der Interessenwahrnehmung angegebenen Gründe auseinandersetzen. Ein Stichentscheid ist nach den Vertragsbedingungen für beide Teile verbindlich, es sei denn, dass er offenbar von der wirklichen Sach- und Rechtslage erheblich abweicht (§ 3a Absatz 2 Satz 3 ARB 2010).

Aufgrund einer sehr umfangreichen und in Teilen divergierenden Rechtsprechung des EuGH, BGH und der Oberlandesgerichte waren die Beschwerden für eine Entscheidung im vereinfachten Schlichtungsverfahren oft nicht geeignet (§ 9 Absatz 1 lit. a), c) VomVO; § 14 Absatz 2 Ziff. 4 lit. a), b) VSBG). Die Prüfung



der zum Teil sehr umfangreichen Verfahrensunterlagen zur Sach- und Rechtslage und die Berücksichtigung der sich fortlaufend entwickelnden Rechtsprechung hätten den effektiven Betrieb der Schlichtungsstelle gefährdet. Im Interesse einer einvernehmlichen Beilegung des Streits unterbreitete der Ombudsmann jedoch zumeist einen Schlichtungsvorschlag (vgl. § 9 Absatz 2 VomVO). Er schlug unter Berücksichtigung des jeweiligen Prozessrisikos vor, dass der Versicherer einen angemessenen Prozentsatz der geltend gemachten Deckungsansprüche übernimmt.

Der Anteil der vertragsbezogenen Beschwerden ist mit etwa 5 Prozent der zulässigen Beschwerden im Vergleich zum Vorjahr in der Rechtsschutzversicherung in etwa konstant geblieben. Hauptsächlich ging es um ordentliche Kündigungen des Rechtsschutzversicherungsvertrages durch den Versicherer aufgrund von Schadenshäufigkeit, die regelmäßig nicht zu beanstanden waren. Der Ombudsmann beschränkte sich in diesen Fällen auf die Erläuterung der Sach- und Rechtslage und den Hinweis, dass er dem Versicherer das vertraglich eingeräumte ordentliche Kündigungsrecht nicht absprechen und auch die möglicherweise intern dafür maßgeblichen wirtschaftlichen Überlegungen des Versicherungsunternehmens, die im konkreten Fall zu einer Kündigung des Vertrages geführt haben mochten, nicht bewerten könne. Beschwerden über Anfechtungs- und Rücktrittserklärungen der Versicherer wegen vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung waren hingegen kaum zu verzeichnen.

■ **Kfz-Versicherung**

In diesem Berichtsjahr handelte es sich bei der Kfz-Versicherung wieder um die Sparte mit den drittmeisten Eingängen. Die zulässigen Eingaben beliefen sich in der Kfz-Haftpflicht- und Kaskoversicherung sowie der Schutzbrief- und Insassenunfallversicherung auf 1.869 (Vorjahr: 2.209). Dies entspricht für die Kfz-Haftpflichtversicherung einem Anteil von 4,8 Prozent und für die Kfz-Kaskoversicherung von 10,9 Prozent am Gesamtaufkommen der zulässigen Beschwerden. Zusammengekommen machen diese Eingänge 15,7 Prozent des Gesamtaufkommens der zulässigen Beschwerden aus.

Auf die **Kfz-Haftpflichtversicherung**, die gesetzlich vorgeschriebene Pflichtversicherung für zulassungspflichtige Fahrzeuge, entfielen 572 (Vorjahr: 942) der zulässigen Beschwerden. Sie dient dem Schutz des Führers und Halters von Fahrzeugen vor der Inanspruchnahme durch Dritte, indem der Kfz-Haftpflichtversicherer für berechnigte Schadensersatzansprüche des Dritten einsteht und unberechtigte Ansprüche abwehrt. Dem geschädigten Dritten steht wiederum ein gesetzlicher Direktanspruch gegen den Versicherer des Schädigerfahrzeugs zu. Der Geschädigte muss daher nicht zwangsläufig gegen die Fahrzeugverantwortlichen vorgehen, sondern kann sich direkt an den Kfz-Haftpflichtversicherer des Schädigers wenden.

Die Hauptthemen, mit denen sich der Ombudsmann in der Kfz-Haftpflichtversicherung im Berichtsjahr beschäftigte, blieben erneut im Vergleich zu den vorangegangenen Jahren unverändert. Es handelt sich hierbei um die Einstufung der

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Schadenfreiheitsklassen des Vertrages, die Übertragung dieser Einstufung bei einem Wechsel des Versicherers sowie um Schadensfälle, welche aus Sicht des Versicherungsnehmers vom Versicherer zugunsten des Unfallgegners zu Unrecht reguliert wurden.

Die Regulierungsentscheidungen der Versicherer waren in der Regel nicht zu beanstanden. Dem Versicherer steht diesbezüglich eine weitreichende Regulierungsvollmacht zu. Gerade diese führt jedoch oft zu Meinungsverschiedenheiten und bleibt immer wieder erklärungsbedürftig. Die Regulierungsvollmacht ergibt sich aus den Versicherungsbedingungen und gestattet dem Versicherer bei Schäden in niedriger Höhe aus wirtschaftlichen Gründen eine Schadlosstellung des Geschädigten auch gegen den Willen des Versicherungsnehmers. Dem liegt der Gedanke zugrunde, dass eine Austragung des Regulierungstreits mit dem Geschädigten bei eher geringeren Schadenshöhen oft mit dem Risiko unverhältnismäßig hoher Verfahrenskosten verbunden wäre, etwa durch einzuholende kostenintensive Sachverständigengutachten. In den meisten nicht zu beanstandenden Fällen erläuterte der Ombudsmann den Beschwerdeführern die Regulierungsentscheidung des Versicherers und die Rechtslage.

Im Berichtsjahr kam es auch zu einem Beschwerdefall, bei dem es um einen Unfall mit Beteiligung eines E-Scooters ging und bei dem sich auswirkte, dass es keine gesetzliche Regelung für eine verschuldensunabhängige Haftung bei E-Scooter-Unfällen gibt. Streitig war, inwiefern ein mögliches Mitverschulden des E-Scooter-Fahrers bei der Schadensregulierung hätte berücksichtigt werden müssen. Der E-Scooter-Fahrer hatte den Radweg entgegen der Fahrtrichtung genutzt. Ob dies an der Unfallstelle so zulässig war, ließ sich im Ombudsmannverfahren nicht aufklären. Ebenso konnte aber auch nicht ausgeschlossen werden, dass der E-Scooter-Fahrer aufgrund der Beschilderungen hätte erkennen können, dass der Radweg dort nicht mehr in beide Richtungen genutzt werden durfte. Vor diesem Hintergrund und mangels einer Regelung einer verschuldensunabhängigen Haftung für E-Scooter war die Entscheidung des Versicherers, der eine Schadensregulierung ohne Mitverschuldensanteil des E-Scooter-Fahrers vornahm, rechtlich nicht zu beanstanden.

Hin und wieder kam es bei den Regulierungen von Kfz-Haftpflichtschadenfällen weiterhin vor, dass Versicherungsnehmer erst durch die Rückstufung der Schadenfreiheitsklasse ihres Vertrages im Folgejahr erfuhren, dass es zu einer Regulierung eines von ihnen nur vorsorglich gemeldeten Schadens durch den eigenen Versicherer gekommen war. Gerade in solchen Fällen, in denen aus Sicht des Versicherungsnehmers ein Schaden nur vorsorglich gemeldet wurde, entstand dann zusätzlicher Erklärungsbedarf.

Den Beschwerdefällen, welche im Zusammenhang mit der Vertragseinstufung standen, lagen erneut sehr vielfältige Konstellationen zugrunde. Oft ging es um gewährte unternehmensgebundene Sondereinstufungen. Viele Beschwerdeführer wussten nicht, dass dem Vertrag eine Sondereinstufung zugrunde lag. Des Weiteren wird nur sehr selten in den Versicherungsscheinen oder sonstigen Vertragsunterlagen, wie beispielsweise in der Beitragsrechnung, vom Versicherer verdeutlicht,



über welche Schadenfreiheitsklasse die Versicherungsnehmer verfügen können. Dies führt dann vor allem bei einem Wechsel des Versicherers sehr häufig dazu, dass es bei der Vertragseinstufung durch den Nachversicherer zu entsprechenden rückwirkenden Korrekturen bei der Einstufung der Schadenfreiheitsklassen kommt. Oftmals führt dieser Umstand sogar zur Auslösung von zwei Beschwerdeverfahren, da zunächst ein Verfahren gegen den Nachversicherer wegen einer vermeintlich zu Unrecht vorgenommenen Vertragsänderung durchgeführt und im Anschluss eine Beschwerde gegen den Vorversicherer gerichtet wird, weil dieser dem neuen Versicherer nicht die zutreffende Schadenfreiheitsklasse mitgeteilt habe. Zumeist stellt sich dann bei dem zweiten Beschwerdeverfahren heraus, dass eine gewährte Sondereinstufung der Grund für die dem Nachversicherer abweichend bestätigten schadenfreien Jahre war.

Des Weiteren führten die infolge einer Rabattschutzvereinbarung gewährten Sondereinstufungen zu Beschwerden. Auch aufgrund der gewählten Formulierung „Rabattschutz“ gingen die Beschwerdeführer oft davon aus, dass der „Rabatt“ generell geschützt sei, zumal sie hierfür aus ihrer Sicht auch einen „Mehrbeitrag“ gezahlt hatten. Ein Wechsel des Versicherers führte daher oft zu Unverständnis hinsichtlich der dann folgenden Einstufung, welche die vorangegangene Sondereinstufung nicht berücksichtigte. Auch kam es bei Versicherungsnehmern zu Irritationen, weil die Versicherer teils unterschiedliche Tabellen der Schadenfreiheitsklassen verwenden. Beim Versichererwechsel, der gerade in den Kfz-Versicherungen häufig vorkommt, resultieren auch daraus viele Beschwerden.

Wie bereits im letzten Jahresbericht erwähnt, weisen die doch sehr beständigen Beschwerden im Zusammenhang mit der Vertragseinstufung in eine bestimmte Schadenfreiheitsklasse darauf hin, dass das derzeitige System der Schadenfreiheitsklassen eine Vielzahl an Problemen mit sich bringt. Das System ist zwar Ausdruck individueller Vertragsfreiheit und -gestaltung und ermöglicht sicherlich auch eine stärkere Kundenbindung. Die umfangreichen Vertragsbedingungen enthalten auch die erforderlichen Regelungen. Es stellt sich aber aus Verbrauchersicht im Ergebnis als nicht sehr transparent dar. Die Beschwerdezahlen verdeutlichen das. Eine Anpassung des Systems könnte zu mehr verbraucherfreundlicher Transparenz führen und schließlich dann auch Kundenunzufriedenheit vermeiden. Den Versicherern ist zu raten, die „Nichtmitnahme“ von Sondereinstufungen im Fall des Versichererwechsels noch deutlicher hervorzuheben und gegenüber ihren Kunden besser zu kommunizieren.

Ebenfalls beschwerderelevant waren Fälle im Zusammenhang mit Regressforderungen der Versicherer aufgrund von Obliegenheitsverletzungen der Versicherungsnehmer, beispielsweise bei Unfallflucht oder Fahren unter Alkoholeinfluss. Hier wird mitunter von den Versicherern nicht beachtet, dass die Obliegenheitsverletzung im Einzelfall auch in ursächlichem Zusammenhang mit der Leistungspflicht des Versicherers stehen muss. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn dem Versicherer aufgrund der Obliegenheitsverletzung Nachteile bei der Überprüfung des Sachverhalts entstehen. Wie schon in den letzten Jahresberichten erwähnt, gehört die Feststellung des Sachverhalts zu den wesentlichen Voraussetzungen

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

für die Prüfung einer Regressforderung. Aus diesem Grund wurden die Versicherer in den Beschwerdefällen, in denen die Nachteile bei der Sachverhaltsüberprüfung nicht dargetan oder erkennbar waren, um eine erneute Prüfung bzw. Stellungnahme gebeten. Sie nahmen daraufhin entweder substantiiert Stellung oder halfen den jeweiligen Beschwerden ab. Letzteres geschah vor allem dann, wenn keine Ursächlichkeit bestand, also die Obliegenheitsverletzung keinen Einfluss auf die Leistungspflicht des Versicherers hatte.

Auf die **Kfz-Kaskoversicherung** entfielen 1.297 der zulässigen Beschwerden, nach 1.267 im Vorjahr, was einen Anstieg um 2,4 Prozent bedeutet. Es handelt sich bei ihr um eine Sachversicherung. Der Kaskoversicherungsschutz erstreckt sich auf das Fahrzeug als solches und seine mitversicherten Teile. 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. Auch Schäden, die der Fahrer versehentlich selbst verursacht hat, sind abgedeckt.

Die zentralen Themen in diesem Berichtsjahr waren wieder Diebstahlsfälle und Beschwerden, welche die Schadenshöhe betrafen. Soweit sich die Beschwerden gegen die Nichtregulierung eines gemeldeten Diebstahlschadens richteten, waren Leistungsablehnungen der Versicherer ohne nähere Begründung mit Verweis auf den Rechtsweg erneut Auslöser. Von einigen Versicherern wurde in diesem Zusammenhang im Schlichtungsverfahren der Wunsch geäußert, dass der Ombudsmann sich nicht weiter mit den Beschwerden befassen möge, sondern sie „unbeschieden“ belasse. Wie schon in den letzten Jahresberichten erwähnt, kann der Ombudsmann in solchen Fällen die Befassung mit der Beschwerde aber nicht einfach ablehnen. Die jeweiligen Versicherer wurden deshalb 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 (zum Beispiel Zeugen- oder Sachverständigenbeweis). Erst auf dieser Grundlage kann der Ombudsmann die Durchführung eines Beschwerdeverfahrens mit der Begründung ablehnen, dass die Beschwerde für das Ombudsmannverfahren wegen der begrenzten Beweisführungsmöglichkeiten nicht geeignet ist.

Ein weiteres, häufig auftretendes Beschwerdeanliegen blieb die Höhe der Entschädigungsleistung bei der Abrechnung eines Kaskoschadenfalls. Neben der seitens des Versicherers ermittelten Wiederbeschaffungs- bzw. Restwerthöhe ging es hier oftmals um die Frage, ob und aus welchen Gründen der Versicherer Kürzungen vornahm. Da es dem Ombudsmann nicht möglich ist, selbst einen Sachverständigen zur Klärung hinzuzuziehen, blieb es in diesen Fällen bei der Darstellung der Rechtslage. Wenn nach den Versicherungsbedingungen bei Meinungsverschiedenheiten zur Schadenshöhe einschließlich der Feststellung des Wiederbeschaffungswertes oder über den Umfang der erforderlichen Reparaturarbeiten die Möglichkeit des Sachverständigenverfahrens vorgesehen war, wurde der Beschwerdeführer hierauf aufmerksam gemacht.



Die Möglichkeit, ein Sachverständigenverfahren einzuleiten, sehen einige Versicherungsbedingungen bei Meinungsverschiedenheiten über die Schadenshöhe vor. Bei diesem Verfahren können der Versicherungsnehmer und der Versicherer jeweils einen Kraftfahrzeugsachverständigen benennen. Die Kosten für die Beauftragung der Sachverständigen werden im Verhältnis des Obsiegens zum Unterliegen verteilt. Vor der sachverständigen Prüfung einigen sich die beiden Gutachter noch auf einen Obmann, der entscheidet, wenn sich die beiden Sachverständigen nicht einig werden. Das Ergebnis des formal ordnungsgemäß durchgeführten Sachverständigenverfahrens ist für beide Seiten verbindlich.

Auffällig in diesem Zusammenhang war, dass immer mehr Beschwerden durch Kfz-Werkstätten für deren Kunden eingereicht wurden. In wenigen Einzelfällen wurden diese Beschwerden als unzulässig gewertet. Dies war insbesondere dann der Fall, wenn die eingereichte Vollmacht sich ausschließlich auf technische Meinungsverschiedenheiten bezog. Auch wenn Versicherungsnehmer ihre Ansprüche gegen ihren Kaskoversicherer an die Werkstatt abgetreten hatten, wurde kein Ombudsmannverfahren durchgeführt. Bei diesen Beschwerden fehlte es infolge der Abtretungen an einem überprüfbaren vertraglichen Anspruch eines Verbrauchers.

In den übrigen Vorgängen, in denen die Kfz-Werkstatt lediglich vom Beschwerdeführer für das Schlichtungsverfahren bevollmächtigt war, wurden die Ombudsmannverfahren durchgeführt. Hintergrund hierfür war, dass grundsätzlich auch die Vertretung eines Versicherungsnehmers durch das von ihm für die Reparatur aufgesuchte Autohaus statthaft ist. Die Verfahrensordnung (§ 4 VomVO) lässt die Vertretung im gesetzlich zulässigen Rahmen zu. Dieser Rahmen wird auch durch das Rechtsdienstleistungsgesetz (RDG) abgesteckt, das für Rechtsdienstleistungen grundsätzlich eine Erlaubnis fordert. Ein Verstoß gegen das RDG war jedoch nicht feststellbar. Was unter einer erlaubnispflichtigen Rechtsdienstleistung zu verstehen ist, wird unter § 2 Absatz 1 RDG erläutert. Es handelt sich danach zwar um jede Tätigkeit in konkreten fremden Angelegenheiten. Die Erlaubnispflicht setzt aber zudem voraus, dass die Tätigkeit eine rechtliche Prüfung des Einzelfalls erfordert. Bei der reinen Einlegung einer Ombudsmannbeschwerde ist dies hingegen regelmäßig nicht der Fall. Hinzu kommt, dass Hinweise zur (Nicht-)Erstattungsfähigkeit einzelner Schadenspositionen aus Verbraucherschutzgründen durchaus als eine Nebenleistung einer Kfz-Werkstatt gesehen werden könnten. Wenn also keine Abtretung vorlag und eine ordnungsgemäße Vollmacht ausgestellt war, wurden daher die Ombudsmannverfahren, welche seitens einer Kfz-Werkstatt für einen Verbraucher eingereicht wurden, als zulässig erachtet, wenn es nur um die Verteidigung einzelner Rechnungspositionen ging und die Einlegung der Ombudsmannbeschwerde keine vertiefte rechtliche Prüfung erforderte.

Das Thema der qualifizierten Mahnung bei einem Beitragsrückstand sowohl in der Kfz-Haftpflicht- als auch in der Kaskoversicherung war weiterhin Gegenstand von Ombudsmannverfahren. Allerdings hat sich die rückläufige Tendenz zu diesem Themenkomplex, die bereits im letzten Jahresbericht angesprochen wurde, weiter manifestiert. Vereinzelt traten in diesem Berichtsjahr auch wieder Beschwerden im Zusammenhang mit dem Erstprämienverzug auf. Problematisch war hier die

jeweilige Belehrung des Versicherers zu den Folgen des Erstprämienverzugs. Die Versicherer hatten jeweils nicht darauf hingewiesen, dass die nachteiligen Rechtsfolgen nur bei verschuldet verspäteter Zahlung eintreten. Es gab auch die Fallgestaltung, dass die Belehrung drucktechnisch nicht deutlich vom übrigen Text hervorgehoben worden war oder dass der Zugang der Mahnung nicht nachgewiesen werden konnte. Nachdem den Versicherern mitgeteilt wurde, dass Bedenken gegen die Rechtmäßigkeit der Belehrungen bestehen, halfen sie den Beschwerden jeweils ab.

■ Gebäudeversicherung

Im Jahr 2022 gingen beim Ombudsmann 1.769 (Vorjahr: 2.124) zulässige Beschwerden zur Wohngebäudeversicherung ein. Dies stellt einen Rückgang um 16,7 Prozent dar. Der Grund dafür ist in erster Linie auf den im Jahresbericht 2021 im Kapitel 2.3 beschriebenen Sondereffekt im Vorjahr zurückzuführen. Damals entfielen über 800 Beschwerdevorgänge in der Hausrat- und Gebäudeversicherung auf eine Umdeckungsaktion eines großen Maklers. In den ersten vier Monaten des Jahres 2022 war zwar weiterhin ein erhöhtes Beschwerdeaufkommen zu diesem Themenkomplex zu verzeichnen. Es fiel mit ungefähr 230 Fällen jedoch niedriger aus.

Das Wesen der Gebäudeversicherung hat sich in den vergangenen Jahren nicht verändert. Sie bietet Versicherungsschutz bei Schäden oder Zerstörung des versicherten Gebäudes durch die im Versicherungsschein bezeichneten Gefahren. Dies sind in der Grunddeckung Brand, Blitzschlag und Explosion, Leitungswasser- und Rohrbruchschäden sowie Sturm- und Hagelschäden. Darüber hinaus hat ein Versicherungsnehmer die Möglichkeit, den Versicherungsschutz an seine individuellen Bedürfnisse anzupassen. So können insbesondere weitere Elementargefahren wie Überschwemmung, witterungsbedingter Rückstau, Erdsenkung, Erdbeben und andere Naturgefahren in den Versicherungsumfang eingeschlossen werden.

Wie bereits in der Vergangenheit entfiel der Großteil des Beschwerdeaufkommens auf Sturm-, Leitungswasser- und Rohrbruchschäden. Beschwerdegegenstand war häufig, ob überhaupt ein versicherter Schaden eingetreten war oder in welchem Umfang der Versicherer eine Entschädigungsleistung schuldet. Vertragsfragen spielten in der Wohngebäudeversicherung eine untergeordnete Rolle. Meistens ging es dann um die Frage der Wirksamkeit von Kündigungen.

Die Klimaveränderungen der letzten Jahre und die damit einhergehende Zunahme von Schäden durch Elementargefahren sorgen dafür, dass das Beschwerdeaufkommen in diesem Bereich steigt. Überdies haben sich immer häufiger Gerichte mit Elementarschäden zu befassen. Dies soll anhand von einigen Beispielen nachfolgend veranschaulicht werden.

In seinem Urteil vom 9. November 2022 (IV ZR 62/22) hatte sich der BGH mit der Frage zu befassen, ob es sich bei einem Erdbeben im Sinne der Versicherungsbedingungen nur um sinnlich wahrnehmbare Vorgänge handelt oder aber auch um sich langsam über Jahre hinweg vollziehende Erdbewegungen. Das Grundstück des Klägers lag am vorderen Rand einer Terrasse, die 80 Jahre zuvor am



Hang aufgeschüttet worden war. Seiner Auffassung nach war das aufgeschüttete Material mit den Jahren langsam in Bewegung geraten. Dies sollte zur Folge gehabt haben, dass sich an seinem Haus und der zugehörigen Terrasse Risse bildeten. Die veranschlagten Schadensbeseitigungskosten beliefen sich auf 100.000 Euro. Der Begriff des Erdbebens war in den Versicherungsbedingungen als ein naturbedingtes Abgleiten oder Abstürzen von Gesteins- oder Erdmassen definiert. Die Vorinstanzen entschieden zugunsten des Wohngebäudeversicherers, dass der durchschnittliche Versicherungsnehmer, auf dessen Verständnis es bei der Auslegung von Versicherungsbedingungen ankommt, darunter keine sich langsam über Jahre hinweg vollziehenden Erdbewegungen verstehe. Diese seien mit dem allgemeinen Wortsinn der für die Definition herangezogenen Begriffe des „Abgleitens“ und „Abstürzens“ nicht in Einklang zu bringen. Vielmehr handele es sich um Vorgänge mit einer gewissen Dynamik. Der BGH sah dies anders. Er entschied, dass der Begriff „Erdbeben“ im Sinne der Versicherungsbedingungen auch Schäden an versicherten Wohngebäuden umfasse, wenn sich Bodenbestandteile über einen länger andauernden Zeitraum nur allmählich verlagern. Dies ergebe sich aus der Auslegung der Klausel. Deren Anwendung sei nicht auf plötzliche und sinnlich wahrnehmbare geologische Vorgänge beschränkt. Dabei sei für einen durchschnittlichen Versicherungsnehmer der Sprachgebrauch des täglichen Lebens maßgebend. Auch wenn die Klausel das Abgleiten oder Abstürzen von Gesteins- oder Erdmassen verlange, werde er dies nicht als Hinweis darauf verstehen, dass „Kriechvorgänge“ vom Versicherungsschutz ausgenommen seien.

Aus der Beschwerdebearbeitung ist dem Ombudsmann bekannt, dass es mit Blick auf Rückstauschäden dem Versicherungsnehmer regelmäßig obliegt, Rückstausicherungen vorzuhalten. Mit unterschiedlichen Formulierungen verlangen die Bedingungswerke zudem, dass diese Einrichtungen regelmäßig zu warten sind oder funktionsbereit gehalten werden müssen. Teilweise wird auch gefordert, dass Verordnungen von Kommunen (zum Beispiel Entwässerungssatzungen) zu beachten sind. In vielen Fällen ist es für einen Versicherungsnehmer daher schwierig zu erkennen, was er genau tun muss, um seinen Versicherungsschutz nicht zu gefährden. Wird auf eine kommunale Satzung verwiesen, muss er sich diese zunächst besorgen. Anschließend hat er die Aufgabe herauszufinden, welche Regelungen sich auf Rückstauvorrichtungen beziehen. Fehlt ein Verweis auf eine Satzung, ist vom Versicherungsnehmer der Inhalt der Obliegenheit zu ermitteln. Das OLG Frankfurt am Main hatte sich mit der Auslegung einer solchen Obliegenheit zu befassen (Urteil vom 13. Mai 2022, 7 U 71/21). Gemäß der vertraglichen Vereinbarung hatte der Versicherungsnehmer zur Vermeidung von Überschwemmungs- bzw. Rückstauschäden bei rückstaugefährdeten Räumen Rückstausicherungen anzubringen und sie funktionsbereit zu halten. Der Obliegenheit zum Einbau einer Rückstausicherung war der Kläger nachgekommen. Der Versicherer sah sich zur Regulierung des Wasserschadens dennoch nur in Höhe von 50 Prozent verpflichtet, da der Kläger die Obliegenheit, die Rückstausicherung funktionsbereit zu halten, grob fahrlässig verletzt habe. Die streitige Frage, ob und in welchem Umfang diese Einrichtung regelmäßig zu warten war bzw. tatsächlich gewartet wurde, konnte nach Auffassung des OLG letztlich dahingestellt bleiben. Begründet wurde dies damit, dass die Obliegenheit, die Rückstausicherung „funktionsbereit“ zu halten,

mangels Bestimmtheit gegen das gesetzliche Leitbild i. S. v. § 307 Absatz 2 Nr. 1 BGB verstoße. Der Versicherungsnehmer bleibe im Ungewissen, welche Verhaltensweisen ihm zur Erhaltung seines Versicherungsschutzes konkret abverlangt würden. Hingegen sei dem Versicherer die klare Formulierung einer Instandsetzungs- und Wartungsobliegenheit ohne Weiteres möglich. Der Versicherer drang daher mit dem Einwand der Obliegenheitsverletzung nicht durch und musste den entstandenen Schaden vollständig regulieren.

Das in Teilen niederschlagsarme vergangene Jahr und der damit einhergehende Wassermangel führten unter anderem dazu, dass Bäume häufig nicht mehr stand- und bruchsicher waren. Damit stieg die Gefahr, dass ein Baum bei Sturmeinwirkung umstürzt. Die Kosten für die Entfernung und Entsorgung eines umgeknickten Baumes können erheblich sein, da in der Regel der Einsatz von Spezialwerkzeug erforderlich ist. In der Grunddeckung der Wohngebäudeversicherung sind derartige Aufwendungen regelmäßig nicht enthalten. Im Rahmen einer Zusatzdeckung besteht aber meistens die Möglichkeit, einen entsprechenden Versicherungsschutz zu vereinbaren. Bei älteren Vertragsklauseln war Versicherungsschutz ausschließlich für „umgestürzte“ Bäume vorgesehen. Fraglich ist, ob der Versicherer leistungspflichtig ist, wenn nicht der gesamte Baum umstürzt, sondern nur Baumkronen abbrechen oder Äste abknicken.

Das AG Köln (VersR 2009, Seite 1622) und das LG Bremen (VersR 2005, Seite 356) orientierten sich am Wortlaut der Klausel und entschieden, dass ein Umstürzen nur dann gegeben sei, wenn der Baum vollständig umfällt, also diejenigen Teile des Baumes, die sich über dem Erdboden befinden, nicht mehr stehen. Abzugrenzen hiervon sei ein Abknicken des Baumes. Das AG Emmendingen hatte sich in seinem Urteil vom 24. April 2020 (r+s 2021, Seite 338) u. a. mit der Entscheidung des AG Köln auseinandergesetzt. Ein Abbrechen sämtlicher Teile eines Baumes, die sich über dem Erdboden befinden, ohne dass dieser zugleich auch entwurzelt werde, sei nicht vorstellbar. Für den Fall, dass lediglich entwurzelte Bäume vom Versicherungsschutz umfasst werden sollten, sei dieser Wille durch die Wahl des in vielen Wohngebäudeversicherungsverträgen enthaltenen und gängigen Begriffs der „Entwurzelung“ zum Ausdruck gekommen. Erfreulicherweise ist die Klausel in aktuellen Bedingungswerken weiter gefasst worden. Vom Versicherungsschutz sind nunmehr Bäume oder deren Teile umfasst, die umgestürzt, abgeknickt oder derart beschädigt werden, dass sie entfernt werden müssen. Damit schließt die Versicherung auch die Beschädigung von Teilen des Baumes ein. Diese Klarstellung im Interesse des Versicherungsnehmers ist zu begrüßen.

Immer wieder Gegenstand von Beschwerden sind Wassereinträge in das versicherte Gebäude im Zusammenhang mit Starkregenereignissen. Versicherungsnehmer, deren Versicherung Überschwemmungsschäden umfasst, erwarten in der Regel, gegen ein derartiges Ereignis versichert zu sein. Ihnen ist selten bewusst, dass ein Unwetterereignis und ein daraus resultierender Schaden (für sich) allein noch nicht ausreichend sind, um die Leistungspflicht des Versicherers zu begründen. Nach den Bedingungen müssen regelmäßig noch weitere Voraussetzungen



hinzukommen, wie etwa eine Überflutung des Versicherungsgrundstücks oder ein witterungsbedingter Rückstau.

Versicherungsnehmer befinden sich zudem oft in Beweisnot, wenn sie die Voraussetzungen eines Elementarschadens beweisen müssen. Fotos, die das Grundstück zum Zeitpunkt des Schadenseintritts zeigen, sind oft nicht vorhanden, da die Beschwerdeführer nicht zu Hause oder mit Rettungsmaßnahmen befasst waren. Auf Nachfrage konnten sie jedoch in einigen Fällen Zeitungsberichte oder schriftliche Aussagen von Nachbarn einreichen, die eine Überschwemmung bestätigten. Auch wenn der Beweiswert solcher Erklärungen ohne Anhörung der Zeugen nur eingeschränkt ist, erklärten sich Versicherer nach deren Vorlage zumeist bereit, den Schaden zu regulieren oder wenigstens Vergleichsangebote zu unterbreiten.

Es gibt auch immer wieder Schadensfälle, bei denen Niederschlagswasser sich in großer Menge auf Balkonen oder Dachterrassen sammelt und Schäden anrichtet. Eine Überschwemmung als versicherte Schadensursache kommt in diesen Fällen aber nicht in Betracht, weil die Versicherungsbedingungen eine Überflutung des Grund und Bodens verlangen. Wasseransammlungen auf Gebäudeteilen erfüllen diese Anforderung nicht.

■ **Hausratversicherung**

Im Berichtszeitraum erreichten den Ombudsmann 665 (Vorjahr: 693) zulässige Beschwerden zur Hausrat-, Glas- und Inhaltsversicherung. Dies entspricht einem Rückgang um 4,0 Prozent im Vergleich zum Vorjahr. Obwohl im Gegensatz zum letzten Jahr keine besonderen Beschwerdekompexe mit vielen Eingängen zu verzeichnen waren, stabilisierte sich die Anzahl der Eingänge ungefähr auf dem zuvor erreichten Niveau. Aufgrund der insgesamt zurückgegangenen Menge an zulässigen Eingaben erhöhte sich der Anteil der Hausratbeschwerden an deren Gesamtaufkommen von 4,9 auf 5,6 Prozent.

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

Im Versicherungsfall hat der Versicherungsnehmer Anspruch auf die notwendigen Reparaturkosten zur Wiederherstellung einer beschädigten Sache oder auf den Wiederbeschaffungswert zerstörter oder abhandengekommener Hausratgegenstände. Eine Besonderheit im Vergleich zu anderen Sachversicherungen ist somit, dass der Neuwert und nicht nur der Zeitwert der Sachen ersetzt wird, wenn eine

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Reparatur nicht möglich ist oder unwirtschaftlich wäre. Außerdem sieht der Versicherungsvertrag regelmäßig vor, dass bestimmte Kosten ersetzt werden, die in Zusammenhang mit einem Versicherungsfall entstehen können. Dies sind zum Beispiel Aufräumungskosten, Schlossänderungskosten oder Unterbringungskosten im Fall der Unbewohnbarkeit der eigenen Wohnung.

Wie in den Vorjahren betrafen die Beschwerden zum ganz überwiegenden Teil die Schadensregulierung und nur vergleichsweise wenige Vertragsangelegenheiten. Bei Letzteren war, so wie auch in den Vorjahren, eine vom Versicherungsunternehmen abgelehnte Kündigung durch den Beschwerdeführer der häufigste Beschwerdegrund.

Im Mittelpunkt der Prüfung der Beschwerden zu Schadensfällen stand oft die Frage, ob der Vortrag des Beschwerdeführers nach Aktenlage als hinreichend bewiesen gelten konnte. Grundsätzlich obliegt dem Versicherungsnehmer die Beweislast, weshalb er zu belegen hat, dass ein Versicherungsfall eingetreten und welcher Schaden dadurch entstanden ist. Problematisch ist dies insbesondere bei Einbruchdiebstahlschäden, der seit Jahren mit Abstand größten Gruppe von Beschwerdefällen im Hausratbereich. Im Jahr 2022 blieb deren Anteil mit ca. 26 Prozent der Beschwerdefälle konstant. Dasselbe gilt für die Beschwerden, bei denen zwar der Versicherungsfall dem Grunde nach unstreitig war, aber kein Einvernehmen über die genaue Schadenshöhe bestand. Dies betraf über 22 Prozent der Eingänge. Bei diesen Fällen war die Erfolgsquote (siehe zu deren Definition Kapitel 4.3) mit über 77 Prozent auffallend hoch.

Die zweithäufigste Gefahr, die sich bei Beschwerden im Zusammenhang mit einem Versicherungsfall verwirklicht hatte, war wie in den Jahren zuvor bestimmungswidrig ausgetretenes Leitungswasser. Im Vergleich zum Vorjahr ist deren Anteil von ca. 11 Prozent auf gut 13 Prozent gestiegen. Auf Rang drei der Gefahren lagen im Berichtsjahr Elementarschäden, deren Zahl sich von 33 auf 46 Beschwerden und damit auf gut 8 Prozent aller zulässigen Fälle erhöhte. Dies geht auch – aber nicht nur – darauf zurück, dass den Ombudsmann nach wie vor noch Beschwerden zur Starkregenkatastrophe vom Juli 2021 erreichen (vgl. dazu Jahresbericht 2021, Kapitel 2.2, Seite 20).

Hinsichtlich der steigenden Anzahl an Schäden und vor dem Hintergrund der politisch weiterhin geführten Diskussion um eine mögliche Ausgestaltung der Elementarversicherung als Pflichtversicherung soll zudem noch auf einen bestimmten Teilaspekt hingewiesen werden. Dieser wird im Rahmen der Diskussion selten aufgegriffen und ist auch vielen Versicherungsnehmern nicht bekannt, spielt aber im Ombudsmannverfahren eine große Rolle: Ein nicht unerheblicher Teil der Schadenskonstellationen im Zusammenhang mit Starkregen- oder Überschwemmungsereignissen wäre auch bei Abschluss einer gängigen Elementarversicherung nicht erfasst. Voraussetzung für eine bedingungsgemäß versicherte Überschwemmung ist nämlich standardmäßig die Überflutung des Grund und Bodens des Versicherungsgrundstücks mit erheblichen Mengen von Oberflächenwasser, zum Beispiel durch Witterungsniederschläge oder Ausuferung von ober-



irdischen Gewässern. Es reicht für einen versicherten Überschwemmungsschaden also nicht aus, dass beispielsweise ein Teil der Wohnung oder der Keller unstreitig durch Regenwasser überschwemmt und dadurch Hausrat beschädigt wird. Ein solcher Schaden ist vom Versicherungsschutz nur umfasst, wenn gleichzeitig das Grundstück des Versicherungsnehmers überflutet wurde.

Wird etwa, wie in einem Beschwerdefall, ausschließlich das Grundstück der benachbarten Doppelhaushälfte überflutet und gelangt das Wasser von dort in das gemeinsam genutzte Haus samt dem Teil des Versicherungsnehmers, so besteht kein Versicherungsschutz, da nicht gleichzeitig auch das eigene Grundstück überflutet war. In einem solchen Fall bleibt der Versicherungsnehmer trotz Elementarversicherung auf dem ihm entstandenen Schaden sitzen. Ähnliches kann gelten, wenn der Versicherungsnehmer die Überflutung seines Grundstücks nicht belegen kann, zum Beispiel weil er zum Zeitpunkt des Schadens nicht vor Ort war (siehe dazu auch den Jahresbericht von 2017, Seite 46) oder weil es sich um ein Hanggrundstück handelt. Es gibt mehrere Gerichtsentscheidungen auch von Obergerichten, wonach bereits bei einem leichten Gefälle keine Überflutung des Grundstücks im Sinne der Versicherungsbedingungen gegeben sein könne, weil sich auf diesem wegen der Neigung kein Wasser ansammeln könne, sondern dieses lediglich „abfließe“ (siehe u. a. den Beschluss des OLG Brandenburg vom 3. März 2021, Az. 11 U 206/20). Obgleich es dazu auch anderslautende Entscheidungen gibt, kann sich ein Versicherer in den entsprechenden Fällen auf die genannte Rechtsprechung berufen.

Eine weitere Beschwerdegruppe, deren Anteil sich im Jahr 2022 (auf knapp 8 Prozent) erhöht hat, sind Schäden im Rahmen einer Glasversicherung. Des Weiteren wird in der Inhalts- und Hausratversicherung vergleichsweise häufig darüber gestritten, ob die beschädigte Sache versichert ist oder nicht. Oftmals geht es um die Abgrenzung zwischen versicherten Hausratgegenständen und nicht versicherten Gebäudebestandteilen. Teilweise werden in diesen Fällen zwei Beschwerden geführt, einerseits gegenüber dem Hausratversicherer und andererseits gegenüber dem Gebäudeversicherer. Nicht selten kommt es vor, dass beide Versicherer jeweils auf den anderen verweisen, allerdings ohne sich im Vorhinein bilateral auszutauschen. Aus Kundensicht wäre es fraglos wünschenswert, wenn sich beide Sachversicherer zunächst untereinander abstimmen und idealerweise zu einer Einigung finden würden. Ansonsten bekommen Versicherungsnehmer regelmäßig das Gefühl, Opfer interner Unstimmigkeiten innerhalb der Versicherungswirtschaft zu werden.

Ähnliches gilt in den Fällen, in denen streitig ist, ob der Hausratversicherer entstandene Unterbringungskosten erstatten muss, wenn die versicherte Wohnung unbewohnbar wurde. Über die verschiedenen Konstellationen hatte der Ombudsmann bereits vor zwei Jahren ausführlich berichtet (siehe Seite 51 f. des Jahresberichts von 2020). Die Anzahl dieser Beschwerdefälle hat weiter zugenommen. Diesen Fällen ist oft gemein, dass der Hausrat entweder gar nicht oder nur geringfügig beschädigt worden ist und die Unbewohnbarkeit der Wohnung aus einem Gebäudeschaden resultiert. Voraussetzung für einen Anspruch auf Erstattung

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

von Unterbringungskosten ist bedingungsgemäß aber, dass diese Kosten infolge eines Versicherungsfalls entstanden sind. Ein Versicherungsfall im Rahmen der Hausratversicherung erfordert aber, dass gerade der Hausrat durch eine versicherte Gefahr beschädigt worden ist und nicht etwa „nur“ Gebäudebestandteile.

Hinzugekommen sind nun Fallgestaltungen, in denen der Gebäudeschaden auch Bodenbeläge, Innenanstriche oder Tapeten betrifft, durch Leitungswasser verursacht worden ist und der Versicherungsnehmer Mieter oder Wohnungseigentümer ist. Sind diese drei Voraussetzungen erfüllt, sind entsprechende Schäden ausdrücklich auch vom Hausrat-Versicherungsschutz umfasst, allerdings nicht als eigenständiger Versicherungsfall, sondern lediglich im Rahmen der versicherten Kosten. Nach der vereinbarten Klausel sind Unterbringungskosten aber nur infolge eines Versicherungsfalls versichert. Bei einem strikt am Wortlaut ausgerichteten Verständnis fehlt es jedoch an einem Hausrat-Versicherungsfall. Ein durchschnittlicher verständiger Versicherungsnehmer, auf dessen Sicht es bei der Auslegung von Versicherungsbedingungen ankommt, wird bei aufmerksamer Durchsicht der Regelungen allerdings davon ausgehen, dass in einem solchen Fall nicht nur die Sanierung der Böden etc. versichert ist, sondern auch die dadurch entstehende Unbewohnbarkeit seiner Wohnung. Der Ombudsmann hat daher in diesen Fällen die Versicherer dazu verpflichtet, denjenigen Teil der Unterbringungskosten zu erstatten, der infolge der Schäden an den Bodenbelägen, Innenanstrichen oder Tapeten entstanden ist.

Ebenfalls mehr Beschwerden erreichten den Ombudsmann hinsichtlich vermeintlicher Schäden durch Phishing (siehe Seite 53 des letztjährigen Jahresberichts). Diese waren, wie auch im Vorjahr, zumeist erfolglos, weil die Beschwerdeführer zwar unstreitig Opfer eines Online-Betruges geworden waren, aber es sich dabei nicht um ein Phishing-Ereignis handelte, so wie es in den Versicherungsbedingungen definiert war. Denn der Versicherungsschutz beschränkt sich dabei meist nur auf eine spezielle Begehungsform wie zum Beispiel eine Identitätstäuschung mithilfe von E-Mails, nicht aber durch andere Mittel wie Schadsoftware, das Abfangen von SMS oder eine Fake-Website. Deutlich weniger Hausrat-Beschwerden erreichten die Schlichtungsstelle im Jahr 2022 dagegen im Zusammenhang mit Regulierungsablehnungen, bei denen sich der Versicherer auf eine (versuchte) arglistige Täuschung durch den Versicherungsnehmer berief.

Oft konnte der Ombudsmann den Beschwerdeführern helfen, wenn sich der Versicherer auf die Verjährung etwaiger Ansprüche berief. Zwar unterliegen Entschädigungsansprüche aus einem Sachversicherungsvertrag der regelmäßigen Verjährungsfrist von drei Jahren. Die Frist beginnt jedoch erst zu laufen, wenn der Versicherer über den geltend gemachten Anspruch des Versicherungsnehmers abschließend entschieden hat. Hat er dies nicht getan, sei es, weil er noch auf Unterlagen des Versicherungsnehmers wartete oder ihm der Versicherungsfall noch gar nicht angezeigt wurde, so kann der mögliche Anspruch noch nicht verjährt sein, selbst wenn den Versicherungsnehmer an der Verzögerung ein Verschulden trifft. Anders kann es allerdings dann sein, wenn der Anspruchsteller treuwidrig gehandelt hat.



Diese Rechtslage mag überraschen. Der BGH hat aber bereits im Jahr 2002 entsprechend geurteilt. Ein Verweis auf diese Rechtsprechung führt regelmäßig dazu, dass die Versicherer die Verjährungseinrede nicht aufrechterhalten und den Anspruch inhaltlich prüfen. Dass der Beschwerde letztlich vollumfänglich abgeholfen wird, ist aber nicht zwangsläufig die Folge, zumal in diesen Fällen oftmals Obliegenheitsverletzungen der Versicherungsnehmer (zum Beispiel die Verletzung von Anzeige- und Mitwirkungspflichten) in Betracht kommen.

Eine weitere, besondere Konstellation ergibt sich, wenn die Eintrittspflicht des Versicherers dem Grunde nach feststeht und der Versicherungsnehmer einen vom Versicherer unterbreiteten Vergleichsvorschlag zur Entschädigungshöhe ablehnt. Diesen Beschwerden liegt meist ein unstreitiger Versicherungsfall zugrunde, bei dem nur die genaue Entschädigungshöhe streitig ist. Nicht unüblich und meist sinnvoll ist in komplexeren Fällen mit einer Vielzahl von betroffenen Hausratgegenständen, dass der Versicherer seinen Kunden dann einen Vorschlag zur Güte unterbreitet, um die Angelegenheit schnell und unkompliziert zu erledigen. Ein Versicherungsnehmer ist aber selbstredend nicht verpflichtet, den Vorschlag anzunehmen. Tut er dies nicht, so muss das Versicherungsunternehmen jedoch zumindest denjenigen Betrag an seinen Kunden auszahlen, den es seiner eigenen Meinung nach mindestens zu zahlen hat (als sogenannte Klaglosstellung).

Obwohl dies auch für einen Laien naheliegt, erreichen den Ombudsmann immer wieder Beschwerden, bei denen der Versicherer nach Ablehnung des Vergleichsvorschlags durch den Versicherungsnehmer gar nichts geleistet hat. Da hier der Anspruch dem Grunde nach unstreitig ist, sind diese Fälle meist gut für eine Schlichtung geeignet. Der Ombudsmann versucht dann, einen Vergleich zu vermitteln, dem meist ein (etwas) höheres als das ursprünglich vom Versicherer unterbreitete Vergleichsangebot zugrunde liegt. Ein Hinweis auf die genannte Auszahlungspflicht des Versicherers sowie ggf. fällige Verzugszinsen helfen dabei regelmäßig ebenso wie der Hinweis an den Beschwerdeführer, dass ihm die Beweislast für die genaue Schadenshöhe obliegt.

■ **Allgemeine Haftpflichtversicherung**

In dieser Sparte gingen im Berichtszeitraum 497 (Vorjahr: 561) zulässige Beschwerden ein. Das entspricht einem Anteil von 4,2 (4,0) Prozent am Gesamtaufkommen aller zulässigen Beschwerden.

Unter den Begriff „Allgemeine Haftpflichtversicherung“ werden viele Arten von Haftpflichtversicherungsverträgen gefasst, die sich nach Risikobereichen aufteilen. Dazu gehört als wichtiges Beispiel die Privathaftpflichtversicherung, die regelmäßig auch bei der Beschwerdebearbeitung im Vordergrund steht. Daneben sind auch die Haus- und Grundbesitzer- sowie die Bauherren- und die Tierhalterhaftpflichtversicherung betroffen. In den Zuständigkeitsbereich des Ombudsmanns fallen zudem die eher seltenen Beschwerden zu einer Berufshaftpflichtversicherung für Beamte und Angestellte des öffentlichen Dienstes (auch Amts- oder Diensthaftpflichtversicherung genannt). Anders verhält es sich bei den vereinzelt Beschwerden zu einer D&O-Versicherung, die von einer juristischen Person

für ihre Organe abgeschlossen wurde. Wegen des ausgeprägten unternehmerischen Bezugs befinden sich die Beschwerdeführer regelmäßig nicht in einer verbraucherähnlichen Lage und der Ombudsmann kann daher nicht tätig werden (siehe § 2 Absatz 1 VomVO). Die Kfz-Haftpflichtversicherung, die systematisch ebenfalls zu den Haftpflichtversicherungen gehört, wird wegen der Bedeutung dieser Sparte in einem eigenen Berichtsteil zur Kfz-Versicherung dargestellt (Seite 37 ff.).

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

Zur Privat- und zur Tierhalterhaftpflichtversicherung haben sich die Schwerpunkte der Fallbearbeitung gegenüber den Vorjahren an sich nicht wesentlich verändert. Sie spiegeln häufig das alltägliche Haftungsrisiko des Versicherungsnehmers als Mieter, Tierhalter oder aufsichtspflichtiger Elternteil wider. Noch mehr Beschwerden als in den vergangenen Jahren betrafen aber die Frage, ob sich der Versicherer bei einem Schaden in der Mietwohnung auf den Risikoausschluss wegen Abnutzung, Verschleiß oder übermäßiger Beanspruchung berufen kann (dazu ausführlich im Jahresbericht 2015, Seite 53 f., zuletzt Jahresbericht 2021, Seite 54). Typisch ist die Konstellation, dass anlässlich des Auszugs Schäden am Fußbodenbelag durch den Vermieter geltend gemacht werden. Die Beschwerdeführer sahen sich zum Teil recht hohen Forderungen ausgesetzt, weil der Parkettboden in der gesamten Wohnung abgeschliffen oder sonstiger Belag vollständig ersetzt werden sollte. Dass sich der Fußboden im Rahmen eines vertragsgemäßen Gebrauchs (§ 538 BGB) über die Jahre abnutzt und in der Regel ein Abzug „neu für alt“ berücksichtigt werden muss, scheinen viele Vermieter oder Hausverwaltungen zu ignorieren. Die Schadensursache ist häufig unklar, weil der Schaden zuvor nicht aufgefallen ist, oder aber es bestehen Abgrenzungsschwierigkeiten, weil der Boden durch Abnutzung und durch ein zusätzliches Ereignis beschädigt wurde. Die Beweislast im Hinblick auf den Risikoausschluss 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 Schadensverhalten geschlossen wird. Solche Folgerungen aufgrund der Umstände reichen aber nicht in jedem Fall aus, um der Beweislast zu genügen. Deshalb lassen sich in solchen Konstellationen häufig Vergleiche erreichen. In einem Fall hatte die Beschwerdeführerin nach dem Abbau ihrer Möbel entdeckt, dass Druckspuren im Teppichboden entstanden waren. Diese Druckspuren wollte sie mit einem Dampfgerät entfernen. Dies führte jedoch dazu, dass sich der Teppichkleber auf der Unterseite löste und in die Fasern einzog. Auf dem Teppichboden bildeten sich Flecken. Der Versicherer berief sich auf übermäßige Beanspruchung oder Abnutzung, weil er auf die Druckstellen, die sich während der Mietdauer ergeben hatten, abstellte. Die Druckstellen hatte die



Vermieterin aber nicht bemängelt. Das eigentliche Schadensereignis war die einmalige Behandlung mit dem Dampfgerät, weshalb der Versicherer auf Nachfrage des Ombudsmanns abhalf und eine Regulierung zum Zeitwert vornahm.

Ein besonderer Risikoausschluss, der seit Jahren im Ombudsmannverfahren immer wieder Anlass zur Prüfung gibt (im Berichtsjahr mit ca. 6 Prozent aller Fälle in der Allgemeinen Haftpflicht), ist die sogenannte Benzinklausel. Diese dient der Abgrenzung der Risikobereiche zwischen der Allgemeinen und der Kfz-Haftpflichtversicherung und ist kompliziert formuliert. Der Versicherungsnehmer einer Privathaftpflichtversicherung etwa kann hierzu in den Bedingungen lesen, dass die gesetzliche Haftpflicht des Eigentümers, Besitzers, Halters oder Führers eines Kraftfahrzeugs oder Kraftfahrzeuganhängers wegen Schäden, die durch den Gebrauch des Fahrzeugs verursacht werden, nicht versichert ist. So soll eine Überschneidung der Privathaftpflicht- mit der Kfz-Haftpflichtversicherung und somit eine Doppelversicherung vermieden werden. Aus dieser Zielsetzung allein kann aber nichts weiter abgeleitet werden. Ob ein Schaden durch den Kraftfahrzeuggebrauch entstanden ist oder nicht, ist im Einzelfall mitunter schwierig zu beantworten. Obwohl der BGH vor nun schon mehr als 15 Jahren entschieden hat, dass Klauseln, so auch diese, aus sich selbst heraus auszulegen sind und zum Verständnis oder zur Abgrenzung nicht die Bedingungen anderer Verträge, wie zum Beispiel korrespondierende Klauseln in der Kfz-Haftpflichtversicherung, herangezogen werden können, bestehen nach wie vor Anwendungsprobleme (dazu ausführlich im Jahresbericht 2012, Seite 41; 2017, Seite 51 f.; 2018, Seite 51 f. sowie 2019, Seite 53 f. und 2020, Seite 59 f.; 2021, Seite 56 f.). Die Beschwerdebearbeitung zeigt, dass immer wieder in alte Denkmuster verfallen wird, denn nach der früheren Rechtsprechung war kein Versicherungsschutz aus der Privathaftpflichtversicherung gegeben, wenn ein Fahrzeuggebrauch im Sinne der Kfz-Haftpflichtversicherungsbedingungen vorlag. Der Ombudsmann sah sich nun erstmals veranlasst, eine Empfehlung auszusprechen, wonach sowohl der Privathaftpflichtversicherer als auch der Kfz-Haftpflichtversicherer leistungspflichtig sind und damit eine Doppelversicherung vorliegt. Hintergrund der Empfehlung war ein für diesen Problembereich klassischer Schadensfall: Der Beschwerdeführer nahm Schweißarbeiten an seinem Fahrzeug vor. Das Fahrzeug geriet in Brand und das Feuer griff auf das Gebäude und den Hausrat Dritter über. Ein Fahrzeuggebrauch im Sinne des Risikoausschlusses nach der Benzinklausel in der Privathaftpflichtversicherung liegt nach der gebotenen engen Auslegung nicht vor, denn „gebraucht“ wurde das Schweißgerät. Etwas anderes gilt im Rahmen der Risikobeschreibung in der Kfz-Haftpflichtversicherung. Dort ist schon vom Schutzzweck dieser Pflichtversicherung her eine weite Auslegung geboten und für eine Eröffnung des Anwendungsbereichs reicht in der Regel die körperliche Beteiligung des Fahrzeugs.

Dieser zur Benzinklausel beschriebene Fall hatte noch einen weiteren Aspekt, der auch wegen des im Ombudsmannverfahren verhafteten Schlichtungsgedankens näher beleuchtet werden soll. Der Beschwerdeführer sah sich nach dem von ihm ausgelösten Brand einer erheblichen Regressforderung des Gebäude- und Hausratversicherers des geschädigten Dritten ausgesetzt. Das wurde sowohl dem

Privat- als auch dem Kfz-Haftpflichtversicherer gemeldet. Beide lehnten indessen ihre Eintrittspflicht ab, allerdings mit gegenläufiger Argumentation und dem Verweis auf den jeweils anderen Versicherer. Der Privathaftpflichtversicherer wusste um die Ablehnung durch den Kfz-Haftpflichtversicherer, hielt an seiner Position aber fest und war auch im Rahmen des Ombudsmannverfahrens nicht bereit, die Frage der Zuständigkeit direkt mit dem anderen (vergleichsbereiten) Versicherer zu klären. Zwar ist es verständlich, wenn ein Versicherer ein Bedürfnis nach grundsätzlicher Klärung von strittigen Rechtsfragen sieht. Das darf aber nicht dazu führen, dass der Versicherungsnehmer, der alle notwendigen Versicherungen abgeschlossen hat, „im Regen stehen gelassen wird“. Nicht unerwähnt bleiben soll aber auch, dass die Haltung des Privathaftpflichtversicherers in diesem Fall die Ausnahme ist. Viele Versicherer helfen nach einem entsprechenden Hinweis des Ombudsmanns der Beschwerde ihres Versicherungsnehmers ab und finden eine „interne“ Lösung mit dem ebenfalls betroffenen Versicherer (vgl. hierzu schon Jahresbericht 2018, Seite 51). Die im geschilderten Beschwerdefall vom Ombudsmann angenommene Doppelversicherung führte hier in der Empfehlung dazu, dass eine gesamtschuldnerische Haftung beider Versicherer besteht mit Ausgleichsanspruch der Versicherer in ihrem Innenverhältnis (§ 78 Absatz 2 VVG).

Umfassendere Tarifvarianten enthalten regelmäßig auch eine sogenannte Ausfalldeckung oder Forderungsausfallversicherung (siehe auch Jahresbericht 2020, Seite 61 f.). Damit soll der Versicherungsnehmer im Grundsatz so gestellt werden, als ob ein Dritter, der ihn geschädigt hat und mittellos ist, eine entsprechende Privathaftpflichtversicherung abgeschlossen hätte. Es geht also, anders als sonst in der Haftpflichtversicherung, um einen Eigenschaden des Versicherungsnehmers. Für den Umfang des Deckungsschutzes aus der Forderungsausfallversicherung verweisen die Bedingungen auf die Regelungen zur eigenen Privathaftpflichtversicherung des Versicherungsnehmers. Diese Verweisungen sind bei den Versicherern unterschiedlich ausgestaltet und enthalten zum Teil spezielle Einschränkungen des Versicherungsschutzes. Im Berichtsjahr wollten mehrere Beschwerdeführer erreichen, dass der Privathaftpflichtversicherer ihnen einen reinen Vermögensschaden erstattet. In einem Fall etwa hatte der Beschwerdeführer online ein Ferienhaus gemietet, das dann nicht genutzt werden konnte. Den bereits entrichteten Mietpreis erhielt er wegen Zahlungsunfähigkeit des Ferienhausvermittlers nicht zurück. Die Haftpflicht für Vermögensschäden ist in der Privathaftpflichtversicherung in der Regel mitversichert. Die Bedingungen der Beschwerdegegnerinnen regelten jedoch ausdrücklich, dass im Rahmen der Forderungsausfallversicherung nur Personen- oder Sachschäden sowie daraus folgende Vermögensschäden erfasst sind. Reine Vermögensschäden fielen also nicht darunter und die Beschwerden hatten keinen Erfolg.

Diese Beispiele zeigen auch, wie schwierig zum Teil der Umfang des Versicherungsschutzes, gerade in der für den Alltag wichtigen Privathaftpflichtversicherung, für einen durchschnittlichen Versicherungsnehmer zu erfassen ist. Versicherungen sind gekennzeichnet durch zahlreiche Ein- und Ausschlüsse von Risiken. Wenn es dann noch, wie in der Forderungsausfallversicherung, zu einer „gespiegelten“ Anwendung kommt, können leicht falsche Vorstellungen von der Leistungspflicht



des Versicherers entstehen. Zu den Aufgaben des Ombudsmanns gehört es in diesen Fällen auch, die Zusammenhänge in verständlicher Sprache zu erläutern.

Bauherren gehen bei der Errichtung eines Eigenheims besondere Haftungsrisiken ein. Um sich abzusichern, schließen sie eine Bauherrenhaftpflichtversicherung ab, denn dieses Haftungsrisiko ist im Rahmen der normalen Privathaftpflichtversicherung regelmäßig nur in einem geringen Umfang versichert (zur Bauherrenhaftpflichtversicherung siehe etwa Jahresbericht 2020, Seite 57 f.). Wie auch schon früher hatte der Ombudsmann im Berichtsjahr mit der Frage zu tun, ob sich ein Versicherer auf Leistungsfreiheit berufen kann, wenn im zeitlichen Zusammenhang mit Gründungsarbeiten oder anderweitigen Erschütterungen oder Abgrabungen Schäden am Nachbarhaus entstehen. Die vom Versicherer geltend gemachte Leistungsfreiheit wird oft damit begründet, dass solche Schäden mehr oder weniger unvermeidbar seien und jeder Bauherr sie in seine Kostenplanung mit aufnehmen müsse. Dogmatisch kann der Einwand einer (objektiven) Unvermeidbarkeit allerdings kaum begründet werden; einschlägige Rechtsprechung gibt es, soweit ersichtlich, nicht. Zudem muss die Schadensursache hinreichend ermittelt sein. Das vereinfachte Ombudsmannverfahren ist zur Klärung solch komplexer Tatsachengrundlagen und Fragen von rechtsgrundsätzlicher Bedeutung nicht geeignet. In der Regel zeigen sich die Parteien in diesen Fällen aber vergleichsbereit.

Auch im Berichtsjahr beruhte die Unzufriedenheit der Versicherungsnehmer mit der Regulierungsentscheidung des Versicherers häufig darauf, dass dieser nicht oder vermeintlich zu wenig an den Anspruchsteller gezahlt hatte. Häufig ist den Versicherungsnehmern die genaue Ausgestaltung des Versicherungsschutzes in der Haftpflichtversicherung nicht vollständig bekannt. Wie schon mehrfach erläutert (siehe etwa Jahresberichte 2018, Seite 50 f. oder 2019, Seite 52; zuletzt 2021, Seite 57), besteht die Leistungspflicht des Versicherers nicht immer in einer Zahlung an den Geschädigten. Der Haftpflichtversicherer kann seiner Verpflichtung aus dem Versicherungsvertrag auch in Form der Anspruchsabwehr nachkommen. Das bedeutet, dass er den gegen den Versicherungsnehmer geltend gemachten Ersatzanspruch als unbegründet zurückweist, im Zweifel auch vor Gericht. Auf die Wahl des Weges der Anspruchsabwehr durch den Versicherer hat der Versicherungsnehmer keinen Einfluss. Der Ombudsmann achtet bei seiner Prüfung in dem Dreiecksverhältnis Versicherer – Versicherungsnehmer – Anspruchsteller darauf, ob der Versicherer seiner vertraglichen Einstandspflicht gegenüber dem Versicherungsnehmer, der von einem Dritten in Anspruch genommen wird, nachgekommen ist. Übernimmt er die Anspruchsabwehr, sind Fragen zum Haftungsgrund oder zur Höhe der Entschädigungsleistung grundsätzlich nicht mehr zu prüfen.

Wenn ein Haftpflichtversicherer Versicherungsschutz in Form der Anspruchsabwehr leistet, fällt immer wieder auf, dass er dieses Tätigwerden gegenüber seinem Versicherungsnehmer nicht gut erklärt. Zum Teil wird in den Schreiben sogar von einer „Ablehnung des Schadens“ gesprochen. Es ist nachvollziehbar, dass der Versicherungsnehmer dies als Versagung des Versicherungsschutzes verstehen und verärgert sein kann. Im Schlichtungsantrag kommt dann häufig das Argument, dass man selbst regelmäßig Beiträge zahle, im Schadensfall aber nichts

vom Versicherer erhalten. Der Ombudsmann legt in diesen Fällen einen besonderen Schwerpunkt darauf, die Funktionsweise der Haftpflichtversicherung zu erklären. Besonders misslich für den Versicherungsnehmer ist jedoch die Situation, wenn er auf eine Schadensmeldung über Monate hinweg überhaupt keine Reaktion seines Versicherers erhält. Den Ombudsmann haben mehrere entsprechende Beschwerden zu einem Versicherer erreicht und er hat durch konkrete Nachfragen beim Versicherer weiterhelfen können. Die Probleme lagen in diesen Fällen letztlich in einer Umstrukturierung des Unternehmens, die nach einer gewissen Zeit abgeschlossen war.

Auch wenn sich das Berichtsjahr für die Allgemeine Haftpflichtversicherung thematisch insgesamt als typisch darstellt, ist auffällig, dass die an sich leicht überdurchschnittliche Erfolgsquote etwas gefallen ist, von 49,6 Prozent im Vorjahr auf 42,8 Prozent. Gesicherte Gründe dafür lassen sich nicht feststellen. Es zeigt sich aber weiterhin, dass in den Beschwerdefällen regelmäßig intensive rechtliche Überprüfungen und oft wiederholte Nachfragen beim Versicherer notwendig sind.

■ Unfallversicherung

Beschwerden zur privaten Unfallversicherung machten im Berichtsjahr mit 379 (Vorjahr: 486) zulässigen Eingaben einen Anteil von 3,2 (3,4) Prozent des Beschwerdeaufkommens aus.

Eine Unfallversicherung kann unterschiedliche Leistungen beinhalten, dient aber stets in erster Linie der Absicherung der wirtschaftlichen Folgen von Invalidität infolge eines Unfalls. Grundvoraussetzung für die Leistungspflicht eines Unfallversicherers ist immer ein Unfall im Sinne einer plötzlichen äußeren Einwirkung oder aufgrund einer erhöhten Kraftanstrengung, die über das alltägliche Maß hinausgeht.

Im Berichtsjahr betrafen die Anliegen der Beschwerdeführer, ebenso wie in den Vorjahren, vor allem die Leistungspflicht des Versicherers wegen unfallbedingter Invalidität, die als eine dauerhafte Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit definiert wird. Die Höhe der von einem Unfallversicherer auszahlenden Invaliditätsleistung hängt vom Grad der Einschränkung der Funktionsfähigkeit der durch den Unfall betroffenen Körperteile ab und wird entweder nach der vertraglich vereinbarten Gliedertaxe oder mittels einer medizinischen Gesamtschau bemessen. Beschwerden gegen Ablaufleistungen oder Rückkaufswerte aus Unfallversicherungsverträgen mit Beitragsrückgewähr erlangten im Berichtsjahr zunehmend an Bedeutung. Bei dieser Vertragsart wird die Unfallversicherung mit Elementen der kapitalbildenden Lebensversicherung kombiniert. Verschiedene weltweite Krisen führten zu erheblichen Verwerfungen am Kapitalmarkt und damit zu einer Absenkung der Bewertungsreserven, was wiederum die Überschussbeteiligung aus solchen Verträgen kurzfristig und erheblich mindern kann. Die Beschwerden gegen Kündigungen des Versicherers blieben im Vergleich zum Vorjahr in ihrer Anzahl im Wesentlichen unverändert.



Gleiches gilt für Eingaben gegen Vertragsänderungen und abgelehnte Kündigungen von Versicherungsnehmern.

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

Ein weiterer Streitpunkt blieb die Frage, ob und in welchem Umfang unfallfremde Mitwirkungsfaktoren die Höhe der Versicherungsleistung beeinflussen. Medizinische Feststellungen, die sich mit dem Entstehen und dem Ausmaß einer unfallbedingten Invalidität befassen, kann der Ombudsmann weder selbst treffen, noch kann er eine Begutachtung veranlassen, auch wenn dieser Wunsch immer wieder von Beschwerdeführern geäußert wird. Sind die Ausführungen des jeweiligen Sachverständigen in sich schlüssig und frei von offenkundig sachfremden Erwägungen, sind sie bei der rechtlichen Prüfung zu berücksichtigen. Oft blieb nur, die Beschwerdeführer auf den Gerichtsweg zu verweisen oder, falls dies zeitlich noch möglich war, auf das Recht der Nachbegutachtung bis zu drei Jahre nach dem Unfall hinzuweisen.

In diesem Jahr rügten die Beschwerdeführer deutlich seltener Beratungsfehler des Versicherers oder des Vermittlers. Im Vergleich zum Vorjahr waren insbesondere weniger Fälle zu verzeichnen, die Verträge älterer Menschen betrafen. Auch im Berichtsjahr blieb Raum für Verhandlungen und Kompromissvorschläge, die in vielen Fällen von den Beteiligten angenommen wurden. Vereinzelt wurden wieder Vertragsunterlagen eingereicht, die noch den Passus beinhalteten, ab einem bestimmten Lebensalter (zumeist ab dem 65. oder 70. Lebensjahr) könnten Versicherungsverträge in der Regel nicht mit dem bestehenden Inhalt fortgesetzt werden. Hieraus leiteten die Beschwerdeführer meist einen Anspruch auf rückwirkend zu erstattende Beiträge ab, nachdem sie das in dem Passus erwähnte Lebensalter oft schon viele Jahre überschritten hatten. In solchen Fällen wurde den Versicherungsnehmern erklärt, dass aufgrund dieser Klausel nicht auto-

matisch der Vertrag mit Erreichen der vorgesehenen Altersgrenze geendet hat, sondern insbesondere aus der Formulierung „in der Regel“ erkennbar ist, dass es zusätzlich einer ausdrücklichen Kündigung des Vertrages bedurfte.

Beschwerden zu Verträgen, in denen ein Versicherer einen für ihn unrentablen Tarif beenden und durch einen neuen ersetzen wollte, traten auch im Berichtsjahr noch vereinzelt auf. Auch in diesem Jahr hatte die Coronapandemie in Beschwerdefällen zur Unfallversicherung Bedeutung. Die zur Bekämpfung der Pandemie getroffenen Maßnahmen wurden wiederholt von den Beschwerdeführern erwähnt und als Grund für verspätete Reaktionen auf Anfragen genannt. 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 erneut nicht sehr ausgeprägt. Das lag zum einen daran, dass die Beschwerdeführer nicht näher darlegten, inwieweit die Beschränkungen konkret eine rechtzeitige Reaktion verhindert hätten. Zum anderen sind nach der herrschenden Rechtsprechung der Gerichte sowohl die Entstehung einer Invalidität innerhalb einer bestimmten Frist nach dem Unfall als auch die fristgerechte ärztliche Feststellung objektive Anspruchsvoraussetzungen, sodass ein Versicherer beim Versäumen dieser Fristen leistungsfrei wird, ohne dass es insoweit auf ein Verschulden des Versicherten ankommt. Nur die Meldung der Invalidität beim Versicherer unterliegt nach der Rechtsprechung einer Ausschlussfrist, deren Versäumung unter bestimmten Voraussetzungen entschuldbar sein kann.

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

Angesichts der erneut geringer gewordenen Zahl der Beschwerden zur Unfallversicherung besteht Grund zu der Annahme, dass infolge der gesunkenen Mobilität während der Coronapandemie weniger Unfälle passierten und somit auch weniger Beschwerdepotenzial vorhanden war. Zugleich deutet die Zunahme von Beschwerden, die einen Kündigungswunsch der Versicherungsnehmer zum Gegenstand hatten, darauf hin, dass in der Pandemiezeit die finanzielle Situation vieler Verbraucherinnen und Verbraucher angespannt war.



■ Berufsunfähigkeitsversicherung

Im Berichtsjahr erreichten den Ombudsmann 353 Beschwerden zur Berufsunfähigkeitsversicherung (Vorjahr: 474). Davon waren 267 Beschwerden zulässig (Vorjahr: 349). Einer der Hauptgründe, der zur Unzulässigkeit in dieser Sparte führte, war das Überschreiten der Beschwerdewertgrenze. Diese liegt bei 100.000 Euro. Daran lässt sich erkennen, dass es in der Berufsunfähigkeitsversicherung oftmals um Rechtspositionen geht, denen weitreichende, für die Beschwerdeführer mitunter existenzielle Bedeutung zukommt.

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

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

Im Berichtsjahr betrafen wieder viele Beschwerden die Fragen, ob der Versicherer leistungspflichtig war oder wann die Leistung einzusetzen hatte. Dabei spielten beispielsweise die Auslegung von vereinbarten Ausschlussklauseln, die Berufung auf Leistungsausschlussfristen bei verspäteten Leistungsanträgen und die Höhe des tatsächlichen Grades der Berufsunfähigkeit, der in der Regel mindestens 50 Prozent betragen muss, eine Rolle. In Bezug auf befristete Leistungsanerkennnisse sorgten die Entscheidungen des BGH vom 23. Februar 2022 (IV ZR 101/20) und vom 31. August 2022 (IV ZR 223/21) für die Klärung einer seit Langem umstrittenen Rechtsfrage. Danach kann ein Versicherer ein befristetes Anerkenntnis im Regelfall nicht rückwirkend für einen abgeschlossenen Zeitraum abgeben. Denn der Zweck der einmaligen Befristungsmöglichkeit (§ 173 VVG) rechtfertigt eine vorläufige Regelung (das befristete Anerkenntnis) nur in einer Situation, in der die Leistungspflicht noch unsicher ist und damit eine in die Zukunft gerichtete Befristung. Dadurch soll auch vermieden werden, dass der Versicherungsnehmer für das Andauern der Berufsunfähigkeit beweispflichtig bleibt. Stattdessen kommen die Regeln für ein Nachprüfungsverfahren zur Anwendung, wonach der Versicherer eine nachvollziehbare Begründung für das Entfallen seiner Leistungspflicht liefern muss.

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Ein ebenfalls häufig vorkommendes Beschwerdethema ist das gerade erwähnte Nachprüfungsverfahren. Mit dieser in den Versicherungsbedingungen geregelten Möglichkeit will der Versicherer klären, ob eine bislang vorhandene Berufsunfähigkeit noch vorliegt. Konkret ging es meistens um die Einstellung von Berufsunfähigkeitsleistungen, nachdem die versicherte Person nach einer Erkrankung eine andere berufliche Tätigkeit aufgenommen hatte oder sich die Gesundheitsverhältnisse gebessert hatten.

Der Trend, dass vermehrt psychische Beschwerden als Auslöser für Berufsunfähigkeit geltend gemacht wurden, setzte sich im Berichtsjahr fort. Zum Teil schienen diese durch die mit den Coronamaßnahmen einhergehenden Kontaktbeschränkungen verstärkt worden zu sein. Den Sachverhaltsschilderungen der Beschwerdeführer ließ sich häufig auch die Schwierigkeit entnehmen, zeitnah geeignete Therapiemöglichkeiten zu erhalten. Vereinzelt erreichten den Ombudsmann im Berichtsjahr Beschwerdefälle zu COVID-19- bzw. Post- oder Long-Covid-Erkrankungen. In beiden Bereichen – psychische Beschwerden und teils komplexe Krankheitsbilder in Zusammenhang mit Coronainfektionen – fiel es den Versicherten besonders schwer, medizinische Unterlagen beizubringen, um zu belegen, dass die konkrete Berufsausübung im erforderlichen Ausmaß beeinträchtigt war. Viele Beschwerden warfen komplizierte medizinische Fragen auf, die sich im Ombudsmannverfahren nicht immer abschließend klären ließen. Anders als vor den staatlichen Gerichten können im vereinfachten Schlichtungsverfahren keine Gutachten eingeholt werden.

In einigen Beschwerdefällen besteht eine der Aufgaben des Ombudsmanns darin, bei den Beschwerdeführern Missverständnisse auszuräumen. So gehen manche Beschwerdeführer davon aus, dass der Erhalt eines Rentenbescheides der Deutschen Rentenversicherung zugleich die Leistungspflicht des privaten Versicherers auslöst. Das ist jedoch nur der Fall, wenn der Versicherungsvertrag eine entsprechende Klausel enthält. Oftmals ist den Beschwerdeführern auch nicht bewusst, dass sie allein mit dem Grad der Behinderung, den ein Versorgungsamt festgestellt hat, oder mit ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeitszeiten nicht den Eintritt oder Grad der Berufsunfähigkeit nachgewiesen haben.

Einen weiteren Schwerpunkt in der Berufsunfähigkeitsversicherung stellten Beschwerden dar, in denen der Versicherer sich vom Vertrag lösen wollte oder die Leistung ablehnte, weil der Beschwerdeführer eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt haben sollte. Dieser Vorwurf bezog sich in der Regel auf die im Versicherungsantrag abgefragten Gesundheitsverhältnisse. Die Versicherer sind gehalten, in ihren Erklärungen rechtlich korrekte Fachbegriffe zu verwenden. Ficht ein Versicherer seine Vertragserklärung wegen arglistiger Täuschung an, fühlen sich viele Versicherungsnehmer allerdings einem moralischen Vorwurf ausgesetzt. Häufig trifft sie dies zu einem Zeitpunkt, zu dem sie Leistungsansprüche gestellt haben und sie sich somit gesundheitlich und finanziell in einer schwierigen Situation befinden. Nicht wenige Versicherungsnehmer gehen davon aus, dass sie allein mit der Angabe ihres Hausarztes oder der erteilten Schweigepflichtentbindungserklärung alles Erforderliche getan hätten, um dem Versicherer eine



adäquate Risikoprüfung bei Vertragsanbahnung zu ermöglichen. Dies ersetzt die gewissenhafte Beantwortung der vom Versicherer gestellten Gesundheitsfragen allerdings nicht. Vielen Versicherungsnehmern ist das durch Gesetz und Rechtsprechung ausbalancierte System von Pflichten und Obliegenheiten für Antragsteller und Versicherer nicht geläufig. Der Ombudsmann bemüht sich, in diesen Fällen auch zum besseren Verständnis beizutragen.

In einigen Beschwerden wurden Falschberatungsvorwürfe erhoben. Häufig geht es um sogenannte „Umdeckungsfälle“. Dabei wird ein bestehender Berufsunfähigkeitsschutz nicht durch eine weitere Versicherung ergänzt. Vielmehr wird im Vorfeld des Neuabschlusses oder zeitgleich der Vorvertrag gekündigt oder beitragsfrei gestellt. In dieser Konstellation sind typische Nachteile und Risiken zu beachten. Darauf hat der Vermittler den Versicherungsinteressenten rechtzeitig und mit hinreichender Deutlichkeit aufmerksam zu machen, wenn er seiner Beratungspflicht gerecht werden will. So hat sich meist das Eintrittsalter der versicherten Person gegenüber dem Vorvertrag erhöht, was sich in der Regel nachteilig auf die Beitrags- bzw. Leistungskalkulation auswirkt. Unter Umständen haben sich in der Zwischenzeit die gesundheitlichen Verhältnisse des Versicherten verschlechtert, sodass der Ausgang der neuen Gesundheitsprüfung ungewiss ist. Auch der Umstand, dass die Fristen, die das Versicherungsunternehmen bei der Geltendmachung von vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzungen einhalten muss, neu zu laufen beginnen, kann für die Beratung in einem Umdeckungsfall von Bedeutung sein. Im Einzelfall kann es aber auch gute Gründe für die Neuordnung einer Berufsunfähigkeitsabsicherung geben. Da Streitigkeiten über die Beratungsqualität oftmals erst nach Jahren auftreten, sind Versicherer und Vermittler gut beraten, auf eine Dokumentation zu achten, anhand derer die wesentlichen Gesprächsinhalte und erteilte Hinweise nachvollzogen werden können.

Beschwerden über den Beratungsvorgang oder die Gesundheitsbefragung und die dazugehörigen Antworten des Antragstellers können im Ombudsmannverfahren nicht immer abschließend beurteilt werden. Häufig liegen zu entscheidenden Punkten sich widersprechende Sachverhaltsschilderungen vor. Zur Aufklärung könnten dann oft nur die daran beteiligten Personen beitragen, die in einem Gerichtsverfahren als Zeugen oder Partei vernommen würden. Die beiden Verfahrensordnungen des Ombudsmanns (VomVO und VermVO) sehen diese Möglichkeit jedoch nicht vor. Der Ombudsmann kann nur den Urkundenbeweis erheben. Daher ist eine Entscheidung oder Empfehlung zulasten der Versicherer nicht möglich, sofern relevante Tatsachenfragen nicht allein aufgrund der Aktenlage zweifelsfrei aufgeklärt werden können. Stellt sich in solchen Fällen die Beschwerdebearbeitung als so aufwendig dar, dass sie den effektiven Betrieb der Schlichtungsstelle ernsthaft beeinträchtigen würde, muss der Ombudsmann, in Übereinstimmung mit dem VSBG, die abschließende Beurteilung der Beschwerde ablehnen. Dennoch wurden in solchen Fällen nicht selten Vergleiche angeregt oder ausführlich begründete Schlichtungsvorschläge unterbreitet. Dies führte oft doch noch zu einer einvernehmlichen Streitbeilegung.

■ Realkredit

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

Im Jahr 2022 gingen 10 (Vorjahr: 11) zulässige Beschwerden zu Realkrediten ein. Der Anteil am Gesamtaufkommen der zulässigen Beschwerden ist damit weiterhin sehr gering. Der höchste Stand wurde 2015 mit 196 zulässigen Beschwerden erreicht. Die Entwicklung ist im Wesentlichen darauf zurückzuführen, dass rechtliche Themenkomplexe, die in der Vergangenheit prägend waren, für die Verbraucher an Bedeutung verloren haben (vgl. Jahresbericht 2018, Seite 55).

Die im Berichtsjahr eingegangenen Beschwerden betrafen verschiedene Themen: Beschwerdeführer beanstandeten etwa, dass das Unternehmen nach vorzeitiger Beendigung eine Vorfälligkeitsentschädigung erhob. Andere versuchten, sich durch Ausübung eines vermeintlich fortbestehenden Widerrufsrechts vom geschlossenen Darlehensvertrag zu lösen. In den meisten Fällen war die Entscheidung des Versicherers nicht zu beanstanden, sodass sich der Ombudsmann auf die Erläuterung der Rechtslage beschränkte.

■ Sonstige Versicherungen

Im Bereich der „Sonstigen Versicherungen“ befasst sich der Ombudsmann insbesondere mit Reise-, Elektronik-, Tierkranken-, Fahrrad- und Bauleistungsversicherungen. Im Jahr 2022 war gegenüber dem Vorjahr ein Anstieg der zulässigen Beschwerden um 14,6 Prozent zu verzeichnen. In dieser Sparte wurden im Berichtsjahr 1.234 zulässige Beschwerden (Vorjahr: 1.077) bearbeitet. Das sind 10,4 (Vorjahr 7,6) Prozent des Gesamteingangs an zulässigen Beschwerden.

Etwa die Hälfte dieser Beschwerden betraf die Reiseversicherung. Nachdem diese im Vorjahr aufgrund der Einflüsse der Coronapandemie deutlich zurückgegangen waren, stiegen sie nun wieder um etwa 50 Prozent an. Mit dem sukzessiven Wegfall der pandemiebedingten Reisebeschränkungen buchten die Menschen wieder mehr Reisen.

Ursächlich für einen Teil der Beschwerden in der Reiseversicherung waren Bearbeitungsrückstände der Versicherer bei den Regulierungen und die damit einhergehenden langen Wartezeiten für die Kunden. Sie waren auf das hohe Aufkommen von Schadensfällen zurückzuführen, insbesondere infolge von Coronainfektionen, das die Versicherer zu bewältigen hatten. Die Mehrzahl dieser Beschwerden war erfolgreich. Gegenüber dem Versicherungsombudsmann betonten die Versicherer in ihren Stellungnahmen mehrfach, dass bereits Maßnahmen zur Bewältigung der vielen Eingänge ergriffen worden seien, damit die Bearbeitung zügiger vorangehe und den Erwartungen der Kunden wieder entsprochen werden könne.



Erfreulich ist, dass die Reiseversicherer eine Infektion mit dem Coronavirus inzwischen in der Regel als ein versichertes Ereignis – eine unerwartete schwere Erkrankung – anerkennen, auch wenn ihnen von der versicherten Person anstelle eines ärztlichen Attests nur ein positives PCR-Testergebnis eingereicht wird und ein milder Verlauf anzunehmen ist.

Immer wieder kam es zum Streit zwischen Versicherern und Reisenden, die sich wegen einer Infektion mit dem Coronavirus während einer Kreuzfahrtreise in Quarantäne begeben und währenddessen in ihrer Kabine verweilen mussten. Die Beschwerdeführer waren der Ansicht, dass ihnen vom Versicherer für diese Zeit der Reisepreis aus der Reiseabbruchversicherung oder dem Corona-Zusatzschutz zu erstatten sei, denn sie hätten von den Möglichkeiten einer Kreuzfahrt keinen Gebrauch mehr machen können. Die Versicherer sahen sich jedoch regelmäßig nicht in der Leistungspflicht, weil die Reise von den Beschwerdeführern aufgrund der Erkrankung nicht abgebrochen worden war, wie es die vereinbarten Versicherungsbedingungen fordern. In der Tat liegt kein Reiseabbruch vor, denn die Kabine und die Verpflegung – und damit Hauptreiseleistungen – wurden noch in Anspruch genommen. Dennoch kamen die Versicherer den Beschwerdeführern in einer Vielzahl dieser Fälle von sich aus oder nach einer Anfrage des Ombudsmanns entgegen. Denn die meisten Reisenden hatten gar keine andere Möglichkeit, als auf dem Schiff zu verbleiben, oder ein Abbruch der Reise hätte deutlich höhere Kosten verursacht.

In einigen Beschwerdefällen zu Stornierungen anlässlich einer Coronainfektion berief sich ein Versicherer auf eine in den Bedingungen enthaltene Pandemieausschlussklausel, die in der Literatur in der Kritik steht und derzeit (einen anderen Versicherer betreffend) gerichtlich überprüft wird. Da der Ombudsmann die Frage der Wirksamkeit von Klauseln nicht abschließend klärt, blieb ihm in diesen Fällen nur, die Beschwerdeführer darauf hinzuweisen, dass sie die Entwicklung abwarten oder ein Gericht anrufen können.

Im Berichtsjahr waren auch wieder Themen relevant, die nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit der Coronapandemie standen. In der Reiserücktrittsversicherung galt es meist zu beurteilen, ob ein versichertes Ereignis zum Reiserücktritt geführt hatte und welche Folgen ein grob fahrlässiger Verstoß gegen die Obliegenheit zur unverzüglichen Stornierung hatte. Nach Eintritt eines Versicherungsfalles ist die versicherte Person gehalten, die Reise unverzüglich, also ohne schuldhaftes Zögern, zu stornieren, um die Stornokosten möglichst gering zu halten. Die regelmäßige Regulierungspraxis der Versicherer sieht weiter vor, dass die versicherte Person nur die Stornokosten erstattet erhält, die zum Zeitpunkt einer unverzüglichen Stornierung nach Eintritt des versicherten Ereignisses angefallen wären. Da sie hierfür jedoch ohnehin leistungspflichtig sind, bedeutet das, dass sie die übrige, weitergehende Forderung (die Differenz zwischen den tatsächlich angefallenen Stornokosten und den Stornokosten, die sie zu übernehmen haben) um 100 Prozent kürzen. Eine solche Kürzung auf null ist nach der Rechtsprechung des BGH bei grob fahrlässigen Obliegenheitsverletzungen jedoch nur in absoluten Ausnahmefällen vorgesehen. Nachdem der Ombudsmann die Versicherer in den

jeweiligen Fällen, in denen eine grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung überhaupt angenommen werden konnte, hierauf aufmerksam gemacht hatte, boten sie regelmäßig Nachzahlungen an und es wurden Vergleiche geschlossen. Es wäre zu begrüßen, wenn die Regulierungspraxis den Anforderungen an solche Kürzungen des überschießenden Stornobetrags von vornherein stärker Rechnung trüge und nicht schematisch von einer 100-prozentigen Kürzung ausginge.

In der Tierkrankenversicherung war häufig der in den Bedingungen der jeweiligen Versicherer unterschiedlich geregelte Begriff der Operation Beschwerdegegenstand. Daneben wandten sich die Beschwerdeführer vielfach gegen den Vorwurf, bei Vertragsschluss falsche Angaben gemacht zu haben. Regelmäßig fragen die Versicherer bei Antragstellung nach Vorerkrankungen oder dem Gesundheitszustand des Tieres. Erst im Rahmen einer Schadensmeldung werden bei entsprechenden Anhaltspunkten weitere Nachforschungen angestellt. Stellt sich heraus, dass Symptome oder Erkrankungen bereits bei Vertragsschluss vorhanden waren und hätten erwähnt werden müssen, treten die Versicherer vom Vertrag zurück oder fechten ihre Vertragserklärung an. Der Ombudsmann hatte zu prüfen, ob dies gerechtfertigt war und die formalen Voraussetzungen eingehalten wurden. Es konnten Abhilfen erreicht werden, wenn die Begründung des Rücktritts unrichtig war oder etwaige zutreffende Gründe dafür nicht innerhalb der Monatsfrist des § 21 Absatz 1 Satz 3 VVG nachgeschoben worden waren. Sofern der Kenntnisstand, die genauen Umstände und die Motive bei der Antragstellung allein anhand der Unterlagen nicht geklärt werden konnten, blieb dem Ombudsmann aufgrund der eingeschränkten Beweiserhebungsmöglichkeiten im Schlichtungsverfahren nur, die Beschwerdeführer unter Erläuterung der Rechtslage an die Gerichte zu verweisen.

Die Beschwerden zu Handyversicherungen gingen wie im Vorjahr weiterhin deutlich zurück. Das hängt vermutlich damit zusammen, dass immer weniger Mitgliedsunternehmen Risikoträger eines solchen Versicherungsprodukts sind. Zugenommen haben die Beschwerden zur Fahrradversicherung, bei denen es in der Mehrzahl um die Regulierung von Diebstahlschäden ging.

■ Vermittlerbeschwerden

Im Berichtsjahr erreichten den Ombudsmann insgesamt 444 (Vorjahr: 677) Beschwerden, die auf der Grundlage der VermVO zu prüfen waren. Im Vergleich zum vergangenen Berichtszeitraum ist ein Rückgang des Beschwerdeaufkommens zu verzeichnen. Jedoch beruhte das hohe Aufkommen im Vorjahr auf dem unter 2.3 im Jahresbericht 2021 beschriebenen Sondereffekt der konfliktbehafteten Umdeckungsaktion eines Assekuradeurs. Dieses Thema beschäftigte den Ombudsmann auch noch 2022, war jedoch nicht mehr so prominent wie im Jahr zuvor. Wie bereits zuvor wandten sich die betroffenen Beschwerdeführer insbesondere gegen die doppelte Belastung durch Versicherungsbeiträge, da der bisherige Versicherer am Vertrag festhielt, während sich der Vermittler auf eine wirksame Kündigung des Altvertrages berief und neuen Versicherungsschutz bei anderen Unternehmen begründete. Bis auf einzelne Abhilfen durch die



beteiligten Unternehmen konnte in den allermeisten Fällen keine Klärung herbeigeführt werden, sodass die Parteien zwar eine rechtliche Einschätzung erhielten, aufgrund der komplexen, im Ombudsmannverfahren nicht zu klärenden Fragen jedoch auf den Rechtsweg verwiesen werden mussten.

Zulässig waren von den eingegangenen Beschwerden 327 (73,6 Prozent). Im Vorjahr lag dieser Wert bei 81 Prozent.

Als unzulässig mussten Beschwerden gegen Vermittler überwiegend dann zurückgewiesen werden, wenn kein Zusammenhang mit der Vermittlung eines Versicherungsvertrages bestand (64 Prozent der unzulässig beendeten Vermittlerbeschwerden). Ein weiterer größerer Anteil bei den unzulässigen Beschwerden betraf die fehlende Anspruchsanmeldung beim Vermittler (29 Prozent). Dieser sollte zunächst über den Anspruch informiert werden und die Gelegenheit haben, diesen zu prüfen. Das VSBG sowie die VermVO lassen eine gleichzeitige Information des Vermittlers und die Anrufung des Ombudsmanns zu. Andere unzulässige Beschwerden betrafen die private Kranken- und Pflegeversicherung (3 Prozent), für die ein eigener Ombudsmann zuständig ist, an den die Beschwerdeführer regelmäßig verwiesen wurden. Weitere Einzelheiten können dem Berichtsteil 4.4 (zur Verteilung der Unzulässigkeitsgründe) entnommen werden.

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

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

VermVO weniger Beschränkungen. So sind zum Beispiel nicht nur Verbraucher und Beschwerdeführer in verbraucherähnlicher Lage beschwerdebefugt, sondern alle Versicherungsnehmer und Verbraucherschutzorganisationen. Auch eine Beschwerdewertobergrenze kennt das Vermittlerverfahren nicht.

In Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsvermittler fordert der Ombudsmann von den 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). Demnach ist jeder Gewerbetreibende im Sinne der VersVermV zur Teilnahme verpflichtet, „wenn der Versicherungsnehmer zur außergerichtlichen Beilegung einer Streitigkeit zwischen ihm und dem Gewerbetreibenden die Schlichtungsstelle nach § 214 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes anruft“. Bereits vor Inkrafttreten der Regelung hatte sich allerdings in der Praxis gezeigt, dass die Vermittler überwiegend an einer Konfliktlösung durch den Ombudsmann interessiert sind. Es sind nur Einzelfälle, in denen der Ombudsmann einen Vermittler wiederholt auf seine Pflicht zur Teilnahme am Schlichtungsverfahren hinweisen muss. In der Anforderung der Stellungnahme zur Beschwerde werden die Vermittler regelmäßig auf die Regelung aufmerksam gemacht.

Einen inhaltlichen Schwerpunkt der Vermittlerbeschwerden bildeten, wie auch in den Jahren zuvor und wohl nicht überraschend, Beanstandungen der Beratung sowie der Vermittlung nicht benötigter Versicherungsverträge oder von nicht passendem Versicherungsschutz. Die Beschwerdeführer verfolgten überwiegend das Ziel, sich von den betreffenden Verträgen wieder zu lösen. Die Rückabwicklung kann allerdings nur gegenüber dem Vertragspartner durchgesetzt werden. Das ist der Versicherer, nicht der Vermittler. Gegen diesen kann jedoch bei einer Falschberatung ein Schadensersatzanspruch bestehen. Eine geringere Anzahl von Beschwerden war auf den Ausgleich eines geltend gemachten Schadens gerichtet. Im Vermittlerverfahren bezieht sich der Vorwurf der Falschberatung verhältnismäßig oft auf eine Lebens- oder Kfz-Versicherung. Weitere Beschwerden betrafen wie ebenfalls in den Vorjahren ungenügende Informationen; auch ging es den Beschwerdeführern um Fragen des Datenschutzes und um die Herausgabe von überlassenen Unterlagen.

Überdies gingen Beschwerden gegen Versicherungsmakler ein, die nach der Rechtsprechung und Literatur im Lager des Versicherungsnehmers stehen, dessen Interessen wahrnehmen und deren Interessenwahrer und Sachwalter sind (BT-Drucks. 16/1935, Seite 22 f.). Lässt sich ein Versicherungsinteressent von einem Versicherungsmakler beraten, darf er davon ausgehen, dass dieser seine Empfehlung auf eine ausreichende Produktkenntnis stützt. Im Ergebnis soll die Empfehlung zu einem Vertrag führen, der den Interessen des Versicherungsnehmers am ehesten entspricht. Noch entscheidender sind aber die Beratung und Bedarfsermittlung, die nach der Rechtsprechung des BGH zur Hauptleistungspflicht



des Maklers gehören. Er hat für individuell angemessenen Versicherungsschutz zu sorgen und muss dazu von sich aus das zu versichernde Risiko ermitteln. Da Versicherungsmakler vom Kunden unter anderem deswegen eingeschaltet werden, weil sie sich auf ihre eigene Risikobeurteilung nicht verlassen möchten, darf sich der Versicherungsmakler nicht allein damit begnügen, zur Deckung des ihm aus dem konkreten Anlass erkennbar werdenden Risikos ein Produkt vorzuschlagen. Er muss darüber hinaus aufgrund seiner Expertenstellung die Risikosituation gründlich untersuchen und dabei insbesondere erkennen, in welchen Punkten eine individuelle Ausrichtung des Versicherungsschutzes erforderlich ist, ggf. nach vorheriger Absprache mit dem Versicherungsinteressenten.

Problematisch wird es, wenn Vermittler den gesetzlich vorgesehenen Aufgaben des von ihnen gewählten Vermittlertyps (Vertreter oder Makler) nicht gerecht werden. Im Jahr 2021 wurde dies deutlich anhand der vielen Beschwerden als Folge der an anderer Stelle beschriebenen konfliktbehafteten Umdeckungsaktion eines Assekuradeurs (siehe dazu die Ausführungen unter 2.3 und 2.4 im Jahresbericht 2021).

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

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

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

2.10 Beschwerdefälle

Nachfolgend wird von einzelnen Beschwerdeverfahren berichtet, die der Ombudsmann im Jahr 2022 zum Abschluss gebracht hat. Anhand der dargestellten Verfahrens- und Entscheidungspraxis des Ombudsmanns soll ein Einblick in die Beschwerdebearbeitung ermöglicht werden.

Die nachstehenden 27 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. Die Fälle sind auch nicht nach einem bestimmten Kriterium sortiert.

Auch lassen Auswahl und Anzahl der Fälle keinen Rückschluss auf das Beschwerdeaufkommen in der jeweiligen Sparte zu. So eignen sich zum Beispiel viele Beschwerden in der Lebens- und Rechtsschutzversicherung aufgrund der Komplexität der Produkte und der daraus resultierenden rechtlichen – sowie in der Lebensversicherung zusätzlichen mathematischen – Probleme nicht für eine kurze, anschauliche Darstellung im Jahresbericht. Viele Beschwerdeanlässe gehen zudem auf individuelle Bearbeitungsfehler bei Eingriffen in weitgehend standardisierte Lebens- und Rentenversicherungsverträge zurück, aus denen verallgemeinerungsfähige Erkenntnisse zu typischen Problemquellen kaum herzuleiten sind. Außerdem sind einige Beschwerdeführer nicht mit der anonymisierten Veröffentlichung ihres Anliegens einverstanden.

Rechtsschutzversicherung

Die bunte Welt der Duschen

Der Beschwerdeführer erwarb ein neu errichtetes Haus und zog ein. Im Erd- und Obergeschoss befanden sich zwei funktionsfähige Duschen ohne Duschwände oder Duschtüren. Etwa ein halbes Jahr später kaufte der Beschwerdeführer in einem Baumarkt zwei Duschatbrennungen (gläserne Drehtür inklusive gläserner Seitenwand) und erteilte einen Montageauftrag. Zwischen dem Beschwerdeführer und dem Baumarkt sowie der Montagefirma kam es zum Streit über die Duschkabinen, da diese nicht passten. Der Rechtsschutzversicherer lehnte den hierfür beantragten Deckungsschutz ab. Er berief sich auf den Baurisikoausschluss in der Variante „ursächlicher Zusammenhang mit der Errichtung eines Gebäudes“ (§ 3 Absatz 1 d) bb) ARB).

Der Ombudsmann bestätigte die Rechtsansicht des Rechtsschutzversicherers. Das neu errichtete Haus des Beschwerdeführers war noch nicht als fertiggestellt anzusehen, als es zu dem Kauf und der Auseinandersetzung über die Duschkabinen kam. Zwar sprach der Umstand, dass der Beschwerdeführer und seine Ehefrau bereits einige Monate ohne Duschatbrennungen in dem Haus wohnten,



zunächst gegen den Ausschluss. Auch ist anerkannt, dass die reine Innenaussstattung in der Regel nicht mehr zur Errichtung eines Gebäudes gehört. Anders ist dies jedoch bei Arbeiten, ohne die ein Haus oder auch eine Wohnung nach der Verkehrsanschauung noch nicht als „fertig“ errichtet gilt. Es kam also auf die Umstände des Einzelfalls an, denn die Arten von Duschen sind vielfältig. So gibt es neben Duschkabinen auch offene Duschen, solche mit oder ohne Abtrennung, Schneckenduschen oder Duschen mit Duschvorhang. Dementsprechend kann ein Haus auch mit einer „offenen“ Dusche oder auch einem Duschvorhang – also ohne eine festinstallierte Duschatrennung – als fertig errichtet anzusehen sein.

Aus der Deckungsanfrage des Beschwerdeführers ergab sich indes ein anderes Bild. Der Beschwerdeführer hatte mitgeteilt, dass er sein neu errichtetes Haus ohne die den restlichen Raum vor Wasser schützenden Duschkabinen gekauft hatte. Die Duschkabinen wollte er aus Kostengründen erst später einbauen lassen. Nach diesen Informationen kam der Ombudsmann zu dem Schluss, dass die Bäder ohne die Duschatrennungen noch nicht fertig errichtet waren. Es war von Anfang an eine Dusche geplant, die Duschwände benötigt, um die Umgebung ausreichend vor Wasser zu schützen. Es handelte sich hier nicht um eine (größere) offene Dusche bzw. eine solche Dusche, die auch ohne Duschwände nach der Verkehrsanschauung als fertiggestellt angesehen werden konnte. Damit stand der Streit über die Duschkabinen in ursächlichem Zusammenhang mit der Errichtung eines Gebäudes, sodass der Baurisikoausschluss eingriff und kein Anspruch auf eine Deckungszusage bestand.

Sonstige – hier: Handyversicherung

Fehlgeschlagene Aktivierung der Versicherung per App

Dem Sohn des Beschwerdeführers wurde das Handy gestohlen. Hierfür hatte er nach dem Erwerb eigentlich einen Versicherungsvertrag abgeschlossen. Die Vertragsunterlagen wurden ihm zugestellt. Darin ist die Notwendigkeit geregelt, innerhalb von 14 Tagen nach der Annahmeerklärung mittels einer App ein vor einem Spiegel aufgenommenes Foto des versicherten Gerätes nachzureichen. Versehentlich hatte der Sohn des Beschwerdeführers das Foto zu nah aufgenommen. Nur er war auf dem Bild zu sehen, nicht aber das Handy. Das bemerkte der Versicherer nach der Schadensmeldung und trat vom Vertrag wegen vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung zurück, wodurch auch seine Eintrittspflicht nachträglich entfallen wäre.

Der Ombudsmann konnte im Rahmen der Prüfung keinen wirksamen Rücktritt vom Vertrag feststellen. Der Versicherer hatte dem Versicherungsnehmer vor Vertragsschluss keine Frage gestellt, die er wissentlich falsch beantwortet hatte. Der Sohn des Beschwerdeführers hatte den Aktivierungsprozess durchgeführt, wenn auch nicht zur Zufriedenheit des Versicherers. Mangels gegenteiliger Informationen konnte er davon ausgehen, dass der Vertrag zustande gekommen war. Aufgrund der Hinweise im Vertrag musste der durchschnittliche Versicherungsnehmer zudem davon ausgehen, dass der Versicherer die Voraussetzungen der Aktivierung umgehend prüfen würde. Wäre der Versicherungsnehmer über die

App darüber informiert worden, dass das Foto nicht den Anforderungen entspricht, hätte er umgehend ein einwandfreies Foto nachholen können. So aber wurde er bis zum Schadensfall in dem Glauben gelassen, dass Versicherungsschutz bestehe. Ihm lagen die Vertragsunterlagen vor und das Gerät wurde, auch im System, als geschützt ausgewiesen. Hätte er gewusst, dass das nicht der Fall ist, hätte er sich sicherlich anderweitig um Versicherungsschutz bemüht.

Der Versicherer half nach nochmaliger Prüfung der Beschwerde ab.

Gebäudeversicherung

Wann ist ein Wasseraustritt „bestimmungswidrig“?

Ende November 2021 stellte der Beschwerdeführer im Heizungsraum seines Hauses einen Nässeschaden fest. Die von ihm mit der Prüfung des Sachverhalts beauftragte Firma ermittelte als Schadensursache, dass der Kondensatschlauch der Solaranlage aus dem Trichter der Abflussleitung herausgerutscht war und vermutlich über einen längeren Zeitraum Kondenswasser auf den gefliesten Boden gelaufen und in den Estrich gezogen war. Bei einer fachgerechten Montage mündet der Schlauch in den Trichter und das Kondenswasser wird in die Abwasserleitung weitergeleitet. Der Versicherer lehnte die Schadensregulierung mit der Begründung ab, es habe kein bestimmungswidriger Leitungswasseraustritt vorgelegen.

Der Versicherer führte dazu aus, dass objektiv das gesamte technische Konzept einer Kondensationsanlage darauf ausgerichtet sei, dass Wasser aus dem Schlauch austrete, und zwar in genau dieser Art und Weise und an genau dieser Stelle. Vorliegend sei also kein Austritt wider die technisch-objektive Bestimmung zu erkennen.

Der Versicherungsombudsmann forderte den Versicherer auf, seine Auffassung zu überprüfen. Dieser hielt jedoch an seiner Entscheidung fest. Daraufhin erging eine Empfehlung zugunsten des Versicherers, der er weitestgehend folgte. Der Empfehlung lagen folgende Erwägungen zugrunde: Nach der von der herrschenden Meinung vertretenen Auffassung ist der Begriff „bestimmungswidrig“ subjektiv (das heißt, nach dem Willen der berechtigten Person) auszulegen. Leitungswasser tritt demnach bestimmungswidrig aus, wenn der Austritt ohne den Willen des Versicherungsnehmers erfolgt. Ausschlaggebend ist, dass das Wasser entgegen dem technisch geplanten Ablauf und damit zugleich gegen den Willen des Versicherungsnehmers bestimmungswidrig ausgetreten ist. Dem Versicherer war dahingehend zuzustimmen, dass das Wasser in der geplanten Art und Weise an der vorgesehenen Öffnung aus dem Schlauch austrat. Eine technische Störung oder ein Defekt an der Wasseraustrittsstelle selbst lagen nicht vor. Der Versicherungsombudsmann vertrat jedoch die Auffassung, dass der Schlauch nicht isoliert betrachtet werden könne, sondern als Teil einer einheitlichen Einrichtung anzusehen sei. Bei einem aus dem Trichter herausgerutschten Schlauch könne nicht mehr von einer ordnungsgemäßen Installation die Rede sein. Zwar konnte das Kondenswasser aus der Anlage abfließen. Die Weiterleitung in die Abwasserleitung war jedoch unterbrochen. Der Schlauch war aufgrund eines



Mangels (fehlende oder ungenügende Fixierung) aus seiner vorgesehenen Lage herausgerutscht. Dies hatte dazu geführt, dass das in ihm geführte Wasser in die Gebäudesubstanz eindringen konnte. Dies geschah gegen den Willen des Beschwerdeführers und somit bestimmungswidrig.

Allgemeine Haftpflichtversicherung

Forderungsausfallversicherung: Das schnelle Geld

Der Beschwerdeführer hat im Rahmen eines „Giveaways“ Kryptowährung im Wert von fast 20.000 Euro an eine Wallet-Adresse überwiesen. Zuvor war versprochen worden, dass er die Münzen mit einem hundertprozentigen Aufschlag zurückerhalten sollte. Die Rückzahlung erfolgte nicht. Der Seitenbetreiber antwortete nicht auf die Nachfragen des Beschwerdeführers. Im Nachhinein stellte sich heraus, dass der Livestream auf YouTube, den der Beschwerdeführer angeschaut hatte, wohl gehackt und falsche Inhalte – unter anderem der Link zu dem „Giveaway“ – übermittelt worden waren. Der Beschwerdeführer erstattete deshalb Anzeige wegen Betrugs. Den Verlust meldete er zur Forderungsausfallversicherung, die Teil seiner Privathaftpflichtversicherung ist. Ein Leistungsanspruch bestand allerdings nicht, weil die Art des Vermögensschadens, den der Beschwerdeführer erlitten hat, nicht versichert war. Die Bedingungen unterscheiden zwischen sogenannten „unechten“ Vermögensschäden (auch Vermögensfolgeschäden), die ursächlich auf einen Personen- oder Sachschaden zurückzuführen sind, und reinen oder „echten“ Vermögensschäden, die weder durch Personenschäden noch durch Sachschäden entstanden sind. Der Ombudsmann erklärte in seiner ablehnenden Entscheidung Folgendes:

„Für den Schadensfall besteht kein Versicherungsschutz aus der Forderungsausfallversicherung. Diese ist unter Ziffer 21 Besondere Bedingungen zur Privathaftpflichtversicherung Premium geregelt, die Ihrem Vertrag zugrunde liegen. Gemäß Ziffer 21.1 und 21.2 bezieht sich diese Absicherung auf den Fall, dass ein Versicherter wegen Personen- oder Sachschäden beziehungsweise wegen eines daraus folgenden Vermögensschadens berechnigte Schadensersatzansprüche nicht durchsetzen kann. Damit ist die Forderungsausfallversicherung auf Personen-, Sach- und unechte Vermögensschäden begrenzt. Ein reiner oder echter Vermögensschaden, wie er Ihnen entstanden ist, wird dagegen nicht erfasst.

Ich entnehme Ihren Ausführungen, dass Ihnen die verschiedenen Vermögensbegriffe bekannt sind. Es ist grundsätzlich auch richtig, wenn Sie darauf hinweisen, dass Sie mit der Forderungsausfallversicherung so gestellt werden, als ob der Schädiger einen Privathaftpflichtversicherungsschutz wie Sie hätte. In Ihrem Vertrag sind reine Vermögensschäden mitversichert. Für den Bereich der Forderungsausfalldeckung sehen die Bedingungen aber, wie oben ausgeführt, eine eigenständige Beschreibung des versicherten Gegenstands vor. Das ist rechtlich nicht zu beanstanden (vgl. BGH, Beschluss vom 13. Februar 2013, Az.: IV ZR 260/12).“

Kfz-Versicherung

HIS und Überschwemmungstotalschaden

Das Fahrzeug des Beschwerdeführers hatte einen schweren Überschwemmungsschaden. Er ließ es reparieren und verlangte vom Versicherer, dass die Meldung eines Totalschadens an das Hinweis- und Informationssystem (HIS) gelöscht werde. Seine dementsprechende Beschwerde hatte nach Aktenlage keinen Erfolg und der Ombudsmann schrieb:

„Das HIS wird von der Informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH als Auskunftsteil betrieben. Eine Meldung an das ‚HIS-System‘ durch den Versicherer ist ohne Ihre Zustimmung möglich. Erfolgt ein Eintrag zu Unrecht, können Sie zwar dessen Löschung beantragen. Anhaltspunkte dafür, dass der Versicherer vorliegend unzutreffende Daten gemeldet hatte, konnte ich den mir vorliegenden Unterlagen aber nicht entnehmen.

Meldungen an das HIS erfolgen nach vordefinierten, feststehenden Meldekriterien, die mit den Datenschutzbehörden abgestimmt sind. Im Internet finden Sie unter www.informa-his.de zahlreiche Informationen. Eine Kriteriengruppe bezieht sich auf besondere Schadensfolgen, zu denen auch der Totalschaden gehört. Durch die Meldung soll vermieden werden, dass derselbe Fahrzeugschaden bei einem anderen Versicherer noch einmal eingereicht und somit missbräuchlich doppelt abgerechnet wird. Diese grundsätzliche Missbrauchsgefahr ist mit keinem konkreten Verdacht Ihnen gegenüber verbunden. Wenn Sie das Fahrzeug aber zum Beispiel verkaufen und der spätere Eigentümer einen Schaden meldet, kann der dann betroffene Versicherer wegen einer Fahrzeugreparatur nachfragen.“

Hausratversicherung

Von Mindestsicherungen und Leistungskürzungen „auf Null“

Der Beschwerdeführer führt einen Landschaftsbaubetrieb, dessen Gebäude größtenteils aus Containern bestehen. Im Zuge eines Beratungsgesprächs im Jahr 2015 besichtigten der Versicherungsvermittler und ein weiterer Mitarbeiter des Versicherers den Betrieb, bevor sie dem Beschwerdeführer eine Inhaltsversicherung empfahlen, die dieser daraufhin abschloss. Als Mindestsicherung zum Schutz gegen Einbruch war vertraglich festgelegt, dass die Gebäude bei Abwesenheit in näher bezeichneter Art verschlossen zu halten waren. Besprochen worden war dies jedoch nicht, und der Verschluss der Container entsprach auch nicht den vereinbarten Mindestanforderungen.

Sechs Jahre später brachen unbekannte Täter die vom Beschwerdeführer verwendeten Diskusschlösser auf und stahlen Gegenstände von niedrigem fünfstelligem Wert. Der Versicherer lehnte eine Regulierungsleistung ab, weil die aufgebrochenen Container nicht bedingungsgemäß verschlossen gewesen seien. Aufgrund dieser Obliegenheitsverletzung sei er leistungsfrei. Der Beschwerdeführer erwiderte, dass er sich auf die Empfehlung des Versicherungsvermittlers verlassen habe, welcher die damals bereits vorhandenen Sicherungen der Container nicht beanstandet habe. Es könne nicht angehen, dass er die Beiträge für die Einbruchversicherung jahrelang „umsonst“ geleistet habe.



Im Ombudsmannverfahren erklärte der Versicherer zunächst, sein am Vertragsschluss beteiligter Mitarbeiter gehe immer noch davon aus, dass die Mindestsicherung durch die Verwendung der Diskusschlösser erfüllt gewesen sei. Da dies aber nicht der Fall sei, liege eine gravierende Obliegenheitsverletzung vor, die aufgrund der zu schützenden Werte „schlichtweg unentschuldig“ sei. Der Versicherungsschutz sei somit zu Recht gänzlich versagt worden. Zur geltend gemachten Falschberatung äußerte er sich nicht.

Der Ombudsmann wies den Versicherer darauf hin, dass ein erheblicher Beratungsfehler gegeben sein dürfte, da der Versicherungsvermittler den Betrieb und die Schlösser selbst gesehen und die Diskusschlösser für ausreichend erachtet hatte. Ein etwaiges Mitverschulden des Kunden dürfte dahinter zurücktreten. Darüber hinaus erläuterte der Ombudsmann, dass zwar die Mindestsicherung nicht erfüllt war, aber eine Kürzung um 100 Prozent in diesem Fall nach geltender Rechtslage keinesfalls in Betracht komme. Denn unabhängig von der Falschberatung waren die Container nicht etwa unverschlossen, sondern durchaus gesichert, wenn auch nicht im schriftlich vereinbarten Maß.

Der Versicherer kündigte daraufhin an, in die Regulierung einzutreten, wobei die genaue Schadenshöhe noch verifiziert werden müsse. Einige Wochen später kam es zu einer Einigung.

Lebensversicherung

Eine folgenreiche Erbausschlagung

Der Vater der Beschwerdeführerin schloss im Jahr 1990 eine Todesfallversicherung ab. Es war vereinbart, dass die Versicherungssumme beim Tod der versicherten Person, spätestens jedoch zum vereinbarten Ablauftermin fällig wird. Versicherte Person des Vertrages war die Tochter des Versicherungsnehmers, also die Beschwerdeführerin.

Nach dem Tod ihres Vaters wollte die Beschwerdeführerin den Vertrag übernehmen und anschließend kündigen, um sich den vorhandenen Rückkaufswert auszahlen zu lassen.

Verstirbt ein Versicherungsnehmer einer Lebensversicherung, fällt der Vertrag in die Erbmasse, wenn keine Nachfolgeregelung in den Versicherungsbedingungen etwas anderes bestimmt. Eine solche Regelung gab es hier nach der Aktenlage nicht.

Der Versicherer lehnte die gewünschte Übertragung ab, da die Beschwerdeführerin das Erbe ihres Vaters ausgeschlagen hatte. Gegen diese Ablehnung richtete sich die Beschwerde. Die Beschwerdeführerin berief sich auf eine telefonische Auskunft des Versicherers, wonach für die Übertragung des Vertrages kein Erbschein erforderlich sei. Durch diese Aussage sei ihr ein Schaden entstanden, da sie das Erbe daraufhin ausgeschlagen habe. Über das entsprechende Telefonat habe sie eine Telefonnotiz gefertigt, die sie ihrer Beschwerde beifügte.

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

Der Versicherer führte hierzu aus, dass er bei geringeren Beträgen auf die Vorlage eines Erbscheins verzichte, da die Beschaffung eines solchen mit einem gewissen Aufwand verbunden sei. Ihm genüge es in solchen Fällen, wenn der Erbe eine sogenannte Haftungsübernahmeerklärung abgibt. Ein entsprechendes Formular hatte er der Beschwerdeführerin zur Verfügung gestellt.

Offenbar hatte die Beschwerdeführerin die Aussage, dass die Vorlage eines Erbscheins nicht erforderlich sei, missverstanden. Dass sie die Mitarbeiterin des Versicherers in dem Telefonat auch über ihre Absicht der Erbausschlagung informiert habe, wurde nicht vorgetragen und war der Telefonnotiz auch nicht zu entnehmen. Allein die Aussage, dass kein Erbschein vorgelegt werden muss, stellt in dem vorliegenden Fall jedoch keine falsche Auskunft dar, sodass der Ombudsmann nach der Aktenlage keine Möglichkeit sah, der Beschwerde zum Erfolg zu verhelfen. Der Verzicht des Versicherers auf den Nachweis der Erbenstellung durch Erbschein hatte keinen Einfluss darauf, dass mit der Erbausschlagung auch die Erbenstellung nicht mehr gegeben war. Damit bestand kein Anspruch auf die Erbmasse einschließlich der Rechte aus dem Versicherungsvertrag.

Berufsunfähigkeitsversicherung

Mitwirkungspflichtverletzung bei paranoider Schizophrenie?

Der Versicherer hatte seine Leistungspflicht anerkannt, weil bei der Beschwerdeführerin wegen Realitätsverlusts, Hilflosigkeit im Zuge einer paranoiden Schizophrenie, postpsychotischer Depression und eines sekundären Parkinsonismus bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit eingetreten war. Im Rahmen des Nachprüfungsverfahrens hatte der Versicherer die Beschwerdeführerin u. a. gebeten, ihm einen Arzt zu benennen, der am besten über ihren aktuellen Gesundheitszustand berichten könne. Weil eine Reaktion der Beschwerdeführerin trotz mehrfacher Erinnerungsschreiben ausblieb, stellte der Versicherer die Leistungen wegen behaupteter Mitwirkungspflichtverletzung ein. Im Ombudsmannverfahren bot der Versicherer an, auf seine Kosten ein psychiatrisches Gutachten in Auftrag zu geben, und wies darauf hin, dass die Berufsunfähigkeitsrenten seit dem Einstellungstermin bis zum Einreichen der erforderlichen Unterlagen lediglich gehemmt seien.

Der Ombudsmann legte dem Versicherer nahe, die Berufsunfähigkeitsleistungen umgehend wieder aufzunehmen. Bei einer behaupteten Mitwirkungspflichtverletzung könne allenfalls eine Regelung zur Anwendung kommen, welche § 28 Absatz 2 bis 4 VVG gerecht werde. Danach kommt eine vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nur in Betracht, wenn eine Obliegenheit durch den Versicherungsnehmer vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt wird. Bei dem Krankheitsbild der Beschwerdeführerin mit paranoider Schizophrenie und Realitätsverlust liege dies eher fern. Ob ein Leistungseinstellungsrecht als Ergebnis des Nachprüfungsverfahrens, insbesondere nach der Begutachtung, bestehe, bleibe abzuwarten.

Der Versicherer half der Beschwerde daraufhin ab, indem er die Leistungseinstellung zurücknahm. Die Überprüfung des Fortbestands einer bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeit setzte er fort.



Gebäudeversicherung

Muss ein Testamentsvollstrecker die Wasserleitung absperren?

Der Versicherungsnehmer verstarb am 25. Februar 2022. Der als Testamentsvollstrecker eingesetzte Beschwerdeführer, ein Rechtsanwalt, bemerkte am 16. März 2022, also 20 Tage nach dem Ableben des Versicherungsnehmers, einen Wasserschaden. Schadensursächlich war der Bruch einer Kaltwasserleitung ohne Frosteinwirkung. Der Beschwerdeführer war in der Zeit zwischen dem Tod des Versicherungsnehmers und der Feststellung des Schadens insgesamt fünfmal vor Ort, um Nachlassangelegenheiten zu regeln. Letztmalig vor der Schadensfeststellung war er am 13. März 2022 in dem Haus, also drei Tage bevor er den Schaden bemerkte.

Der Versicherer lehnte die Schadensregulierung ab, da die vertragliche Obliegenheit, das versicherte Gebäude genügend häufig zu kontrollieren und alle wasserführenden Anlagen und Einrichtungen abzusperren, zu entleeren und entleert zu halten, verletzt worden sei.

Der Versicherer wurde zunächst darauf hingewiesen, dass er nicht ausgeführt habe, aus welchem Grund er sich nicht zur Leistung verpflichtet sehe. Gegen eine vorsätzliche Obliegenheitsverletzung spreche, dass dem Beschwerdeführer der Inhalt der Versicherungsbedingungen nicht bekannt gewesen sei und auch nicht anzunehmen sei, dass er den Versicherungsschutz bewusst habe gefährden wollen. In Betracht komme daher allenfalls eine grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung, die den Versicherer nur zu einer Leistungskürzung berechtige. Hier stand objektiv fest, dass die vertraglich vereinbarten Obliegenheiten nicht beachtet wurden. Wären die Leitungen entleert gewesen, hätte es vermutlich keinen Leitungswasserschaden gegeben. Der Versicherer wurde aber gebeten zu berücksichtigen, dass das versicherte Gebäude vom Beschwerdeführer in regelmäßigen Abständen aufgesucht worden war, sodass zumindest die in der Obliegenheitsregelung geforderte Kontrolle des Gebäudes stattgefunden hatte. Andernfalls wäre der Schaden gar nicht bemerkt worden und das Schadensausmaß vermutlich deutlich größer gewesen. Des Weiteren handelte es sich um einen Bruchschaden infolge von Verschleiß und nicht um einen frostbedingten Rohrbruch, der jederzeit auch in einem genutzten Haus oder während einer urlaubsbedingten Abwesenheit der Hausbewohner eintreten kann. Schließlich sei zu bedenken, dass der Beschwerdeführer die Verwaltung des Gebäudes als Testamentsvollstrecker übernommen habe, sodass er sich mit den Gegebenheiten vor Ort erst einmal habe vertraut machen und sich einen Überblick habe verschaffen müssen. Zu diesem Zweck musste er das Gebäude wiederholt aufsuchen und sich dort teilweise für mehrere Stunden aufhalten. Vor diesem Hintergrund bot es sich an, die wasserführenden Anlagen in Betrieb zu behalten, um sich die Hände waschen und die Toilette nutzen zu können. Das Entleeren der wasserführenden Leitungen drängte sich unter diesen Umständen nicht auf.

Der Versicherer unterbreitete daraufhin das Angebot, sich zur Hälfte an den schadenbedingten Aufwendungen zu beteiligen. Der Beschwerdeführer nahm dieses Angebot an.

Sonstige – hier: Luftkaskoversicherung

Augenblicksversagen eines Bruchpiloten

Der Beschwerdeführer hatte sein Leichtflugzeug (Modell: Cessna C177RG) versehentlich gelandet, ohne zuvor das Fahrwerk auszufahren. Es entstand ein erheblicher Schaden, den der Versicherer aufgrund eines vermeidbaren Bedienfehlers des Beschwerdeführers nicht regulieren wollte. Da die Luftkaskoversicherung ein Großrisiko im Sinne von § 210 VVG sei, käme eine Quotelung des grob fahrlässig herbeigeführten Schadens nach § 81 Absatz 2 VVG nicht in Betracht.

Der Beschwerdeführer wandte ein Augenblicksversagen ein. Andere Luftfahrzeuge hätten sich in seiner Nähe befunden. In einer Schrecksekunde habe er aufgrund des plötzlichen nahen Platzverkehrs einen kurzfristigen Fehler begangen, den er nicht mehr habe korrigieren können.

Der Ombudsmann hatte Zweifel, die vollständige Leistungskürzung gegenüber dem Beschwerdeführer zu bestätigen. Ob ggf. ein Augenblicksversagen dazu geführt hatte, dass der Beschwerdeführer landete, ohne das Fahrwerk auszufahren, konnte in dem vereinfachten Verfahren nicht geklärt werden. Es sprach viel dafür, dass der Beschwerdeführer den Schaden grob fahrlässig herbeigeführt hatte. Unabhängig davon, ob § 210 VVG überhaupt die Anwendbarkeit von § 81 Absatz 2 VVG und damit das Quotelungsprinzip ausschließt, war fraglich, ob hier trotz Nennung der Luftkaskoversicherung in Nummer 5 der Anlage A zum Versicherungsaufsichtsgesetz von einer Großrisikoversicherung in diesem Sinne ausgegangen werden konnte. Der Beschwerdeführer nutzte die kleine einmotorige Maschine privat. Hierauf wies der Ombudsmann den Versicherer hin.

Zwischen den Beschwerdeparteien kam es zu einer Vergleichsvereinbarung („ohne Präjudiz für künftige Schadensfälle und ohne Anerkennung einer Rechtspflicht“) in Höhe von 20 Prozent der Schadenssumme.

Kfz-Versicherung

Schlaganfall während der Autofahrt

Der Beschwerdeführer erlitt während einer Autofahrt einen Schlaganfall. Wegen dieses Schlaganfalls fuhr er zunächst innerorts gegen einen Baum, stieß 180 Meter weiter gegen ein Verkehrszeichen und kam nach 1,02 km außerorts in den Gegenverkehr. Von den Zusammenstößen bekam er nichts mit und er kann sich auch heute nicht daran erinnern. In dem strafrechtlichen Verfahren wurde er freigesprochen. Der Versicherer belastete den Kfz-Haftpflichtversicherungsvertrag des Beschwerdeführers mit drei Schadensfällen, was eine erhebliche Rückstufung der Schadenfreiheitsklasse zur Folge hatte. Hiergegen richtete sich die Beschwerde. Der Beschwerdeführer war der Ansicht, dass wegen des Schlaganfalls als Auslöser insgesamt nur ein Unfall vorliege. Dem schloss sich der Ombudsmann an. In der den Versicherer verpflichtenden Entscheidung führte er u. a. aus:

„Die Frage, ob es sich um ein oder mehrere Schadensereignisse handelt, ist nach einer natürlichen Betrachtungsweise zu beantworten (Stiefel/Maier/Meinecke,



AKB-Kommentar, 19. Auflage, AKB 2015, A.2, Rn. 729). So kann sich zum Beispiel ein Unfall noch auf die Bergung am nächsten Tag auswirken (vgl. Oberlandesgericht Hamm, Versicherungsrecht 2013, Seite 491). Ein einheitliches Geschehen soll auch dann vorliegen, wenn bei einem Autorücktransport mehrere Schäden eintreten (AG Bremen, recht + schaden 2013, Seite 377) oder das Fahrzeug beim Ausweichen vor einer Katze zunächst gegen einen Mast und dann gegen ein Fahrzeug stößt (AG Berlin-Mitte, Schaden-Praxis 2012, Seite 24). Allein der Umstand, dass es mehrere Fremdgegeschädigte gibt, kann insofern nicht maßgeblich sein. Ein einheitlicher Lebensvorgang liegt auch dann vor, wenn Kinder im Rahmen ihres Spiels mehrfach auf ein Fahrzeug klettern und es auf unterschiedliche Art und Weise beschädigen (LG Düsseldorf, recht + schaden 2002, Seite 7). Auch wenn diese Rechtsprechung zu Fällen aus der Kaskoversicherung ergangen ist, ist der Maßstab der natürlichen Betrachtungsweise und seine Reichweite auf die Kraftfahrthaftpflichtversicherung übertragbar, was die Beschwerdegegnerin [der Versicherer] ebenfalls grundsätzlich bestätigt hat.

Nach unstreitiger Aktenlage hat sich allein der Schlaganfall des Beschwerdeführers in den drei nacheinander erfolgenden Zusammenstößen ursächlich ausgewirkt. Er hat eine einheitliche und fortdauernde Gefahrenlage geschaffen, die sich in einem engeren zeitlichen und räumlichen Zusammenhang verwirklicht hat. Der Schlaganfall stellt quasi die „Klammer“ zwischen den technisch unterteilbaren Unfällen dar und verbindet diese bei natürlicher Betrachtungsweise zu einem einheitlichen Schadensereignis. [...]

Letztlich führt eine kurzfristige Unterbrechung der Fahrt allein auch nicht zur Aufhebung des in dieser Konstellation durch den Schlaganfall geschaffenen dominierenden Gesamtzusammenhangs. Es kann keinen Unterschied machen, ob man in einem solchen Zustand einen Baum oder ein Verkehrszeichen nur touchiert oder durch diese Gegenstände vorübergehend gestoppt wird. Auch dies spricht bei natürlicher Betrachtungsweise, die keine Unterscheidung von juristischen Feinheiten kennt, sondern vom durchschnittlichen und verständigen Versicherungsnehmer aus zu denken ist, für die Annahme eines Schadensereignisses.“

Rechtsschutzversicherung

Versicherung mit Herz

Die Ehefrau des Beschwerdeführers wollte wegen des Verdachts eines ärztlichen Behandlungsfehlers während eines Krankenhausaufenthalts Ansprüche in Höhe von mindestens 100.000 Euro geltend machen. Dort sei ein Schlaganfall nicht erkannt worden. Aufgrund dieser fehlerhaften Behandlung kam es zu dauerhaften Lähmungserscheinungen, irreversiblen Tremor mit Bettlägerigkeit und Pflegebedürftigkeit. Etwa ein halbes Jahr nach dem Ende des Klinikaufenthalts schloss die Ehefrau des Beschwerdeführers einen Rechtsschutzversicherungsvertrag. Damals kannten die Eheleute die Ursache der Gesundheitsbeeinträchtigungen allerdings noch nicht. Von dieser erfuhren sie erst bei einer weiteren ärztlichen Untersuchung ein Jahr später. Der Rechtsschutzversicherer lehnte eine Deckungszusage ab, weil der Rechtsschutzfall vor Abschluss des Rechtsschutzversicherungsvertrages

eingetreten sei. Dies traf zweifellos zu, auch wenn es für einen Beschwerdeführer nur schwer verständlich war, dass es nach den ARB nicht auf den Zeitpunkt ankommt, zu dem er Kenntnis von dem Behandlungsfehler erhält, sondern auf den Zeitpunkt des Behandlungsfehlers. Noch bevor der Ombudsmann seine Entscheidung verfasst hatte, verstarb die Ehefrau des Beschwerdeführers. Dies teilte der Beschwerdeführer dem Ombudsmann mit. Sein psychischer Leidensdruck und auch der Wunsch zur emotionalen Verarbeitung der vergangenen Ereignisse waren in seinen Schreiben deutlich erkennbar. Vor diesem Hintergrund und dem Schlichtungsgedanken des Beschwerdeverfahrens folgend, fragte der Ombudsmann den Versicherer, ob er den Beschwerdeführer nicht aus Kulanz ein wenig unterstützen könne. Dazu war er bereit und erteilte eine Kulanz-Beratungszusage.

Hausratversicherung

Die Tücken einer Bestleistungsgarantie

Als der Beschwerdeführer im Urlaub in Kroatien mit einem Auto in ein Parkhaus fahren wollte, blieb er mit seinem oben auf dem Fahrzeug montierten Fahrrad am Mauerwerk hängen. Dabei wurde das Fahrrad stark beschädigt. Im Rahmen seiner Hausratversicherung war dies grundsätzlich nicht versichert.

Allerdings verwies der Beschwerdeführer darauf, dass der Schadensfall bei einem Mitbewerber versichert gewesen wäre und dass nach einer Klausel in seinem Vertrag („Erweiterte Leistungsgarantie – kein Deckungsnachteil gegenüber Mitbewerbern“) diese Absicherung somit auch für ihn gelten müsse. Daher forderte er die Erstattung des Neupreises des Fahrrads in Höhe von 1.100 Euro. Der Versicherer lehnte dies ab, weil der vom Beschwerdeführer benannte Tarif des anderen Versicherers nicht leistungsstärker sei, so wie es bedingungsgemäß gefordert war. Außerdem sei die Jahresprämie des Mitbewerbers deutlich höher, weswegen die Leistungsgarantie ebenfalls nicht greife.

Der Ombudsmann wies den Versicherer zunächst darauf hin, dass die Höhe der Prämie laut der vereinbarten Klausel unerheblich ist, es sei denn, für die konkrete Leistungserweiterung würde vom Mitbewerber ein Mehrbeitrag erhoben. Das war hier aber nicht der Fall. Des Weiteren verglich der Ombudsmann die verschiedenen Tarife miteinander, die beide jeweils mehr als 90 Zusatzklauseln enthielten. Ein direkter Vergleich erschien jedoch nur schwer möglich, da teilweise sehr unterschiedliche Absicherungen vereinbart waren und kaum zu entscheiden war, ob beispielsweise der versicherte Diebstahl von Futter- und Streuvorräten eine höhere Leistung darstellt als die Versicherung gegen Schäden durch radioaktive Isotope.

Im Rahmen seiner ersten Prüfung kam der Ombudsmann gleichwohl zu dem Ergebnis, dass der Tarif des Mitbewerbers leistungsstärker sein dürfte, und regte beim Versicherer an, der Beschwerde abzuweichen. Der Versicherer unterbreitete daraufhin seinem Kunden einen Vergleichsvorschlag. Letztlich einigten sich beide auf einen Gegenvorschlag des Beschwerdeführers.



Allgemeine Haftpflichtversicherung

Privathaftpflicht oder Haus- und Grundbesitzerhaftpflicht?

Der Beschwerdeführer hatte im Erdgeschoss seines Hauses Räume an einen Gewerbetreibenden vermietet. Wegen unzureichender Instandhaltung kam es zu einem Schaden am Eigentum des Mieters. Der Versicherer lehnte eine Regulierung aus der Privathaftpflichtversicherung ab mit der Begründung, dass das Risiko einer „gewerbsmäßigen Vermietung“ über eine Haus- und Grundbesitzerhaftpflichtversicherung hätte abgedeckt werden müssen. Der Beschwerdeführer machte daraufhin eine Falschberatung geltend, tatsächlich kam es darauf aber nicht an. Die Deckungsablehnung war nicht berechtigt, was der Versicherer nach folgendem Hinweis einräumte:

„Dem Vertrag liegen die Besonderen Bedingungen für die Privathaftpflichtversicherung (07.2013) zugrunde. Gemäß Ziffer 3 ist die Haftpflicht als Inhaber eines Wohnhauses versichert, sofern sich in diesem nicht mehr als zwei abgeschlossene Wohnungen befinden. Ebenfalls versichert ist die Vermietung einzelner Räume eines solchen Objektes. Dass der Mieter dieser einzelnen Räume kein Gewerbetreibender sein darf, ergibt sich aus den Bedingungen nicht. Voraussetzung ist, dass das Objekt zumindest teilweise vom Versicherungsnehmer zu Wohnzwecken genutzt wird, was hier der Fall sein dürfte, denn die Anschrift ist jeweils gleich [...]. Dass der Beschwerdeführer in diesem Objekt einen Gewerbebetrieb unterhält, ergibt sich aus den mir vorliegenden Unterlagen nicht. Vermietet sind zwei Büroräume, eine Toilette und Kellerräume. Vielleicht sollte pro Objekt nur die Vermietung eines einzelnen Raumes von den Bedingungen erfasst sein. In den Musterbedingungen des GDV heißt es in diesem Zusammenhang etwa ‚Vermietung von nicht mehr als drei einzeln vermieteten Wohnräumen‘. Das kommt in den hier maßgeblichen Bedingungen aber nicht hinreichend zum Ausdruck. Der Begriff ‚einzelne‘ kann auch die Bedeutung von ‚einige, wenige‘ haben (siehe Duden). Die vom Beschwerdeführer vermieteten Räume können sprachlich darunter gefasst werden.“

Kfz-Versicherung

Sturmschaden?

Der Versicherer hatte es abgelehnt, anlässlich eines gemeldeten Sturmschadens eine Entschädigung aus der Teilkaskoversicherung zu zahlen. Er ging davon aus, dass die Beschwerdeführerin mit ihrem Wagen gegen einen auf der Straße schon liegenden Baum gefahren war. Vermutet wurde, dass die Beschwerdeführerin bei den Wetterverhältnissen mit nicht angepasster Geschwindigkeit gefahren war. Wie lange der Baum vor dem Zusammenstoß bereits auf der Straße lag, war zwar unklar. Da die weiteren Umstände zum Vorfall jedoch für ein unmittelbares Einwirken des Sturms sprachen, wurde der Versicherer mit den folgenden Hinweisen um eine Schadensregulierung gebeten:

„Laut dem Einsatzbericht der Feuerwehr befanden sich hinter einer Bergkuppe mehrere Bäume kreuz und quer über der Straße. Nachdem die Einsatzkräfte sich einen Zugang durch die Bäume geschnitten hatten, hätten sie mehrere Fahrzeuge entdeckt. Der Wagen der Beschwerdeführerin habe sich genau zwischen zwei

2 BERICHT DES OMBUDSMANNS

umgefallenen Bäumen befunden. Auch den vom Unfallort angefertigten Fotos kann dies entnommen werden.

Vor diesem Hintergrund kann meines Erachtens angenommen werden, dass eine sehr starke Sturmböe hinter einer Bergkuppe zu einem gleichzeitigen Umkippen der Bäume geführt hat und der Baum, gegen den die Beschwerdeführerin fuhr, dort auch noch nicht lange gelegen hatte, sondern erst kurz zuvor umgekippt war und ihr damit ein Ausweichen nicht mehr möglich war. Jedenfalls ist schwer nachzuvollziehen und begründbar, dass es zu keinem Sturmschaden gekommen sein soll, auch wenn die Beschwerdeführerin in ihrem Auto von den umliegenden Bäumen eingeschlossen wurde. Bitte beachten Sie außerdem, dass auch dann noch von einer Unmittelbarkeit des Sturms auszugehen ist, wenn Gegenstände aufgrund eines Sturms so plötzlich vor das Fahrzeug geschleudert werden, dass ein rechtzeitiges Bremsen oder Ausweichen nicht mehr möglich ist.“

Der Versicherer half der Beschwerde daraufhin vollumfänglich ab.

Lebensversicherung

Beitragspause und kein Weg zurück?

Mit Schreiben vom Januar 2021 bat die Beschwerdeführerin den Versicherer bis auf Weiteres um die Gewährung einer Beitragspause zu ihrem Rentenversicherungsvertrag. Sie begründete dies mit coronabedingten Zahlungsschwierigkeiten. Der Versicherer stellte daraufhin den Vertrag der Beschwerdeführerin prämienfrei und ließ ihr hierüber einen entsprechenden Nachtrag zukommen. Im August 2021 bat die Beschwerdeführerin den Versicherer, den Vertrag ab dem 1. September 2021 wieder in Kraft zu setzen. Der Versicherer lehnte die gewünschte Wiederinkraftsetzung ab. Er teilte der Beschwerdeführerin mit, dass eine Wiederinkraftsetzung nur möglich gewesen wäre, wenn die Beitragszahlung innerhalb von sechs Monaten nach der Beitragsfreistellung wieder aufgenommen worden wäre.

Mit dieser Entscheidung des Versicherers war die Versicherungsnehmerin nicht einverstanden und wandte sich mit ihrer Beschwerde an den Ombudsmann. Sie beanstandete, dass sich die vom Versicherer genannte Frist nicht aus den Versicherungsbedingungen ihres Vertrages ergebe. In seiner Stellungnahme teilte der Versicherer mit, dass er nicht dazu verpflichtet gewesen sei, auf die Rechtsfolgen einer Beitragsfreistellung bzw. der Reaktivierung des Vertrages hinzuweisen. Er begründete dies damit, dass auch keine Pflicht bestehe, den Vertrag nach Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung zu reaktivieren.

Der Ombudsmann machte den Versicherer darauf aufmerksam, dass die Beschwerdeführerin in ihrem Schreiben aus Januar 2021 ausdrücklich lediglich um eine Beitragspause gebeten hatte. Eine Erklärung der Beschwerdeführerin, den Vertrag dauerhaft beitragsfrei stellen zu wollen, war dem Schreiben nicht zu entnehmen. Nach ständiger höchst- und obergerichtlicher Rechtsprechung bedarf es aber einer Erklärung, in der klar und eindeutig der Wille zum Ausdruck kommt, die Versicherung in eine prämienfreie umzuwandeln. Im Hinblick auf die gravierenden Folgen für den Versicherungsschutz darf die Auslegung eines Antrags auf



Beitragsfreistellung nicht allein am Wortlaut haften. Maßgeblich ist, ob unter Berücksichtigung des Sinnzusammenhangs in der Erklärung der eindeutige Wille zum Ausdruck kommt, die Lebensversicherung auf Dauer beitragsfrei zu stellen. Fehlt es an einem eindeutigen Umwandlungsverlangen, besteht der Versicherungsvertrag unverändert fort. An einer eindeutigen Erklärung fehlt es, wenn der Versicherungsnehmer um zeitweilige Beitragsaussetzung nachsucht (so etwa OLG Hamm, Urteil vom 17. August 2011, Az. I-20 U 69/11 mit weiteren Nachweisen).

Der Versicherer half der Beschwerde daraufhin ab.

Gebäudeversicherung

Ist Sickerwasser zugleich Grundwasser?

Der Beschwerdeführer schilderte, aufgrund von Starkregen habe sich der Erdboden auf seinem Grundstück in kurzer Zeit mit Niederschlagswasser angereichert. Der Erdboden habe die Wassermassen nicht mehr aufnehmen können, sodass Sickerwasser durch die unterirdischen Kellermauern in das versicherte Gebäude eingedrungen sei und umfangreiche Durchnässungen im Untergeschoss verursacht habe.

Eine Überflutung des Versicherungsgrundstücks war nicht gegeben, sodass ein an sich versicherter Überschwemmungsschaden ausschied. Im Rahmen der bestehenden Gebäudeversicherung galten aber zudem unbenannte Gefahren als versichert. Demnach leistet der Versicherer Entschädigung für versicherte Gebäude, die durch andere als die in den Versicherungsbedingungen genannten versicherbaren Gefahren und Schäden unvorhergesehen zerstört oder beschädigt werden (Sachschaden). Der Versicherer war der Auffassung, leistungsfrei zu sein, da der vertragliche Ausschluss greife, wonach ohne Rücksicht auf mitwirkende Ursachen Schäden durch Grundwasser nicht versichert sind. Der Versicherer vertrat die Ansicht, dass Grundwasser Wasser unterhalb der Erdoberfläche ist, das durch Versickern von Niederschlägen dorthin gelangt. Damit gäbe es keine Unterscheidung zwischen Grund- und Sickerwasser, sondern jedes Regenwasser, das sich unterhalb der Erdoberfläche befindet, wäre als Grundwasser zu qualifizieren.

Der Versicherungsombudsmann wies den Versicherer darauf hin, dass diese Begriffsauslegung nicht dem Verständnis eines durchschnittlichen verständigen Versicherungsnehmers gerecht werden dürfte, auf dessen Perspektive es bei der Auslegung von Versicherungsbedingungen ankommt. Unabhängig davon spreche das Urteil des BGH vom 20. April 2005 (AZ: IV ZR 252/03) gegen das Verständnis des Versicherers vom Begriff Grundwasser. In dem Urteil hatte der BGH ausgeführt, dass er die von der dortigen Beklagten vorgenommene Gleichstellung von Grund- und erdgebundenem Wasser für bedenklich halte. Nach Auffassung des Versicherungsombudsmanns brachte der BGH damit zum Ausdruck, dass Niederschlagswasser, das ins Erdreich eindringt, nicht als Grundwasser anzusehen ist.

Der Versicherer half daraufhin der Beschwerde ab.

Allgemeine Haftpflichtversicherung

E-Scooter: Kfz oder Tretroller?

Der Beschwerdeführer fuhr im Jahr 2021 mit einem nicht zugelassenen und nicht versicherten E-Scooter (Höchstgeschwindigkeit von 25 km/h) auf dem Gehweg und kollidierte mit einem Fußgänger, der erheblich verletzt wurde. Es war streitig, ob der E-Scooter eingeschaltet war oder der Beschwerdeführer ihn in ausgeschaltetem Zustand wie einen Tretroller benutzte. Der Privathaftpflichtversicherer berief sich auf den Risikoausschluss nach der sogenannten Benzinklausel, wonach die Haftpflicht als Führer eines Kraftfahrzeugs für Schäden, die durch den Gebrauch des Fahrzeugs verursacht werden, ausdrücklich nicht versichert ist. Erst im Rahmen der vertieften Unterlagenprüfung stellte sich heraus, dass der Beschwerdewert über 100.000 Euro lag und damit ein Ombudsmannverfahren nicht stattfinden konnte (§ 2 Absatz 4 VomVO). In dem Beendigungsschreiben führte der Ombudsmann auch Folgendes aus:

„Ergänzend [...] weise ich darauf hin, dass das Anliegen von Herrn X nach meiner bisherigen Einschätzung wohl keinen Erfolg gehabt hätte. Auch wenn sich ein E-Scooter ganz erheblich von dem unterscheidet, was im allgemeinen Sprachgebrauch unter einem Kraftfahrzeug verstanden wird, orientiert sich die herrschende Ansicht im Rahmen der Benzinklausel an dem straßenverkehrsrechtlichen Verständnis. Demnach ist auch ein E-Scooter mit einer Höchstgeschwindigkeit von 25 km/h eindeutig ein Kraftfahrzeug. Zwar wird diskutiert, ob man in Randbereichen von diesem straßenverkehrsrechtlichen Verständnis abweichen kann. Allerdings wurde der E-Scooter im öffentlichen Verkehrsraum genutzt und der Versicherer bestreitet mit Nichtwissen, dass der Motor nicht angeschaltet war. Insofern steht hier die für einen Kfz-Gebrauch typische Gefahrensituation im Raum. Ich könnte den Sachverhalt mit meinen vereinfachten Mitteln nicht weiter aufklären. Was das Argument betrifft, dass hier eine Deckungslücke besteht (für den E-Scooter konnte mangels Zulassung keine Kfz-Haftpflichtversicherung abgeschlossen werden), ist zu beachten, dass sich daraus nicht zwangsläufig eine Zuständigkeit der Privathaftpflichtversicherung ergibt (BGH, VersR 1992, Seite 47). Hinzu kommt, dass in den Medien umfangreich über die Zulassungs- und Versicherungsvoraussetzungen von E-Scootern berichtet wurde. Die Bedienungsanleitung enthielt ebenfalls den Hinweis, dass es nach dem Stand im Jahr 2018 keine rechtliche Grundlage für eine Nutzung im öffentlichen Raum gab und sich aus dem Gesetzesvorhaben eine Anmelde- und Versicherungspflicht ergeben könnte.“

Anmerkung: Im Juni 2019 trat nach langer Diskussion die Verordnung über die Teilnahme von Elektrokleinstfahrzeugen am Straßenverkehr (Elektrokleinstfahrzeugeverordnung – eKFV) in Kraft. Elektrokleinstfahrzeuge im Sinne der Verordnung sind Kraftfahrzeuge mit elektrischem Antrieb und einer bauartbedingten Höchstgeschwindigkeit von nicht weniger als 6 km/h und nicht mehr als 20 km/h. Damit sie auf öffentlichen Straßen in Betrieb gesetzt werden dürfen, benötigen sie eine Betriebserlaubnis nach der Straßenverkehrs-Zulassungs-Ordnung und eine gültige Versicherungsplakette bzw. eine Fahrzeug-Identifizierungsnummer. Der Beschwerdeführer hätte seinen E-Scooter, der diesen Anforderungen nicht



entsprach, insofern nicht im öffentlichen Straßenverkehr nutzen dürfen. Für eine Betriebserlaubnis/Zulassung mit anschließender Versicherungsmöglichkeit hätten Modifikationen am Gerät vorgenommen werden müssen. Dass dies ggf. notwendig wird, war ebenfalls in der Bedienungsanleitung erläutert worden.

Kfz-Versicherung

Überlegenes Wissen I (Werkstattbindung bei finanziertem Fahrzeug)

Der Beschwerdeführer hatte sich bei der Versicherung seines kreditfinanzierten Fahrzeugs für einen Tarif mit Werkstattbindung entschlossen. Erst anlässlich eines Schadensfalls erfuhr er, dass er über die Finanzierungsbedingungen seines Kreditgebers gehalten war, das Fahrzeug in einer vom Hersteller autorisierten Werkstatt reparieren zu lassen. Er ließ sein Fahrzeug daher nicht in einer Partnerwerkstatt seines Versicherers reparieren und musste deshalb die hierfür vertraglich vorgesehene Kürzung hinnehmen. Die Differenz machte er als Schaden gegenüber seinem Kaskoversicherer geltend. Hierzu führte er aus, dass der Versicherer, der ausdrücklich nachfragt, ob das Fahrzeug finanziert ist, ihn auch auf die Gefahr eines Widerspruchs zwischen Werkstattbindung und Fahrzeugfinanzierung hätte hinweisen müssen, wie er es bei geleasteten Fahrzeugen tue. Andere Versicherer würden das so handhaben. Der Ombudsmann wandte sich mit folgenden Ausführungen an den Versicherer, die zu einer entsprechenden Lösung im Wege eines Vergleichs führten:

„Der Beschwerdeführer stützt seinen Vorwurf darauf, dass ein anderer Versicherer auf die möglichen Probleme einer Werkstattbindung bei finanzierten Fahrzeugen aufmerksam mache. Auch nach meinen Recherchen weisen viele Versicherer und Vergleichsportale darauf hin. Demnach ist es nicht nur beim Leasing, sondern auch beim Autokredit durchaus üblich, dass die Reparatur in einer vom Hersteller autorisierten Werkstatt erfolgen muss. Damit soll sichergestellt werden, dass der Wertverlust möglichst gering ausfällt. Aus dem (überlegenen) Wissen um solche typischen Problemkonstellationen kann eine Hinweispflicht erwachsen, wobei dem Beschwerdeführer meines Erachtens ein Mitverschulden anzurechnen wäre, denn er hätte sich ebenfalls über die Finanzierungsbedingungen informieren müssen. Sehen Sie vor diesem Hintergrund die Möglichkeit einer Schadensaufteilung?“

Sonstige – hier: Reiserücktrittsversicherung:

Unverzögliche Stornierung nach Treppensturz?

Zwischen den Beschwerdeparteien war streitig, ob die Reise nach Fuerteventura verspätet storniert wurde, sodass der Versicherer ggf. nicht die vollen Stornierungskosten tragen müsste.

Die Ehefrau des Beschwerdeführers stürzte an einem Sonnabend, 17 Tage vor dem geplanten Reiseantritt, zu Hause auf der Treppe und wurde aufgrund ihrer Schmerzen in ein Krankenhaus gebracht. Nach einer Röntgenuntersuchung wurde dort am Montag zur weiteren Abklärung der Verletzungen ein MRT durchgeführt. Am Donnerstag erfuhr sie, dass sie sich einen Wirbelbruch zugezogen hatte, und stornierte die Reise. Der Versicherer war nur dazu bereit, die Kosten zu überneh-

men, die bei einer Stornierung bis zum Montag angefallen wären, weil die Rechtsprechung bei einer stationären Behandlung die Stornierung am Folgetag nach der Einweisung erwarte.

Der Ombudsmann hatte jedoch Zweifel, dass eine Stornierung der Reise bereits zu diesem Zeitpunkt erforderlich gewesen war. Die vom Versicherer zitierten Urteile zur Stornierungsobliegenheit nach Aufnahme in stationäre Behandlungen bezogen sich auf langwierige Erkrankungen. Hier war es hingegen zu einem plötzlichen, unerwarteten Ereignis gekommen, bei dem die Schwere der Erkrankung und die Folgen am Unfalltag noch nicht abzusehen waren. Dass die Schmerzen zunächst groß waren, bedeutet nicht, dass es sich um eine Verletzung handelt, die nicht drei Tage später hätte abklingen können. Dem Versicherten steht zudem eine Prüfungs- und Überlegungsfrist zu. Er muss außerdem wissen, dass das Unfallereignis ihn am Reiseantritt in der Weise hindern wird, dass diese unzumutbar ist. Es war aber nicht ersichtlich, dass der Beschwerdeführer und seine Frau die Augen bewusst vor einer sich aufdrängenden Kenntnis verschlossen hätten. Die Reise wurde schließlich umgehend nach Erhalt der Diagnose eines Wirbelbruchs und Rücksprache mit einem Arzt storniert. Nach nochmaliger Prüfung übernahm der Versicherer die Stornierungskosten in voller Höhe.

Unfallversicherung

Hinweispflicht des Versicherers auf die Invaliditätsfristen

Der Beschwerdeführer war vom Fahrrad gestürzt und auf sein rechtes Handgelenk gefallen. Der Unfallversicherer berief sich darauf, dass die Unfallmeldung des Beschwerdeführers verfristet sei. Er hatte allerdings weder in Reaktion auf die Unfallmeldung noch in der Folgezeit über die geltenden Invaliditätsentstehungs-, Feststellungs- und Meldefristen informiert. Ohne diese nach § 186 VVG erforderlichen Hinweise kann sich der Versicherer jedoch später nicht leistungsbefreiend auf die Säumnis dieser Fristen berufen. Der Versicherer begründete die unterlassene Belehrung damit, eine Invalidität sei hier angesichts des gemeldeten Unfallhergangs nicht zu erwarten gewesen.

Der Ombudsmann wies den Versicherer darauf hin, dass der Beschwerdeführer den Unfall zunächst telefonisch angezeigt und als Fahrradsturz auf das rechte Handgelenk geschildert habe. Schon in diesem Telefonat habe der Versicherungsnehmer Invaliditätsleistungen geltend machen wollen, zumindest sei aber von einer hinreichend detaillierten Unfallschilderung auszugehen. Aus dem Sturz auf das Handgelenk abzuleiten, ein Dauerschaden sei nicht denkbar, sei nicht zu begründen, sodass allein schon aufgrund der Unfallschilderung eine Belehrung nach § 186 VVG angezeigt gewesen wäre. Da eine verlässliche Einschätzung, ob ein Unfall geeignet ist, eine Invalidität hervorzurufen, zum Zeitpunkt einer ersten Unfallmeldung alle Beteiligten überfordern würde, sehe die Rechtsprechung schon zum Zeitpunkt der Unfallmeldung eine Belehrung zusammen mit dem vom Versicherungsnehmer auszufüllenden Schadensformular vor (OLG Stuttgart, r+s 2013, Seite 38). Darauf, ob eine solche Belehrung sinnvoll, eine Invalidität zu erwarten oder gar ein so vom Versicherer bezeichneter „Informationsverdruss“ zu besorgen sei, komme es nach herrschender Auffassung nicht an. Zu informieren sei „immer“.



Der Versicherer hielt daraufhin an seiner Rechtsansicht nicht mehr fest und trat in die Leistungsprüfung ein.

Lebensversicherung

Folgen des Krieges in der Ukraine

Der Beschwerdeführer kündigte seine fondsgebundene Versicherung mit Schreiben vom 24. Februar 2022. Der Versicherer bestätigte ihm das Wirksamwerden seiner Kündigung zum 1. März 2022. Die weitere Bearbeitung und die Auszahlung des Rückkaufwertes verzögerten sich jedoch. Auch eine vom Beschwerdeführer angeregte Teilauszahlung nahm der Versicherer nicht zeitnah vor. Da der Versicherer den Fortgang seiner Bearbeitung nicht zufriedenstellend kommunizierte, wandte sich der Beschwerdeführer an den Ombudsmann.

Hintergrund der Verzögerungen war, dass bei der Versicherung des Beschwerdeführers u. a. in einen Fonds mit dem Anlageschwerpunkt Osteuropa investiert worden war. Infolge des Angriffs Russlands auf die Ukraine am 24. Februar 2022 war dieser Fonds nicht mehr handelbar. Im Rahmen des Ombudsmannverfahrens konnte der Versicherer jedoch mitteilen, dass der vorliegende Fonds am 28. Februar 2022 noch über einen Kurs verfügte, sodass die Versicherung zu diesem Zeitpunkt abgerechnet und das Fondsvermögen vollständig ausgezahlt werden konnte.

Rechtsschutzversicherung

Klein- oder Großanleger?

Die Beschwerdeführerin hatte zwei Kapitalanlagen über jeweils 20.000 Euro bei einer Anlagegesellschaft gezeichnet. Hierzu entwickelte sich eine rechtliche Auseinandersetzung, wofür der Rechtsschutzversicherer eine Kostenübernahme ablehnte, wenngleich Kapitalanlagestreitigkeiten nach dem Rechtsschutzversicherungsvertrag der Beschwerdeführerin grundsätzlich versichert waren. Eine Ausschlussklausel bestimmte jedoch: „Der Anlagebetrag darf die Summe von 20.000 Euro aber nicht übersteigen.“ Der Versicherer vertrat den Standpunkt, dass die Voraussetzungen der Ausschlussklausel erfüllt seien. Denn insgesamt habe die Beschwerdeführerin mehr als 20.000 Euro angelegt.

Dieser Entscheidung konnte der Ombudsmann sich aus zwei Gründen nicht anschließen. Zum einen ist in der Rechtsschutzversicherung der Versicherungsschutz für jeden Streitgegenstand gesondert zu beurteilen. Bei den beiden Kapitalanlagen ging es um verschiedene Streitgegenstände. Bei gesonderter Betrachtung waren die Voraussetzungen der Ausschlussklausel jeweils nicht erfüllt. Zum anderen ließ sich dem Wortlaut der Klausel nicht zwingend entnehmen, dass mit dem Merkmal „Anlagebetrag“ der Anlagebetrag insgesamt gemeint war. Dies ergab sich insbesondere nicht aus dem Merkmal „Summe“. Der Begriff „Summe“ lässt sich sprachlich nicht nur als „Ergebnis einer Addition“, sondern auch als „Geldbetrag in bestimmter Höhe“ verstehen. In der letztgenannten Bedeutung ließ sich die Klausel auch so deuten, dass mit der Summe des Anlagebetrags die Summe der jeweiligen Einzelanlagen gemeint war. Diese Bedeutung war nach

den Grundsätzen der kundengünstigen Auslegung von Geschäftsbedingungen (§ 305c Absatz 2 BGB) und der engen Auslegung von Ausschlussklauseln maßgeblich. Dies teilte der Ombudsmann dem Versicherer mit. Dieser half der Beschwerde daraufhin ab.

Kfz-Versicherung

Überlegenes Wissen II (Zusatzdeckung für Betriebsschäden)

Der Beschwerdeführer schloss für seinen neu gekauften Traktor eine Vollkaskoversicherung ab. Einige Jahre später wurde der Traktor beschädigt, als sich ein angekuppeltes Güllefass löste. Der Versicherer berief sich darauf, dass sogenannte Betriebsschäden nicht versichert seien. Der Beschwerdeführer erfuhr jedoch von einem Bekannten, dass auch Betriebsschäden mit einem kleinen Zuschlag hätten versichert werden können. Er warf der Beschwerdegegnerin ein Beratungsverschulden vor, da nie über diese zusätzliche Absicherung gesprochen worden sei. Auch wenn das Beratungsgespräch im Einzelnen nicht geklärt werden konnte, sah auch der Ombudsmann Anhaltspunkte für eine Pflichtverletzung und erreichte nach folgendem Hinweis eine hälftige Schadensübernahme:

„Zum einen ist für mich bisher nicht klar, in welcher Form die Zusatzdeckung für Betriebsschäden bei Ihnen abgeschlossen werden kann (ab wann, für welche Fahrzeuge, im Rahmen welcher Verträge, zu welchem Preis?) und weshalb der Vermittler mit dem Beschwerdeführer hierüber nicht gesprochen hat. Der Antrag im Jahr 2015 ist wohl telefonisch aufgenommen worden. Man ist also eigentlich schon im Gespräch gewesen. In den Anträgen ist jeweils auch angekreuzt, dass der Beschwerdeführer über andere Produkte beraten werden möchte.

Zum anderen hat sich der Versicherungsbedarf des Beschwerdeführers im Jahr 2015 offensichtlich verändert, denn es wurde, anders als vorher, für die neue landwirtschaftliche Maschine auch eine Vollkaskoversicherung abgeschlossen. Dass ein solches Fahrzeug einem erhöhten Betriebsschadensrisiko ausgesetzt ist, erscheint offensichtlich. Der Beschwerdeführer als Nicht-Versicherungsfachmann wird keine genaue Kenntnis vom Ausschluss von Betriebsschäden und der Möglichkeit von Zusatzdeckungen gehabt haben. Der Versicherer und sein Vermittler haben insofern überlegenes Wissen. Zu ihren Aufgaben gehört auch eine Bedarfsermittlung, die hier nach Aktenlage nicht erfolgt ist.“

Gebäudeversicherung

Der späte Zugang einer Beitragserhöhungsankündigung

In einem bestehenden Wohngebäudeversicherungsvertragsverhältnis informierte der Versicherer mit Schreiben vom 16. März 2020 den Beschwerdeführer über eine Erhöhung des Jahresbeitrages zum 23. Juni 2020. Der Beschwerdeführer wurde darauf hingewiesen, den Vertrag innerhalb eines Monats nach Eingang des Schreibens zum Ende des laufenden Versicherungsjahres, also zum 23. Juni 2020, schriftlich kündigen zu können. Dieses Kündigungsrecht nahm der Beschwerdeführer zunächst per E-Mail am 13. Mai 2020 wahr. Mit Schreiben vom 19. Mai 2020 wies der Versicherer die Kündigung als verspätet zurück,



da sie innerhalb eines Monats nach Erhalt der Mitteilung über die Beitragserhöhung hätte erklärt werden müssen. Daraufhin wiederholte der Beschwerdeführer zunächst per E-Mail am 22. Mai 2020 sowie postalisch am 25. Mai 2020 seine Kündigung und gab dabei an, das Informationsschreiben über die Beitragserhöhung vom 16. März 2020 erst am 11. Mai 2020 erhalten zu haben. Der Versicherer bestritt einen derart verspäteten Zugang seines Schreibens vom 16. März 2020. Er trug vor, seine Poststelle habe das Schreiben am 17. März 2020 kuvertiert und am 18. März 2020 an die Deutsche Post AG weitergeleitet. Einen Postrückläufer habe er nach der Versendung nicht erhalten. Er gehe deshalb von einer so rechtzeitigen Zustellung der Erhöhungsankündigung vom 16. März 2020 aus, dass die Kündigung vom 13. Mai 2020 nicht mehr innerhalb der einmonatigen Frist seit Zugang erklärt worden sei.

Nachdem der Versicherer auch auf Nachfrage des Versicherungsombudsmanns der Beschwerde nicht abhelfen wollte, erging eine Entscheidung zu seinen Lasten.

Der Versicherer hatte sich auf einen zeitnahen Zugang seines Schreibens vom 16. März 2020 und damit auf eine verspätet erklärte Kündigungserklärung des Versicherungsnehmers am 25. Mai 2020 berufen. Die Beweislast für einen Zugang trägt derjenige, der sich auf die mit dem Zugang verbundene Rechtswirkung beruft (vgl. zum Beispiel OLG Saarbrücken, NJW 2004, Seiten 2908, 2909). Diese Beweislast bezieht sich auch auf den Zeitpunkt des Zugangs, wenn es auf die Rechtzeitigkeit der Sendung ankommt (BGHZ 70, 232). Es besteht nicht schon dann ein Anscheinsbeweis für einen zeitnahen Zugang, wenn eine Sendung nachweislich zur Post aufgegeben wurde (vgl. beispielsweise BGH NJW 1964, Seite 1176). Andererseits können sich Nachweise aus Indizien zusammensetzen, sofern sie in ihrer Gesamtschau ein Bild ergeben, aus dem auf die behauptete Tatsache logisch geschlossen werden kann (BGH NJW 1983, Seiten 2034, 2035). Die Ausführungen des Versicherers, keinen Postrückläufer zu seinem Schreiben vom 16. März 2020 erhalten zu haben und dass auch hausinterne Nachforschungen keine Anhaltspunkte für eine nicht ordnungsgemäße und zeitnahe Versendung ergeben hätten, können zwar als erste Indizientatsachen für einen Zugang betrachtet werden. Der Beschwerdeführer hatte jedoch nachvollziehbar und unwidersprochen dargelegt, dass durch den Ausfall seines angestammten Postzustellers Schwierigkeiten bei der Postzustellung aufgetreten seien, sodass es wiederholt zu verzögerten Zustellungen der für ihn bestimmten Post gekommen sei. Anhaltspunkte, dass diese Schilderungen nicht den Tatsachen entsprechen könnten, haben sich in dem Beschwerdeverfahren nicht ergeben, und auch das Verhalten des Beschwerdeführers nach seiner Kündigung vom 25. Mai 2020 sprach dafür, dass er von einem nicht mehr existenten Vertrag ausging. Daran änderte auch nichts, dass der Beschwerdeführer im weiteren Geschehensverlauf wiederholt Kündigungen ausgesprochen hatte. Diese Kündigungen waren offenkundig darauf gerichtet, den Vertrag sobald als möglich zu beenden und den bereits bekundeten Willen zu bekräftigen, den Vertrag nicht fortzuführen. Somit stellte der Versicherungsombudsmann die Beendigung des Vertrages zum 23. Juni 2020 fest.

Hausratversicherung

Bargeld im Waffenschrank – Absicherungslücke bei Raub?

Die Beschwerdeführerin wurde in ihrem Haus von einem maskierten Mann mit einem Messer bedroht und gezwungen, ihren Waffenschrank zu öffnen. Der Täter erbeutete laut Beschwerdeführerin u. a. 40.000 Euro an Bargeld. Der Versicherer zahlte für das Bargeld 2.000 Euro an seine Kundin aus und berief sich dabei auf eine vertraglich vereinbarte Entschädigungsgrenze. Danach ist Bargeld nur bis zu dieser Höhe versichert, wenn es sich außerhalb von Wertschutzschränken befindet, die eingemauert oder über 200 kg schwer sind. Diese Voraussetzungen erfüllte der Waffenschrank nicht.

Die Beschwerdeführerin war der Ansicht, dass die Beschaffenheit des Stahl-schranks unerheblich sein müsse, da sie diesen aufgrund der Bedrohungslage ohnehin hätte öffnen müssen. Bei einem Raub dürften diese Voraussetzungen also keine Rolle spielen. Darüber hinaus habe der Versicherungsvermittler des Versicherers, der von dem hohen Bargeldbetrag gewusst habe, den Waffenschrank bei Vertragsschluss in Augenschein genommen, ohne sie darüber zu informieren, dass der Schrank nicht den vertraglichen Voraussetzungen entspreche.

Auf Bitten des Ombudsmanns übermittelte der Versicherer eine Stellungnahme des Versicherungsvermittlers. Dieser erklärte, den Schrank nicht gesehen zu haben und der Beschwerdeführerin zudem bei Vertragsschluss erläutert zu haben, dass das Bargeld nicht vollumfänglich versichert sei.

Im Rahmen seiner Prüfung stellte der Ombudsmann fest, dass der Versicherungsschutz für Bargeld bedingungsgemäß auf die vom Versicherer gezahlten 2.000 Euro beschränkt war, da der Waffenschrank den vertraglichen Mindestvoraussetzungen für einen sicheren Wertschrank nicht entsprach. Andererseits erschien der Einwand der Beschwerdeführerin, dass die Entschädigungsgrenze bei Raubschäden nicht einschlägig sein dürfte, durchaus nachvollziehbar. Denn in der Tat bieten Wertschutzschränke in diesen Fällen keinerlei erhöhte Sicherheit, auch wenn sie über 200 kg wiegen oder eingemauert sind. Mit dieser Begründung wird in der rechtswissenschaftlichen Literatur teilweise vertreten, dass solche Verschlussvorschriften bei Raubschäden nicht anwendbar sein dürften. Allerdings wies der Versicherer darauf hin, dass das OLG Hamm im Jahr 2012 gegenteilig entschieden hatte.

Vor diesem Hintergrund war die Ansicht des Versicherers rechtlich vertretbar, zumal sie dem Wortlaut der Bedingungen entsprach. Gleichwohl bat der Ombudsmann den Versicherer, ein Entgegenkommen zu prüfen. Das lehnte dieser jedoch ab, auch weil die Entwendung des Bargelds nach Aktenlage nicht hinreichend nachgewiesen war. Da eine einvernehmliche Klärung somit ausgeschlossen war und weder die Schadenshöhe noch eine Falschberatung bewiesen waren, musste der Ombudsmann die Beschwerde abschlägig bescheiden.



Kfz-Versicherung

Überlegenes Wissen III (GAP-Deckung)

Der Beschwerdeführer kaufte sich einen hochpreisigen Gebrauchtwagen. Sowohl die Finanzierung als auch die Versicherung wurde vom Autohaus vermittelt. Nach etwas mehr als zwei Jahren verursachte der Beschwerdeführer einen Unfall und das Fahrzeug erlitt einen Totalschaden. Daraufhin wurde der Restdarlehensbetrag fällig gestellt. Der Versicherer zahlte bedingungsgemäß den Wiederbeschaffungswert. Es entstand eine Deckungslücke von rund 5.000 Euro. Diese Lücke hätte durch eine sogenannte GAP-Deckung abgesichert werden können. Bei Vertragsschluss war darüber aber nicht gesprochen worden. Der Beschwerdeführer machte eine Falschberatung geltend, die der Ombudsmann bestätigte. Gegen den Versicherer erging eine verpflichtende Entscheidung, aus der hier zitiert wird:

„Grundsätzlich gilt, dass der Versicherungsnehmer seinen Versicherungsbedarf selbst ermitteln und das zu versichernde Risiko selbst abschätzen muss. Es besteht also keine Verpflichtung des Versicherers zur allgemeinen Risikoanalyse oder zu einer umfassenden Bedarfsermittlung von sich aus (Prölss/Martin/Rudy, a. a. O., § 6 Rn. 4). Anders verhält es sich, wenn Anhaltspunkte für einen gesteigerten Beratungsbedarf beim Versicherungsnehmer gegeben sind. Ein solcher Anlass kann sich aus einem geäußerten Beratungswunsch des Versicherungsnehmers, einer erkennbaren Fehlvorstellung auf seiner Seite oder auch – ohne individuelle Anhaltspunkte – aus einer Risikosituation ergeben, die typischerweise mit einem bestimmten Versicherungsbedarf verbunden ist (Prölss/Martin/Rudy, a. a. O., § 6 Rn. 11).

Es ist vorliegend unstrittig, dass bei Antragstellung nicht über eine etwaige Deckungslücke beziehungsweise eine GAP- oder Differenzdeckung gesprochen wurde. Angesichts des Finanzierungsbetrags von über 56.000 Euro war aber offensichtlich, dass der Wiederbeschaffungswert, der im Totalschadensfall über die Vollkaskoversicherung ersetzt wird, den offenen Darlehensbetrag über mehrere Jahre nicht abdecken konnte. Einem durchschnittlichen Versicherungsnehmer dürfte diese Deckungslücke nicht bewusst sein. Ferner wird er keine Kenntnis davon haben, dass es eine Zusatzversicherung gibt, die dieses Risiko abdeckt und auf dem Markt inzwischen ohne Weiteres angeboten wird. Ein Versicherer und seine Vermittler haben in diesem Zusammenhang überlegene Kenntnis und müssen deshalb die Informationen, die der durchschnittliche Versicherungsnehmer für eine sachgerechte Entscheidung benötigt, weitergeben (vgl. Armbrüster in Langheid/Wandt, a. a. O., § 6 Rn. 68; ders., Privatversicherungsrecht, 2. Auflage, Rn. 845 ff.; Römer, Versicherungsrecht (VersR) 1998, Seite 1313). Der Umstand, dass es sich um einen Gebrauchtwagen handelte, ändert daran nichts. Der Sachverhalt zeigt, dass auch bei einem hochpreisigen Gebrauchtwagen die Lücke zwischen Wiederbeschaffungswert und Restdarlehensbetrag nach mehr als zwei Jahren noch erheblich ist. Insofern besteht keine wesentlich andere Interessenslage als bei einem Neuwagen.“

3 Einzelheiten zur Schlichtungsstelle

3.1 Allgemeines

Die Schlichtungsstelle ist seit Gründung des Trägervereins Versicherungsombudsmann e. V. 2001 organisatorisch dort angesiedelt. Als juristische Person weist der Verein eine eigene Rechtsfähigkeit auf. Damit verfügt die Schlichtungsstelle über eine eigenständige Organisation und ist institutionell unabhängig. Sitz des Vereins ist Berlin, wo sich auch die Geschäftsstelle und das Büro des Ombudsmanns befinden.

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.

Nach der Vereinssatzung (§ 3 Absatz 1) können der GDV und dessen Mitgliedsunternehmen in den Verein aufgenommen werden. Zum 31. Dezember 2022 hatte der Verein 294 (Vorjahr: 291) Mitglieder.

Die Organe des Vereins sind der Vorstand und die Mitgliederversammlung. 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 Versicherungsombudsmann e. V. geregelt. Mitglieder des Beirats sind Vertreter 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 sowie an Änderungen der Verfahrensordnungen mitzuwirken und generell 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 gesehen.

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

Die Tätigkeit des Vereins Versicherungsombudsmann beruht inzwischen auf verschiedenen Grundlagen. Das Verhältnis zu den Mitgliedsunternehmen ist privatrechtlicher Natur. Die Versicherer, die dem Verein angehören, akzeptieren die Vereinssatzung sowie die Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns



(VomVO). Damit ermöglichen sie ihren Kunden, Meinungsverschiedenheiten durch eine unabhängige Stelle klären zu lassen. Vorteile für die Beschwerdeführer sind beispielsweise, dass ihre etwaigen vertraglichen Ansprüche während der Prüfung durch den Ombudsmann nicht verjähren und der Spruch des Ombudsmanns unter bestimmten Voraussetzungen für die Versicherer verbindlich ist. Die Verbraucher können ohne bürokratischen Aufwand das Verfahren in Anspruch nehmen, dabei gehen sie durch die Einlegung der Beschwerde weder eine Verpflichtung noch ein Kostenrisiko ein.

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

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

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

Seit dem Jahr 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 wie die Schlichtungsstelle über einen unabhängigen Ombudsmann und eine Verfahrensordnung verfügen, die bestimmten Standards gerecht wird. Die Mitglieder des FIN-NET leisten Beschwerdeführern bei grenzüberschreitenden Sachverhalten Hilfestellung, um den Zugang zu alternativen Streitbeilegungsverfahren zu erleichtern.

3 EINZELHEITEN ZUR SCHLICHTUNGSSTELLE

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

3.2 Organisation und Personal

Der Ombudsmann ist von den Mitgliedsunternehmen mit der Durchführung der Beschwerdeverfahren betraut und dafür mit entsprechenden Kompetenzen ausgestattet. Zur Bearbeitung der jährlich bis zu 15.000 zulässigen Eingaben stellt der Verein geeignete Mitarbeiter und Sachmittel zur Verfügung, damit der Ombudsmann seine Aufgabe erfüllen kann. Zwar sind alle Mitarbeiter des Vereins dem Geschäftsführer unterstellt, soweit es jedoch die Beschwerdebearbeitung betrifft, kommt dem Ombudsmann nach § 13 Absatz 4 der Vereinssatzung das fachliche Weisungsrecht zu. Außerdem wird er an wesentlichen Personalentscheidungen beteiligt. Mit der Vergabe von Zeichnungsrechten sowie Vorlagepflichten stellt der Ombudsmann sicher, dass jede Beschwerde in der von ihm vorgegebenen Weise bearbeitet wird.

Die Mitarbeiter prüfen die Anliegen der Verbraucher gründlich und effizient. Eingesetzt wird dafür das eigens für die Schlichtungsstelle entwickelte und im vergangenen Jahr vollständig überarbeitete EDV-Programm „Ombudat“, in dem alle wichtigen Informationen zu einem Beschwerdeverfahren aufgenommen und so den Mitarbeitern schnell und zuverlässig zugänglich gemacht werden. Dadurch ist gewährleistet, dass keinerlei Erkenntnisse verloren gehen und den Beteiligten des Beschwerdeverfahrens bei Bedarf die zutreffende Auskunft erteilt werden kann. Außerdem ermöglicht es den juristischen Referenten, frühere Beschwerdefälle zu finden, die bei einer aktuell anstehenden Entscheidung zu berücksichtigen sind. Seit 2020 findet die Bearbeitung von Beschwerden ausschließlich mittels elektronischer Akten statt.

Die Beschwerdebearbeitung erfolgt in zwei Bereichen des Vereins: im Servicecenter und in der juristischen Abteilung. Im Servicecenter des Versicherungsombudsmanns waren im Berichtsjahr 14 Versicherungskaufleute mit der Annahme und der Aufbereitung der Beschwerden befasst. Die Mitarbeiter nehmen die Schlichtungsanträge entgegen und erfassen die Angaben im EDV-System. Sie helfen den Verbrauchern bei der Formulierung des Beschwerdeziels und der Zusammenstellung der für das Verfahren notwendigen Unterlagen. Zudem prüfen sie die



Zulässigkeit im Sinne der Verfahrensordnungen und teilen den Beschwerdeführern mit, wenn deren Anliegen nicht in den Aufgabenbereich des Ombudsmanns fällt.

In der juristischen Abteilung unterstützen Volljuristen (Referenten) den Ombudsmann bei der Beurteilung der Beschwerden. Sie prüfen die Anliegen der Beschwerdeführer auf rechtliche Anspruchsgrundlagen, führen die juristische Korrespondenz, loten Einigungsmöglichkeiten aus und entscheiden in Abstimmung mit dem Ombudsmann und in seinem Auftrag darüber, ob die einzelne Beschwerde berechtigt ist. Die Referenten arbeiten nach fachlichen Schwerpunkten entsprechend den Versicherungssparten. Zum Ende des Berichtszeitraums unterstützten 22 juristische Referenten den Ombudsmann.

Weitere Mitarbeiter beschäftigt der Verein im Sekretariat, in der Verwaltung sowie in der Betriebsorganisation und IT. Zum Ende des Berichtsjahres waren 45 Personen beim Versicherungsombudsmann e. V. angestellt.

Durch die im Bericht enthaltene Gewinn-und-Verlust-Rechnung (siehe 3.9) und die aus der Statistik ersichtlichen Fallzahlen wird die Arbeit der Schlichtungsstelle auch aus dieser Perspektive der Öffentlichkeit zugänglich gemacht.

3.3 Vereinsmitglieder und Mitgliederversammlung

Der Versicherungsombudsmann e. V. ist der Trägerverein der Schlichtungsstelle. Nach § 3 Absatz 1 der Satzung des Vereins (siehe 5.3) können der GDV und dessen Mitgliedsunternehmen in den Verein aufgenommen werden. Am 31. Dezember 2022 hatte der Verein 294 (Vorjahr: 291) Mitglieder. Veränderungen im Mitgliederbestand gehen in der Regel auf Beitritte, die Verschmelzung auf ein anderes Mitglied oder die Einstellung des Geschäftsbetriebs zurück.

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

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

3 EINZELHEITEN ZUR SCHLICHTUNGSSTELLE

Im Berichtsjahr fand die Mitgliederversammlung am 21. September in Berlin statt. Durch die in der Versammlung vertretenen Mitglieder wurde die Entlastung von Vorstand und Geschäftsführung, die Genehmigung des Jahresabschlusses 2021 und des Wirtschaftsplans 2023 beschlossen. Weiter fanden eine Nachwahl des Vorstands und der Mitgliedervertreter im Beirat sowie die Wahl der ehrenamtlichen Rechnungsprüfer statt.

Die Berichte des Ombudsmanns Dr. Wilhelm Schluckebier über die Beschwerdebearbeitung, die Entwicklung der Rechtsprechung und weitere fachliche Themen sowie des neuen Geschäftsführers Constantin Graf von Rex, der erstmalig zur Beschwerdestatistik, zur Organisation des Vereins und zu den Finanzen Stellung nahm, wurden von der Mitgliederversammlung zustimmend zur Kenntnis genommen.

3.4 Vorstand, Geschäftsführung

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

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

Die aktuelle Amtsperiode des Vorstands begann am 28. September 2020. Im Berichtsjahr schied Dr. Wolfgang Weiler mit Wirkung zum 21. September aus dem Vorstand des Versicherungsombudsmann e. V. aus. Zu seinem Nachfolger wurde am selben Tag durch die Mitgliederversammlung Dr. Norbert Rollinger gewählt. Ferner verließ Claudia Andersch den Vorstand mit Wirkung zur Mitgliederversammlung 2022. Den Vorsitz im Vorstand hatte Thomas Flemming, Vorsitzender der Aufsichtsräte der Mecklenburgischen Versicherungen, inne. Die Zusammensetzung des Vorstands kann der Aufstellung im Anhang unter 5.6 entnommen werden.

Vorstandssitzungen fanden am 7. April in der Geschäftsstelle des Trägervereins und am 23. Juni virtuell statt. Im April stand der Jahresabschluss des Vereins für das Geschäftsjahr 2021 im Vordergrund; im Juni lag der inhaltliche Schwerpunkt auf der Vorbereitung der Mitgliederversammlung und dem Wirtschaftsplan für das Geschäftsjahr 2023.



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 Februar 2022 ist Constantin Graf von Rex Geschäftsführer des Vereins. Um Dr. Horst Hiort nach 18 Jahren als Geschäftsführer im Rahmen einer Feierstunde zu verabschieden, kamen am 28. April 2022 Mitglieder von Vorstand und Beirat, Verbrauchervertreter, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle sowie persönliche Gäste von Dr. Horst Hiort in der Landesvertretung Hamburg in Berlin zusammen.

3.5 Beirat

Gemäß § 12 der Vereinssatzung gehört zum Verein ein Beirat. Das Gremium hat u. a. maßgeblichen Einfluss darauf, wer das Amt des Ombudsmanns ausübt, denn es ist an der Bestellung und einer eventuellen Abberufung zu beteiligen. Weiter bedürfen Änderungen der Verfahrensordnungen der Zustimmung des Beirats.

Eine weitere wichtige Funktion des Beirats liegt darin, die Tätigkeit und die Entwicklung der Schlichtungsstelle aufmerksam zu begleiten. Der Bericht des Ombudsmanns wird durch das Gremium entgegengenommen und bei Bedarf wird der Ombudsmann auch durch den Beirat 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 in der Praxis gelebt wird und durch die Vereinskonstruktion abgesichert ist.

Der Expertise der im Beirat einbezogenen Fachleute, darunter durchaus kritische Vertreter von Verbraucherorganisationen, kommt 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.

3 EINZELHEITEN ZUR SCHLICHTUNGSSTELLE

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

Im Berichtsjahr endete die fünfjährige Amtszeit des alten Beirats. Am 8. September kam der neue Beirat zu seiner konstituierenden Sitzung zusammen. Zunächst wählten die Beiratsmitglieder aus ihrer Mitte eine neue Beiratsvorsitzende. Ohne Gegenstimme wurde Prof. Dr. Petra Pohlmann zur Vorsitzenden gewählt. Sie ist Inhaberin des Lehrstuhls für Bürgerliches Recht, Wirtschaftsrecht und Zivilverfahrensrecht am Institut für Internationales Wirtschaftsrecht der Juristischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster und bereits seit 10 Jahren Mitglied des Beirats.

Der Beirat setzt sich aktuell zusammen aus jeweils sieben Vertretern der Mitgliedsunternehmen und von Verbraucherorganisationen (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. – vzbv, Stiftung Warentest und der Bund der Versicherten e. V. – BdV), zwei Vertretern der Versicherungsaufsicht, drei Vertretern der Wissenschaft, zwei Vertretern von Versicherungsvermittlerorganisationen sowie sieben Vertretern der Bundestagsfraktionen (CDU/CSU, SPD, FDP, Bündnis 90/Die Grünen und AfD). Die Partei DIE LINKE. hat den ihr angebotenen Sitz nicht besetzt.

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 nach außen. Die aktive Öffentlichkeitsarbeit des Versicherungsombudsmanns besteht aus dem jährlich vorgelegten Jahresbericht. Sämtliche Jahresberichte stehen auf der Website des Vereins für alle Interessierten zum Download bereit. Die Vereinswebsite verfügt darüber hinaus über viele weitere Informationsangebote. Die Schlichtungsstelle informiert transparent über alles Wesentliche. 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.

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

Traditionell wird der Jahresbericht in einer Pressekonferenz der interessierten Medienöffentlichkeit durch den Ombudsmann und den Geschäftsführer vorgestellt und erläutert.



Im Übrigen geht die Initiative zur Berichterstattung regelmäßig von den Medienvertretern aus. Im Berichtsjahr wurden in Zeitschriften und Onlineartikeln Interviews und Stellungnahmen des Ombudsmanns wiedergegeben. Außerdem war Dr. Schluckebier in Live-Sendungen im Fernsehen und Radio zu Gast. Die Links zu den Aufzeichnungen in den jeweiligen Mediatheken finden sich ebenfalls zum Abruf auf der Homepage des Vereins.

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

3.7 Fachlicher Austausch

Der Versicherungsombudsmann e. V. und der Ombudsmann sind ein wichtiger Teil der nationalen und internationalen Verbraucherschlichtungsstellenlandschaft. Erfahrungsaustausch mit anderen Schlichtungsstellen, auch über die Landesgrenzen hinweg, prägt den fachlichen Diskurs. Nachfolgend werden die bedeutendsten Begegnungen des Berichtsjahres beschrieben.

Dr. Schluckebier und Graf von Rex nahmen am digitalen Erfahrungsaustausch der Verbraucherschlichtungsstellen des BMJ und am Treffen der Schlichtungsstellen unter Organisation der BaFin teil. Dr. Schluckebier hielt zwei Vorträge auf GDV-Tagungen „Recht“ in Köln und München und konnte dort die Schlichtungsstelle und ihre Schwerpunkte vor Mitarbeitenden aus vielen Mitgliedsunternehmen vorstellen, in Erinnerung rufen und für den Schlichtungsgedanken und seine Vorzüge werben.

In den Räumlichkeiten der Geschäftsstelle des Versicherungsombudsmanns wurde ein branchenübergreifendes Treffen der Schlichtungsstellen durchgeführt. In diesem Rahmen wurden Themen besprochen, die von gemeinsamem Interesse waren.

Der mit der Stiftung Warentest traditionell gute Kontakt wurde im Berichtsjahr weiter gepflegt. Dr. Schluckebier nahm im Februar an der „Expertenrunde Recht“ (digital) teil. Dr. Schluckebier und Graf von Rex trafen sich mit interessierten Mitgliedern des deutschen Bundestages und stellten die Geschäftsstelle und die Tätigkeitsschwerpunkte der Verbraucherstreitschlichtung durch den Versicherungsombudsmann vor.

3.8 Gremienarbeit

Dr. Schluckebier, Graf von Rex und Experten aus der juristischen Abteilung der Schlichtungsstelle bringen ihre Erkenntnisse und Erfahrungen aus der Schlichtungstätigkeit in verschiedenen Gremien ein.

Bei der BaFin ist der Versicherungsombudsmann in zwei Gremien vertreten. Eines davon ist der Verbraucherbeirat. Das Gremium berät die Bundesanstalt bei der Erfüllung ihrer Aufsichtsaufgaben aus Verbrauchersicht. Dr. Schluckebier ist im Beirat einer der Vertreter außergerichtlicher Streitschlichtungssysteme. Das andere Gremium ist der Fachbeirat der BaFin. Er besteht gemäß § 8 des FinDAG aus Vertretern der Finanzwissenschaft, der Kredit- und Versicherungswirtschaft, der Deutschen Bundesbank und der Verbraucherschutzvereinigungen. Der Fachbeirat berät die BaFin bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und unterstützt sie bei der Weiterentwicklung aufsichtsrechtlicher Grundsätze. Die Sitzungen von Fachbeirat und Verbraucherbeirat fanden im Berichtsjahr wieder in Präsenz und unter Teilnahme von Dr. Schluckebier statt. Im FIN-NET der Europäischen Kommission vertrat Graf von Rex die Schlichtungsstelle bei den digitalen Zusammenkünften im Berichtsjahr (siehe dazu auch unter 3.1).

Dr. Schluckebier ist seit Übernahme des Amtes Mitglied des Beirats Finanzen des vzbv. Dieser berät den vzbv in Fragen von grundsätzlicher Bedeutung, die der Verwirklichung des „Prinzips der Marktbeobachtung“ dienen. Vor allem Fehlentwicklungen sollen so frühzeitig aufgedeckt, die Politik sowie Aufsichts- und Regulierungsbehörden darauf aufmerksam gemacht und Handlungsempfehlungen erarbeitet werden, um den Schutz der Verbraucher zu verbessern. Der Beirat dient als Impulsgeber für die Arbeitsplanung und berät zu Trends in den beobachteten Märkten. Darüber hinaus ist Dr. Schluckebier Mitglied in dem vom BMJ berufenen Beirat, der ein Forschungsvorhaben begleitet, das sich mit den Ursachen des seit Jahren zu verzeichnenden Trends zurückgehender Eingangszahlen bei den Zivilgerichten in Deutschland befasst. Im Rahmen dieses Vorhabens könnte auch die Frage eine Rolle spielen, ob und inwieweit die Verbraucherschlichtung – gerade auch in der Versicherungsbranche – aufgrund ihrer Komplementärfunktion zur staatlichen Gerichtsbarkeit dazu beiträgt.

Der Versicherungsombudsmann ist im Beirat der Produktinformationsstelle Altersversorgung (PIA). Er wird vertreten durch die Rechtsreferentinnen Katja Busch und Anja Ruch. Der Beirat hat eine beratende Funktion bei der Weiterentwicklung der von der PIA entwickelten Berechnungsmethoden und entscheidet über eingebrachte Vorschläge zur Änderung am Simulationsverfahren, zur Chancen-Risiko-Klassifizierung und zur Effektivkostenberechnung.



3.9 Finanzen

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

Die Fallpauschalen werden für Beschwerden erhoben, die gegen die Unternehmen eingelegt werden. Für nach der Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns zulässige Beschwerden wird nach Beendigung des Verfahrens eine Fallpauschale erhoben. Dabei kommt es nicht darauf an, ob die Beschwerde rechtlich begründet war. Die Einnahmen aus den Fallpauschalen decken die Kosten, die im Servicecenter des Vereins für die Unterstützung der Beschwerdeführer anfallen. Da sowohl diese Kosten als auch die Zahl der bearbeiteten Beschwerden variieren, wird die Höhe der Fallpauschalen jährlich neu vom Geschäftsführer festgesetzt. Die Pauschale betrug im Berichtsjahr für Beschwerden, die durch eine Entscheidung, Empfehlung oder Abweisung mit Schlichtungsvorschlag beendet wurden, 169,50 Euro, für auf andere Weise beendete Verfahren 113,00 Euro.

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

Den Jahresabschluss des Vereins für das Jahr 2022, 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.

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

3 EINZELHEITEN ZUR SCHLICHTUNGSSTELLE

Gewinn-und-Verlust-Rechnung ¹	2022 TEUR	2021 TEUR
Mitgliedsumlagen einschließlich verrechneter Beitragsvorauszahlungen	3.515	3.610
Umsatzerlöse	1.390	1.442
Bestandsveränderung ²	18	2
Sonstige Zinsen und ähnliche Erträge	15	10
Sonstige Erträge	17	8
Erträge	4.956	5.072
Personalaufwand	3.396	3.217
Raumkosten	521	508
Honorare, Gutachten, Beiträge, Gebühren	439	585
Kommunikationskosten	65	73
Reise-, Sitzungs- und Tagungskosten	37	27
Abschreibung auf immaterielle Vermögenswerte des Anlagevermögens und Sachanlagen	57	73
Zinsen und ähnliche Aufwendungen	16	19
Sonstige Aufwendungen	100	136
Steuern von Einkommen und Ertrag	0	0
Aufwendungen	4.632	4.638
Differenz Erträge und Aufwendungen	324	434
Entnahme/Zuführung Abschreibungsrücklage	17	51
Zuführung zur zweckgebundenen Rücklage	0	0
Entnahme Mitgliederguthaben	0	0
Überschuss/Mitgliederguthaben	341	485

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.



4 Statistik

4.1 Gesamtbetrachtung

Wie in den Vorjahren werden in der folgenden statistischen Betrachtung die zulässigen Beschwerden in den Vordergrund gestellt.

Im Jahr 2022 gingen insgesamt 11.898 zulässige Beschwerden (Vorjahr: 14.106) ein. Gegenüber dem Vorjahr 2021 bedeutet dies ein Rückgang um 15,7 Prozent. Die meisten Sparten wiesen Rückgänge im Beschwerdeeingang auf. Außerdem gesunken ist die Zahl der Beschwerden, die nicht in den Zuständigkeitsbereich der Schlichtungsstelle fielen. Dies waren im Berichtsjahr 4.009 (4.238) Vorgänge.

Die als unzulässig ausgewiesenen Vorgänge bestehen aus zwei Fallgruppen:

3.171 (3.321) Eingaben waren nach der Zulässigkeitsprüfung gemäß den Verfahrensordnungen unzulässig. Die Zulässigkeit nach der VomVO scheiterte etwa deshalb, 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, werden in der Statistik als „Anderweitige“ ausgewiesen. Irrläufer, also Eingänge, die erkennbar an einen anderen Adressaten gerichtet waren, haben keinen Eingang in die Statistik gefunden.

Die zweite Fallgruppe bildeten 838 (917) Eingaben, die schon deshalb nicht das Stadium der zulässigen Verfahren erreichen konnten, weil der Beschwerdeführer nach Beschwerdeeinlegung notwendige weitere Handlungen unterlassen hatte. Solche Vorgänge werden in die Kategorie „fehlende Weiterverfolgung“ eingeordnet. Ein nicht geringer Teil davon dürfte darauf zurückzuführen sein, dass sich das Problem für den Verbraucher zwischenzeitlich erledigt hatte.

Damit erhielt die Schlichtungsstelle im Berichtsjahr insgesamt 15.907 (18.344) Eingaben.

Bei der nachfolgenden Betrachtung werden die im Beschwerdejahr eingegangenen **zulässigen Beschwerden je Versicherungssparte** angegeben, sowohl in absoluten Zahlen als auch in den Prozentangaben. Die Reihenfolge ergibt sich aus der Größenordnung der Veränderung im Verhältnis zum Vorjahr. Die Summe aus zulässigen und unzulässigen Eingaben je Sparte steht in Klammern.

Die als „**Sonstige**“ geführten Beschwerden stiegen 2022 wieder an und stellen zusammen mit der Kfz-Kaskoversicherung die einzigen Sparten mit Zuwächsen im Berichtsjahr dar.

Unter dem Sammelbegriff „Sonstige“ werden Sparten mit vergleichsweise wenig Eingaben geführt, unter anderem Reiseversicherungen und solche Beschwer-



den, die mehrere Sparten betreffen, weil es sich beispielsweise um kombinierte Verträge handelt. 2022 wurden zu dieser Kategorie 1.234 (mit unzulässigen 1.846) Beschwerden eingelegt, wobei die Reiserücktrittsversicherung mit über 500 Eingaben wieder einen Schwerpunkt bildete. 2021 waren es 1.077 (1.538) Eingaben. Dies entspricht einem Zuwachs von 14,6 Prozent.

Beschwerden zur **Kfz-Versicherung** verringerten sich insgesamt um 15,4 Prozent. Dabei stiegen die Eingaben zur Kfz-Kaskoversicherung auf nunmehr 1.297 (1.669) nach 1.267 (1.564) im Jahr 2021. Dies entspricht einem Anstieg von 2,4 Prozent. Beschwerden in der Kfz-Haftpflichtversicherung nahmen im Vergleich zum Vorjahr deutlich ab, und zwar von 942 (1.429) auf 572 (1.061). Dies entspricht 39,3 Prozent und dem stärksten Rückgang aller Sparten. Der mit 54 Prozent auffallend niedrige Anteil an zulässigen Eingaben in der Kfz-Haftpflichtversicherung ist darauf zurückzuführen, dass sich ein großer Teil der Beschwerden nicht auf den vertragsrechtlichen Anspruch bezieht, sondern im Zusammenhang mit Schadensersatzansprüchen Dritter steht.

Die Eingänge in der **Hausratversicherung** verringerten sich 2022 geringfügig um 4 Prozent auf 665 (743), der prozentuale Anteil am Gesamteingang zulässiger Beschwerden blieb aber konstant bei 4,9 Prozent.

Eine Reduzierung von 11,4 Prozent der Beschwerden wies die **Allgemeine Haftpflichtversicherung** auf. Diese Sparte verzeichnete 497 (958) Eingaben in 2022, nach 561 (973) im Jahr davor. Auffallend war der hohe Anteil unzulässiger Vorgänge, der im Berichtsjahr 48 Prozent betrug. Eine ähnliche Quote weist die Kfz-Haftpflichtversicherung auf. In beiden Sparten betreffen die Anliegen oft Schadensersatzansprüche von Dritten, für die der Ombudsmann nicht zuständig ist.

2019 und 2020 betrug der Anteil der Beschwerden zur **Gebäudeversicherung** ungefähr 9 Prozent aller zulässigen Eingänge. 2021 sorgte ein Sondereffekt für einen Anstieg auf 15,1 Prozent. 2022 hielt dieser Sondereffekt noch an, schwächte sich aber ab. Der Beschwerdeeingang verringerte sich von 2.124 (2.285) auf 1.769 (1.973), was einem Rückgang von 16,7 Prozent entspricht. Auch die Hausratversicherung war von diesem Sondereffekt betroffen, wenn auch in wesentlich geringerem Ausmaß.

Beschwerden in der **Rechtsschutzversicherung** verzeichneten ein Minus von 19,4 Prozent und sanken auf 2.565 (2.809) Eingaben, nachdem sie sich bereits im Vorjahr auf 3.184 (3.569) verringert hatten. Dieser Entwicklung gingen allerdings in den Vorjahren starke Zuwächse, 2015 und 2016 sogar von jeweils mehr als 30 Prozent, voraus. Dadurch war die Rechtsschutzversicherung von 2016 bis 2020 die eingangsstärkste Sparte, vor der davor stets führenden Lebensversicherung, die seit 2021 wieder vorne liegt.

In der **Lebensversicherung** setzte sich der seit 2018 anhaltende Rückgang der Beschwerden im Berichtsjahr wieder fort, nachdem im vorigen Jahr mit 3.412 (3.992) eine deutliche Steigerung zu verzeichnen war. Die Zahl der Beschwerden

4 STATISTIK

reduzierte sich 2022 um 22,5 Prozent auf 2.643 (3.124), sodass sich der Effekt aus dem Vorjahr ausgeglichen hat.

Die rückläufige Tendenz zulässiger Eingaben in der Sparte **Unfall** setzte sich auch 2022 weiter fort. Wurden 2020 noch 564 (649) zulässige Beschwerden eingelegt, so waren es 486 (581) im Jahr 2021 und im Jahr 2022 noch 379 (439), was einem weiteren Rückgang von 22,0 Prozent entspricht.

Die zulässigen Eingaben in der **Berufsunfähigkeitsversicherung** sanken auch erneut um 23,5 Prozent. 2021 waren es 349 (474) Beschwerden und 2022 dann 267 (353).

Zulässige Beschwerden zu **Realkreditverträgen** sanken 2022 von 11 auf 10 Eingaben. In dieser Größenordnung sind Prozentwerte ohne Aussagekraft.

Im Berichtsjahr **beendete** die Schlichtungsstelle 12.247 (Vorjahr: 13.732) zulässige Beschwerden. Zusammen mit den unzulässigen und den von den Beschwerdeführern nicht weiterverfolgten Vorgängen wurden 16.277 (17.904) Verfahren abschließend bearbeitet. Die durchschnittliche Verfahrensdauer der zulässigen Beschwerden mit 2,3 Monaten konnte gehalten werden. In Tagen betrachtet, reduzierte sich im Vergleich zum Vorjahr die Dauer von 70,3 auf 69,0 (ausschließlich Unternehmensbeschwerden: 70,1) 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 (er beträgt bei Unternehmensbeschwerden 25,8 Tage und Vermittlerbeschwerden 8,3 Tage). Die hier genannte Beschwerdedauer zählt dagegen ab Einlegung der Beschwerde, bedeutet also eine weit schnellere Abarbeitung, als das VSBG es als Obergrenze definiert.

Auch im Berichtsjahr werden bei der Gesamtbetrachtung der beendeten Beschwerden diese nach Sparte und Beschwerdewert differenziert (vgl. 4.5). Damit lässt sich beispielsweise erkennen, dass in der Kfz-Haftpflichtversicherung 96,5 Prozent der Vorgänge im Beschwerdewertbereich unter 5.000 Euro liegen, während sich in der Berufsunfähigkeitsversicherung nur 27,2 Prozent und bei Realkreditverträgen nur 23,1 Prozent der Eingaben innerhalb dieser Bandbreite befinden.

Schließlich wird die Erfolgsquote der zulässigen Unternehmensbeschwerden nach Sparten prozentual ausgewiesen. Hierbei zeigt sich, dass 2022 die Verbraucher bei der Sparte „Sonstige“ mit 61,3 Prozent, gefolgt von der Kfz-Kaskoversicherung mit 61,0 Prozent die größten Erfolgchancen hatten. Am anderen Ende der Skala befinden sich im Berichtsjahr die Sparten (Realkredit mit 34,6 Prozent einmal außen vor gelassen) Berufsunfähigkeits- (24,2 Prozent) und Gebäudeversicherung (33,6 Prozent). Die Gründe hierfür werden unter 4.3 erläutert.



4.2 Differenzierung nach Zuständigkeiten des Ombudsmanns

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

Bei Betrachtung der Statistik ist zu berücksichtigen, dass Beschwerden im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen gegen gebundene Vermittler in der Regel die Voraussetzungen der VomVO erfüllen, da sich das Beschwerdeziel (zum Beispiel Vertragsaufhebung, Schadensregulierung) 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 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 11.898 (Vorjahr: 14.106) im Berichtsjahr eingegangenen zulässigen Beschwerden betrafen 11.571 (13.555) die Kategorie Unternehmensbeschwerden, was einer Verringerung von 14,6 Prozent im Vergleich zum Vorjahr entspricht. 2021 waren diese Beschwerden um 3,2 Prozent und 2020 um 1,9 Prozent gestiegen, während sie 2018 um 4,9 Prozent und 2019 um 8,2 Prozent gesunken waren.

Die nachfolgenden Ausführungen betreffen ausschließlich die im Geschäftsjahr beendeten (in Abgrenzung zu den eingegangenen) Unternehmensbeschwerden. Nach Abschluss des Verfahrens stehen sämtliche Angaben und Erkenntnisse zur

4 STATISTIK

Verfügung. Deshalb eignen sie sich für eine vertiefte Auswertung eines Jahres entschieden besser als die Eingänge.

11.916 (13.172) zulässige Beschwerden gegen Versicherungsunternehmen wurden im Berichtsjahr beendet. In 810 (886) Fällen haben die Beschwerdeführer ihr Anliegen nicht weiterverfolgt. Bei vielen dürfte der Grund darin liegen, dass in der Zwischenzeit das Versicherungsunternehmen der Beschwerde bereits abgeholfen hatte. Die Zulässigkeitsprüfung konnte in diesen Fällen entweder noch nicht erfolgen oder war noch nicht abgeschlossen.

1.192 (1.231) Verfahren konnten nicht in der Sache entschieden werden, da die endgültige Bewertung des geltend gemachten Anspruchs von Fragen abhing, deren Klärung die Möglichkeiten des vereinfachten Ombudsmannverfahrens nicht zuließen oder die rechtsgrundsätzlich waren und deren Behandlung zudem den effektiven Betrieb der Schlichtungsstelle ernsthaft beeinträchtigt hätte (§ 9 Absatz 1 VomVO).

Von den übrigen 10.722 (11.941) Verfahren beendete der Ombudsmann 5.505 (6.709) Fälle mit einer Entscheidung oder Empfehlung. In 3.367 (3.266) Verfahren half das Versicherungsunternehmen ab. Das bedeutet, der Versicherer kam dem Beschwerdeführer ganz oder teilweise entgegen. Ein beiderseitiges Nachgeben, also ein Vergleich, kam in 656 (769) Fällen zustande. In 1.194 (1.197) Verfahren zog der Beschwerdeführer seine Beschwerde zurück.

In 2.795 (2.786) Fällen musste der Ombudsmann die Befassung mit der Beschwerde ablehnen. Die Zulässigkeitsfrage ist nach der hierfür geltenden Verfahrensordnung (VomVO) zu entscheiden. Beschwerden, mit denen sich der Ombudsmann nicht zu befassen hat, sind zum Beispiel Beschwerden von Dritten, die nicht durch einen Vertrag mit dem Versicherer verbunden sind (zum Beispiel Geschädigte eines Kfz-Unfalls, die Schadenersatzansprüche erheben).

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

Im Berichtsjahr hatten 48,5 (45,1) Prozent der Beschwerden Erfolg, sofern sie nicht die Lebensversicherung betrafen. Als erfolgreich in diesem Sinne werden solche Beschwerdeverfahren angesehen, die dem Versicherungsnehmer vollständig oder zum Teil den gewünschten rechtlichen oder wirtschaftlichen Vorteil bringen. Dies kann der Fall sein, wenn die Vertragslaufzeit entsprechend dem Wunsch



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

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

Beschwerden aus der Lebensversicherung haben zwangsläufig vergleichsweise geringere Erfolgsaussichten. Sie richten sich oft gegen Standmitteilungen, die Höhe der Überschüsse oder die Ablaufleistungen. Der Ombudsmann kann die diesbezüglichen Anliegen der Beschwerdeführer durchaus verstehen, denn die Angaben sind für Verbraucher rechnerisch nicht nachvollziehbar. Ihnen fehlen dazu die Werte, Formeln und in der Regel die Fachkenntnisse. Zudem erscheinen die Darstellungen der Versicherer oft unklar oder missverständlich. Auch können die mitgeteilten Größenordnungen enttäuschen, wenn sie unter den Erwartungen liegen. Die Prüfung des Ombudsmanns bringt jedoch zumeist weder hinsichtlich der Berechnungen noch unter rechtlichen Gesichtspunkten Gründe zur Beanstandung hervor.

Die Erfolgsquote in der Lebensversicherung bewegte sich bis einschließlich 2011 unter 20 Prozent. 2012 lag sie mit 23,3 Prozent erstmals darüber und erreichte 2013 den Höchststand von 34,0 Prozent. Dieser Anstieg beruhte maßgeblich auf der Entwicklung der Rechtsprechung sowie deren Umsetzung durch die Unternehmen und wurde im Bericht 2013 an gleicher Stelle kommentiert. Im Berichtsjahr waren 34,1 (29,7) Prozent der Beschwerden in der Lebensversicherung im zuvor beschriebenen Sinn erfolgreich.

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

Nicht in diese Statistik fließt ein, ob der Beschwerdeführer nach Erläuterung durch den Ombudsmann die Entscheidung seines Versicherers versteht und akzeptiert. Dieser „Gewinn an Erkenntnis“ stellt sich erfahrungsgemäß sehr häufig ein, er lässt sich statistisch jedoch nicht erfassen. Gleichwohl tragen solche Verfahrensergebnisse maßgeblich dazu bei, dass der Ombudsmann seinen Auftrag als Schlichter erfüllt, wie es die Vereinssatzung in § 13 Absatz 3 vorsieht. Danach soll der Ombudsmann in bestimmten Fällen die Beilegung des Streits durch Bescheidung

4 STATISTIK

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 § 5 Absatz 4 VermVO vorsieht. Entsprechendes gilt für den in § 19 Absatz 1 Satz 2 VSBG niedergelegten Maßstab. 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 444 (Vorjahr: 677) Eingaben in diesem Zuständigkeitsbereich erhalten. Das entspricht einer Verringerung von 34,4 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Der im Vorjahr für die Steigerung verantwortliche Beschwerdekompex beschäftigte den Ombudsmann auch in diesem Jahr, die Anzahl der Beschwerden verringerte sich aber. 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.

443 (693) Vermittlerbeschwerden beendete der Ombudsmann im Berichtsjahr. In 8 (14) Fällen hatte der Beschwerdeführer sein Anliegen nicht weiterverfolgt. 104 (119) Beschwerden ließen sich nicht dem vom Ombudsmann schon weit ausgelegten Aufgabenbereich zurechnen und waren somit unzulässig. Häufigster Grund, weshalb ein Verfahren nicht durchgeführt werden konnte, war mit 64,0 (58,0) Prozent ein fehlender Zusammenhang mit einer Vertragsvermittlung. Die zweithäufigste Fallgruppe betraf mit 29,0 (28,0) Prozent die fehlende vorherige Anspruchsanmeldung beim Versicherungsvermittler.

Von den beendeten Beschwerden fielen 331 (560) 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 0,9 (2,5) 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 1,2 (10,2) Prozent ausmachten, und Rücknahmen mit einem Anteil von 1,8 (2,5) Prozent. In 16,0 (10,9) Prozent dieser Fälle bewertete der Ombudsmann gegenüber den Parteien die Beschwerde abschließend. In 79,2 (71,6) Prozent der Beschwerden konnten die Verfahren nicht in der Sache entschieden werden, da die endgültige Bewertung von Fragen abhing, deren Behandlung den effektiven Betrieb der Schlichtungsstelle ernsthaft beeinträchtigen würde (§ 2 Absatz 1 Nr. 7 VermVO). Dieser enorme Anstieg ist auf den erwähnten Beschwerdekomples der konfliktbehafteten Umdeckung zurückzuführen.

Beschwerden, die zwar den Aufgabenbereich betrafen, jedoch nicht justiziabel waren, machten einen Anteil von 0,9 (2,3) 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“. 5,9 (16,8) 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, wird in der Regel nicht mitgeteilt.

4 STATISTIK

4.5 Tabellen und Grafiken

1. Gesamtbetrachtung der Eingänge im Berichtsjahr

Diese Auswertungen geben die im Jahr **2022 erhaltenen Eingaben** wieder, unabhängig vom Zeitpunkt ihrer Bearbeitung. Enthalten sind Unternehmens- und Vermittlerbeschwerden sowie Eingaben, die keinem dieser Bereiche zugeordnet werden können.

Eingaben an den Ombudsmann

	2022	2021	2020	2019	2018
Zulässige Beschwerden	11.898	14.106	13.235	13.006	14.147
Veränderung zum Vorjahr	-15,7 %	+6,6 %	+1,8 %	-8,1 %	-5,1 %
Unzulässige Beschwerden	3.171	3.321	4.045	3.675	3.941
Veränderung zum Vorjahr	-4,5 %	-17,9 %	+10,1 %	-6,7 %	+4,1 %
Keine Weiterverfolgung durch Beschwerdeführer	838	917	853	847	868
Veränderung zum Vorjahr	-8,6 %	+7,5 %	-0,7 %	-2,4 %	-18,0 %
Beschwerden gesamt	15.907	18.344	18.133	17.528	18.956
Veränderung zum Vorjahr	-13,3 %	+1,2 %	+3,5 %	-7,5 %	-4,0 %

Eingang zulässiger Beschwerden im Vergleich zum Vorjahr

	2022	2021	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Leben	2.643	3.412	-769	-22,5
Rechtsschutz	2.565	3.184	-619	-19,4
Kfz-Haft	572	942	-370	-39,3
Kfz-Kasko	1.297	1.267	+30	+2,4
Gebäude	1.769	2.124	-355	-16,7
Unfall	379	486	-107	-22,0
Hausrat	665	693	-28	-4,0
Allgemeine Haftpflicht	497	561	-64	-11,4
Berufsunfähigkeit	267	349	-82	-23,5
Realkredit	10	11	-1	-9,1
Sonstige*	1.234	1.077	+157	+14,6
Gesamt	11.898	14.106	-2.208	-15,7

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



Entwicklung der Eingänge nach Zuständigkeitsbereichen

	2022	2021	2020	2019	2018
Unternehmensbeschwerden	15.149	17.300	17.413	16.928	18.218
Veränderung zum Vorjahr	-12,4 %	-0,6 %	+2,9 %	-7,1 %	-4,6 %
Vermittlerbeschwerden	444	677	298	261	283
Veränderung zum Vorjahr	-34,4 %	+127,2 %	+14,2 %	-7,8 %	-4,7 %
Anderweitige	314	367	422	339	455
Veränderung zum Vorjahr	-14,4 %	-13,0 %	+24,5 %	-25,5 %	+29,3 %
Gesamt	15.907	18.344	18.133	17.528	18.956
Veränderung zum Vorjahr	-13,3 %	+1,2 %	+3,5 %	-7,5 %	-4,0 %

Zulässige Unternehmensbeschwerden nach Sparten in Prozent

	2022	2021	2020	2019	2018
Leben	22,5	24,8	20,8	23,5	21,9
Rechtsschutz	22,1	23,4	26,3	24,8	26,8
Kfz-Haft	4,9	6,9	7,3	6,8	6,6
Kfz-Kasko	11,2	9,2	10,0	8,7	7,8
Gebäude	13,3	12,8	9,1	9,3	10,3
Unfall	3,3	3,6	4,3	4,8	5,1
Hausrat	5,5	4,7	4,4	5,1	5,8
Allgemeine Haftpflicht	4,3	4,1	4,1	4,6	4,5
Berufsunfähigkeit	2,3	2,5	2,9	2,8	2,8
Realkredit	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1
Sonstige*	10,5	7,9	10,6	9,4	8,3

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

Zulässige Vermittlerbeschwerden nach Sparten in Prozent

	2022	2021	2020	2019	2018
Leben	10,4	8,9	42,5	55,2	43,7
Rechtsschutz	2,2	1,6	9,4	4,3	8,7
Kfz-Haft	0,3	0,9	6,6	4,3	8,7
Kfz-Kasko	1,2	2,7	8,5	8,6	11,7
Gebäude	68,2	71,9	4,7	2,6	3,9
Unfall	0,6	0,2	1,9	1,7	5,8
Hausrat	8,9	8,9	8,5	1,7	3,9
Allgemeine Haftpflicht	0,9	1,1	5,7	3,5	1,9
Berufsunfähigkeit	0,9	0,9	2,8	11,2	4,9
Sonstige*	6,4	2,9	9,4	6,9	6,8

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

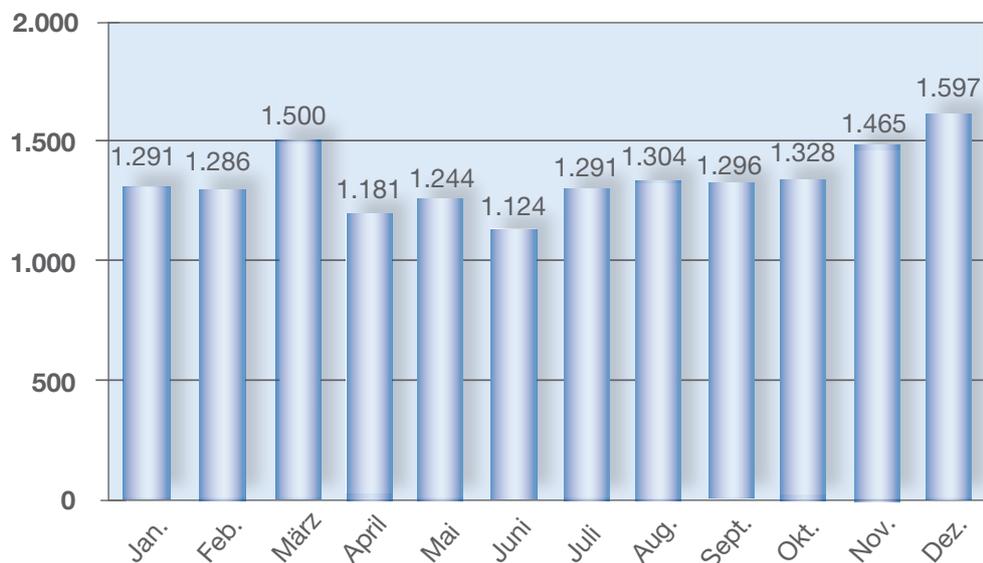
4 STATISTIK

Verteilung nach Aufgabenbereichen und Zulässigkeit*

2022	gesamt	zulässig	unzulässig	keine Weiterverfolgung
Unternehmensbeschwerden	15.149	11.571	2.750	828
Anteil in Prozent	100,0	76,4	18,1	5,5
Vermittlerbeschwerden	444	327	107	10
Anteil in Prozent	100,0	73,6	24,1	2,3
Anderweitige	314	0	314	0
Anteil in Prozent	100,0	0,0	100,0	0,0
Gesamt	15.907	11.898	3.171	838
Anteil in Prozent	100,0	74,8	19,9	5,3

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

Beschwerdeeingänge 2022 dargestellt nach Monaten



Kommunikationseingänge zu den Verfahren

	2022	2021	2020	2019	2018
Telefon	5.990	6.641	6.124	7.930	8.349
Anteil in Prozent	9,4	9,5	8,5	10,9	8,7
Brief	9.567	12.950	16.814	21.502	36.813
Anteil in Prozent	14,9	18,5	23,2	29,6	38,2
Fax	2.564	4.236	6.054	8.138	12.188
Anteil in Prozent	4,0	6,1	8,4	11,2	12,7
E-Mail	34.865	35.441	32.175	25.082	26.750
Anteil in Prozent	54,4	50,7	44,5	34,5	27,8
Web*	11.085	10.654	11.171	10.023	12.136
Anteil in Prozent	17,3	15,2	15,4	13,8	12,6
Gesamt	64.071	69.922	72.338	72.675	96.236



2. Gesamtbetrachtung der 2022 beendeten Beschwerden

Diese Auswertungen geben die im Jahr **2022 beendeten Beschwerden** wieder, unabhängig davon, in welchem Jahr sie eingegangen sind. Enthalten sind Unternehmens- und Vermittlerbeschwerden sowie Eingaben, die keinem dieser Bereiche zugeordnet werden können.

Beendete Beschwerden

	2022	2021	2020	2019	2018
Zulässige Beschwerden	12.247	13.732	13.341	13.309	14.329
Unzulässige Beschwerden	3.212	3.272	4.031	3.690	3.995
Keine Weiterverfolgung durch Beschwerdeführer	818	900	811	837	892
Gesamt	16.277	17.904	18.183	17.836	19.216

Verteilung nach der Höhe des Beschwerdewerts in Prozent

	2022	2021	2020	2019	2018
Bis 5.000 €	83,0	84,7	83,4	81,2	82,8
Bis 10.000 €	8,6	7,9	8,8	9,9	8,8
Bis 20.000 €	3,5	2,8	3,2	3,5	3,8
Bis 100.000 €	4,9	4,6	4,6	5,4	4,6

Verteilung des Beschwerdewerts nach Sparten in Prozent

	bis 5 TEUR	5–10 TEUR	10–20 TEUR	20–100 TEUR
Leben	68,9	17,5	5,9	7,7
Rechtsschutz	92,1	5,1	1,1	1,7
Kfz-Haft	96,5	2,3	0,9	0,3
Kfz-Kasko	90,9	4,8	2,7	1,6
Gebäude	79,6	10,6	5,2	4,6
Unfall	87,7	7,6	1,6	3,1
Hausrat	75,6	9,5	6,1	8,8
Allgemeine Haftpflicht	90,7	5,1	2,8	1,4
Berufsunfähigkeit	27,2	8,6	10,3	53,9
Realkredit	23,1	7,7	23,1	46,1
Sonstige	94,2	2,7	1,6	1,5
Gesamt	83,0	8,6	3,5	4,9

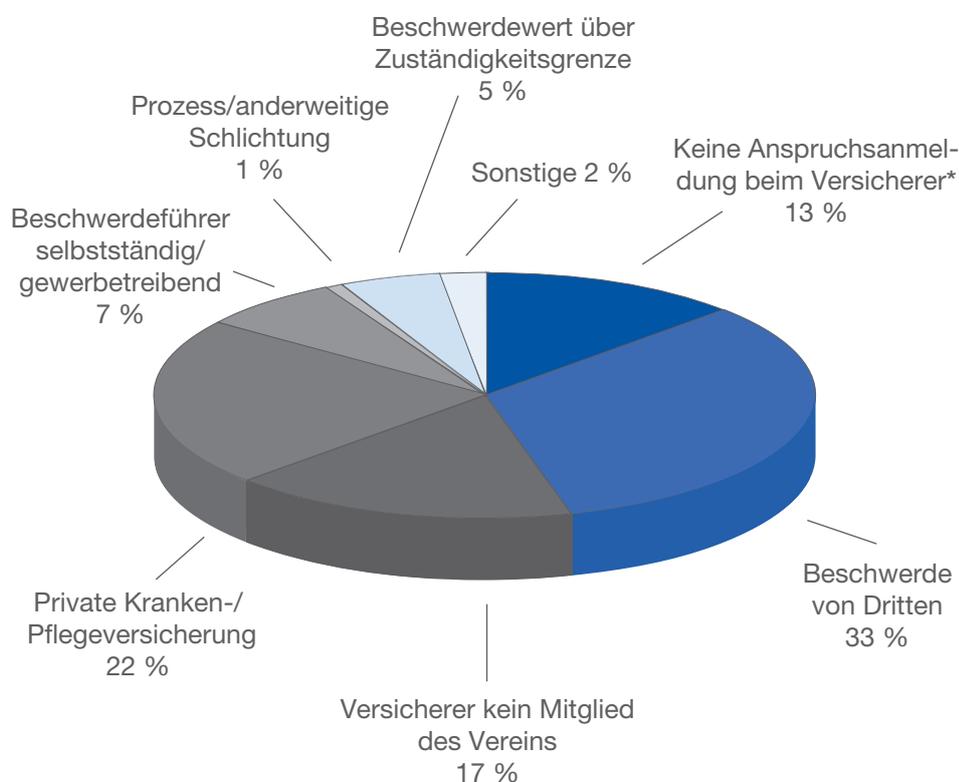
3. Unternehmensbeschwerden

Diese Auswertungen geben die im Jahr **2022 beendeten Beschwerden** wieder, die nach der Verfahrensordnung für Beschwerden gegen Versicherungsunternehmen (VomVO) bearbeitet wurden. Erläuterungen dazu enthält 4.3.

Zusammensetzung der beendeten Unternehmensbeschwerden

	2022	2021	2020	2019	2018
Zulässige Beschwerden	11.916	13.172	13.248	13.194	14.232
Anteil in Prozent	76,8	78,2	75,8	76,5	77,1
Unzulässige Beschwerden	2.795	2.786	3.430	3.219	3.366
Anteil in Prozent	18,0	16,5	19,6	18,7	18,2
Keine Weiterverfolgung durch Beschwerdeführer	810	886	800	825	867
Anteil in Prozent	5,2	5,3	4,6	4,8	4,7
Beschwerde gesamt	15.521	16.844	17.478	17.238	18.465
Anteil in Prozent	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Verteilung der Unzulässigkeitsgründe von Unternehmensbeschwerden



*Mit Stichtag 31.12.2022. 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	35,6	6,5	22,8	2,1	21,7	11,3
Rechtsschutz	52,4	1,8	30,5	2,8	6,4	6,1
Kfz-Haft	42,0	0,4	40,5	3,4	0,4	13,3
Kfz-Kasko	35,0	2,5	43,8	4,3	1,3	13,1
Gebäude	45,8	6,8	15,8	10,2	13,7	7,7
Unfall	58,1	3,2	22,9	5,1	0,0	10,7
Hausrat	35,0	6,4	18,6	23,5	6,2	10,3
Allg. Haftpflicht	54,5	1,8	29,0	7,8	0,2	6,7
Berufsunfähigkeit	19,3	28,8	13,0	2,8	28,4	7,7
Realkredit	7,7	53,8	7,7	7,7	0,0	23,1
Sonstige	33,6	2,1	42,1	7,0	0,9	14,3
Gesamt	41,5	4,7	28,3	5,5	10,0	10,0

* Zur Abweisung als ungeeignet siehe 4.3.

Als ungeeignet abgewiesene Beschwerden*

	2022	2021	2020
Ohne Schlichtungsvorschlag § 9 Abs. 1 VomVO	950	834	428
a) Aufklärung erfordert unangemessenen Aufwand	14	21	17
b) komplexe Tatsachenfeststellung erforderlich	360	513	176
c) grundsätzliche Rechtsfrage ungeklärt	576	300	235
Mit Schlichtungsvorschlag § 9 Abs. 2 VomVO	134	296	153
a) Aufklärung erfordert unangemessenen Aufwand	40	163	61
b) komplexe Tatsachenfeststellung erforderlich	20	96	48
c) grundsätzliche Rechtsfrage ungeklärt	74	37	44
Musterfall § 9 Abs. 3 VomVO	0	0	0
Vorrangige vertragliche Klärung § 9 Abs. 4 VomVO	108	101	129
Abweisungen insgesamt	1.192	1.231	710

* Zur Abweisung als ungeeignet siehe 4.3

Durchschnittliche Dauer der Beschwerdeverfahren in Tagen

	2022	2021	2020	2019	2018
Zulässige Beschwerden	70,1	70,6	70,0	77,2	76,9
Unzulässige Beschwerden	4,0	4,3	4,3	5,0	6,4
Beschwerden gesamt*	57,4	58,9	56,4	62,9	63,2

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

4 STATISTIK

Erfolgsquote* zulässiger Beschwerden nach Sparten in Prozent

	2022	2021	2020	2019	2018
Leben	34,1	29,7	26,6	26,0	26,2
Rechtsschutz	48,9	41,6	45,6	44,3	42,9
Kfz-Haft	59,1	61,0	56,9	53,8	50,0
Kfz-Kasko	61,0	59,2	57,8	54,9	54,7
Gebäude	33,6	29,4	33,9	35,2	36,4
Unfall	33,9	31,2	29,3	29,4	32,4
Hausrat	51,0	47,6	47,1	44,8	41,6
Allg. Haftpflicht	42,8	49,6	45,0	45,4	39,7
Berufsunfähigkeit	24,2	28,4	29,2	30,1	28,0
Realkredit	34,6	22,7	31,3	26,1	52,4
Sonstige	61,3	58,0	53,5	62,3	58,3
Alle Sparten ohne Leben	48,5	45,1	46,5	45,9	44,1

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

4. Vermittlerbeschwerden

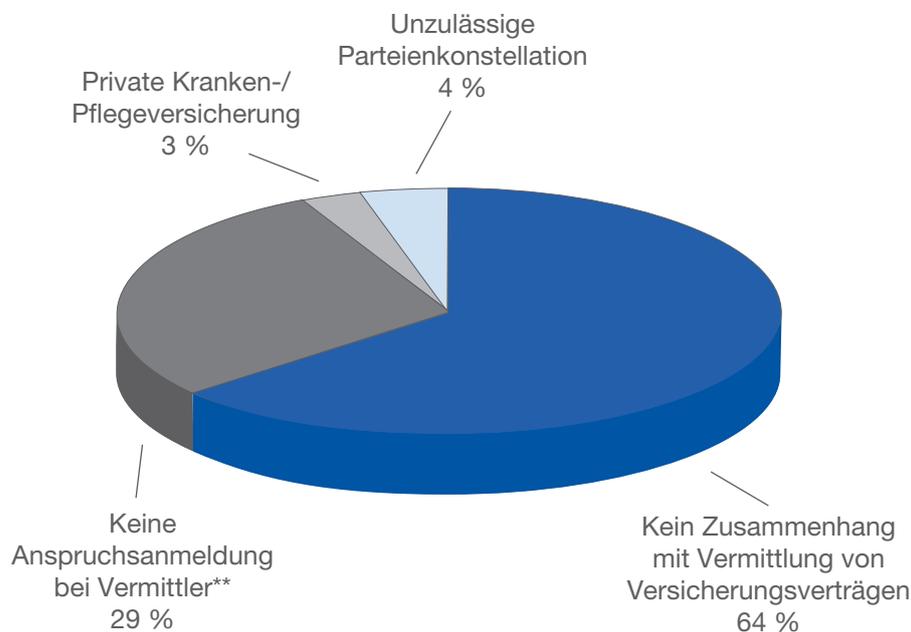
Diese Auswertungen geben die im Jahr **2022 beendeten Beschwerden** wieder, die in Ausübung der Aufgabe nach § 214 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 VVG bearbeitet wurden. Erläuterungen dazu enthalten 4.2 und 4.4.

Zusammensetzung der beendeten Vermittlerbeschwerden

	2022	2021	2020	2019	2018
Zulässige Beschwerden	331	560	93	115	97
Anteil in Prozent	74,7	80,8	32,8	44,6	32,7
Unzulässige Beschwerden	104	119	179	131	175
Anteil in Prozent	23,5	17,2	63,3	50,8	58,9
Keine Weiterverfolgung durch Beschwerdeführer	8	14	11	12	25
Anteil in Prozent	1,8	2,0	3,9	4,6	8,4
Beschwerde gesamt	443	693	283	258	297
Anteil in Prozent	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0



Verteilung der Unzulässigkeitsgründe von Vermittlerbeschwerden*



*In 2022 gab es die Unzulässigkeitsgründe „Sonstige“ und „Streitigkeit bereits beigelegt“ nicht.

**Mit Stichtag 31.12.2022. Diese Verfahren können nach Wegfall des Verfahrenshindernisses von den Beschwerdeführern wieder in Gang gesetzt werden.

Zulässige Beschwerden nach Beendigungsarten in Prozent*

	Bewertung	Abhilfe	Vergleich	Abweisung	Rücknahme
Justiziabel	16,0	1,2	0,9	79,2	1,8
Veränderung zum Vorjahr	+5,1	-9,0	-1,6	+7,6	-0,7
Nicht justiziabel	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9
Veränderung zum Vorjahr	-0,5	0,0	0,0	0,0	-0,9
Gesamt	16,0	1,2	0,9	79,2	2,7
Veränderung zum Vorjahr	+4,6	-9,0	-1,6	+7,6	-1,6

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

Erfolgsquote der zulässigen Vermittlerbeschwerden in Prozent*

	2022	2021	2020	2019	2018
Aus Sicht der Beschwerdeführer	5,9	16,8	28,5	24,8	31,4

* Zur Bewertung der Erfolgsquote siehe 4.4.

5 Anhang

Die folgenden Angaben beziehen sich auf den Stand zum Ende des Berichtsjahres 2022. Die aktuellen Daten sind im Internet unter www.versicherungsombudsmann.de einzusehen oder können bei der Geschäftsstelle erfragt werden.

5.1 Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns (VomVO)

Stand: 23. November 2016

Präambel

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

§ 1 Anwendungsbereich

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

§ 2 Zulässigkeit der Beschwerde

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

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

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

betrifft oder das Bestehen eines solchen Vertrages zum Gegenstand hat.

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

(4) Ein Verfahren vor dem Ombudsmann findet nicht statt

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

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



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

§ 3 Einlegung der Beschwerde

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

§ 4 Vertretung

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

§ 5 Prüfung der Zulässigkeit

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

§ 6 Grundsätze des Verfahrens

- (1) Die Verfahrensbeteiligten erhalten rechtliches Gehör und können Tatsachen sowie Bewertungen vorbringen.

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

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

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

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

§ 7 Ablauf des Verfahrens

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

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

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

(4) Hat der Beschwerdegegner innerhalb der gesetzten Frist keine oder eine offensichtlich zur Klärung des Sachverhalts ungeeignete Stellungnahme abgegeben, ist allein der Vortrag des Beschwerdeführers die Entscheidungsgrundlage. Ist die Beschwerde auf der Grundlage des Vorbringens des Beschwerdeführers nicht entscheidungsreif, kann der Ombudsmann nach vorheriger Ankündigung mit Fristsetzung von mindestens zwei Wochen den Beschwerdegegner zur Zahlung eines Ordnungsgeldes von bis zu 500 Euro, im Wiederholungsfall bis zu 1.000 Euro, verpflichten. Der Ombudsmann kann das Ordnungsgeld im jeweiligen Verfahren zur Beilegung des Streits einsetzen.

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

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

§ 8 Beschwerden im Zusammenhang mit mathematischen Berechnungen

Bei Beschwerden, die im Zusammenhang mit versicherungstechnischen Berechnungen in der Lebensversicherung – einschließlich Pensions- und Sterbekassen – sowie in der Unfallversicherung mit Beitragsrückgewähr (UBR) stehen,



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

§ 9 Ungeeignete Beschwerden

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

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

kann der Ombudsmann die Durchführung oder Fortführung des Verfahrens ablehnen.

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

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

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

§ 10 Verfahrensbeendigung

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 11 Bindungswirkung des Bescheids

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

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

§ 12 Hemmung der Verjährung

(1) Während der Dauer des gesamten Verfahrens gilt gegenüber dem Beschwerdegegner die Verjährung für streitbefangene Ansprüche des Beschwerdeführers als gehemmt. Eröffnet der Ombudsmann das Verfahren, nachdem der Beschwerdeführer das Erfordernis nach § 2 Absatz 3 Satz 1 unverzüglich nachgeholt hat, gilt die Verjährung ab dem Zeitpunkt der ersten Beschwerdeeinlegung als gehemmt. Gesetzliche Verjährungsregelungen bleiben unberührt.

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



§ 13 Zinsen

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

§ 14 Kosten des Verfahrens

- (1) Das Verfahren ist für den Beschwerdeführer kostenfrei.
- (2) Die Beteiligten des Verfahrens haben ihre eigenen Kosten selbst zu tragen. Diese können nicht zum Gegenstand des Verfahrens gemacht werden.

§ 15 Besondere Verfahren

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

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

§ 16 Verschwiegenheit

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

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

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

Stand: 23. November 2016

§ 1 Anwendungsbereich

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

(2) Beschwerdebefugt sind auch Verbraucherschutzverbände.

§ 2 Ablehnungsgründe

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

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



die Ablehnungsentscheidung innerhalb von drei Wochen nach Eingang der vollständigen Beschwerde.

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

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

§ 3 Einlegung der Beschwerde

(1) Verfahrenssprache ist Deutsch.

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

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

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

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

§ 4 Vertretung

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

§ 5 Grundsätze des Verfahrens

(1) Der Ombudsmann antwortet auf jede Beschwerde.

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

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

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

§ 6 Ablauf des Verfahrens

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

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

(3) 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 31.12.2022)

Vertreter der Verbraucherorganisationen

Beate-Kathrin Bextermöller
Stiftung Warentest

Lars Gatschke
Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)

Andrea Heyer
Verbraucherzentrale Sachsen e. V.

Susanne Meunier
Stiftung Warentest

Stephan Rehmke
Sprecher des Vorstands
Bund der Versicherten e. V. (BdV)

Rita Reichard
Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen e. V.

Jochen Weisser
VerbraucherService Bayern im KDFB e. V.

Vertreter der Wissenschaft

Prof. Dr. Christian Armbrüster
Freie Universität Berlin

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

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

In der Amtsperiode ausgeschieden:

Axel Kleinlein (September 2022)
ehemals Sprecher des Vorstands
Bund der Versicherten e. V. (BdV)

Prof. em. Dr. Dr. h. c. mult. Jürgen Basedow (September 2022)
Max-Planck-Institut für ausländisches
und internationales Privatrecht



**Vertreter der
Vereinsmitglieder**

Claudia Andersch

Mitglied des Vorstands
R+V Versicherung AG

Jörg Asmussen

Hauptgeschäftsführer
Gesamtverband der Deutschen
Versicherungswirtschaft e. V.

Thomas Flemming

Vorsitzender der Aufsichtsräte
Mecklenburgische Versicherungen

Stefan Lehmann

Vorsitzender des Vorstands
Generali Deutschland Lebensversicherung AG und
Generali Deutschland Versicherung AG

Gerhard Müller

Vorsitzender der Vorstände
Sparkassen-Versicherung Sachsen

Dr. Norbert Rollinger

Präsident
Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. ;
Vorsitzender des Vorstands
R+V Versicherung AG

Frank Sommerfeld

Vorstandsvorsitzender
Allianz Versicherungs-AG

**Vertreter der
Versicherungsaufsicht**

Frank Russo

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:**

Christoph Schmallenbach (Februar 2022)

ehemals Vorstandsvorsitzender
Generali Deutschland Versicherung AG

Dr. Wolfgang Weiler (September 2022)

ehemals Präsident
Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V.

Carsten Müller (Februar 2022)

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)

**Vertreter des
öffentlichen Lebens**

Kay Gottschalk

Mitglied des Bundestags, AfD

Frauke Heiligenstadt

Mitglied des Bundestags, SPD

Michael Hennrich

Mitglied des Bundestags, CDU/CSU

Nadine Heselhaus

Mitglied des Bundestags, SPD

Stefan Schmidt

Mitglied des Bundestags, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Judith Skudelny

Mitglied des Bundestags, FDP

Max Straubinger

Mitglied des Bundestags, CDU/CSU

**Vertreter der
Versicherungsvermittler-
verbände**

Michael H. Heinz

Präsident
Bundesverband Deutscher
Versicherungskaufleute e. V. (BVK)

Dr. Hans-Georg Jenssen

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

**In der Amtsperiode
ausgeschieden:**

Metin Hakverdi (Februar 2022)

Mitglied des Bundestags, SPD

Florian Post (Februar 2022)

Mitglied des 19. Bundestags, SPD

Hubertus Zdebil (Februar 2022)

Mitglied des 19. Bundestags, DIE LINKE.



5.6 Mitglieder des Vorstands, Geschäftsführer

(Stand zum 31.12.2022)

Vorstand

Thomas Flemming (Vorsitzender des Vereinsvorstands)

Vorsitzender der Aufsichtsräte
Mecklenburgische Versicherungen

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

Dr. Norbert Rollinger

Präsident
Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V.;
Vorsitzender des Vorstands
R+V Versicherung AG

Frank Sommerfeld

Vorstandsvorsitzender
Allianz Versicherungs-AG

Geschäftsführer

Constantin Graf von Rex

In der Amtsperiode
ausgeschieden:

Claudia Andersch (September 2022)

Mitglied des Vorstands
R+V Versicherung AG

Dr. Wolfgang Weiler (September 2022)

Präsident
Gesamtverband der Versicherungswirtschaft e. V.

Dr. Horst Hiort (Januar 2022)

ehemals Geschäftsführer
Versicherungsombudsmann e. V.

5 ANHANG

5.7 Mitglieder des Vereins

(Stand zum 31.12.2022)

- A** Achmea Schadeverzekeringen N. V.
ADLER Versicherung AG
ADVOCARD Rechtsschutzversicherung AG
AGILA Haustierversicherung AG
AIG Europe S.A., Direktion für Deutschland
Aioi Nissay Dowa Insurance Company of Europe SE, Niederlassung Deutschland
Aioi Nissay Dowa Life Insurance of Europe AG
Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse AG
Allianz Direct Versicherungs-AG
Allianz Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft
Allianz Pensionsfonds AG
Allianz Pensionskasse AG
Allianz Versicherungs-AG
ALTE LEIPZIGER Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit
ALTE LEIPZIGER Pensionsfonds AG
ALTE LEIPZIGER Pensionskasse Aktiengesellschaft
ALTE LEIPZIGER Versicherung AG
Ammerländer Versicherung VVaG
Andsafe Aktiengesellschaft
ARAG Allgemeine Versicherungs-Aktiengesellschaft
ARAG SE
Assurant Europe Insurance N. V.
Astra Versicherung AG
Athora Lebensversicherung AG
AUXILIA Rechtsschutz-Versicherungs-AG
Aviva Life & Pensions Ireland Designated Activity Company
AWP P&C S. A., Niederlassung für Deutschland
AXA easy Versicherung AG
AXA France IARD S.A.
AXA France IARD S.A. Zweigniederlassung Deutschland
AXA France Vie S.A.
AXA France Vie S.A. Zweigniederlassung Deutschland
AXA Lebensversicherung AG
AXA Life Europe dac
AXA Versicherung AG
- B** BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG
Badische Rechtsschutzversicherung AG
Baloise Lebensversicherung Aktiengesellschaft Deutschland
Baloise Sachversicherung Aktiengesellschaft Deutschland
Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG
Barmenia Lebensversicherung a. G.
BavariaDirekt Versicherung 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
Cowen Insurance Company Limited
Credit Life AG
- D** DA Deutsche Allgemeine Versicherung Aktiengesellschaft
DARAG Deutschland AG
Debeka Allgemeine Versicherung Aktiengesellschaft, Sitz Koblenz am Rhein
Debeka Lebensversicherungsverein a. G., Sitz Koblenz am Rhein
Debeka Pensionskasse AG
DELA Lebensversicherungen Zweigniederlassung der DELA Naturaen
levensverzekeringen N.V. Eindhoven
Delta Direkt Lebensversicherung AG München
Delvag Versicherungs-AG
DEURAG Deutsche Rechtsschutz-Versicherung AG
Deutsche Ärzteversicherung Aktiengesellschaft
Deutsche Assistance Versicherung Aktiengesellschaft
Deutsche Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft
Deutsche Niederlassung der FRIDAY Insurance S.A.
Deutsche Steuerberater-Versicherung Pensionskasse des steuerberatenden Berufs VVaG
DEVK Allgemeine Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft
DEVK Allgemeine Versicherungs-AG
DEVK Deutsche Eisenbahn Versicherung Lebensversicherungsverein a. G.
DEVK Deutsche Eisenbahn Versicherung Sach- und HUK-Versicherungsverein a. G.
DEVK Rechtsschutz-Versicherungs-AG
DFV Deutsche Familienversicherung AG
Dialog Lebensversicherungs-AG
Dialog Versicherung AG
Die Haftpflichtkasse VVaG

5 ANHANG

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



- H** HDI Lebensversicherung AG
HDI Pensionskasse AG
HDI Versicherung AG
Heidelberger Lebensversicherung AG
Helvetia Global Solutions Ltd
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
Luko Insurance AG
LVM Landwirtschaftlicher Versicherungsverein Münster a. G.
LVM Lebensversicherungs-AG
- M** Mannheimer Versicherung AG
Markel Insurance SE
Mecklenburgische Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft
Mecklenburgische Versicherungs-Gesellschaft a. G.

5 ANHANG

- M** Medien-Versicherung a. G. Karlsruhe, vorm. Buchgewerbe-Feuerversicherung, gegr. 1899
MÜNCHENER VEREIN Allgemeine Versicherungs-AG
MÜNCHENER VEREIN Lebensversicherung a. G.
myLife Lebensversicherung AG
- N** Neodigital Versicherung AG
neue leben Lebensversicherung AG
neue leben Pensionskasse AG
neue leben Unfallversicherung AG
Neue Rechtsschutz-Versicherungsgesellschaft AG
Neuendorfer Brand-Bau-Gilde Versicherungsverein a. G. seit 1813
Newline Europe Versicherung AG
nexible Versicherung AG
Niedersächsische Versicherung VVaG
NORDHEMMER Versicherungsverein a. G.
NÜRNBERGER Allgemeine Versicherungs-AG
NÜRNBERGER Beamten Allgemeine Versicherung AG
NÜRNBERGER Beamten Lebensversicherung AG
NÜRNBERGER Lebensversicherung AG
NÜRNBERGER Pensionskasse AG
NV Versicherung VVaG
- O** Öffentliche Feuerversicherung Sachsen-Anhalt
Öffentliche Lebensversicherung Braunschweig
Öffentliche Lebensversicherung Sachsen-Anhalt
Öffentliche Lebensversicherungsanstalt Oldenburg
Öffentliche Sachversicherung Braunschweig
Oldenburgische Landesbrandkasse
ÖRAG Rechtsschutzversicherungs-AG
Ostangler Brandgilde Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit (VVaG)
Ostfriesische Landschaftliche Brandkasse
- P** PB Lebensversicherung AG
PB Versicherung AG
Pensionskasse der Genossenschaftsorganisation Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit
Pro bAV Pensionskasse AG
ProTect Versicherung AG
Protektor Lebensversicherungs-AG
Provinzial Nord Brandkasse Aktiengesellschaft
Provinzial NordWest Lebensversicherung Aktiengesellschaft
Provinzial Rheinland Lebensversicherung AG
Provinzial Versicherung AG Die Versicherung der Sparkassen
Proxalto Lebensversicherung Aktiengesellschaft
PRUDENTIA Pensionskasse AG
PVAG Polizeiversicherungs-Aktiengesellschaft
- Q** QBE Europe SA/NV Direktion für Deutschland
- R** R+V Allgemeine Versicherung AG
R+V Direktversicherung AG



- R** 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
Schleswiger Versicherungsverein a. G.
SHB Allgemeine Versicherung VVaG
SIGNAL IDUNA Allgemeine Versicherung AG
SIGNAL IDUNA Lebensversicherung a. G.
SIGNAL IDUNA Lebensversicherung AG
SIGNAL IDUNA Pensionskasse AG
Skandia Lebensversicherung AG
SOGECAP S.A. Deutsche Niederlassung
SOGESSUR S.A. Deutsche Niederlassung
Sparkassen Direktversicherung AG
Sparkassen Pensionskasse AG
Sparkassen-Versicherung Sachsen Allgemeine Versicherung AG
Sparkassen-Versicherung Sachsen Lebensversicherung AG
Standard Life Versicherung, Zweigniederlassung Deutschland der Standard Life International DAC
Stuttgarter Lebensversicherung a. G.
Stuttgarter Versicherung AG
Süddeutsche Allgemeine Versicherung a. G.
Süddeutsche Lebensversicherung a. G.
SV Sparkassenversicherung Gebäudeversicherung AG
SV Sparkassenversicherung Lebensversicherung AG
Swiss Life AG, Niederlassung für Deutschland
Swiss Life Pensionskasse Aktiengesellschaft
- T** TARGO Lebensversicherung AG
TARGO Versicherung AG
Tokio Marine Europe S.A. Zweigniederlassung für Deutschland
TRIAS Versicherung AG
- U** Uelzener Allgemeine Versicherungsgesellschaft a. G.
uniVersa Allgemeine Versicherung AG
uniVersa Lebensversicherung a. G.
- V** VEREINIGTE POSTVERSICHERUNG VVaG
Vereinigte Tierversicherung Gesellschaft a. G.
Versicherer im Raum der Kirchen Lebensversicherung AG
Versicherer im Raum der Kirchen Sachversicherung AG
Versorgungsausgleichskasse Pensionskasse VVaG
Verti Versicherung AG
VGH Landschaftliche Brandkasse Hannover
VGH Provinzial Lebensversicherung Hannover

5 ANHANG

- V** 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** Wakam
- Waldenburger Versicherung AG
- Wefox Insurance AG
- WERTGARANTIE AG
- WGV-Lebensversicherung AG
- WGV-Versicherung AG
- Württembergische Gemeinde-Versicherung a. G.
- Württembergische Lebensversicherung AG
- Württembergische Versicherung AG
- Würzburger Versicherungs-AG
- WWK Allgemeine Versicherung AG
- WWK Lebensversicherung a. G.
- WWK Pensionsfonds AG

- X** XL Insurance Company SE, Direktion für Deutschland

- Z** Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung Aktiengesellschaft
- Zurich Insurance plc., Niederlassung Deutschland
- Zurich Life Assurance plc.



5.8 Abkürzungsverzeichnis

a. a. o.	am angegebenen Ort
a. F.	alte Fassung
a. G.	auf Gegenseitigkeit
AG	Aktiengesellschaft
AG	Amtsgericht
AHB	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung
AKB	Allgemeine Bedingungen für die Kraftfahrtversicherung
AltZertG	Altersvorsorgeverträge-Zertifizierungsgesetz
ARB	Allgemeine Rechtsschutzversicherungsbedingungen
AUB	Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen
Az.	Aktenzeichen
BaFin	Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
bAV	betriebliche Altersversorgung
BdV	Bund der Versicherten
BetrAVG	Gesetz zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGH	Bundesgerichtshof
BGHZ	Bundesgerichtshof in Zivilsachen
BMF	Bundesministerium der Finanzen
BMJ	Bundesministerium der Justiz
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
ders.	derselbe
D&O	Directors-and-Officers-Versicherung, auch Organ- oder Manager-Haftpflichtversicherung
EDV	elektronische Datenverarbeitung
EGZPO	Einführungsgesetz zur Zivilprozessordnung
eKFV	Elektrokleinstfahrzeugeverordnung
EU	Europäische Union
EuGH	Euorpäischer Gerichtshof
e. V.	eingetragener Verein
FinDAG	Finanzdienstleistungsaufsichtsgesetz
FIN-NET	Netzwerk der Schlichtungsstellen für Finanzdienstleistungen
GewO	Gewerbeordnung
GG	Grundgesetz
GDV	Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft
ggf.	gegebenenfalls
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GMG	GKV-Modernisierungsgesetz
HIS	Hinweis- und Informationssystem
i. S. v.	im Sinne von
IT	Informationstechnik
Kfz	Kraftfahrzeug
LG	Landgericht
MdB	Mitglied des Bundestags
NJW	Neue Juristische Wochenschrift
OLG	Oberlandesgericht
PIA	Produktinformationsstelle Altersversorgung gGmbH
PKV	Ombudsmann private Kranken- und Pflegeversicherung
Pkw	Personenkraftwagen



RDG	Rechtsdienstleistungsgesetz
Rdn./Rn.	Randnummer
r+s	recht und schaden; Unabhängige Zeitschrift für Versicherungsrecht, Haftung und Schadensersatz
u. a.	unter anderem
VAG	Versicherungsaufsichtsgesetz
VAG-InfoV	VAG-Informationspflichtenverordnung
VerfGH	Verfassungsgerichtshof
VermVO	Verfahrensordnung für Beschwerden im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen
VersR	Zeitschrift für Versicherungsrecht, Haftungs- und Schadensrecht
VersVermV	Versicherungsvermittlungsverordnung
VomVO	Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns
VSBG	Verbraucherstreitbeilegungsgesetz
VVaG	Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit
VVG	Versicherungsvertragsgesetz
vzvb	Bundesverband der Verbraucherzentralen und Verbraucherverbände – Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.

BESCHWERDE - KONTAKT

Versicherungsombudsmann e. V.

Postfach 080632, 10006 Berlin

Telefon: 0800 3696000

Telefax: 0800 3699000

www.versicherungsombudsmann.de

beschwerde@versicherungsombudsmann.de

IMPRESSUM

Herausgeber

Versicherungsombudsmann e. V.

Postfach 080632, 10006 Berlin

Leipziger Straße 121, 10117 Berlin

Telefon: 030 206058-0

Telefax: 030 206058-58

www.versicherungsombudsmann.de

info@versicherungsombudsmann.de

Gestaltung

Katja Trapp

Fotos

© Seite 2, Fotojournalist Peter Grewer

© Seite 8, Martin Peterdamm

Druck

Druckerei Bloch & Co. GmbH, Berlin