

JAHRESBERICHT

2024



OMBUDSFRAU
für Versicherungen



Grußwort



Seit über zwei Jahrzehnten ist der Versicherungsombudsmann e.V. eine Institution im deutschen Versicherungswesen. Als unabhängige Schlichtungsstelle nach § 214 VVG kann der Versicherungsombudsmann e.V. bei Beschwerden von Verbraucher*innen gegen eine Entscheidung eines Versicherungsunternehmens Entscheidungen zugunsten der betroffenen Personen treffen, die für das Versicherungsunternehmen (abhängig vom Beschwerdewert) bindend sind. Der Versicherungsombudsmann e.V. ist zudem zuständig für Streitigkeiten zwischen Versicherungsnehmer*innen mit Versicherungs-

vermittler*innen oder -berater*innen im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen.

Bei der Gründung des Versicherungsombudsmann e.V. gab es durchaus kritische Stimmen aus der Anwaltschaft. Die Befürchtung war, der Verein könnte eine Alternative zur anwaltlichen Vertretung von versicherten Verbraucher*innen sein. Die Besorgnis war unbegründet, obwohl die Beschwerdeführenden im Jahr 2024 leider nur in 10,6 % der eingehenden Verfahren anwaltlich vertreten wurden. Dementsprechend ist der Versicherungsombudsmann e.V. für uns als Rechtsanwält*innen im Versicherungsrecht ein offenbar noch unterschätzter Partner:

Auch im Schlichtungsverfahren können die Beschwerdeführenden von Rechtsanwält*innen vertreten werden, die ihre Tätigkeit hierfür entsprechend abrechnen können – oftmals auch gegenüber den Rechtsschutzversicherern der Beschwerdeführenden. Somit kann die Anwaltschaft zu der für die Verbraucher*innen unkomplizierten und schnellen Entscheidungsfindung durch die Ombudsfrau beitragen. Die Tatsache, dass die Entscheidung der Schlichtungsstelle bei Verfahren gegen Versicherungsunternehmen durchschnittlich in knapp unter drei Monaten herbeigeführt werden kann, dürfte für die meisten Verbraucher*innen im Hinblick auf die oftmals lange Entscheidungsdauer der Zivilgerichte reizvoll sein. Wie sinnvoll dabei die frühzeitige Einbindung von Rechtsanwält*innen als Beistand im Verfahren ist, zeigen die zum Teil hochkomplexen Streitstände, die der Versicherungsombudsmann e.V. im Rahmen der Schlichtung zu entscheiden hat. Fragt man Kolleg*innen, die ihre Mandant*innen bereits durch das Schlichtungsverfahren begleitet haben, so schätzen diese die Effizienz und Fachkompetenz, mit der Streitigkeiten beigelegt werden.

Unabhängig davon bleibt der Zugang zum ordentlichen Rechtsweg ein essenzieller Bestandteil der Rechtsdurchsetzung. Gerade bei grundlegenden Rechtsfragen, die über den Einzelfall hinaus von Bedeutung sind, ist eine gerichtliche Klärung unter Einbeziehung der Anwaltschaft unerlässlich. Hier kann ein Verfahren bei dem Versicherungsombudsmann e.V. allerdings vorab schon zu einer Ordnung des Streitstoffes und einer Einordnung der fachspezifischen Fragestellungen beitragen, was wiederum die Rechtsfindung vor den staatlichen Gerichten



vereinfacht und im Interesse aller Beteiligten beschleunigt. Dies gilt insbesondere auch deshalb, weil es den Verbraucher*innen unbenommen ist, bei einer für sie negativen Entscheidung der Schlichtungsstelle Klage gegen den Versicherer zu erheben und eine gerichtliche Entscheidung über den zugrundeliegenden Sachverhalt herbeizuführen. Dieses Zusammenspiel von Anwaltschaft und Versicherungsombudsmann e. V. ermöglicht es, dass auch in komplexen Fällen der Fall im Sinne der Versicherungsnehmer*innen so präsentiert wird, dass auf diesem Weg eine Änderung der vom Versicherer getroffenen Entscheidung herbeigeführt werden kann.

Der Versicherungsombudsmann e. V. als Schlichtungsstelle und die Anwaltschaft stehen sich demnach nicht als Konkurrenten gegenüber, sondern ergänzen sich und stellen sicher, dass versicherte Verbraucher*innen in Deutschland sowohl eine unkomplizierte als auch eine umfassende rechtliche Unterstützung erhalten und ihre Rechte effektiv durchsetzen können.

Das Verhältnis zwischen der Arbeitsgemeinschaft für Versicherungsrecht im Deutschen Anwaltverein und dem Versicherungsombudsmann e. V. ist dabei seit Einführung der Institution durch vertrauensvolles Miteinander geprägt. Der fortwährende fachliche Austausch zeigt sich auch auf den Fachtagungen unserer Arbeitsgemeinschaft. Bereits der erste Versicherungsombudsmann, Prof. Wolfgang Römer, war gern gesehener Referent und Mitglied unseres wissenschaftlichen Beirates, zudem ist er bis heute Ehrenmitglied unserer Arbeitsgemeinschaft. Der fachliche Austausch brach auch mit dem Kreis seiner Nachfolger*innen nicht ab.

Im Gegenteil: Mit der Wahl der früheren Vorsitzenden des für das Versicherungsrecht zuständigen IV. Zivilsenats des BGH, Dr. Sibylle Kessal-Wulf zur ersten Versicherungsombudsfrau setzt sich diese Tradition fort. Mit Dr. Sibylle Kessal-Wulf steht seit knapp einem Jahr eine Ombudsfrau an der Spitze des Vereins, die unserer Arbeitsgemeinschaft bereits in ihrer Zeit als Richterin und später auch Vorsitzende des IV. Zivilsenats des BGH sehr verbunden war.

Im Namen der Arbeitsgemeinschaft Versicherungsrecht des Deutschen Anwaltvereins danke ich der Versicherungsombudsfrau Dr. Sibylle Kessal-Wulf und ihren Mitarbeitenden für ihr unermüdliches Engagement und wünsche weiterhin viel Erfolg bei der Bewältigung der anstehenden Aufgaben.

Dr. Carla Burmann

Rechtsanwältin, Vorsitzende des geschäftsführenden Ausschusses der Arbeitsgemeinschaft Versicherungsrecht im Deutschen Anwaltverein



Inhalt

	Grußwort	2
1	Der Versicherungsombudsmann e. V.	5
1.1	Außergerichtliche Streitbeilegung	5
1.2	Sinn und Zweck der Schlichtungsstelle	6
1.3	Die Ombudsfrau in Person: Dr. Sibylle Kessal-Wulf	7
1.4	Das Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsunternehmen	9
1.5	Das Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsvermittler	12
1.6	Veröffentlichung der Entscheidungen der Ombudsfrau	13
2	BERICHT DER OMBUDSFRAU	15
2.1	Allgemeine Entwicklung	15
2.2	Verzögerungen in der Leistungsbearbeitung	17
2.3	Die Versicherungssparten in der Jahresbetrachtung	21
2.4	Beschwerdefälle	66
3	Einzelheiten zur Schlichtungsstelle	95
3.1	Allgemeines	95
3.2	Organisation und Personal	97
3.3	Vereinsmitglieder und Mitgliederversammlung	98
3.4	Vorstand, Geschäftsführung	99
3.5	Beirat	100
3.6	Presse- und Öffentlichkeitsarbeit	101
3.7	Stabwechsel beim Versicherungsombudsmann e. V.	102
3.8	Fachlicher Austausch	103
3.9	Gremienarbeit	104
3.10	Finanzen	105
4	Statistik	107
4.1	Gesamtbetrachtung	107
4.2	Differenzierung nach Zuständigkeiten der Ombudsfrau	110
4.3	Beschwerden gegen Versicherungsunternehmen	110
4.4	Beschwerden gegen Versicherungsvermittler	113
4.5	Tabellen und Grafiken	115
5	Anhang	123
5.1	Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns e. V. (VomVO)	123
5.2	Verfahrensordnung für Vermittlerbeschwerden (VermVO)	129
5.3	Satzung des Vereins Versicherungsombudsmanns e. V.	132
5.4	Stellvertretung	139
5.5	Mitglieder des Beirats	139
5.6	Mitglieder des Vorstands, Geschäftsführer	142
5.7	Mitglieder des Vereins	143
5.8	Abkürzungsverzeichnis	151

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 e. V.

1.1 Außergerichtliche Streitbeilegung

Das Bundesamt für Justiz führt mit Stand vom 9. September 2024 in einer gemäß § 33 Absatz 1 VSBG* geführten Liste 27 Verbraucherschlichtungsstellen auf. Allein diese Zahl verdeutlicht, welche Bedeutung der außergerichtlichen Streitbeilegung zukommt.

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 mit einer gewissen „Macht-Asymmetrie“ zwischen den Vertragsparteien 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 das Gefälle im Einzelfall tatsächlich besteht oder nur von der (vermeintlich) unterlegenen Seite so wahrgenommen wird, kann dadurch die Konfliktlösung beeinträchtigt werden.

Daher ist der Bedarf an außergerichtlicher Streitbeilegung hier groß und die außergerichtliche Streitbeilegung mit ihrem kostenlosen und unbürokratischen Verfahren hat eine besondere Bedeutung. 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 die Ombudsfrau besonders auf die Wahrung der Verbraucherrechte und -interessen.

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



1 VERSICHERUNGSOMBUDSMANN E. V.

1.2 Sinn und Zweck der Schlichtungsstelle

Bei der Gründung des Versicherungsombudsmann e.V. stand für die Versicherungswirtschaft neben dem Verbraucherschutz auch die Pflege der Beziehungen zu den eigenen Kunden im Vordergrund.

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 die Ombudsfrau aufgrund ihrer Neutralität einen angemessenen Kompromiss fördern. So kann das Schlichtungsverfahren durch seine befriedenden 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 der Ombudsfrau.

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. Die Ombudsfrau 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 DIE VERSICHERUNGSOMBUDSFRAU

1.3 Die Ombudsfrau in Person: Dr. Sibylle Kessal-Wulf

Dr. Sibylle Kessal-Wulf ist seit April 2024 Ombudsfrau für Versicherungen. Sie war viele Jahre mit verschiedenen Richterämtern betraut, u. a. als Amtsrichterin in Flensburg für Zivil- und Strafrecht, danach für zehn Jahre am Schleswig-Holsteinischen OLG in Schleswig in einem Senat für Bank- und Gesellschaftsrecht. Von 2001 bis 2011 gehörte sie dem Senat für Versicherungs- und Erbrecht des BGH an. Im Februar 2011 wurde sie zur Vorsitzenden dieses Senats ernannt. Von Ende 2011 bis Ende 2023 war sie Mitglied des Zweiten Senats des BVerfG.



Die Unabhängigkeit der Ombudsfrau

Persönliche und institutionelle Unabhängigkeit sowie Neutralität sind für die Ombudsfrau unabdingbar, damit sie ihre Aufgabe erfüllen kann. Nur wenn beide Verfahrensparteien die Fachkompetenz und persönliche Integrität der Ombudsfrau anerkennen, werden sie ihr die Lösung ihrer versicherungsrechtlichen Probleme anvertrauen, ihre 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 der Ombudsfrau 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 2007 gilt dies auch für eine vorherige Tätigkeit als Versicherungsvermittler oder -berater. Die Ombudsfrau wird vom Vorstand des Vereins vorgeschlagen und durch Beschlüsse des Beirats und der Mitgliederversammlung bestellt. Eine Amtszeit der Ombudsfrau beträgt höchstens fünf Jahre. Die Wiederwahl ist einmal möglich. Ausschließlich bei offensichtlichen und groben Verfehlungen gegen ihre Verpflichtungen kann die Ombudsfrau mit einer Zweidrittelmehrheit im Beirat vorzeitig abberufen werden.

Die Neutralität der Ombudsfrau wird nicht zuletzt durch ihre unabhängige Stellung gesichert. Sie ist keine Angestellte des Vereins, sondern ausdrücklich hinsichtlich ihrer Entscheidungen, ihrer Verfahrens- und Amtsführung im Rahmen der Verfahrensordnungen frei und keinen Weisungen unterworfen. In ihrem Amt ist die Ombudsfrau damit ähnlich unabhängig wie eine Richterin. Dieser Vergleich gilt auch hinsichtlich der Entscheidungsgrundlagen der Ombudsfrau: Recht und Gesetz. In fachlicher Hinsicht ist sie gegenüber den Mitarbeitern der Schlichtungsstelle weisungsbefugt.



1 DER VERSICHERUNGSOMBUDSMANN E. V.

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. Viele Länder in Deutschland unterhalten mittlerweile auch Bürgerbeauftragte, die die Bürger unterstützen, wenn sie Schwierigkeiten in der Kommunikation oder im Umgang mit Behörden und Ämtern haben.

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 Verbraucherstreitbeilegungsstellen ein gesetzlich vorgegebener Mindeststandard.

Die Versicherungsombudsfrau übertrifft 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 E. V.

1.4 Das Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsunternehmen

In den Zuständigkeitsbereich des Versicherungsombudsmann e. V. 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. Die Ombudsfrau 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 Versicherungskenntnisse verfügen, schnell und kostengünstig Klarheit über die Rechtslage. Sofern sich Kleinunternehmer oder Freiberufler in einer „verbraucherähnlichen Lage“ befinden, können auch sie Unterstützung durch die Ombudsfrau erhalten.

Die Versicherungsunternehmen, die dem Versicherungsombudsmann e.V. angehören, verpflichten sich entsprechend der Vereinssatzung, ihre Kunden zu Vertragsbeginn auf das Schlichtungsverfahren hinzuweisen (§ 5 Absatz 3). Dies geschieht überwiegend durch Information in den Unterlagen des Versicherungsvertrages. Zumeist befinden sich die Angaben zum Versicherungsombudsmann e. V. 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 Verein Versicherungsombudsmann 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 die Ombudsfrau hinweisen und ihre 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 der Ombudsfrau 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 als verbindlich an (§ 5 Absatz 1 der Vereinssatzung) und unterwerfen sich den Entscheidungen der Ombudsfrau bis zu einem Beschwerdewert von 10.000 Euro (§ 5 Absatz 2 der Vereinssatzung i. V. m. der VomVO). Auf dieser Grundlage kann die Ombudsfrau die Versicherer zur Leistung verpflichten.



1 DER VERSICHERUNGSOMBUDSMANN E. V.

Bei der Ausgestaltung des Verfahrens haben die Versicherungsunternehmen großen Wert darauf gelegt, dass ihren Kunden durch die Inanspruchnahme der Ombudsfrau keine Nachteile entstehen. Verbraucher sollen die Entscheidung ihres Versicherers überprüfen lassen können, ohne befürchten zu müssen, nach dem Verfahren schlechter gestellt zu sein, falls die Ombudsfrau 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 Schlichtungsverfahrens. Hat das Unternehmen wegen des Anspruchs auf die Versicherungsprämie des Vertrages, der durch die Beschwerde betroffen ist, bereits ein Mahnverfahren eingeleitet, kann die Ombudsfrau 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 Schlichtungsverfahren, 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 sich die Standpunkte verhärten. Weil sich die Ombudsfrau auch der Fälle annimmt, die nicht die Zulässigkeitshürde für Gerichtsverfahren überwinden würden, gleicht die Zusammensetzung ihrer Beschwerdefälle nicht der von Gerichtsverfahren. Das ist bei der Betrachtung der Statistik zu beachten.

Eine weitere wichtige Komponente des Schlichtungsverfahrens ist Transparenz. Sie wurde bei der Ausgestaltung des Verfahrens in besonderem Maße berücksichtigt. Nachdem der Beschwerdeführer sich an die Ombudsfrau 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 der Ombudsfrau beigelegt. Hält der Versicherer an seiner Auffas-



1 DER VERSICHERUNGSOMBUDSMANN E. V.

sung 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 die Ombudsfrau unter rechtlichen Gesichtspunkten die Streitfrage, sucht nach Ansätzen zur Schlichtung und legt ggf. ihre vorläufige Rechtsauffassung offen, wenn sie dies für sachdienlich hält. In jedem Fall ist der Sachverhalt, auf dessen Grundlage die Ombudsfrau ihre Entscheidung trifft, den Beteiligten bekannt, sodass sie bei Bedarf entsprechend argumentieren können.

Kommt keine einvernehmliche Lösung zustande, bescheidet die Ombudsfrau 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 der Ombudsfrau 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 der Ombudsfrau verwenden kann, oder er akzeptiert das Ergebnis des Schlichtungsverfahrens.

Das Verfahren 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 Versicherungsombudsmann e.V. 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.

Das Vermittlerverfahren ist mit demjenigen gegen Versicherer nicht vergleichbar. Die Kompetenzen der Ombudsfrau für Beschwerden gegen Versicherer werden in der Vereinssatzung begründet; sie beruhen auf privatrechtlicher Grundlage als Folge des freiwilligen Beitritts zum Verein. Dagegen wird die Ombudsfrau bei Beschwerden gegen Vermittler aufgrund der gesetzlichen Aufgabenzuweisung tätig. Seit der Anerkennung als Verbraucherschlichtungsstelle 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 die Ombudsfrau zuständig für Streitigkeiten zwischen Versicherungsnehmern oder -interessenten und Versicherungsvermittlern oder -beratern „im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen“. Beschwerden zwischen Vermittlern untereinander oder Beschwerden eines Vermittlers gegen ein Unternehmen und umgekehrt fallen nicht in die Zuständigkeit der Ombudsfrau. 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 die Ombudsfrau 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 der Ombudsfrau. 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 E. V.

Nach der VermVO können, anders als bei Unternehmensbeschwerden, keine bindenden Entscheidungen getroffen werden. Wie bereits ausgeführt, wird die Ombudsfrau im Fall von Vermittlerbeschwerden auf gesetzlicher Grundlage tätig. Daher können Entscheidungen der Ombudsfrau 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 die Ombudsfrau ihre Aufgabe darin, das gerügte Verhalten rechtlich zu prüfen und ggf. entsprechende Feststellungen zu treffen.

Soweit der Beschwerdegegenstand einer rechtlichen Prüfung nicht zugänglich ist, etwa weil der Beschwerdeführer „unangemessenes Verhalten“ des Vermittlers rügt, versucht die Ombudsfrau im Rahmen ihrer Aufgabe den Streit zu befrieden. Sie 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 der Ombudsfrau

Bei einigen Beschwerden stehen Fragen im Streit, deren Behandlung auch für Außenstehende von Interesse sein kann. Deshalb veröffentlicht die Ombudsfrau Bescheide zu Beschwerdefällen mit rechtlichen Fragen, die über den Einzelfall hinaus bedeutsam sind. Die Bescheide werden anonymisiert, sind auf der Website des Versicherungsombudsmann e.V. leicht zugänglich und können nach Stichworten durchsucht werden.¹

Eine Veröffentlichung aller oder eines Großteils der Fälle wäre indessen weder sachgerecht noch wirtschaftlich sinnvoll. Anders als ordentliche Gerichte entscheidet die Ombudsfrau nicht über Fragen von rechtsgrundsätzlicher Bedeutung. Das verringert das allgemeine Interesse, da keine „Grundsatzentscheidungen“ 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. 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 der Ombudsfrau vorgelegten Themen sowie ihrer Arbeitsweise zu beschreiben. Häufig lassen sich so aber auch interessante rechtliche Probleme am konkreten Beispiel verdeutlichen.

¹ <https://www.versicherungsombudsmann.de/entscheidungssuche>
Letzter Zugriff: 1. April 2025



1 DER VERSICHERUNGSOMBUDSMANN E. V.

Aus naheliegenden Gründen wird auf die Wiederholung gleichgelagerter Fälle verzichtet, sodass die veröffentlichten Entscheidungen nicht repräsentativ für die Häufigkeit der Themen sind, mit denen die Ombudsfrau 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 der Ombudsfrau nicht mehr bedarf.



2 BERICHT DER OMBUDSFRAU

2.1 Allgemeine Entwicklung

Das Berichtsjahr war geprägt durch weiter **steigende Beschwerdezahlen**. Insgesamt waren 21.548 Eingänge zu verzeichnen; davon waren 15.659 zulässig. Im Jahr 2023 lag die Zahl noch bei 18.037 (Beschwerden insgesamt) bzw. 13.205 (zulässige Beschwerden). Das entspricht einer Zunahme gegenüber dem Vorjahr um 19,5 Prozent, bei den zulässigen Beschwerden betrug die Steigerung 18,6 Prozent. Somit erreichten die Schlichtungsstelle so viele Vorgänge wie noch nie seit Gründung des Vereins im Jahr 2001. Alle Abteilungen waren besonders gefordert, dieses hohe Arbeitsaufkommen zu bewältigen. Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sei an dieser Stelle Dank und Anerkennung ausgesprochen für ihren Einsatz im vergangenen Jahr und ihr Engagement, ein solches Beschwerdeaufkommen in den Griff zu bekommen.

Die Zunahme von Schlichtungsanträgen betraf fast alle Versicherungssparten. Starke prozentuale Zuwächse hatten bei den zulässigen Beschwerden vor allem die Kfz-Versicherung mit ihren Teilsparten Haftpflicht und Kasko, die Gebäudeversicherung und die „sonstigen Versicherungen“ (dazu gehören u. a. Elektronik-, Tierkranken- und Reiseversicherung). Bei den Eingängen in absoluten Zahlen führend waren bei den zulässigen Beschwerden ebenfalls die Kfz-Versicherungen, gefolgt von den Sparten Rechtsschutz und Leben. Rund 80 Prozent der beendeten Fälle lagen vom Beschwerdewert im Bereich bis 5.000 Euro.

Vor dem Hintergrund steigender Eingangszahlen verwundert es nicht, dass die durchschnittliche **Bearbeitungsdauer** der einzelnen Fälle zugenommen hat. Sie betrug unter Einbeziehung aller Unternehmensbeschwerden 68,3 Tage (2023: 57,6 Tage); werden nur die zulässigen Unternehmensbeschwerden betrachtet, lag der Wert bei 85,9 Tagen (2023: 72,2 Tage).

Umso erfreulicher war die **Erfolgsquote** der Schlichtungsanträge. Sie lag bei den Unternehmensbeschwerden über die Sparten hinweg (ohne Lebensversicherung) bei 52,4 Prozent und ist damit gegenüber dem Vorjahr leicht angestiegen. In der Lebensversicherung betrug sie immerhin 34,4 Prozent und lag damit nur geringfügig unter dem Niveau von 2023. In 31,9 Prozent aller Beschwerdefälle kam es zu einer **Abhilfe** durch den Versicherer; in der Sparte Leben half der Versicherer in 21,9 Prozent der Beschwerdefälle ab. Nach § 9 Absatz 2 VomVO kann die Ombudsfrau das Verfahren unter bestimmten Voraussetzungen auch mit einem **Schlichtungsvorschlag** beenden. Dies geschah im Berichtsjahr in 169 Fällen.

Die Ombudsfrau orientiert sich bei ihren Entscheidungen an der **Rechtsprechung der staatlichen Gerichte**. Es ist nicht ihre Aufgabe, dieser vorzugreifen oder gar eigene Rechtsprechungslinien zu entwickeln. Im Zuge ihrer Schlichtungspraxis setzt sie vielmehr Rechtsprechung um und verschafft ihr in den jeweiligen Verfahren Geltung. Liegt eine solche Rechtsprechung noch nicht vor, kann die Ombudsfrau die Befassung mit einer Beschwerde nach § 9 Absatz 2 VomVO ablehnen. Denn dem Versicherungsunternehmen als Beschwerdegegner darf in Fragen von rechtsgrundsätzlicher Bedeutung der Weg zu einer (höchst-)richterlichen Klärung nicht durch eine bindende Entscheidung der Ombudsfrau verwehrt werden, auch wenn dadurch dem Beschwerdeführer die Möglichkeit der Lösung



des Konflikts im Schlichtungsverfahren genommen wird. Deshalb bedarf es in den betreffenden Fällen einer sorgfältigen Herausarbeitung der entscheidungserheblichen Rechtsfragen unter Auswertung bereits ergangener Rechtsprechung, bevor die Ombudsfrau beschließt, von der Möglichkeit des § 9 Absatz 2 VomVO Gebrauch zu machen.

Im Berichtsjahr gab es eine Vielzahl von Gerichtsentscheidungen zu versicherungsrechtlichen Fragestellungen, die für die Spruchpraxis der Schlichtungsstelle nutzbar gemacht werden konnten. Allerdings erfolgte die Klärung grundsätzlicher rechtlicher Probleme durch eine höchstrichterliche oder zumindest obergerichtliche Entscheidung nicht immer mit der erhofften Klarheit und Eindeutigkeit. Dies hatte zur Folge, dass die Zahl der Schlichtungsanträge in 2024, die nach § 9 Absatz 1 VomVO wegen rechtsgrundsätzlicher Bedeutung nicht entschieden werden konnten, immerhin 288 Verfahren umfasste, wovon 98 Verfahren mit einem Schlichtungsvorschlag verbunden waren.

Gerade in der Sparte **Lebensversicherung** setzte sich eine bereits in den Vorjahren festzustellende Entwicklung fort, die unter dem Einfluss der Rechtsprechung zum Widerruf von Lebensversicherungs- und Verbraucherkreditverträgen wegen fehlerhafter Belehrungen und fehlender Pflichtinformationen und der damit verbundenen Frage einer möglichen Treuwidrigkeit der Ausübung des Widerrufsrechts stand. Auch der von den Versicherern in den Fällen des Widerrufs von bereits viele Jahre zuvor geschlossenen Verträgen häufig erhobene Einwand der Verwirkung des Widerrufsrechts war erneut in vielen Fällen Gegenstand der Prüfung. Der BGH führte seine Rechtsprechung fort, der zufolge ein Verwirkungseinwand nur bei Vorliegen besonders gravierender Umstände, die noch dazu über eine gewöhnliche Vertragsdurchführung hinausgehen, durchgreift, also selbst bei längerem Zeitablauf Umstände geringeren Gewichts gerade nicht ausreichend sind.

Bei den **Kommunikationseingängen** anlässlich der Einleitung und Durchführung des jeweiligen Schlichtungsverfahrens ist der Anteil der Web- und Mailvorgänge erneut gestiegen und machte im Berichtsjahr ca. 80 Prozent der Eingänge aus (E-Mail: 58,8 Prozent; Web 20,7 Prozent). Daran zeigt sich, dass bei den Verfahrensbeteiligten das Interesse an einem niederschweligen und in der Abwicklung unkomplizierten Verfahren unverändert hoch ist. Allerdings wird zugleich deutlich, dass bei den Beschwerdeführern – und dies nicht nur in Einzelfällen – die Hemmschwelle sinkt, wenn es darum geht, in welcher Art und Weise sie mit dem Beschwerdegegner und der Schlichtungsstelle kommunizieren. Ihre Beschwerden und Schriftsätze enthielten oftmals Beleidigungen und herabsetzende Äußerungen. Gerade wenn das Ergebnis des Schlichtungsverfahrens nicht den Vorstellungen der Beschwerdeführer entsprach, kam es in nachgängigen Schreiben zu verbalen Entgleisungen und einer abwertenden Beurteilung der Arbeit der mit dem Vorgang befassten Personen. Das Schlichtungsverfahren kann aber nur dann seinen Zweck, den Streit gütlich beizulegen, erfüllen und dem Schlichtungsgedanken nur dann effektiv Rechnung tragen, wenn die von den Beschwerdeführern angerufene Ombudsfrau zusammen mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Versicherungsombudsmann e.V. als in rechtlichen Fragen kompetente, unabhängige und neutrale Instanz nicht grundsätzlich in Frage



gestellt wird und alle Verfahrensbeteiligten sich zu einem sachlichen und respektvollen Umgang miteinander aufgerufen fühlen.

2.2 Verzögerungen in der Leistungsbearbeitung

Im Berichtsjahr war zunehmend eine **verzögerte Leistungsbearbeitung** seitens der Versicherungsunternehmen festzustellen, die sich in zweifacher Weise bemerkbar machte. Einerseits beklagten die Versicherungsnehmer das Regulierungsverhalten ihrer Versicherer, andererseits gab es Erschwernisse bei der gebotenen zügigen Bearbeitung der eingegangenen Schlichtungsanträge. Dabei ist vorwegzuschicken: Die **Kooperation mit den Mitgliedsunternehmen** war auch im Jahr 2024 durchweg gut. Die Unternehmen erkennen ihre Mitwirkungspflicht an und sind in aller Regel bestrebt, ihrer Verfahrensförderungspflicht ordnungsgemäß nachzukommen und die ihnen gesetzten Stellungnahmefristen einzuhalten. Kam es bei einzelnen Versicherern vermehrt zu Verzögerungen, konnten diese jeweils auf Nachfrage erklärt werden. Auf die Verzögerungen angesprochen, waren die Versicherungsunternehmen erfreulicherweise oftmals zu besonderem Entgegenkommen, zu einem Vergleichsangebot oder sogar zu einer gänzlichen Abhilfe bereit.

Generell ist zu beobachten, dass die Versicherer gewillt sind, Anregungen der Ombudsfrau zu prüfen und der Schlichtungsidee ausreichend Raum zu geben; sehr häufig wird die rasche Einigung mit dem Versicherungsnehmer einer etwaigen gerichtlichen Auseinandersetzung vorgezogen. Somit sehen beide Seiten die Vorteile, die darin liegen, ihren Konflikt im Schlichtungsverfahren beizulegen, anstatt sich auf einen langen, den Instanzenzug ausschöpfenden und kostenintensiven Rechtsstreit vor den staatlichen Gerichten einzulassen.

Dennoch bleibt festzuhalten:

Die Zahl der Beschwerden nimmt zu, bei denen die Beschwerdeführer ihren Schlichtungsantrag ausschließlich mit einer gänzlich ausbleibenden oder zumindest stark **gestörten Kommunikation** mit ihrem Versicherer begründen, sei es, weil dieser überhaupt nicht antwortet, sei es, weil dieser nur mit großer zeitlicher Verzögerung auf die Meldung von Versicherungsfällen oder auf Rückfragen des Versicherungsnehmers reagiert. Nicht selten wird auch beklagt, dass die Versicherer leistungsablehnende Entscheidungen nicht, nur knapp oder für einen juristischen Laien nicht verständlich genug begründen. Dabei sind die Fälle, in denen sich die Versicherungsnehmer ausschließlich deshalb an die Ombudsfrau wenden, weil sie vom Versicherer überhaupt keine Entscheidung erhalten, noch überschaubar und konzentrieren sich auf bestimmte einzelne Versicherer. Dennoch muss die Ombudsfrau hier tätig werden, um den Kontakt zum Versicherer herzustellen, damit dieser in die Leistungsprüfung eintritt. Letztlich wird dadurch im Schlichtungsverfahren eine Stufe „übersprungen“. Denn nach § 2 Absatz 3 VomVO ist es Zulässigkeitsvoraussetzung für die Durchführung des Schlichtungsverfahrens, dass der Beschwerdeführer den Anspruch zunächst beim Beschwerdegegner geltend gemacht hat. Versicherungsunternehmen und Versicherungsnehmer sollen sich mithin zunächst im direkten Austausch mit dem



2 BERICHT DER OMBUDSFRAU

geltend gemachten Anspruch oder dem sonstigen Anliegen auseinandergesetzt haben. Unterbleibt dies, weil sich der Versicherer diesem Dialog verweigert, wird seitens der Ombudsfrau kein Streit geschlichtet, kein Konflikt gelöst, sondern sie wird eingeschaltet, um eine Kommunikation zwischen den Beteiligten überhaupt erst zu ermöglichen. Das ist jedenfalls nicht die primäre Aufgabe einer Schlichtungsstelle, die bei bereits entstandenen, von den Parteien allein nicht bewältigten Konflikten eingreifen und auf eine einvernehmliche Lösung hinwirken soll. Dies erfolgt unter Berücksichtigung und Ausgleich der wechselseitigen Interessen, mit einer auch für juristische Laien verständlichen Erläuterung der Rechtslage und mit dem Ziel der Wiederherstellung von Rechtsfrieden.

In den Fällen einer ausbleibenden Reaktion auf das Anliegen ihres Versicherungsnehmers begeben sich die Versicherungsunternehmen zudem der Chancen, die das eigene **Beschwerdemanagement** bietet. Die Ombudsfrau war im Berichtsjahr in ein Interview eingebunden, das den Austausch ihrer Erfahrungen mit denen der Leiterin der Beschwerdestelle eines großen Versicherers zum Gegenstand hatte. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse sollten die Versicherer ermutigen, ihr hausinternes Beschwerdemanagement zu nutzen und auszubauen sowie auf dessen hohe Qualität zu achten. Sie können auf diese Weise einem Konflikt schon in einem frühen Stadium vorbeugen, sodass er gar nicht erst vor die Ombudsfrau gelangt, weil sie zeitnah auf ihren Versicherungsnehmer eingegangen sind und mit diesem „auf Augenhöhe“ kommuniziert haben. Zu bedenken ist vor diesem Hintergrund ferner, dass im Beschwerdefall sowohl gute wie auch schlechte Erfahrungen der Versicherungsnehmer Multiplikatoreffekte haben können. Bereits das hausinterne Beschwerdemanagement kann einer vom Versicherungsnehmer oftmals als solche empfundenen „strukturellen Asymmetrie“ entgegenwirken, bei der auf der einen Seite ein „einfacher“ Verbraucher steht, auf der anderen Seite ein Versicherer mit juristischer Kompetenz und finanziellen Ressourcen.

Auch wenn die Beschwerdeführer ihre Beschwerde nicht immer ausdrücklich darauf stützen, fällt bei der Fallbearbeitung ins Auge, dass sie zumindest gelegentlich des Schlichtungsverfahrens anmerken, dass ihr Versicherer nur mit großer zeitlicher Verzögerung reagiert hat, oder es fällt der Ombudsfrau bei Sichtung der eingereichten Unterlagen auf, dass die Versicherungsnehmer ihren Versicherer wiederholt anschreiben mussten, um eine erste Reaktion zu erreichen, um eine Rückfrage beantwortet zu bekommen oder um die nachgesuchte Erklärung für Leistungsverweigerung oder Leistungskürzung zu erhalten. Dies war **spartenübergreifend** zu beobachten. In diesem Zusammenhang geht es nicht allein darum, dass zeitliche Verzögerungen für Versicherungsnehmer allgemein betrachtet „ärgertlich“ und frustrierend sind. Vielmehr können sich ganz konkrete, bei zügiger Bearbeitung seitens der Versicherer vermeidbare **Nachteile für den Versicherungsnehmer** ergeben. Dies soll nachfolgend beispielhaft erläutert werden:

- Verspätete oder gänzlich ausbleibende Reaktionen von Versicherern führen etwa in der **Tierkrankenversicherung** dazu, dass Versicherungsnehmer Darlehen aufnehmen, um in der Lage zu sein, die – teils sehr hohen – Behandlungs- bzw. Operationskosten selbst zu übernehmen, damit die Gesundheit ihres Tieres wiederhergestellt werden kann. Müssen Versicherungsnehmer für die Kosten



eigentlich versicherter Behandlungen oder Operationen in Vorleistung treten, kann dies wiederum dazu führen, dass ihnen für notwendige (Folge-)Behandlungen keine finanziellen Mittel mehr zur Verfügung stehen. Weil die versicherten Vierbeiner für viele Versicherungsnehmer eher Familienmitglied als Haustier sind, kann das Wissen, eine Behandlung oder Operation aus Kostengründen nicht durchführen lassen zu können, zu einer spürbaren Belastung werden. Gerade in solchen Fällen fühlen sich die Versicherungsnehmer in nachvollziehbarer Weise von ihrem Versicherer im Stich gelassen, wenn sie teils monatelang auf dessen Regulierungsentscheidung warten müssen.

- In der **Handy-/Elektronikversicherung** wird seitens der Versicherungsunternehmen oft mit einem Austausch des versicherten Gerätes innerhalb von 24 Stunden geworben. Reagiert der Versicherer auf entsprechende Leistungsanfragen nicht innerhalb dieser beworbenen Zeit, führt dies zu großer Verärgerung der Kunden, die auf ihre elektronischen Geräte angewiesen sind und auch hier mangels ausreichender finanzieller Mittel oftmals nicht in der Lage sind, sich selbst Ersatz zu beschaffen.

- Bei **Kraftfahrtversicherungsverträgen** führen verspätete oder ausbleibende Reaktionen von Versicherern ebenfalls zu finanziellen Mehrbelastungen bei den Versicherungsnehmern. Warten Versicherungsnehmer auf die Reparaturfreigabe durch den Versicherer, müssen sie häufig für einen längeren Zeitraum auf einen Mietwagen zurückgreifen. Zudem kann das längere Verweilen des Fahrzeugs in den Werkstätten zu Standkosten führen.

Aber auch auf der vertraglichen Ebene wirken sich verzögerte Bearbeitungen durch den Versicherer aus. Betroffen sind hier im Wesentlichen die Vertragseinstufungen. Wird der Versicherer gewechselt, wendet sich der Nachversicherer in der Regel über den GDV mit einer sogenannten Versichererwechselanfrage an den Vorversicherer. Verläuft diese Anfrage ergebnislos, da der Vorversicherer nicht reagiert, bleibt es oftmals nicht bei der ursprünglichen, nur unter dem Vorbehalt der Bestätigung des Vorversicherers vorgenommenen Vertragseinstufung. Der Vertrag wird dann in der Regel so eingestuft, wie dies ohne eine anrechenbare Vorversicherungszeit der Fall gewesen wäre, was wiederum mit einer Beitragsnacherhebung verbunden ist.

- Tritt ein Schaden an einem Gebäude ein, hat der Versicherungsnehmer einer **Gebäudeversicherung** ein Interesse daran, dass die Reparatur schnell durchgeführt wird. Sei es, weil er in dem Haus selbst wohnt und er es nicht mehr uneingeschränkt nutzen kann, sei es, weil er es vermietet hat und die Mieter auf eine schnelle Reparatur drängen bzw. mit einer Mietminderung drohen.

Der Versicherungsnehmer sieht sich in solchen Fällen in einer schwierigen Situation: Auf der einen Seite muss er als Anspruchsteller den Eintritt und die Höhe eines versicherten Schadens nachweisen. Gleichzeitig hat er die Obliegenheit, den Schaden möglichst gering zu halten und schadenmindernde Maßnahmen einzuleiten. Auf der anderen Seite muss er dem Versicherer jede zumutbare Untersuchung über Ursache und Höhe des Schadens gestatten. Er hat Weisungen des Versicherers einzuholen und zu befolgen. Wenn ein Versicherungsnehmer



einen Schaden meldet oder er Schadenunterlagen zur Prüfung einreicht und der Versicherer nicht oder verspätet antwortet, ist er nachgerade in einer Zwickmühle. Bleibt er als Versicherungsnehmer untätig und vergrößert sich dadurch das Schadenausmaß, kann ihm der Versicherer dies bei der Schadenabrechnung leistungskürzend anrechnen. Mit der Reparatur des Schadens gehen regelmäßig aber auch Beweismittel verloren. Er kann dadurch in eine Beweisnot geraten, die sich bei der Frage, ob überhaupt ein Versicherungsfall eingetreten ist, zu seinem Nachteil auswirken kann.

■ Die Beschwerden zur Sparte der **Allgemeinen Haftpflichtversicherung** betreffen häufig Schadenfälle im Familien-, Freundes- oder Nachbarkreis. Damit verbunden ist in aller Regel ein starkes moralisches Verpflichtungsgefühl der Versicherungsnehmer, für einen Ausgleich des Schadens zu sorgen, und sie kommen unter Druck, wenn der gemeldete Schaden noch nicht einmal bearbeitet wird. So manches Mal übernehmen sie dann selbst die Zahlung und haben vielleicht später das Nachsehen, denn ihre Aufwendungen muss der Versicherer grundsätzlich nur erstatten, wenn der geltend gemachte Ersatzanspruch tatsächlich rechtlich begründet war. Ebenso kann das Verhältnis des Mieters zum Vermieter durch einen Schadenfall und eine verzögerte Bearbeitung durch den Versicherer erheblich belastet werden.

Auch auf den **Ablauf des Schlichtungsverfahrens** selbst können sich ausbleibende, unvollständige oder verzögerte Stellungnahmen seitens der Versicherungsunternehmen auswirken. In zulässigen Beschwerden gegen Versicherer fordert die Ombudsfrau den Beschwerdegegner nach § 6 Absatz 1 VomVO auf, innerhalb einer bestimmten Frist Stellung zu nehmen. In einer deutlich zunehmenden Zahl von Schlichtungsverfahren muss (teils wiederholt) nachgefragt und erinnert werden, bevor die Stellungnahme dann endlich vorliegt. Solche Nachfragen und Erinnerungen erhöhen den **Aufwand in der Bearbeitung**. Es kommt zudem vermehrt zu Bitten um Fristverlängerungen seitens der Versicherungsunternehmen, aber auch zu Sachstandsanfragen der Beschwerdeführer und zur Notwendigkeit, diesen eine Zwischennachricht zukommen zu lassen. Dabei muss den Beschwerdeführern erläutert werden, worauf die Verzögerung beruht, denn sie erkennen häufig nicht, was der Grund für die Verzögerung ist und lasten diese der Schlichtungsstelle an. In den meisten, aber in längst nicht allen Fällen (siehe bereits oben unter 2.1) zeigen die Beschwerdeführer Verständnis, wenn sie um Geduld gebeten werden.

Überdies verlängert sich die **Verfahrensdauer**, wenn auf Stellungnahmen der Versicherungsunternehmen gewartet werden muss oder die Beantwortung von Rückfragen aussteht. Die bei der Schlichtungsstelle angesichts hoher Eingangszahlen immer noch kurze durchschnittliche Gesamtdauer der Schlichtungsverfahren (siehe bereits oben unter 2.1) kann für die Zukunft nur dann gewährleistet werden, wenn ausnahmslos alle Versicherungsunternehmen die Verfahrensförderung auch unter zeitlichen Aspekten als wichtigen, konsequent umzusetzenden Beitrag zur Erreichung der Schlichtungsziele betrachten. Von der Möglichkeit, entsprechend § 7 Absatz 4 VomVO die Verpflichtung zur Zahlung eines Ordnungsgeldes anzudrohen, sofern das jeweilige Unternehmen innerhalb der gesetzten Frist keine oder eine zur Klärung des Sachverhalts offensichtlich ungeeignete



2 BERICHT DER OMBUDSFRAU

Stellungnahme abgibt, und es gegebenenfalls nachfolgend festzusetzen, musste die Ombudsfrau im Berichtsjahr (noch) keinen Gebrauch machen. Angesichts des Umstandes, dass die Schlichtungsstelle hinsichtlich der Verfahrensdauer den Vorgaben des § 20 Absatz 2 VSBG und des § 7 Absatz 6 VomVO unterliegt, und im Hinblick auf die Natur des Schlichtungsverfahrens als beschleunigtes und vereinfachtes Verfahren wird es aber auf Dauer nicht hinnehmbar sein, dass die Schlichtungsstelle in ihren Abläufen durch verzögertes Handeln eines Versicherungsunternehmens zusätzlich belastet wird.

2.3 Die Versicherungssparten in der Jahresbetrachtung

Die Entwicklung in den verschiedenen Versicherungssparten im Jahr 2024 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 2.2 behandelt worden sind.

■ Kfz-Versicherung

Die zulässigen Eingaben beliefen sich in der Kfz-Haftpflicht- und Kaskoversicherung sowie der Schutzbrief- und Insassenunfallversicherung auf 3.554 (Vorjahr: 2.407). Dies entspricht für die Kfz-Haftpflichtversicherung einem Anteil von 7,7 Prozent und für die Kfz-Kaskoversicherung von 15,0 Prozent am Gesamtaufkommen der zulässigen Beschwerden. Zusammengenommen machen diese Eingänge 22,7 Prozent des Gesamtaufkommens der zulässigen Beschwerden aus. Die Kfz-Versicherung war damit in ihrer Gesamtheit betrachtet die eingangsstärkste Sparte im Jahr 2024.

Auf die **Kfz-Haftpflichtversicherung** entfielen 1.212 (Vorjahr: 727) der zulässigen Beschwerden. Die Eingänge stiegen damit im Vergleich zum Vorjahr um 66,7 Prozent. Die gesetzlich vorgeschriebene Pflichtversicherung für zulassungspflichtige Fahrzeuge schützt Führer und Halter von Fahrzeugen vor der Inanspruchnahme durch Dritte. Der Kfz-Haftpflichtversicherer steht für berechtigte Schadensersatzansprüche des Dritten ein und wehrt unberechtigte Ansprüche ab. Dem geschädigten Dritten steht wiederum ein gesetzlicher Direktanspruch gegen den Kfz-Haftpflichtversicherer des Schädigers zu. Er muss daher nicht zwangsläufig gegen den Fahrzeugverantwortlichen selbst vorgehen, sondern kann sich direkt an dessen Kfz-Haftpflichtversicherer wenden.

Die vorwiegenden Themen, mit denen sich die Ombudsfrau in der Kfz-Haftpflichtversicherung im Berichtsjahr beschäftigte, blieben im Vergleich zum Vorjahr unverändert. Es handelt sich dabei um die Einstufung des Vertrages in Schadenfreiheitsklassen, die Übertragung dieser Einstufung bei einem Wechsel des Versicherers sowie Schadenfälle, die aus Sicht des Versicherungsnehmers vom Versicherer zugunsten des Unfallgegners zu Unrecht reguliert wurden.



Auch die weitreichende Regulierungsvollmacht des Versicherers, die ihm in der Kfz-Haftpflichtversicherung nach den Versicherungsbedingungen regelmäßig zusteht, war wieder oft der Auslöser von Meinungsverschiedenheiten. Wie auch in den Vorjahren waren die Entscheidungen des Versicherers bezüglich der von ihm vorgenommenen Schadenregulierung in der Regel nicht zu beanstanden. Die Ombudsfrau erläuterte den Beschwerdeführern in diesen Fällen die Regulierungsentscheidung des Versicherers und die Rechtslage.

Wie auch im Jahresbericht 2023, Seite 42 erläutert, waren weiterhin die Vorgänge rückläufig, bei denen die 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.

Die meisten Beschwerden bezogen sich im Berichtsjahr hingegen wieder auf die Vertragseinstufungen. Oftmals handelte es sich dabei, wie im letzten Berichtsjahr bereits erwähnt, um Konstellationen, bei denen seitens des Versicherers eine Sondereinstufung gewährt wurde. Die Versicherungsnehmer gehen in der Regel davon aus, dass die ihnen im Rahmen einer Sondereinstufung gewährte Schadenfreiheitsklasse tatsächlich und damit auch noch nach einem Versichererwechsel zur Verfügung steht. In den meisten Fällen tragen sie vor, keine Kenntnis darüber gehabt zu haben, dass dem Vertrag eine Sondereinstufung zugrunde liegt. Dies ist in der Regel dann der Fall, wenn die Sondereinstufung auf eine Rabattschutzvereinbarung zurückzuführen ist. Ein vertragsbelastender Schadenfall führt in diesen Fällen nicht zu einer Schadenfreiheitsklassenrückstufung während der laufenden Vertragslaufzeit. Bei einem Wechsel wird der Vertrag dann aber so behandelt, als wäre es zu einer Rückstufung gekommen. Welche Schadenfreiheitsklasse dem Vertrag tatsächlich zugrunde liegt, erfährt der Versicherungsnehmer aus diesem Grund oftmals erst nach einem Versichererwechsel. Die Beschwerden richten sich daher auch sehr oft gegen das aktuelle Versicherungsunternehmen. Eine konkrete Aufklärungspflicht zu vertraglichen Besonderheiten setzt aber voraus, dass der Versicherer beziehungsweise der beratende Vermittler erkennen konnte, dass ein spezieller Beratungsbedarf besteht. Ist dies nicht der Fall, wird dem Beschwerdeführer im Schlichtungsverfahren regelmäßig die Rechtslage mit Hinweis auf die ihm obliegende Beweislast erläutert.

Auch bei den übrigen im Zusammenhang mit der Schadenfreiheitsklasseneinstufung eingegangenen Vorgängen war keine Änderung zu verzeichnen. Beschwerderelevant blieben damit auch die Fälle, bei denen das Kalenderjahr von dem vertraglich vereinbarten Versicherungsjahr abwich. Die Versicherer zeigten sich in den häufigsten Vorgängen dieser Art aber auf Nachfrage der Ombudsfrau lösungsorientiert. Oftmals war es möglich, die Hauptfälligkeit auf den 1. Januar des Jahres zu verlegen, sodass es auch zu der gewünschten Schadenfreiheitsklassenweiterstufung zum Beginn des Kalenderjahres kommen konnte.

Das derzeitige System der Schadenfreiheitsklasseneinstufung stellt sich jedoch weiterhin als sehr problemfällig dar. Es bleibt aus Verbrauchersicht intransparent.



Hinzu kam erneut, dass der Austausch unter den Versicherern nach einem Versichererwechsel häufiger nicht reibungslos funktionierte. Das Problem, dass Nachversicherer keine positive Schadenfreiheitsrabattbestätigung durch den Vorversicherer erhielten, obwohl die Vorversicherer wiederum angaben, den Rabatt bestätigt zu haben, zeigte sich auch in diesem Berichtsjahr. Ein Versicherer berichtete im Schlichtungsverfahren über ein gravierendes weiteres Problem. Er habe zeitgleich über 155 Schadenfreiheitsrabattanfragen zu einem einzigen Vertrag erhalten. Am selben Tag habe er insgesamt sogar 39.263 Anfragen zu einer nur dreistelligen Zahl von Verträgen erhalten. Um einen Einzelfall handelte es sich dabei wohl nicht. Da die Versicherer jedoch nur in einem kurzen Zeitraum von ähnlichen Problemen berichteten, ist davon auszugehen, dass ein technisches, inzwischen aber bereits behobenes Problem aufgetreten war.

Die zulässigen Beschwerdeeingänge in der **Kfz-Kaskoversicherung** sind im Vergleich zum Vorjahr von 1.680 auf 2.342 gestiegen. Dies entspricht einem Anstieg um 39,4 Prozent. Der Versicherungsschutz in der Kaskoversicherung erstreckt sich auf das Fahrzeug als solches und seine mitversicherten Teile. Während im Rahmen der Teilkaskoversicherung bestimmte Ereignisse wie Brand, Entwendung, Sturm, Hagel, Blitzschlag und Zusammenstöße mit (ggf. bestimmten) Tieren versichert sind, sichert die Vollkaskoversicherung 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 Anliegen in diesem Berichtsjahr betrafen wieder Diebstahlsfälle und Beschwerden, bei denen die Schadenshöhe strittig war. Unverändert blieb auch der häufigste Beschwerdeauslöser bei den Diebstahlsfällen: Die Versicherer erläuterten oftmals nicht, weshalb sie die Schadenregulierung ablehnten. Die Kunden wurden vielmehr ohne nähere Begründung auf den Rechtsweg verwiesen. Wie auch in den vergangenen Jahren wurde wiederholt von einigen Versicherern in diesem Zusammenhang im Schlichtungsverfahren der Wunsch geäußert, dass sich die Ombudsfrau nicht weiter mit den Beschwerden befassen möge, sondern sie „unbeschieden“ lasse. Eine solche Vorgehensweise sieht die Verfahrensordnung nicht vor. Aus diesem Grund wurden, wie bereits in den letzten Jahresberichten erwähnt, die jeweiligen Versicherer erneut 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.

Ähnlich verhielt es sich mit Vorgängen, bei denen Versicherer von ihnen erhobene Regressansprüche nicht belegen konnten. Beispielhaft hervorzuheben ist hier ein Beschwerdeverfahren, welches eine weiterhin oft vorkommende Problematik betrifft, das unerlaubte Entfernen vom Unfallort. Nach Ansicht des Versicherers hatte sich der Beschwerdeführer vorsätzlich von der Unfallstelle entfernt und damit arglistig gehandelt. Anhaltspunkte, die für einen gesteigerten Verschuldensvorwurf, eine „Täuschungskomponente“ sprachen, konnten den Unterlagen jedoch nicht entnommen werden. Nachdem der Versicherer auf die von ihm zu tragende Beweislast hingewiesen worden war, half er der Beschwerde ab.



Die Beschwerden zur Abrechnung des Schadenfalls hatten ihre Ursache häufig in vom Versicherer gekürzten Rechnungspositionen. Aber auch die Höhe des kalkulierten Wiederbeschaffungs- oder Restwerts war Beschwerdegegenstand. Da es der Ombudsfrau jedoch nicht möglich ist, selbst einen Sachverständigen zur weiteren Klärung hinzuzuziehen, blieb es in diesen Fällen, wie auch bereits in den Vorjahren, bei der Darstellung der Rechtslage. Bei der fiktiven Schadenabrechnung ist oftmals die Erforderlichkeit der kalkulierten Kosten streitig. In einem Vorgang hatte der Versicherer bei seiner fiktiven Schadenabrechnung auf ein ganz konkretes Angebot einer Werkstatt abgestellt. Es handelte sich dabei um das kostengünstigste Angebot seiner Ermittlungen. Nachdem sich die Ombudsfrau mit den folgenden Ausführungen an den Versicherer gewandt hatte, half er der Beschwerde ab:

„Eine vertragliche Regelung dahingehend, dass im Falle der fiktiven Schadenberechnung allein auf das kostengünstigste Angebot einer Werkstatt abgestellt wird, findet sich in den Versicherungsbedingungen nicht. Es bleibt daher bei der auch ansonsten geltenden Regelung in den Versicherungsbedingungen, wonach bei der fiktiven Abrechnung das Kriterium der „Erforderlichkeit“ ausschlaggebend ist. Als erforderlich wiederum sind die Reparaturkosten zu verstehen, die ein verständiger Versicherungsnehmer aufwenden muss, um den durch das Kaskoereignis entstandenen Schaden vollständig und fachgerecht beseitigen zu lassen. Dabei kann aber grundsätzlich weder auf das billigste noch auf das teuerste Angebot abgestellt werden (Stiefel/Maier, AKB Kommentar 19. Auflage 2017, A.2. Rn. 566). (...) Aus welchen Gründen es sich bei den Stundenverrechnungssätzen der Werkstatt des Beschwerdeführers, welche darüber hinaus auch eher den Stundenverrechnungssätzen der DEKRA ähneln, nicht um die in der Region geltenden durchschnittlichen Stundenverrechnungssätze handeln sollte, kann ich den Unterlagen ebenfalls nicht entnehmen. (...)“

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 regelmäßig 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.

Wie bereits im Jahr 2023 zeigte sich auch in diesem Berichtsjahr vermehrt, dass Beschwerden eingingen, weil Versicherer auf Anfragen ihrer Kunden nicht oder nicht zeitnah reagierten. Neben Verzögerungen bei der Schadenregulierung sind in diesem Zusammenhang verspätet beantwortete Versichererwechselanfragen



zu erwähnen. Als ursächliche Gründe nannten die Versicherer häufig ein erhöhtes Arbeitsaufkommen sowie Personalmangel. Im Rahmen des Streitbeilegungsverfahrens konnten in der Regel aber offene Fragen geklärt werden. Einige Versicherer nahmen das Schlichtungsverfahren zum Anlass, einen Vorgang abschließend zu bearbeiten und – sofern im Einzelfall möglich – eine Schadenregulierung vorzunehmen beziehungsweise dem Nachversicherer die von ihm angeforderte Auskunft zum Vertrag zu erteilen. Dem Nachversicherer war es dadurch möglich, den Vertrag „endgültig“ einzustufen.

■ Rechtsschutzversicherung

Die Schlichtungsstelle erreichten im Berichtsjahr in der Sparte Rechtsschutzversicherung 2.936 zulässige Beschwerden. Nach dem zweiten Anstieg in Folge (2022: 2.565; 2023: 2.637) machte diese Sparte im Berichtsjahr 18,7 Prozent am Gesamtaufkommen aus und war damit an zweiter Stelle bei den zulässigen Eingängen.

Die starke Zunahme der Beschwerden hat zwei Ursachen. Zum einen ist das Versicherungsprodukt Rechtsschutzversicherung rechtlich ausgesprochen komplex und wirft deshalb immer wieder schwierige und dem Laien nur schwer vermittelbare Rechtsprobleme auf. Zum anderen hatten viele Eingaben (ca. 300 Beschwerden) den sogenannten „Scraping-Komplex“ zum Gegenstand. In den dabei zugrunde liegenden Ausgangsverfahren ging es besonders häufig darum, dass Nutzer von Social-Media-Plattformen Schadensersatz-, Unterlassungs- und Auskunftsansprüche geltend machten, weil bei den Social-Media Plattformen ein Datenleck aufgetreten war.

Die Ombudsfrau bearbeitete im Berichtsjahr in der Sparte Rechtsschutz abschließend 2.840 zulässige Verfahren. Mit ca. 26 Prozent ist der Anteil der Fälle, in denen der Versicherer als direkte Reaktion auf die Beschwerde oder nach entsprechender Anregung durch die Ombudsfrau nachgab, im Vergleich zum Vorjahr (ca. 30 Prozent) etwas gesunken.

Eine Rechtsschutzversicherung unterstützt den Versicherten bei der Durchsetzung seiner rechtlichen Interessen und stellt diesen von den versicherten Kosten frei. Unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang ein Anspruch auf Versicherungsschutz besteht, bestimmen der Versicherungsvertrag und die zugrunde liegenden ARB. Rechtsschutz wird jedoch nicht allgemein versichert. Es gilt der Grundsatz der Spezialität: Das bedeutet, dass der Versicherer nur bestimmte, vertraglich ausdrücklich vereinbarte Risiken trägt, die im Bedingungswerk exakt beschrieben sind. Eine Folge des Grundsatzes der Spezialität des versicherten Risikos ist, dass der Versicherungsnehmer ausschließlich für seinen versicherten Bereich Rechtsschutz genießt. Ob der versicherte Bereich betroffen ist, ist nicht immer ganz leicht zu beantworten. Die Problematik soll an folgendem Fall verdeutlicht werden:

Die Beschwerdeführerin, die einen Rechtsschutzvertrag für ihren privaten Bereich bei der Beschwerdegegnerin unterhielt, wünschte Versicherungsschutz für eine vertragsrechtliche Auseinandersetzung. Im Jahr 2023 erwarb die Beschwerde-



führerin eine Photovoltaikanlage (8,4 kWp) und einen hieran angeschlossenen Batterieheimspeicher von der Gegenseite. Aufgrund diverser Probleme bei gleichartigen Speichermodule wurden die verbauten Batteriespeicher durch den Hersteller in der Leistungsfähigkeit gedrosselt. Die Beschwerdeführerin wollte von dem Vertrag mit der Gegenseite zurücktreten. Den hierfür beantragten Kostenschutz lehnte ihr Rechtsschutzversicherer ab, da für Rechtsschutzfälle, die im Zusammenhang mit einer selbstständigen Tätigkeit stehen, kein Versicherungsschutz bestehe. Dieser Ansicht schloss sich die Ombudsfrau nicht an. Vielmehr war die Auseinandersetzung dem versicherten Privatbereich zuzuordnen. Der Speicher diene in erster Linie der privaten Stromversorgung. Die Interessenwahrnehmung stand deshalb nicht im Zusammenhang mit einer selbstständigen Tätigkeit. Es ging um ein privates Risiko, nämlich die Frage, ob der Kaufvertrag über den zur privaten Stromspeicherung erworbenen Batteriespeicher mit der Begründung rückabgewickelt werden konnte, dass dieser Speicher mangelhaft gewesen sei. Selbst wenn das Betreiben einer (kleineren) Photovoltaikanlage nach den vereinbarten ARB als selbstständige Tätigkeit gelten sollte, stand diese Tätigkeit (Stromerzeugung und Einspeisung in das öffentliche Netz) nicht im Zusammenhang mit dem Stromspeicher. Einerseits war der Speicher selbst nicht notwendig, um die Photovoltaikanlage zu betreiben. Andererseits diene er nicht der Erzeugung von Strom, sondern der Speicherung des bereits erzeugten Stroms für den späteren Eigenverbrauch. Da ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer eine angenommene selbstständige Tätigkeit in Bezug auf das Erzeugen von Strom durch die Photovoltaikanlage und das Einspeisen in das öffentliche Netz von dem Streit über einen mangelhaften Stromspeicher trennen würde, war es für die Bewertung der Rechtslage unerheblich, ob der Speicher nachträglich oder mit der Photovoltaikanlage als sogenanntes „Komplettpaket“ erworben wurde. Auf entsprechende Anregung der Ombudsfrau prüfte die Beschwerdegegnerin die Leistungsablehnung erneut und half schließlich der Beschwerde ab.

Ein Schwerpunkt in der Rechtsschutzversicherung war im Berichtsjahr erneut die zeitliche Einordnung des Rechtsschutzfalls. Insgesamt erreichten die Schlichtungsstelle zu dieser Thematik fast 550 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 11/18 und IV ZR 195/18]). Eine Klausel, welche die Bestimmung des sogenannten verstoßabhängigen Rechtsschutzfalls auch von den gegnerischen Tatsachenbehauptungen im Ausgangsstreit abhängig macht, benachteiligt den Versicherungsnehmer entgegen Treu und Glauben unangemessen und ist daher unwirksam (BGH, Urteil vom 31. März 2021 [IV ZR 221/19]). Anderenfalls hätte es der Gegner in der Hand, dem Versicherungsnehmer den Rechtsschutz zu entziehen, indem er sich auf lange zurückliegende Verstöße beruft, die möglicherweise bereits in vorversicherter Zeit liegen. Dies entspräche nicht dem Verständnis eines durchschnittlichen



Versicherungsnehmers von einem Rechtsschutzfall. Auf diese Rechtsprechung haben einzelne Rechtsschutzversicherer reagiert und potenziell sehr kostenträchtige Interessenwahrnehmungen, bei denen noch dazu eine gesteigerte Gefahr von Zweckabschlüssen besteht, vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Auch der Leistungsumfang, den eine Rechtsschutzversicherung bietet, führte zu Beschwerden. Diesen Beschwerden lagen häufig Auseinandersetzungen zugrunde, die durch einen Vergleich beendet werden konnten. Hierzu folgender Beispielsfall:

Ein Versicherungsnehmer hatte von seinem Arbeitgeber die Kündigung seines Beschäftigungsverhältnisses erhalten. Da er die darin angeführten Gründe bestritt, erachtete er die Kündigung als unwirksam und setzte sich hiergegen mit einer Kündigungsschutzklage zur Wehr. Zur Beendigung des Rechtsstreits wurden im Rahmen eines Vergleichs auch unstrittige Punkte mitgeregelt, um das Rechtsverhältnis insgesamt zu „bereinigen“. Nachdem der Versicherer seinen Versicherungsnehmer nur von den Kosten, errechnet aus dem Kündigungsstreitwert und nicht nach dem Gesamtstreitwert unter Berücksichtigung der mitvergleichenen Punkte, freistellte, wandte er sich mit einer Beschwerde an die Ombudsfrau.

Nach Prüfung der Sach- und Rechtslage konnte die Ombudsfrau der Beschwerde nicht zum Erfolg verhelfen. Die Frage, ob ein Rechtsschutzversicherer die Kosten auch für solche Punkte zu übernehmen hat, die im Rahmen eines Vergleichs mitgeregelt wurden, wenn diese nicht streitig waren oder es insoweit an einem Versicherungsfall fehlte, hatte der BGH vor einigen Jahren dahingehend geklärt, dass der Versicherer grundsätzlich leistungspflichtig ist, wenn die mitgeregelten Punkte rechtlich mit dem Ausgangsrechtsstreit zusammenhängen und im Übrigen vom Versicherungsschutz umfasst sind (Urteil vom 14. September 2005 [IV ZR 145/04], zu finden unter dejure.org). Im Hinblick auf dieses Urteil haben einige Rechtsschutzversicherer ihre ARB entsprechend geändert und weisen im Abschnitt über den Leistungsumfang ausdrücklich darauf hin, dass ein „Eintritt eines Rechtsschutzfalls (...) auch bei mit erledigten Angelegenheiten erforderlich“ ist oder dass Kosten, „soweit diese aufgrund einer einverständlichen Regelung über unstrittige oder nicht versicherte Ansprüche entstanden sind“, vom Versicherungsschutz nicht umfasst sind. Solche Regelungen blieben gerichtlich überwiegend unbeanstandet bzw. wurden ausdrücklich als wirksam erachtet.

Da durch Ausschlussklauseln Teilrisiken, die an sich im Versicherungsschutz in den jeweiligen Leistungsarten enthalten sind, vom Versicherungsschutz wieder ausgenommen werden, besteht hier ein hohes Beschwerdepotential. Besonders beschwerdeträchtig waren Risikoausschlussklauseln für verschiedene Kapitalanlagegeschäfte. Dabei ging es auch um Anlagen in Kryptowährung. Das Verständnis von der Reichweite des Kapitalanlageausschlusses ist in der Rechtsprechung noch nicht verlässlich geklärt. In der Schlichtungspraxis hat die Ombudsfrau den 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.



Beschwerden im Zusammenhang mit der Diesel-Abgasaffäre waren im Berichtsjahr kaum zu verzeichnen. Eine neue Fallgestaltung gewann hingegen an Bedeutung: Nutzer von Social-Media-Plattformen verlangten Rechtsschutzdeckung für die Geltendmachung von Schadensersatz-, Unterlassungs- und Auskunftsansprüchen, nachdem es bei den Plattformbetreibern zu Datenlecks gekommen war und ihre persönlichen Daten in fremde Hände geraten waren. Die betroffenen Versicherer lehnten eine Kostenübernahme aus verschiedenen Gründen ab. Einige Versicherer machten geltend, der Versicherungs- bzw. Rechtsschutzfall sei vor Versicherungsbeginn eingetreten, wenn der Rechtsschutzversicherungsvertrag zum Zeitpunkt der Registrierung auf der Internetplattform noch nicht bestand. Der Rechtsschutzfall sei nicht zum Zeitpunkt der behaupteten Datenentwendung, sondern bereits mit Beginn der Plattformnutzung eingetreten. Denn die erforderlichen Sicherheitsanforderungen sollen zu keiner Zeit erfüllt gewesen sein. Aufgrund divergierender Rechtsprechung waren die Beschwerden für eine Entscheidung nicht geeignet (§ 9 Absatz 1 lit. c) VomVO; § 14 Absatz 2 Ziffer 4 lit. b) VSBG). In den unteren Instanzen wurden die aufgeworfenen Fragen uneinheitlich und zum Teil undifferenziert und ohne nähere Begründung beantwortet. Teilweise wurde der Rechtsschutzfall nicht einmal für jeden Streitgegenstand gesondert bestimmt, teilweise wurde in zeitlicher Hinsicht auf die Kontoeröffnung bzw. den Beginn des Nutzungsverhältnisses abgestellt oder auf den Zeitpunkt des Datenscraping-Vorgangs alternativ auf die Veröffentlichung der personenbezogenen Daten. Keine der Entscheidungen berücksichtigte darüber hinaus, dass der Rechtsschutzfall – was die Geltendmachung der immateriellen Schadensersatzansprüche anbelangt – nach den Regelungen zum Rechtsschutzfall für den Schadensersatzanspruch zu beurteilen ist. Da zu diesem Thema mit weiteren Gerichtsentscheidungen zu rechnen ist, lehnte die Ombudsfrau die Befassung mit der Beschwerde wegen grundsätzlicher Bedeutung ab und regte gegenüber den Beschwerdeparteien an, die weitere Rechtsprechung hierzu zu verfolgen. In den weit überwiegenden Fällen aber erhoben die Versicherer den Einwand, das rechtliche Vorgehen biete keine hinreichenden Erfolgsaussichten. Insbesondere seien die Schadensersatz- bzw. Schmerzensgeldansprüche in der geltend gemachten Höhe (zumeist 5.000 Euro) überzogen. Seit der Entscheidung des BGH im Berichtsjahr, wonach schon allein der Verlust der Kontrolle über die eigenen Daten für einen Anspruch auf immateriellen Schadensersatz ausreicht (Urteil vom 18. November 2024 [VI ZR 10/24]), dieser sich jedoch „lediglich“ auf 100 Euro beschränken dürfte, konnte die Schlichtungsstelle zu dieser Teilfrage keine weiteren Neubeschwerden verzeichnen.

Nach wie vor viele Beschwerden betreffen die Nichtanerkennung der Bindungswirkung von anwaltlichen Stichentscheiden in der Rechtsschutzversicherung. Diese Stichentscheide werden häufig vom Rechtsanwalt des Versicherten erstellt und bestätigen, was nahe liegt, regelmäßig die Rechtsauffassung des Versicherungsnehmers; die Versicherer wandten dann oftmals ein, das Ergebnis weiche offenbar von der wirklichen Sach- und Rechtslage erheblich ab. Deshalb erkannten sie die Stichentscheide nicht als wirksam an und bestritten deren Bindungswirkung. Dabei ist herauszustellen, dass in einem Stichentscheid nicht zu prüfen ist, ob die Interessenwahrnehmung tatsächlich erfolgreich sein wird. Vielmehr ist Prüfungsgegenstand, ob sowohl in tatsächlicher als auch in rechtlicher Hinsicht der Standpunkt des Versicherungsnehmers zumindest vertretbar



2 BERICHT DER OMBUDSFRAU

oder in tatsächlicher Hinsicht zumindest eine Möglichkeit der Beweisführung gegeben ist. Dass das Stichentscheid-Verfahren den eigentlichen Streitfall nur sehr selten befriedet, mag u.a. daran liegen, dass es dem Versicherungsnehmer freisteht, welchen Anwalt er mit der Fertigung eines Stichentscheids beauftragt. In den vielen Fällen, in welchen der Versicherungsnehmer bereits anwaltlich vertreten wird, ist dies regelmäßig der Anwalt, der auch schon die (abgelehnte) Deckungsanfrage für die zugrunde liegende Auseinandersetzung gestellt hat. Ein Anwalt, der eine Deckungsanfrage gestellt hat, wird die Frage nach den Erfolgsaussichten der beabsichtigten Interessenwahrnehmung für sich bereits bejaht haben.

Vereinzelt war im Berichtsjahr zu beobachten, dass der Versicherer erkennbar als Gegner seines Versicherungsnehmers auftrat und teilweise schärfer um die Erfolgsaussichten der zugrunde liegenden Auseinandersetzung stritt als der Gegner in der Hauptsache. Das führte dazu, dass einige der beschwerdeführenden Rechtsanwälte die Notwendigkeit des dem Schlichtungsverfahren vorgelagerten Stichentscheid-Verfahrens offen in Frage gestellt haben. Nicht zu unterschätzen ist zudem die Gefahr, dass das Vertrauen zum Versicherer nachhaltig gestört wird.

Die Rechtsschutzversicherer haben ein Wahlrecht, welches vorrangige Schlichtungsverfahren sie in der Konstellation „Ablehnung wegen fehlender Erfolgsaussichten oder Mutwilligkeit“ in ihren Versicherungsbedingungen vereinbaren. Vorzugswürdig erscheint das Schiedsgutachterverfahren. Ein Schiedsgutachter ist ein seit mindestens fünf Jahren zur Rechtsanwaltschaft zugelassener Rechtsanwalt, der vom Präsidenten der für den Wohnsitz des Versicherungsnehmers zuständigen Rechtsanwaltskammer benannt wird. Er muss, ebenso wie ein im Sachverständigenverfahren tätiger Gutachter und ein gerichtlicher Sachverständiger, unparteiisch sein. Das Gutachterverfahren findet seine gesetzliche Grundlage in § 128 VVG und dient dem Interesse des Versicherungsnehmers an rascher, objektiver und endgültiger Klärung des Versicherungsschutzes bei umstrittenen Erfolgsaussichten oder dem Einwand der Mutwilligkeit.

Im Berichtsjahr spielten Vertragsfragen in der Rechtsschutzversicherung nur eine untergeordnete Rolle (ca. 4 Prozent). Im Wesentlichen betraf dies ordentliche Kündigungen des Versicherers. In diesen Fällen beschränkte sich die Prüfung der Ombudsfrau regelmäßig darauf, ob der Versicherer den Vertrag form- und fristgerecht gekündigt hatte. War das der Fall, war die Entscheidung des Versicherers nicht zu beanstanden. Die Ombudsfrau kann dem Versicherer weder das vertraglich eingeräumte Kündigungsrecht absprechen noch die wirtschaftlichen Überlegungen des Versicherungsunternehmens, die im konkreten Fall zu einer Kündigung des Vertrages geführt haben mögen, bewerten. Dies erläuterte sie den Beschwerdeführern ausführlich.



■ Lebensversicherung

Im Jahr 2024 erhielt die Schlichtungsstelle 2.653 (Vorjahr: 2.915) zulässige Beschwerden zur Lebensversicherung und damit 9,0 Prozent weniger als im Vorjahr. Mit einem Anteil von 16,9 Prozent am Gesamteingang zulässiger Beschwerden ist die Sparte damit die drittstärkste im Berichtsjahr. Die Sparte „Lebensversicherung“ umfasst 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 Restschuldversicherungen sowie Verträge zur betrieblichen Altersversorgung (bAV) hierunter gefasst.

Die Hauptthemen, die die Schlichtungsstelle im Berichtsjahr beschäftigten, haben sich gegenüber dem Vorjahr nicht geändert.

Viele Beschwerden betrafen wieder die Zurückweisung von Widersprüchen nach § 5a VVG in der Fassung vor 2008 (VVG a. F.), von Rücktritten nach § 8 Absatz 5 VVG a. F. sowie von Widerrufen nach § 8 in der ab dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung des VVG (VVG 2008).

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.).

Nach wie vor ist es zwischen den Versicherungsnehmern und den Unternehmen in vielen Fällen streitig, ob eine ordnungsgemäße Belehrung vorliegt. Im Berichtsjahr hat der BGH insoweit wieder in verschiedenen Entscheidungen für etwas mehr Klarheit gesorgt.

So hat der BGH am 21. Februar 2024 (IV ZR 297/22) entschieden, dass die Widerspruchsbelehrung fehlerhaft ist, wenn durch die Benennung nur des Erhalts des Versicherungsscheins der unzutreffende Eindruck erweckt wird, der Fristbeginn werde allein daran geknüpft.

In seinem Urteil vom 17. Januar 2024 (IV ZR 19/23) hat der BGH dagegen in einem etwas anders gelagerten Fall entschieden, dass eine Belehrung, die für den Fristbeginn nur auf den „Zugang dieses Schreibens“ abstellt, zwar unrichtig ist, der betroffenen Versicherungsnehmerin aber hierdurch nicht die Möglichkeit genommen wurde, ihr Widerspruchsrecht im Wesentlichen unter denselben Bedingungen auszuüben wie bei zutreffender Belehrung. Denn auf der ersten Seite des nur zwei Seiten umfassenden Begleitschreibens wurde ausdrücklich auf die Übersendung von Versicherungsschein, Versicherungsbedingungen und Verbraucherinformationen hingewiesen. Die Möglichkeit der Ausübung des Widerspruchsrechts nach



2 BERICHT DER OMBUDSFRAU

§ 5a Absatz 1 Satz 1 VVG a. F. mehrere Jahre nach Vertragsbeginn wurde ihr daher versagt.

Außerdem gab es wichtige Entscheidungen des BGH zum Widerrufsrecht nach §§ 8, 152 VVG 2008. In seinen Urteilen vom 11. Oktober 2023 (IV ZR 40/22 und IV ZR 41/22) und vom 24. Januar 2024 (IV ZR 306/22) klärte der BGH die Frage, ob in der Widerrufsbelehrung auch auf die Erstattung von Nutzungen hinzuweisen ist. Hierzu wurde auch schon im Vorjahr berichtet.

Für verschiedene Fallgestaltungen regelt das Gesetz unterschiedliche Rechtsfolgen des Widerrufs. Wenn der Versicherungsnehmer nicht seine Zustimmung zum Beginn des Versicherungsschutzes vor Ablauf der Widerrufsfrist erteilt hat oder wenn der Versicherungsschutz erst nach Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, muss der Versicherer nach einem wirksamen Widerruf gemäß § 346 ff. BGB neben den empfangenen Leistungen auch die von ihm gezogenen Nutzungen herausgeben.

Damit dem Versicherungsnehmer klar ist, in welcher Konstellation welche gegenseitigen Ansprüche bestehen und somit welche wirtschaftlichen Folgen der Widerruf für ihn hat, muss er zumindest über seine wesentlichen Rechte informiert werden. Dazu gehört grundsätzlich auch ein Hinweis auf die Herausgabe der Nutzungen.

Allerdings kann der fehlende Hinweis auf bestimmte, im Gesetz vorgesehene Rechtsfolgen des Widerrufs unschädlich sein, wenn diese für den konkreten Versicherungsvertrag rechtlich ausgeschlossen sind. Das war in den vom BGH geprüften Fällen indes nicht der Fall.

Bei entsprechenden Beschwerden, bei denen die Widerrufsbelehrung keinen Hinweis auf die Erstattung von Nutzungen enthält, war somit zu prüfen, ob eine Zustimmung zum Beginn des Versicherungsschutzes vor Ablauf der Widerrufsfrist erteilt wurde und ob ausgeschlossen war, dass der Versicherungsschutz erst nach Ablauf der Widerrufsfrist beginnt.

Die erwähnte Zustimmung kann ausdrücklich erfolgen. In seinem Urteil vom 24. Januar 2024 (IV ZR 306/22) hat der BGH entschieden, dass sie aber auch konkludent erfolgen kann. Voraussetzung für die Annahme einer konkludenten Zustimmungserklärung ist, dass der Versicherungsnehmer über das Widerrufsrecht belehrt wurde oder der Versicherer aufgrund der Umstände davon ausgehen konnte, diesem sei sein Widerrufsrecht bekannt gewesen. Andernfalls bringt der Versicherungsnehmer aus Sicht des Erklärungsempfängers nicht schlüssig zum Ausdruck, dass er mit dem Versicherungsbeginn vor Ablauf der Widerrufsfrist einverstanden ist (vgl. BGH, Urteil vom 13. September 2017, IV ZR 445/14).

Nach dem strengen Wortlaut der BGH-Entscheidung vom 24. Januar 2024 ist eine Zustimmung zu einem vorzeitigen Beginn des Versicherungsschutzes vor Ende der Widerrufsfrist nur konkludent erfolgt, wenn der vereinbarte Versicherungsbeginn wie in der dem Urteil zugrunde liegenden Konstellation noch vor dem Zeitpunkt der Antragstellung liegt und der Versicherungsnehmer über das grundsätzliche Bestehen eines Widerrufsrechts informiert ist (Rn. 14).



2 BERICHT DER OMBUDSFRAU

In einigen beschwerdegegenständlichen Vertragskonstellationen lag der vereinbarte Versicherungsbeginn zeitlich gesehen aber nicht vor der Antragstellung. Es steht jedoch nicht sicher fest, dass der BGH die Fälle, in denen der vereinbarte Versicherungsbeginn nach Antragstellung, aber trotzdem noch vor Ablauf der Widerrufsfrist liegt, von der Möglichkeit einer konkludenten Zustimmung ausnehmen wollte. So führt er unter Rn. 17 (a. a. O.) weiter aus, dass für § 9 Absatz 1 VVG eine grundsätzliche Kenntnis von der Existenz des Widerrufsrechts und der dazu laufenden Frist genüge, um dem Verhalten des Versicherungsnehmers entnehmen zu können, dass er vor Ablauf dieser Frist mit dem Versicherungsschutz beginnen will.

Auch das OLG Karlsruhe hat in seinem Beschluss vom 15. April 2024 zu dem Az. 12 U 142/23 unter Verweis auf das Urteil des BGH vom 24. Januar 2024 eine konkludente Zustimmung bejaht, obwohl der Antrag auf Vertragsabschluss zeitlich gesehen vor dem geplanten Versicherungsbeginn lag. Der Versicherungsnehmer sei zum Zeitpunkt der Antragstellung darüber informiert gewesen, dass er seine Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen widerrufen könne. Aufgrund dieser Information sei für ihn erkennbar gewesen, dass die Widerrufsfrist erst nach dem vorgesehenen Versicherungsbeginn enden werde. Dies sei ausreichend. Zu dem gleichen Ergebnis kommt das OLG Hamm in seinem Beschluss vom 22. April 2024 (20 U 198/23). Hier lag die Antragstellung ebenfalls vor dem geplanten Versicherungsbeginn. Das Gericht verweist in der Begründung auf das Urteil des BGH vom 24. Januar 2024, wo der Zeitpunkt des Versicherungsbeginns sogar vor Antragstellung – und damit „erst Recht“ vor Ablauf der Widerrufsfrist – gelegen habe.

Die Frage, ob der BGH in den beschwerderelevanten Fällen eine konkludente Zustimmung zum Beginn des Versicherungsschutzes vor Ende der Widerrufsfrist allein auf Grund der Tatsache, dass der Versicherungsbeginn nach Antragstellung liegt, verneinen würde, kann im vereinfachten Schlichtungsverfahren jedoch nicht entschieden werden. Es sprechen aber gute Gründe dafür, dass hier ebenfalls eine konkludente Zustimmung möglich sein sollte.

Bei Vorliegen einer nicht ordnungsgemäßen Belehrung haben sich die Versicherungsunternehmen, wie schon in den vergangenen Jahren, in vielen Fällen auf den Einwand der Verwirkung berufen.

Ein Recht ist nach der ständigen Rechtsprechung des BGH verwirkt, wenn seit der Möglichkeit der Geltendmachung längere Zeit verstrichen ist (Zeitmoment) und besondere Umstände hinzutreten, die die verspätete Geltendmachung als Verstoß gegen Treu und Glauben erscheinen lassen (Umstandsmoment). Letzteres ist der Fall, wenn der Verpflichtete bei objektiver Betrachtung aus dem Verhalten des Berechtigten entnehmen durfte, dass dieser sein Recht nicht mehr geltend machen werde. Ferner muss sich der Verpflichtete im Vertrauen auf das Verhalten des Berechtigten in seinen Maßnahmen so eingerichtet haben, dass ihm durch die verspätete Durchsetzung des Rechts ein unzumutbarer Nachteil entstünde (vgl. BGH, Urteil vom 7. Mai 2014 – IV ZR 76/11). Im vorgenannten Urteil hat der BGH entschieden, dass der Versicherer grundsätzlich kein schutzwürdiges Vertrauen beanspruchen kann, wenn er die Situation selbst dadurch herbeigeführt



hat, dass er den Versicherungsnehmer nicht ordnungsgemäß über sein Lösungsrecht belehrte. Nur ausnahmsweise kann die Ausübung des Widerrufsrechts wegen treuwidrigen Verhaltens trotz nicht ordnungsgemäßer Belehrung ausgeschlossen sein (Beschlüsse des BGH vom 27. Januar 2016 und 22. März 2016 – IV ZR 130/15). Für eine Treuwidrigkeit müssen nach der Rechtsprechung des BGH neben dem Zeitablauf besonders gravierende Umstände vorliegen. Selbst bei längerem Zeitablauf reichen geringere Umstandsmomente nicht aus (BGH, Beschluss vom 28. Oktober 2020 – IV ZR 272/19). Es kommen nur Handlungen in Betracht, die den zwingenden Schluss zulassen, dass der Versicherungsnehmer in Kenntnis seines Lösungsrechts vom Vertrag an diesem festgehalten und von seinem Recht keinen Gebrauch gemacht hätte (BGH, Beschlüsse vom 13. und 27. Januar 2016 – IV ZR 117/15 und IV ZR 130/15).

Nach wie vor gehen die Rechtsansichten der unterinstanzlichen Rechtsprechung zu dieser Thematik auseinander. Manche Unternehmen vertreten noch immer die Auffassung, dass das Zeitmoment im konkreten Fall derart überwiege, dass das Umstandsmoment dahinter zurückstehen könne oder auch nicht bedeutende Umstände ausreichend für die Annahme der Verwirkung seien. Der IV. Senat des BGH stellt jedoch regelmäßig – auch in jüngeren Entscheidungen – klar, dass auch bei längerem Zeitablauf Umstände geringeren Gewichts nicht ausreichend sind. Zudem hat der BGH auch im Laufe des Berichtsjahres in weiteren Entscheidungen deutlich gemacht, dass gewöhnliche Vertragsdurchführungen, wie beispielsweise Widersprüche des Versicherungsnehmers gegen dynamische Beitragserhöhungen, die Vereinbarung einer Beitragsreduzierung oder die Beitragsfreistellung weder für sich genommen noch im Rahmen einer Gesamtschau besonders gravierende Umstände sein können (zum Beispiel Urteil vom 10. Juli 2024 – IV ZR 196/22). Auch hat der BGH im beispielhaft genannten Urteil dem Umstand der Inanspruchnahme steuerlicher Vorteile zum staatlich geförderten Basisrentenvertrag keine Bedeutung im Rahmen der Verwirkung beigemessen.

Gestützt auf die vorgenannte Rechtsprechung des BGH konnten in diesem Bereich einige Abhilfen erreicht werden. In Grenzfällen wurden Schlichtungsvorschläge unterbreitet. So hat sich zum Beispiel die Frage gestellt, ob der BGH das vom Versicherer angeführte Umstandsmoment der Zulagenbeantragung und -gewährung bei einer Riesterrente nicht ebenfalls als nicht besonders gravierenden Umstand werten würde. Auch bei den erhaltenen Riesterzulagen handelt es sich um die durch diese Vertragsform eröffnete Inanspruchnahme staatlicher Fördervorteile. Aufgrund des vorgenannten Urteils vom 10. Juli 2024 bestehen Zweifel daran, dass die Zulagenbeantragung und der Erhalt der Zulagen eine Besonderheit darstellen, aus der auf eine Verwirkung des Widerspruchsrechts zu schließen wäre. Auch bei der Inanspruchnahme staatlicher Fördervorteile in Form der Zulagengewährung handelt es sich um ein grundlegendes Merkmal staatlich geförderter Riesterverträge, das wohl nahezu alle Versicherungsnehmer für sich nutzen möchten. Die Möglichkeit der staatlichen Förderung ist den Verträgen immanent. Ihre Beantragung und deren Erhalt dürfte daher aus Sicht des Versicherers kein solches Maß an Vertrauen auf den Fortbestand des Vertrages erzeugen, wie es zum Beispiel beim zeitnahen Einsatz der Lebensversicherung zur Kreditsicherung der Fall ist. Die Ombudsfrau unterbreitete daher einen Schlichtungsvorschlag.



2 BERICHT DER OMBUDSFRAU

Eine Verwirkung hat der BGH dagegen in seinem Urteil vom 4. September 2024 (IV ZR 365/22) für möglich gehalten, wenn durch den Versicherungsnehmer bei einer geförderten Altersrente (sog. Riester-Rente) wiederholte Vertragsanpassungen zu einer Erweiterung des Vertragsinhaltes vorgenommen wurden, die weit über den Bereich des ursprünglichen Leistungsversprechens hinausgingen.

Neben den Beschwerden zu den verschiedenen Vertragslösungsrechten von Versicherungsnehmern gab es wieder eine große Anzahl von Beschwerden zur Höhe von Ablauf- und Rentenleistungen. Ein Rückgang im Vergleich zum Vorjahr konnte aber bei Beschwerden zu den Bewertungsreserven verzeichnet werden.

Wie auch schon in den letzten Jahren beschwerten sich viele Versicherungsnehmer über die Kosten ihrer Verträge. Auch das Thema „doppelte Abschlusskosten“ bei Riesterrentenverträgen spielte dabei wiederholt eine nicht unerhebliche Rolle. Insoweit kann auf die Ausführungen des Vorjahresberichtes (Seiten 28–29) verwiesen werden.

Die Prüfung dieser Beschwerden ist verhältnismäßig aufwendig. Abhängig vom Gegenstand der Beschwerde erfolgte die Prüfung sowohl in rechtlicher als auch in versicherungsmathematischer Hinsicht. Die Versicherer stellten der Schlichtungsstelle hierfür die notwendigen Grundlagen für die interne Prüfung zur Verfügung (§ 8 VomVO). Im Berichtsjahr wurden insgesamt 547 Beschwerden einer genaueren mathematischen Prüfung unterzogen.

Vereinzelte Beschwerden richteten sich gegen die Ungleichbehandlung bei der Festsetzung der Überschüsse. Beschwerdeführer, die Verträge mit einem hohen garantierten Rechnungszins abgeschlossen hatten, beanstandeten, dass sie – anders als Versicherungsnehmer von Verträgen mit niedrigerem Rechnungszins – keine oder eine geringere Überschussbeteiligung erhielten. Mit diesem Thema befasste sich der BGH in seinem Urteil vom 18. September 2024 (IV ZR 436/22). Er entschied, dass weder die in § 153 Absatz 2 Satz 1 VVG geforderte Beteiligung der Versicherten am Überschuss nach einem verursachungsorientierten Verfahren noch der Gleichbehandlungsgrundsatz gemäß § 138 Absatz 2 VAG es im Grundsatz verbieten, bei der Zuteilung der Überschüsse auf die überschussberechtigten Verträge den Verträgen mit einer höheren Garantieverzinsung eine in Prozent ihres Deckungskapitals geringere Überschussbeteiligung zuzuteilen als den Verträgen mit einem niedrigeren Rechnungszins.

Etwas zugenommen haben Beschwerden zu den Rückkaufswerten. Unter anderem wenden sich die Beschwerdeführer dabei auch gegen Stornoabzüge, die anlässlich der Kündigung vom Rückkaufswert vorgenommen werden.

§ 169 Absatz 5 Satz 1 VVG bestimmt, dass der Versicherer zu einem Abzug von dem (nach § 169 Absatz 3 und 4 VVG berechneten) Rückkaufswert nur berechtigt ist, wenn er vereinbart, beziffert und angemessen ist.

Bei einem Versicherungsunternehmen sollte der Abzug nach der vertraglichen Regelung für die vorzeitige Kündigung des Vertrages je nach Kapitalmarktsituation unterschiedlich ausfallen. Das OLG Koblenz hat in seinem Urteil vom



2 BERICHT DER OMBUDSFRAU

5. Dezember 2024 (2 UKL 1/23) entschieden, dass die vom Versicherer verwendete Klausel unwirksam ist, weil sie mit wesentlichen Grundgedanken der gesetzlichen Regelung nicht zu vereinbaren ist. Das Gericht beanstandete unter anderem, dass der geregelte Stornoabzug nicht mehr als beziffert im Sinne des Gesetzes bezeichnet werden kann, denn es wird auf einen im Zeitlauf stetiger Veränderung unterliegenden Referenzzinssatz (Indexwert) verwiesen, der für den durchschnittlichen Versicherungsnehmer angesichts seiner komplexen Berechnungsmodalitäten nicht mehr nachvollziehbar ist und zudem vom Versicherer erst nach der tatsächlichen Kündigung des Versicherungsnehmers angegeben werden kann. Zum Ende des Berichtsjahres war das Urteil noch nicht rechtskräftig.

Anlass für Beschwerden gab wiederholt auch die Kürzung des Rentenfaktors bei fondsgebundenen Verträgen, der den Beschwerdeführern für den Rentenbeginn genannt worden war. Wegen der Abhängigkeit von der Kursentwicklung der besparten Fonds ist im Vorfeld nicht absehbar, wie hoch der Policenwert bei Rentenbeginn sein wird. Deshalb wird regelmäßig ein bestimmter Euro-Betrag je 10.000 Euro Policenwert als Rentenfaktor verwendet, um die voraussichtliche Monatsrente zu bestimmen. Einige Versicherer haben sich vorbehalten, den Rentenfaktor unter bestimmten Bedingungen anzupassen. In den Versicherungsbedingungen wird näher erläutert, welche Voraussetzungen vorliegen müssen, die den Versicherer dazu berechtigen, den Rentenfaktor mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders herabzusetzen.

Ob die Regelungen zur Festlegung des Rentenfaktors wirksam sind, konnte nicht abschließend geklärt werden. Eine einheitliche Rechtsprechung gibt es hierzu nicht. Das LG Köln entschied am 8. Februar 2023 (26 O 12/22), dass die von einem Unternehmen verwendeten Klauseln zur Anpassung des Rentenfaktors unwirksam sind und der Versicherer hieraus kein Recht zur Herabsetzung der Rente herleiten kann. In seinem Urteil vom 10. Juli 2023 (53 O 214/22) prüfte das LG Stuttgart Klauseln eines anderen Versicherungsunternehmens zur Anpassung des Rentenfaktors. Das Gericht kam zu dem Ergebnis, dass die von ihm geprüfte Regelung in den Versicherungsbedingungen, die den Versicherer einseitig zu einer Herabsetzung des Rentenfaktors berechtigt, weder gegen zwingende gesetzliche Vorschriften verstößt noch den Versicherungsnehmer entgegen dem Gebot von Treu und Glauben unangemessen benachteiligt. Gegen das Urteil wurden jedoch Rechtsmittel eingelegt. Im Berichtsjahr beschäftigte sich auch das AG Reinbek (14 C 473/23) mit diesem Thema. Es entschied, dass die Absenkung des Rentenfaktors nicht rechtskonform sei. Auch hier wurde Berufung eingelegt.

Die weitere Entwicklung der Rechtsprechung bleibt abzuwarten. Eine höchstgerichtliche Klärung dieser Frage gibt es noch nicht. Über die Wirksamkeit solcher Vertragsklauseln kann nicht im vereinfachten Schlichtungsverfahren entschieden werden. Die Klärung von Fragen mit so weitreichenden Folgen für eine Vielzahl von Verträgen bleibt nach der Verfahrensordnung den staatlichen Gerichten vorbehalten.

Es gab weiterhin wie in früheren Jahren viele Beschwerden, in denen die Beratung bei Vertragsabschluss aus unterschiedlichen Gründen beanstandet wurde. Nicht selten wurde moniert, dass auf die Einschränkungen der steuerlich geför-



derten Basisrente nicht ausreichend hingewiesen wurde. Besonderheiten im Vergleich zu den Vorjahren konnten nicht festgestellt werden. Zudem hatten einige Beschwerden die Prüfung von Ansprüchen aus Pflegerentenversicherungen zum Gegenstand. Schließlich richteten sich manche Beschwerden gegen die Ablehnung des Versicherers, eine Todesfallleistung aus dem Versicherungsvertrag zu leisten. Insoweit traten auch Fragestellungen zum Bezugsrecht auf.

■ **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 (bAV)

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

In fast allen 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 mit 464 zulässigen Beschwerdeeingängen im Berichtsjahr 14,4 Prozent der Beschwerden dieser Sparte aus. Der Anteil von beendeten bAV-Beschwerden ist zum vierten Mal in Folge um 12,6 Prozent gestiegen.

In Versicherungsverträgen der bAV ist der versorgungsberechtigte Arbeitnehmer, solange das Arbeitsverhältnis besteht, immer versicherte Person, nicht aber auch Versicherungsnehmer. Nach Beschäftigungsende kann die Versicherungsnehmerstellung auf den Arbeitnehmer übertragen werden und dieser den Versicherungsvertrag privat weiterführen. In dieser Mehrparteienkonstellation der bAV (Arbeitnehmer, Arbeitgeber, Versicherer und ggf. Unterstützungskasse) bestehen zudem arbeitsvertragliche, steuerliche und sozialversicherungsrechtliche Beziehungen. Da im Schlichtungsverfahren 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.



2 BERICHT DER OMBUDSFRAU

So hat etwa der versicherte Arbeitnehmer keine Vertragsgestaltungsrechte, solange der Arbeitgeber Versicherungsnehmer ist. Als bezugsberechtigter Versorgungsanwärter kann er aber bereits verschiedene Auskunft- und Feststellungsansprüche im Schlichtungsverfahren für sich prüfen lassen. Rechte an und Ansprüche aus einer Rückdeckungsversicherung, die eine Unterstützungskasse auf das Leben des versicherten Arbeitnehmers abgeschlossen hat, stehen diesem regelmäßig ebenfalls nicht zu.

Bei bAV-Verträgen muss zwischen dem Rechtsverhältnis des Arbeitgebers als Versicherungsnehmer zum Versicherer einerseits (Deckungsverhältnis) und der Beziehung zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber andererseits (Valutaverhältnis) unterschieden werden. Was der Arbeitgeber seinem Mitarbeiter betrieblich versprochen hat, muss der Versicherer nicht in jedem Falle erfüllen. Dieser schuldet grundsätzlich nur, was im Versicherungsvertrag vereinbart wurde.

Für die bAV gelten die Vorgaben des BetrAVG, die als Voraussetzung für die staatliche Förderung sowie den Insolvenz- und Pfändungsschutz der Versorgung beachtet werden müssen. Darunter fallen das Verfügungsverbot bei Unverfallbarkeit nach § 2 Absatz 2 BetrAVG, die Gestaltung des Bezugsrechts („enger Hinterbliebenenbegriff“), die Übertragbarkeit von Versorgungsanswartschaften 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 gerichtliche Teilung von Versorgungsanswartschaften bei Ehescheidung ist regelmäßiger Beschwerdeanlass, wenn etwa der ausgleichsberechtigte Ehegatte mit der Umsetzung des familiengerichtlichen Versorgungsausgleichsbeschlusses nicht zufrieden ist.

Auch das VVG enthält Regelungen speziell für die bAV, so die Pflicht des Versicherers, Beitragsrückstände nicht nur beim Versicherungsnehmer, sondern auch beim versicherten Arbeitnehmer anzumahnen und ihm 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. 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 nach Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung gemäß § 165 VVG kein gesetzlicher Anspruch auf beitragspflichtige Wiederinkraftsetzung besteht.

Vermittlungs- und Beratungsfragen beurteilen sich in der bAV ebenfalls anders als in der allgemeinen Lebensversicherung. Da der Versicherungsvertrag grundsätzlich durch den Arbeitgeber ausgewählt, ausgestaltet und abgeschlossen wird, findet auch die Vertragskommunikation hauptsächlich zwischen dem Arbeitgeber und dem Versicherungsunternehmen (oder ggf. der Unterstützungskasse) statt. Aufgrund seiner arbeitsvertraglichen Schutz- und Rücksichtnahmepflicht erge-



ben sich für den Arbeitgeber aber bestimmte Beratungs-, Hinweis- und Informationspflichten gegenüber dem versicherten Arbeitnehmer. Diese Pflichten beruhen auf den besonderen Umständen des Einzelfalls und sind das Ergebnis einer umfassenden Interessenabwägung (BAG, Urteil vom 18. Februar 2020 – 3 AZR 206/18 m. w. N.). Beschwerden, die sich auf die steuerliche Einordnung der Versorgungsbezüge oder die bAV-spezifische Gestaltung des Todesfallbezugsrechts beziehen, haben im Berichtsjahr zugenommen und berühren regelmäßig auch die Aufklärung des versicherten Arbeitnehmers bei Vertragsschluss.

Unverändert häufig beschweren sich versicherte Arbeitnehmer über die Erhebung von Krankenkassenbeiträgen auf betrieblich finanzierte Versorgungsbezüge nach dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG). Betroffene Versorgungsempfänger werden oftmals von den Abzügen überrascht und wenden sich vor allem gegen die wiederholte Belastung mit Sozialbeiträgen sowohl in der Anspar- als auch in der Auszahlungsphase. Beschwerden gegen den Beitragsbescheid der gesetzlichen Krankenkasse selbst sind im Schlichtungsverfahren unzulässig, denn sie betreffen das sozialversicherungsrechtliche Verhältnis und sind nach öffentlichem Recht zu beurteilen. Beschwerden über die rechnerische Herleitung der Kassenmeldung des Versicherers dagegen kann die Ombudsfrau prüfen und oft für Klärung sorgen.

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

Aufgrund der Verfügungsverbote im BetrAVG sowie verschiedener steuerlicher und sozialversicherungsrechtlicher Vorgaben ist ein kulant es Entgegenkommen des Versicherers oder eine Anpassung von Vertragsinhalten im Rahmen eines Vergleiches nicht immer möglich. In manchen Fällen muss der Versuch einer Befriedung darauf beschränkt werden, die komplexen Zusammenhänge verständlich zu erklären.

Restschuldversicherung

Im Berichtsjahr beendete die Ombudsfrau 97 (Vorjahr: 86) 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 hinsichtlich der versicherten Leistungen auf ein konkretes Darlehen abgestimmt



oder orientieren sich beispielsweise bei Versicherungen zu Kreditkartenkonten an dem bei Eintritt des Versicherungsfalls bestehenden Rückzahlungsstand.

Davon zu unterscheiden sind Raten- und Kredit-Ausfallschutzversicherungen. 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 die Versicherungsleistung. Streit ergab sich im Berichtsjahr etwa wieder in Bezug auf den Beginn der Leistungspflicht bei verspäteter Meldung des Versicherungsfalls. Hier kommt es maßgeblich auf die vertragliche Ausgestaltung an (vgl. Jahresbericht 2022, Seite 33).

In einigen Fällen lehnte es der Versicherer wegen bestehender Vorerkrankung ab, eine Leistung aus der Arbeitsunfähigkeitsabsicherung zu erbringen. Bei der Restschuldversicherung nehmen die Versicherer ganz überwiegend keine Risikoprüfung auf Grundlage von Gesundheitsfragen vor Vertragsschluss vor, welche die versicherte Person zuvor beantwortet hat. Nach dem Geschäftsmodell soll zeitgleich mit dem Darlehensvertrag das Zustandekommen einer Restschuldversicherung angeboten werden können. Dafür verwenden Restschuldversicherer Ausschluss- oder Wartezeitklauseln, wonach der Versicherungsschutz für Vorerkrankungen unter bestimmten Voraussetzungen eingeschränkt wird. Der BGH erklärte eine früher verwendete Klausel in seinem Urteil vom 10. Dezember 2014 (IV ZR 289/13) wegen Intransparenz für unwirksam. Dem Urteil lässt sich hingegen nicht entnehmen, dass die Verwendung solcher Ausschlussklauseln anstatt einer vorgelagerten Gesundheitsprüfung generell unzulässig wäre. Klauseln, wie sie vom BGH beanstandet wurden, verwenden die Versicherer in aller Regel nicht mehr. Bei einem Vertrag, dem eine etwas abgewandelte, aber dennoch kritische Klausel zugrunde lag, konnte die Ombudsfrau eine einvernehmliche Lösung erzielen. In den anderen Fällen prüfte sie, ob der vertraglich geregelte Ausschluss einschlägig ist, und erläuterte dem Beschwerdeführer die Rechtslage.

Grundsätzlich darf der Versicherer auch den für die Arbeitslosigkeit von ihm gebotenen Versicherungsschutz an bestimmte Voraussetzungen knüpfen und bestimmte Konstellationen ausschließen, ansonsten könnte er das übernommene Risiko nicht kalkulieren. Im Berichtsjahr gab es einige Fälle, in denen Beschwerdeführer mit ihrem Arbeitgeber einen Aufhebungsvertrag geschlossen oder den Arbeitsvertrag selbst gekündigt hatten. In diesen Fällen konnte die Ombudsfrau die Versicherungsunternehmen nicht zur Zahlung der Versicherungsleistung anhalten. Denn in aller Regel muss die Arbeitslosigkeit nach den getroffenen Vereinbarungen Folge einer Kündigung des Arbeitgebers sein. In einzelnen Verträgen wird zwar auch der Abschluss eines Aufhebungsvertrages akzeptiert, jedoch nur dann, wenn mit diesem eine betriebsbedingte Kündigung abgewendet werden soll. Selbstverständlich kann der Versicherungsnehmer auch andere gut nachvollziehbare Gründe dafür haben, ein bestehendes Arbeitsverhältnis zu beenden.



Allerdings kann es der Versicherer nicht in die Hände seines Kunden legen, den Versicherungsfall durch Aufgabe des Arbeitsplatzes selbst auszulösen.

Neben Eingaben wegen versagter Versicherungsleistung gab es erneut Beschwerden über die Höhe des Auszahlungsbetrags, wenn die Restschuldversicherung gegen Einmalbeitrag im Zusammenhang mit der vorzeitigen Darlehenstilgung gekündigt wurde. In wenigen Fällen beanstandeten Beschwerdeführer die Beratung beim Zustandekommen der Restschuldversicherung oder versuchten sich mit der Ausübung eines vermeintlich fortbestehenden Widerrufsrechts von ihrem Vertrag zu lösen.

■ Gebäudeversicherung

Im Jahr 2024 gingen bei der Ombudsfrau 2.047 (Vorjahr: 1.523) zulässige Beschwerden zur Wohngebäudeversicherung ein. Dies stellt einen Anstieg um 34,4 Prozent im Vergleich zum Vorjahr dar (in diesem wurde noch ein Rückgang um 13,9 Prozent verzeichnet). Der Anteil am Gesamtaufkommen der zulässigen Beschwerden erhöhte sich von 11,5 auf 13,1 Prozent. Die Zunahme des Beschwerdeaufkommens betraf alle versicherten Gefahren gleichmäßig. Sondereffekte, wie beispielsweise noch im Berichtsjahr 2021 (Seite 47 des Jahresberichts 2021) gab es nicht. Der Grund für die Zunahme von Beschwerden in der Elementarschadenversicherung mag damit begründet sein, dass der Zeitraum Juli 2023 bis Juni 2024 die niederschlagreichste Periode in Deutschland seit Auswertungsbeginn 1881 war (Quelle: Deutscher Wetterdienst). Auf die daraus resultierenden Schäden wird nachfolgend noch näher eingegangen.

Eine Wohngebäudeversicherung ist eine Versicherung, mit der die Sachsubstanz eines Gebäudes gegen Schäden durch bestimmte Gefahren versichert werden kann. Die Versicherer bieten regelmäßig eine Grunddeckung und eine separat abzuschließende Deckung für erweiterte Elementarschäden an. Über Zusatzaufbausteine oder erweiterte Deckungskonzepte kann der Versicherungsschutz erweitert werden. Der Grundsatz umfasst die Versicherung von Schäden durch Feuer, Sturm und Hagel, Leitungswasser sowie Rohrbruchschäden. Mit der Gefahr Feuer sind Schäden abgedeckt, die durch Brand, Blitzschlag oder Explosion entstehen. Der Versicherer zahlt auch, wenn ein Brand in einem Nachbargebäude schadenursächlich ist und in dem versicherten Gebäude nur Rußschäden eintreten. Die Abdeckung von Leitungswasserschäden umfasst zwei Bereiche. Neben Bruchschäden an Rohrleitungen und wasserführenden Einrichtungen sind auch Nässeschäden am Gebäude versichert, die infolge eines bestimmungswidrigen Leitungswasseraustritts entstehen. Sturmschäden sind ab einer Windstärke von 8 Beaufort abgedeckt. Die erweiterte Elementarversicherung deckt darüber hinaus Schäden durch Überschwemmung, witterungsbedingten Rückstau, Schneedruck, Erdbeben, Erdrutsch, Erdsenkung oder auch Erdbeben ab.

Zwar ist der Eigentümer eines Gebäudes gesetzlich nicht verpflichtet, eine Wohngebäudeversicherung abzuschließen. Gleichwohl ist dies empfehlenswert, denn die Reparaturkosten in einem Schadenfall können schnell eine nicht unerhebliche Größenordnung erreichen. Zu beachten ist darüber hinaus, dass ein Gebäude mit zunehmendem Alter schadenanfälliger wird und aufgrund des Klimawandels die Gefahr von Elementarschäden zunimmt.



Wie in der Vergangenheit entfiel ein Großteil des Beschwerdeaufkommens auf Leitungswasser- und Rohrbruchschäden, gefolgt von Sturm- sowie Elementarschäden. Dabei waren die Beschwerdeführer häufig mit der Höhe der vom Versicherer geleisteten Entschädigung nicht einverstanden. Vertragsfragen spielten in der Wohngebäudeversicherung am häufigsten im Zusammenhang mit einer Vertragskündigung eine Rolle. Nachfolgend werden einige typische Schadenkonstellationen näher dargestellt.

Die Leistungspflicht des Versicherers setzt voraus, dass ein Versicherungsfall eingetreten ist, also eine versicherte Sache durch eine vertraglich vereinbarte Gefahr zerstört oder beschädigt wurde oder abhandenkam. Dabei obliegt es dem Versicherungsnehmer als Anspruchsteller, den Nachweis zu führen, dass die tatbestandlichen Voraussetzungen eines Versicherungsfalls vorliegen. Der Grund hierfür ist die allgemeine zivilrechtliche Beweislastverteilung, die auch im Versicherungsrecht gilt. Gelingt es dem Beschwerdeführer nicht, den von ihm geforderten Nachweis eines Versicherungsfalls zu erbringen, oder verbleiben nach Aktenlage Zweifel, so geht dies zu seinen Lasten.

Bei Sturmschäden kommt die Beweislast in mehrfacher Hinsicht zum Tragen. In einem ersten Schritt ist vom Versicherungsnehmer der Nachweis zu führen, dass überhaupt ein Sturm im Sinne der Wohngebäudeversicherungsbedingungen geherrscht hatte. Sturm wird darin definiert als eine wetterbedingte Luftbewegung von mindestens Windstärke 8 nach der Beaufortskala, die am Versicherungsort vorgelegen haben muss. Steht dies fest, muss er in einem zweiten Schritt nachweisen, dass der Schaden am Gebäude durch die unmittelbare Einwirkung des Sturms verursacht wurde oder ein versicherter Sturmfolgeschaden eingetreten ist. Ob es zum Schadenzeitpunkt am Versicherungsort einen Sturm gab, lässt sich durch eine Wetterabfrage ermitteln. In der Regel veranlassen die Versicherer dies von sich aus. Stellt ein Wetterdienst fest, dass beispielsweise nur Windstärke 7 und somit kein Sturm zu verzeichnen war, ist nachvollziehbar, dass Versicherungsnehmer entsprechende Wetterauskünfte in Frage stellen. Ihnen bleibt aber die Möglichkeit, einen Gegenbeweis zu führen, indem sie nachweisen, dass die Luftbewegung Schäden an Gebäuden in einwandfreiem Zustand in der Umgebung des Versicherungsgrundstücks angerichtet hat. Steht fest, dass Sturm im Sinne der Bedingungen vorlag, folgt daraus aber noch nicht, dass der Versicherer die geltend gemachten Schäden uneingeschränkt regulieren muss. Er ist berechtigt, die Kausalität des Sturms für den Gebäudeschaden und die Schadenhöhe zu prüfen. Hierfür beauftragt er in der Regel einen Sachverständigen oder lässt den Schaden nach Aktenlage durch einen Dienstleister prüfen. Es liegt auf der Hand, dass das Gutachten eines Sachverständigen, der das Schadenbild vor Ort in Augenschein genommen hat, eine andere Aussagekraft hat als der Prüfbericht eines Dienstleisters nach Aktenlage. Diese geben ihre Einschätzung in der Regel durch die Auswertung von Fotos, Kostenvoranschlägen und Rechnungen ab. Der Ombudsfrau ist eine fachliche Beurteilung von Gutachten und Prüfberichten nur eingeschränkt möglich. Sie kann aber prüfen, ob sie in sich schlüssig und widerspruchsfrei sind. Bedenken treten beispielsweise dann auf, wenn sich die Prüfer nicht auf technische Feststellungen beschränken, sondern auch Einschätzungen zum Versicherungsschutz vornehmen. Gleiches gilt, wenn ohne eine fachliche Begründung pauschal festgestellt wird, dass kein Sturmschaden vorliegt.



In diesen Fällen wird der Versicherer von der Ombudsfrau um eine erneute Überprüfung gebeten. In manchen Fällen nimmt der Versicherer dann eine Teilregulierung vor oder er hilft der Beschwerde ab.

Nicht erst Großschadensereignisse wie die Ahrtalflut im Juli 2021 haben gezeigt, dass Gebäuden im Zuge des Klimawandels zunehmend Schäden durch Elementarereignisse drohen. Es sind aber etwa nur die Hälfte aller Wohngebäude in Deutschland gegen Elementarschäden wie Hochwasser und Starkregen versichert. Vor diesem Hintergrund wird schon lange diskutiert, ob eine Pflichtversicherung gegen Elementarschäden eingeführt werden soll. Das Für und Wider einer Pflichtversicherung kann hier nicht diskutiert werden. Es soll aber aufgezeigt werden, dass eine Elementardeckung nicht alle Naturschadenereignisse umfasst.

Am Beispiel einer Schadenkonstellation, die im Jahr 2024 wiederholt Gegenstand von Beschwerden war, wird dies deutlich. Zum Jahreswechsel 2023 auf 2024 kam es in zahlreichen Regionen infolge von Dauerregen zu einem Anstieg des Grundwasserspiegels. Dies hatte oft zur Folge, dass Wasser in den Kellern stand und die Gebäudesubstanz durchnässt wurde. Zur Schadenbeseitigung war es erforderlich, das eingedrungene Wasser abzupumpen, eine Gebäudetrocknung sowie Putz- und Malerarbeiten auszuführen. Auf welche Art und Weise Grundwasser in den Keller seines Hauses gelangte, wird einem Versicherungsnehmer egal sein. Für die Beurteilung des Versicherungsschutzes ist es jedoch von entscheidender Bedeutung. In den meisten Versicherungsbedingungen ist eine Überschwemmung als eine Überflutung von Grund und Boden des Versicherungsgrundstücks mit erheblichen Mengen von Oberflächenwasser definiert. Die Überflutung muss durch eine Ausuferung von oberirdischen Gewässern oder durch Witterungsniederschläge verursacht worden sein. Versichert ist auch der Fall, dass Grundwasser als Folge der Ausuferung von Gewässern oder Witterungsniederschlägen an der Erdoberfläche in Erscheinung tritt und das grundstücksüberflutende Wasser in das versicherte Gebäude eindringt. Schäden durch Grundwasser (soweit nicht infolge von Witterungsniederschlägen oder Ausuferung von oberirdischen Gewässern an die Erdoberfläche gedrungen) sind regelmäßig vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Der Hintergrund für diesen Ausschluss ist, dass eine intakte Gebäudeabdichtung das Eindringen von Grundwasser über die Bodenplatte oder Kellerwände in der Regel verhindert. Kommt es dennoch zu einem Wassereintritt, so spricht dies für eine fehlende oder mangelhafte Außenabdichtung der erdb berührenden Gebäudeteile. Anders ist es bei Grundwasser, das über die Erdoberfläche tritt und als Überschwemmung in das Haus eindringt. In diesem Fall greift die Elementardeckung. In denen der Ombudsfrau zur Prüfung vorgelegten Fällen war es häufig so, dass es am Versicherungsort über Monate intensiv geregnet hatte. Die Witterungsniederschläge waren jedoch nicht so stark, um eine Überschwemmung des Versicherungsgrundstücks hervorzurufen. In der Summe führten sie aber zu einem Ansteigen des Grundwasserspiegels. Erreichte dieser dann die Unterseite des Gebäudes, kam es zu einem Nässeschaden, der aus den dargestellten Gründen jedoch nicht versichert war.

Eine vertragliche Konstellation, die nicht allzu häufig auftritt, deren rechtliche Bewertung Beschwerdeführer jedoch immer wieder überrascht, ist folgende: Ein



Versicherungsnehmer entscheidet sich – oft auf Anraten von einem Vermittler einer anderen Gesellschaft oder einem Versicherungsmakler –, seine Gebäudeversicherung zu kündigen. Gleichzeitig schließt er eine neue Versicherung bei einem anderen Versicherer ab. Dabei geht bei dem Versicherungsnehmer manchmal unter, dass die Kündigung nicht abgeschickt wurde oder der Vorversicherer ihm die Vertragsbeendigung nicht bestätigt oder sie gar zurückgewiesen hat. Gründe für die Zurückweisung einer Kündigung können sein, dass Kündigungsfristen nicht eingehalten wurden oder die vom Versicherer angeforderte Zustimmung eines Grundpfandgläubigers nicht nachgereicht wurde. Dies kann dann dazu führen, dass für ein Haus bei zwei Gebäudeversicherern Versicherungsschutz besteht. Ab dem Zeitpunkt, da dem Versicherungsnehmer die Mehrfachversicherung bewusst wird, ist seine Erwartung, dass der Vorversicherer ihm die Beiträge seit Abschluss des neuen Vertrages zurückzahlt. Die gesetzliche Regelung in § 78 VVG sieht dies jedoch nicht vor. Eine Mehrfachversicherung kann nur für die Zukunft, nicht aber rückwirkend beseitigt werden. Ein Anspruch auf Erstattung der doppelt gezahlten Prämie besteht nicht.

Zum Schluss sei noch auf ein Urteil des BGH vom 25. September 2024 (Az IV ZR 350/22) hingewiesen, dem folgender Sachverhalt zugrunde lag: Das Wohngebäude des Klägers hatte einen Brandschaden erlitten. Ausgangspunkt des Brandes war ein vom Kläger an der Hausfassade errichteter und mit einer Holzkonstruktion ummantelter Pizzaofen. Die Inbetriebnahme des Ofens erfolgte ohne eine gemäß der Landesbauordnung erforderliche Abnahme durch den zuständigen Bezirksschornsteinfegermeister. Der Versicherer warf dem Versicherungsnehmer vor, eine in den Versicherungsbedingungen vereinbarte Obliegenheit verletzt zu haben. Die entsprechende Klausel verlangt von dem Versicherungsnehmer, vor Eintritt eines Versicherungsfalls, die Einhaltung aller gesetzlichen, behördlichen sowie vertraglich vereinbarten Sicherheitsvorschriften zu erfüllen. Das Berufungsgericht hatte entschieden, dass die Klausel aufgrund ihrer für einen durchschnittlich verständigen Versicherungsnehmer unüberschaubaren Reichweite intransparent und damit unwirksam sei. Diese Bewertung hielt der rechtlichen Nachprüfung des BGH nicht stand. Er urteilte, dass der durchschnittlich verständige Versicherungsnehmer durch die Klausel erkennen könne, in welchem Umfang er Versicherungsschutz erlangt und welche Umstände seinen Versicherungsschutz gefährden. Der BGH stellte zudem klar, dass es sich bei der Klausel um eine dynamische Verweisung handelt. Der Versicherungsnehmer muss also nicht nur die zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses geltenden Vorschriften beachten, sondern auch die seitdem neu hinzugekommenen Vorschriften. Dass der Versicherer auf Sicherheitsvorschriften außerhalb der AVB verweise, sei auch nicht ungewöhnlich. Der BGH begründete dies damit, eine Obliegenheit könne nicht in jedem Fall so konkret gefasst werden, dass sie jede erdenkliche Situation in ihrem Anwendungsbereich genau beschreibt. Ohne Verweisungen könnten allzu detaillierte, unübersichtliche, nur schwer durchschaubare oder auch unvollständige Klauselwerke entstehen, die ihrerseits den Interessen der Versicherungsnehmer abträglich wären. Für den Versicherungsnehmer einer Wohngebäudeversicherung bedeutet dieses Urteil, dass er regelmäßig prüfen muss, ob sein Gebäude den gesetzlichen und behördlichen Sicherheitsvorschriften entspricht. Ergeben sich Änderungen, muss er den Sicherheitsstandard seines Gebäudes gegebenenfalls anpassen, um seinen Versicherungsschutz nicht zu gefährden.



Anhand eines Beschwerdefalls aus dem Jahr 2018 sollen die Schwierigkeiten, die sich aus der Anwendung des BGH-Urteils für einen Versicherungsnehmer ergeben können, beispielhaft dargestellt werden. In dem versicherten Gebäude war es infolge von Witterungsniederschlägen zu einem Rückstau über die Abwasserleitung gekommen. Der Versicherer nahm bei der Schadenregulierung eine Leistungskürzung vor, da der Versicherungsnehmer keine Rückstauklappe vorgehalten hatte. Er berief sich auf die vertraglich vereinbarte Obliegenheit, wonach der Versicherungsnehmer unter anderem Verordnungen von Kommunen (zum Beispiel Entwässerungssatzung) zu beachten hat. In der am Versicherungsort geltenden Satzung des Wasserversorgers war die Regelung enthalten: „Gegen den Rückstau des Abwassers aus dem Abwassernetz hat sich jeder Anschlussnehmer selbst zu schützen“. Für den Versicherungsnehmer bedeutet dies, dass er den Leistungsumfang seiner Gebäudeversicherung nicht allein an seinen Versicherungsbedingungen erkennen kann. Er muss sich darüber hinaus mit gesetzlichen Regelungen vertraut machen und prüfen, ob ihm diese Verhaltensvorschriften auferlegen.

■ Hausratversicherung

Im Berichtszeitraum erreichten die Schlichtungsstelle 938 (Vorjahr: 800) zulässige Beschwerden zur Hausrat-, Glas- und Inhaltsversicherung. Dies entspricht einem Anstieg um 17,3 Prozent im Vergleich zu 2023. Die Tendenz aus dem Vorjahr setzt sich damit fort. Seit 2022 ist die Zahl dieser Beschwerden um 41 Prozent auf einen neuen Höchststand angestiegen. Da der Zuwachs an zulässigen Beschwerden auf alle Sparten bezogen aber mit über 20 Prozent höher lag, sank der Anteil der Hausratbeschwerden am Gesamtaufkommen der zulässigen Eingaben leicht von 6,1 auf 6,0 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 zusätzliche Absicherungen gegen Elementarschäden (etwa durch Überschwemmungen und Erdbeben), blitzbedingte Überspannung oder verschiedene Ausprägungen des einfachen Diebstahls. Hierzu zählen insbesondere der Diebstahl von Fahrrädern, der Trickdiebstahl oder die Entwendung von Hausratgegenständen aus Kraftfahrzeugen.

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



Wie in den Vorjahren betrafen die Beschwerden zum ganz überwiegenden Teil die Schadenregulierung und nur vergleichsweise wenige Vertragsangelegenheiten. Bei Letzteren war, so wie in den Jahren zuvor, eine von den Versicherungsunternehmen abgelehnte Kündigung durch die Beschwerdeführer der häufigste Beschwerdegrund. Bei 56 im Jahr 2024 beendeten Beschwerdeverfahren zur Hausratversicherung ging es um diesen Punkt.

Im Mittelpunkt der Prüfung der Beschwerden zu Schadenfällen stand oft die Frage, ob der Vortrag des Beschwerdeführers nach Aktenlage als hinreichend bewiesen gelten konnte. Grundsätzlich obliegt dem Versicherungsnehmer die Beweislast, weshalb er zu belegen hat, dass ein Versicherungsfall eingetreten und welcher Schaden dadurch entstanden ist. Problematisch ist dies insbesondere bei Einbruchdiebstahlschäden, der seit Jahren mit Abstand größten Gruppe von Beschwerdefällen im Hausratbereich. Im Berichtsjahr stieg deren Anteil mit 30,4 Prozent im Vergleich zum Vorjahr (23,8 Prozent) deutlich an. Nahezu gleich geblieben ist dagegen der Teil der Beschwerden, bei denen zwar der Versicherungsfall dem Grunde nach unstreitig war, aber kein Einvernehmen über die genaue Schadenshöhe bestand. Dies betraf 23,9 Prozent der Beendigungen, im Gegensatz zu 22,8 Prozent in 2023. Bei diesen Fällen nahm jedoch die Erfolgsquote (siehe zu deren Definition Kapitel 4.3) von 64,0 Prozent auf erfreuliche 74,3 Prozent zu. Bei fast drei Vierteln dieser Art von Beschwerden kam für die Beschwerdeführer also ein positives Ergebnis heraus.

Die zweithäufigste Gefahr, die sich in den Beschwerdefällen verwirklicht hatte, war wie in den Jahren zuvor bestimmungswidrig ausgetretenes Leitungswasser. Der Anteil dieser Beschwerden ist mit 13,4 Prozent im Vergleich zum Vorjahr (gut 13 Prozent) annähernd konstant geblieben. Neu auf Rang drei der Gefahren lagen im Berichtsjahr Elementarschäden, deren Zahl sich von 26 auf 53 Fälle verdoppelte und somit 6,6 Prozent aller zulässigen Fälle betraf. Damit bewegte sich deren Anzahl wieder auf dem Niveau des Jahres 2022, als der Großteil der Beschwerden zur Starkregenkatastrophe aus Juli 2021 eingelegt wurde. Die Tendenz steigender Starkwetterereignisse schlägt sich somit auch bei den Beschwerdeverfahren der Ombudsfrau nieder. Der überwiegende Teil dieser Fälle bezog sich auf Überschwemmungsereignisse, der Rest auf geltend gemachte Rückstauschäden. Schlichtungsanträge zu den weiteren Elementargefahren wie zum Beispiel Erdbeben, Erdbeben oder Lawinen erreichen die Schlichtungsstelle im Bereich der Hausratversicherung fast nie. Bemerkenswert und sehr positiv ist dabei die Erfolgsquote bei den Elementargefahren mit gut 65 Prozent. Fast zwei von drei dieser Beschwerden endeten also zumindest mit einem Teilerfolg aus Sicht der Beschwerdeführer, bei den Leitungswasserschäden waren es sogar exakt zwei Drittel.

In absoluten Zahlen leicht zurückgegangen sind Glasschäden (von 56 auf 49 Beschwerden) und Beschwerden, die einen Fahrraddiebstahl zum Anlass hatten (von 48 auf 40). Knapp dahinter folgen die Gefahren einfacher Diebstahl, Diebstahl aus Kraftfahrzeugen und Raub mit 37, 36 und 35 Beschwerdefällen im Jahr 2024. Eine eher untergeordnete Rolle spielten, wie bereits im Vorjahr, Brand- und Sturmschäden (31 bzw. 23 Fälle).



Nach wie vor vergleichsweise häufig wird in der Hausratversicherung darüber gestritten, ob die beschädigte Sache versichert ist oder nicht. Oft geht es dabei darum, ob es sich um Hausrat oder einen nicht versicherten Gebäudebestandteil handelt oder ob die betroffene Sache privat oder gewerblich genutzt wurde. Die Anzahl dieser Beschwerden blieb mit 56 annähernd konstant. Erneut zugenommen haben Beschwerden im Zusammenhang mit den versicherten Kosten (Steigerung um 27 Prozent). Dies betrifft insbesondere die sogenannten Hotelkostenfälle, welche weiter unten noch näher dargestellt werden.

Nochmals deutlich angestiegen sind Beschwerden darüber, dass einige Versicherer nur sehr verspätet oder gar nicht auf Schadensmeldungen, Widersprüche und ähnliche Eingaben der Versicherungsnehmer reagierten. Diese Fälle betrafen unabhängig vom eigentlichen Anliegen der Versicherungsnehmer 71 Verfahren, also ca. 8,8 Prozent der beendeten Beschwerdeverfahren im Bereich der Hausratversicherung. Die im letzten Jahresbericht an dieser Stelle geäußerte Hoffnung, dass es den Versicherern gelingen möge, die entstandenen Arbeitsrückstände abzubauen, bewahrheitete sich leider nicht (siehe dazu auch den Bericht der Ombudsfrau in Kapitel 2.2). Positiv anzumerken ist aber, dass die Erfolgsquote im Rahmen der Hausratversicherung bei diesen Fällen mit über 88 Prozent besonders hoch war. Auch dies dürfte maßgeblich dazu beigetragen haben, dass die Erfolgsquote im Bereich der Hausratversicherung insgesamt auf einen sehr erfreulichen neuen Höchststand von 55,3 Prozent angestiegen ist.

Auf konstant hohem Niveau geblieben ist die Anzahl von sogenannten Phishing-Fällen. Hinsichtlich der Details des vereinbarten Versicherungsschutzes und warum dieser in der Praxis häufig ins Leere geht, wird auf die Spartenberichte aus den Jahren 2021 (Seite 53) und 2023 (Seite 52) verwiesen. Die Problematik an sich ist gleichgeblieben, die Methoden der Täter werden aber immer raffinierter, und der oftmals veraltete Versicherungsschutz in diesem Bereich hält mit dieser Entwicklung kaum Schritt. Hinzu kommt, dass es für die Beschwerdeführer meist schwierig ist, den genauen Schadenverlauf darzulegen und zu beweisen. So lässt sich im Nachhinein häufig nicht mehr ohne Weiteres klären, wie die Täter Zugriff beispielsweise auf ein Online-Banking-Konto oder eine Wallet mit dort verwahrten Kryptowährungen erlangen konnten oder wie es trotz Zwei-Faktor-Authentifizierung zur Freigabe einer Zahlung auf ein unbekanntes Konto gekommen war. Dies geht wegen der ihnen obliegenden Beweislast im Zweifel zu Lasten der Beschwerdeführer, weswegen die Erfolgsquote mit nur ca. 31 Prozent bei dieser Art von Beschwerden außerordentlich niedrig war.

Der Anstieg der Beschwerdezahlen hinsichtlich der versicherten Kosten hängt auch mit den weiter hohen Zahlen der sogenannten Hotelkostenfälle zusammen (siehe dazu die Jahresberichte von 2020 (Seite 51 f.), 2022 (Seite 47 f.) und 2023 (Seite 53)). In diesen Fällen ist streitig, ob der Hausratversicherer entstandene Unterbringungskosten erstatten muss, wenn die versicherte Wohnung unbewohnbar wurde. Den Beschwerden ist oft gemein, dass der Hausrat entweder gar nicht oder nur geringfügig beschädigt worden ist und die Unbewohnbarkeit der Wohnung stattdessen aus einem Gebäudeschaden resultiert. Voraussetzung für einen Anspruch auf Erstattung von Unterbringungskosten ist bedingungsgemäß, dass diese Kosten infolge eines Versicherungsfalles entstanden sind.



Ein Versicherungsfall im Rahmen der Hausratversicherung erfordert jedoch, dass gerade der Hausrat durch eine versicherte Gefahr beschädigt worden ist und nicht etwa „nur“ Gebäudebestandteile.

Mit dem OLG Saarbrücken hatte im September 2023 erstmals ein Obergericht zu dieser Thematik geurteilt und darin einen Anspruch der Versicherungsnehmer auf Erstattung von Fremdunterbringungskosten verneint, wenn die Unbewohnbarkeit allein auf dem Gebäudeschaden beruht. Dies führt zu mehreren neuen Lücken im Versicherungsschutz. Denn bislang hatten die Hausratversicherer nicht nur die Unterbringungskosten erstattet, sondern auch die Transport- und Einlagerungskosten, die durch die erforderliche Einlagerung des Hausrats während der Sanierung der Wohnung entstehen. Dazu gab es eine jahrzehntelange informelle Übereinkunft, dass der Gebäudeversicherer die Bewegungskosten bis zur Türschwelle übernimmt und der Hausratversicherer alle darüber hinausgehenden Kosten der Auslagerung. Da die Auslagerung in aller Regel nur wegen der Sanierung des Gebäudeschadens notwendig wird, ist der Hausratversicherer dafür nun nicht mehr eintrittspflichtig. Weil diesbezüglich laut einer Entscheidung des OLG Köln vom 1. August 2005 (9 W 20/05) auch kein Versicherungsschutz im Rahmen der Gebäudeversicherung bestehen soll, muss selbst ein Versicherungsnehmer mit abgeschlossener Hausrat- und Wohngebäudeversicherung die entstehenden Transport- und Einlagerungskosten von nun an selbst tragen.

Dies dürfte langfristig betrachtet kaum im Interesse der Versicherungsbranche sein. Aus diesem Grund empfiehlt der GDV in seinem Handbuch der Sachversicherung eine Übernahme der Auslagerungskosten durch die Gebäudeversicherer. Diese Empfehlung ist allerdings nicht verbindlich und wird von vielen Versicherern, zumindest in den der Ombudsfrau zur Prüfung vorgelegten Beschwerden, nicht eingehalten.

In der Folge des Urteils des OLG Saarbrücken stellen sich darüber hinaus neue Sach- und Rechtsfragen, die obergerichtlich bislang nicht geklärt sind. Dies gilt insbesondere für Fälle, in denen sowohl Hausrat als auch Gebäudebestandteile beschädigt sind und die Wohnung wegen beider Schadenarten unbewohnbar wird. Laut Wortlaut der Versicherungsbedingungen werden die Hotelkosten ausdrücklich „bis zu dem Zeitpunkt ersetzt, in dem die Wohnung wieder bewohnbar ist, längstens für die Dauer von [X] Tagen“. Die Beschwerdeführer berufen sich auf diesen vermeintlich eindeutigen Wortlaut und fordern die Übernahme der Unterbringungskosten bis zum Ende der Sanierungsarbeiten, auch wenn diese in der Regel zum überwiegenden Teil die Gebäudesubstanz betreffen. Sie argumentieren zudem, dass ein Wiederbeschaffen des Hausrats vor Abschluss der Sanierung ihrer Wohnung widersinnig wäre und zu weiteren Kosten für die dann notwendige Einlagerung dieser Sachen führen würde. Die Versicherer stellen dagegen allein darauf ab, bis zu welchem Zeitpunkt der beschädigte Hausrat hätte wiederbeschafft werden können, und setzen dafür meist Zeiträume von wenigen Wochen bis zu drei Monaten an.

Nach dem Urteil des OLG Saarbrücken ist aus hiesiger Sicht zumindest vertretbar, dass es entgegen dem Wortlaut der Versicherungsbedingungen nicht auf die Wiederbewohnbarkeit der Wohnung insgesamt ankommt, sondern auf den



Zeitraum, in dem der beschädigte Hausrat, der für die Bewohnbarkeit relevant ist, hätte wiederbeschafft werden können. Der genaue Zeitrahmen lässt sich, auch angesichts teilweise langer Lieferzeiten für Möbel, allerdings nicht so leicht exakt bestimmen. Darüber hinaus muss ggf. geklärt werden, welche Hausratgegenstände für die Bewohnbarkeit einer Wohnung erforderlich sind. Ist dafür beispielsweise ein Bettgestell notwendig, oder kann einem Versicherungsnehmer wenigstens für einen gewissen Zeitraum eine provisorische Lösung zugemutet werden, zum Beispiel das Schlafen auf einer auf dem Boden liegenden Matratze? Und muss ein Kleider- oder Schuhschrank wiederbeschafft worden sein oder ist es für eine bestimmte Zeit zumutbar, die Kleidung in Umzugskisten zu lagern?

In vielen dieser Fälle kommen die Versicherungsnehmer zunächst und in der Regel kostenfrei bei Freunden oder Verwandten unter, zumal insbesondere in Großstädten kaum freie (und möblierte) Wohnungen kurzfristig zur Verfügung stehen. Ein weiterer Grund dafür ist, dass die Versicherungsnehmer mehrere Wochen oder gar Monate auf eine Regulierungsentscheidung ihrer Versicherer warten und ohne entsprechende Zusage die hohen Kosten für Hotelunterkünfte scheuen, obwohl sie darauf jedenfalls für einen gewissen Zeitraum einen Anspruch hätten. In einem Beschwerdefall fand der Versicherungsnehmer erst vier Monate nach dem Schadenfall eine anmietbare möblierte Wohnung. Der Zeitraum bis dahin hätte an sich ausgereicht, um den beschädigten Hausrat wiederzubeschaffen. Bis dahin waren keine Unterbringungskosten angefallen. Laut ständiger Rechtsprechung besteht kein Anspruch auf Ersatz von Unterbringungskosten, wenn solche nicht angefallen sind. In diesen Fällen stellt sich die Frage, ob der Hausratversicherer dann überhaupt regulierungspflichtig ist, und falls nein, ob dies ein interessen gerechtes und für die Versicherungsbranche erstrebenswertes Ergebnis wäre.

In den bisherigen Beschwerdeverfahren dieser Art zeigten sich die Versicherer zumindest insoweit kulant, als sie meist entweder pauschale Zahlungen für die Zeit der Unterbringung bei Freunden und Bekannten leisteten oder entstandene Unterbringungskosten für einen gewissen Zeitraum auch dann erstatteten, wenn dieser erst einige Monate nach dem Schadenfall begann. Wünschenswert wäre neben weiteren Gerichtsentscheidungen zu dieser Thematik eine vertragliche bzw. praxisnahe Lösung, die allen Seiten gerecht würde. Auch die betroffenen Versicherer weisen die Ombudsfrau regelmäßig darauf hin, dass sie mit der derzeit vorherrschenden Regulierungspraxis nicht zufrieden seien, aber sich dem Markt anpassen müssten. Trotz Hinweises auf die Problematik auf entsprechenden Branchentreffen- und -veranstaltungen gibt es nach hiesiger Kenntnis derzeit keine Initiative, um insoweit branchenweit Abhilfe zu schaffen. Somit dürfte diese Thematik den Beschwerdeführern und damit auch der Ombudsfrau noch einige Zeit erhalten bleiben.

Einen neuen Auslöser für Beschwerden gab es im Berichtsjahr im Rahmen der Glasversicherung. Hintergrund war, dass sich Versicherer weigerten, einen unstreitigen Glasschaden fiktiv abzurechnen, also auf Basis der von den Beschwerdeführern eingereichten Kostenvoranschläge. Eine Regelung, dass eine Entschädigung nur gegen Rechnungsvorlage bzw. bei tatsächlich erfolgter Reparatur oder Neubeschaffung zu leisten ist, war in den streitgegenständlichen Versicherungsbedingungen allerdings nicht zu finden. Stattdessen war



die Entschädigungsleistung bedingungsgemäß fällig, wenn der Versicherer den Anspruch dem Grund und der Höhe nach abschließend festgestellt hatte. Nach Verweis auf diese Regelung und eine die Ansicht der Ombudsfrau bestätigende Fundstelle in der rechtswissenschaftlichen Literatur halfen die Versicherer erfreulicherweise in all diesen Fällen den Beschwerden ab.

Ein seltener, aber seit mehreren Jahren regelmäßig auftretender Anlass zur Beschwerde betraf dagegen nur einen einzigen Versicherer. Beschwerdegegenstand ist dabei eine unstreitig durch eine versicherte Gefahr beschädigte Anbauküche, die im Eigentum der Vermieter der Versicherungsnehmer steht. Ein Anspruch aus der Wohngebäudeversicherung der Vermieter kommt dabei nicht in Betracht, weil serienmäßig gefertigte Einbauküchen grundsätzlich nicht von deren Versicherungsschutz umfasst sind. Laut den jeweils vereinbarten Hausratversicherungsbedingungen, die den Standardbedingungen des GDV entsprechen, gehören serienmäßig produzierte Anbaumöbel genau wie im Haushalt des Versicherungsnehmers befindliches fremdes Eigentum ausdrücklich zum versicherten Hausrat. Nicht als Hausrat gelten laut Versicherungsbedingungen aber vom Gebäudeeigentümer eingebrachte Sachen, für die dieser die Gefahr trägt.

Hinsichtlich einer vom Vermieter eingebrachten Anbauküche widersprechen sich die entsprechenden Klauseln also, ohne dass auf den ersten Blick ersichtlich wäre, welche von ihnen einschlägig ist bzw. Vorrang hat. Die Ombudsfrau wies den Versicherer auf diesen Widerspruch sowie auf § 305c Absatz 2 BGB hin, wonach Zweifel bei der Auslegung von AGB zu Lasten des Verwenders gehen. Außerdem machte sie den Versicherer auf eine Leitlinie des GDV in dessen Handbuch der Sachversicherung aufmerksam, nach der die vom Gebäudeeigentümer eingebrachten Anbaumöbel und -küchen unter die Hausratversicherung des Mieters fallen. Des Weiteren gab die Ombudsfrau gegenüber dem Versicherer zu bedenken, dass als Folge seiner Auffassung die betroffenen Vermieter separate Hausratversicherungen einzig für die von ihnen eingebrachte Anbauküche (oder ggf. andere Möbel) abschließen müssten, wenn sie diese versichern wollten.

Gleichwohl hielt der Versicherer an seiner Ansicht fest und war auch nicht zu einem teilweisen Entgegenkommen gegenüber seinen Versicherungsnehmern bereit. Er verwies dabei u. a. darauf, dass zumindest seine Versicherungsnehmer als Mieter mietrechtlich geschützt seien, weil die Vermieter die Schäden auf ihre Kosten reparieren lassen müssten.

Die Ombudsfrau musste die entsprechenden Fälle also abschließend bescheiden. Im Ergebnis gelangte sie zu der Auffassung, dass die Versicherungsbedingungen insoweit zwar möglicherweise intransparent und damit unwirksam sein könnten. Weil dies eine ungeklärte Frage grundlegender Bedeutung ist, die sich auf eine Vielzahl von Verträgen und Versicherungsnehmern auswirken kann, kam ihre Beantwortung im Rahmen des Schlichtungsverfahrens aber nicht in Betracht. Daher beendete die Ombudsfrau die Verfahren als ungeeignet (siehe § 9 Absatz 1 c) VomVO) und unterbreitete den Beteiligten gleichzeitig einen (letzten) Einigungsvorschlag, um die Angelegenheit doch noch einvernehmlich zu regeln. Der Versicherer erklärte, dass er nicht zustimmen könne, eben weil es sich um eine rechtsgrundsätzliche Frage handele, die gerichtlich entschieden werden



solle. Da eine solche Entscheidung derzeit nicht in Sicht ist, ist zu erwarten, dass die Ombudsfrau auch zukünftig Beschwerden dieser Art erreichen werden, ohne dass Aussicht auf eine einvernehmliche Lösung besteht.

■ Allgemeine Haftpflichtversicherung

In dieser Sparte gingen im Berichtszeitraum 719 (Vorjahr: 605) zulässige Beschwerden ein. Das stellt absolut gesehen eine deutliche Zunahme dar (18,8 Prozent), relativ gesehen entspricht dies aber weiterhin einem Anteil von 4,6 Prozent (Vorjahr: 4,6 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 die Haus- und Grundbesitzer- sowie die Bauherren- und die Tierhalterhaftpflichtversicherung betroffen. In den Zuständigkeitsbereich der Ombudsfrau fallen zudem die eher seltenen Beschwerden zu einer Berufshaftpflichtversicherung für Beamte und Angestellte des öffentlichen Dienstes (auch Amts- oder Diensthaftpflichtversicherung genannt). Auch Beschwerden zu Vereins- oder Veranstaltungshaftpflichtversicherungen werden von der Schlichtungsstelle bearbeitet, sofern die Zulässigkeitsvoraussetzungen, insbesondere eine verbraucherähnliche Lage, gegeben sind. Gleiches gilt bei sonstigen Berufs- und Betriebshaftpflichtversicherungen, soweit sie sich auf allgemeine Vertragsfragen beziehen und nicht auf unternehmensbezogene Probleme oder Schadenfälle. Die Kfz-Haftpflichtversicherung, die systematisch ebenfalls zu den Haftpflichtversicherungen gehört, wird wegen der Bedeutung dieser Sparte in einem eigenen Berichtsteil zur Kfz-Versicherung dargestellt (siehe Kapitel 2.3 Kfz-Versicherung).

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 Grundbedingungsnetzwerk der Verträge sind in der Regel die AHB. Im Versicherungsschein und zumeist in den Besonderen Bedingungen werden die jeweiligen versicherten Risikobereiche festgelegt.

Im Berichtsjahr betrafen mehrere Beschwerden die Abgrenzung zwischen der Privat- sowie der Haus- und Grundbesitzerhaftpflichtversicherung. Das Risiko, als Inhaber einer Immobilie auf Schadensersatz in Anspruch genommen zu werden, ist zwar bezogen auf das selbstbewohnte Einfamilienhaus oder die Wohnung als übliche Lebensmittelpunkte bereits vom Deckungsumfang der Privathaftpflichtversicherung erfasst. Aber nicht alle Immobilienarten fallen unter diese Mitversicherung, weshalb zur Risikodeckung eine gesonderte Haus- und Grundbesitzerhaftpflichtversicherung abgeschlossen werden muss.

Das gilt in der Regel etwa für ein Waldgrundstück. Besteht nur eine der Versicherungen und kommt es zum Schadenfall, ist dann zu prüfen, ob sich ein grund-



stücksbezogenes Risiko verwirklicht hat oder das Risiko nur in einem zufälligen und gelegentlichen Bezug zur Grundstücksinhaberschaft steht. Bei Baumfällarbeiten, die auch in der Vergangenheit immer wieder zu Beschwerdefällen geführt haben, ist von einem grundstückbezogenen Risiko auszugehen. Bäume sind wesentliche Bestandteile des Grundstücks. Dem Eigentümer, Pächter, Nießbrauchnehmer etc. obliegen die sich aus dem Grundstück ergebenden und damit auch die mit dem Fällen eines Baumes verbundenen Verkehrssicherungspflichten. Je nachdem, ob Versicherungsschutz aus einer bestehenden Privat- oder Haus- und Grundbesitzerhaftpflichtversicherung begehrt wurde, hatten die Beschwerden Erfolg oder nicht.

Wer ein Haus besitzt, ist häufig auch Inhaber eines Öltanks als Bestandteil der Heizungsanlage. Die mit der Lagerung und der Verwendung von gewässerschädlichen Stoffen verbundenen privaten Haftungsgefahren sind als sogenanntes Gewässerschaden-Anlagenrisiko über eine Privat- oder Haus- und Grundbesitzerhaftpflichtversicherung abzudecken. Tritt Öl aus, kommt es glücklicherweise nicht immer gleich zu einem Gewässerschaden, sondern der Austritt wird in der Regel frühzeitig bemerkt. Schäden sind dann „nur“ an den Einrichtungsgegenständen, dem Haus oder dem Grundstück entstanden, die als Eigenschäden des Versicherungsnehmers von der Haftpflichtversicherung nicht erfasst sind. Die Vertragsbedingungen enthalten in diesem Zusammenhang allerdings regelmäßig eine Sonderregelung, wonach Eigenschäden an unbeweglichen Sachen in bestimmtem Umfang ersetzt werden. Dies gilt auch für sogenannte Rettungskosten, also Aufwendungen des Versicherungsnehmers zur Abwendung eines größeren Schadens. Nicht selten werden Anlageninhaber von den zuständigen Behörden zur Sanierung verpflichtet. Die öffentlich-rechtliche Grundlage dieser Verpflichtung schadet dann ebenfalls nicht. In den Beschwerdefällen, die die Ombudsfrau im Berichtsjahr erreicht haben, war zu klären, ob sich das Anlagenrisiko des Beschwerdeführers verwirklicht hat, die Voraussetzungen für einen erweiterten Rettungskostenersatzanspruch gegeben waren oder der Schadenfall überhaupt dem Gewässerschaden-Anlagenrisiko zuzuordnen ist. Kennzeichnend für diese Fälle waren auch die hohen Beschwerdewerte in Abweichung von den sonst in dieser Sparte geltend gemachten Ansprüchen, die eher selten die Verpflichtungsgrenze von 10.000,00 Euro übersteigen.

Zur Privat- und zur Tierhalterhaftpflichtversicherung haben sich die Schwerpunkte der Fallbearbeitung gegenüber den Vorjahren im Grunde nicht wesentlich verändert. Sie spiegeln häufig das alltägliche Haftungsrisiko des Versicherungsnehmers als Mieter, Tierhalter oder aufsichtspflichtiger Elternteil wider. Wie in den vergangenen Jahren betrafen die Beschwerden mit am häufigsten die Frage, ob sich der Versicherer bei einem Schaden in der Mietwohnung auf den Risikoabschluss wegen Abnutzung, Verschleiß oder übermäßiger Beanspruchung berufen kann (dazu ausführlich zuletzt Jahresbericht 2023, Seite 55.f).

Typisch war weiterhin die Konstellation, dass anlässlich des Auszugs Schäden am Fußbodenbelag und zum Teil überzogene Ersatzforderungen durch den Vermieter geltend gemacht wurden, etwa weil sich unter einem Blumentopf ein Feuchtigkeitsfleck gebildet hat. Entscheidend für den Versicherungsschutz ist dann, ob es ein oder zwei konkrete Schadenereignisse gab oder immer wieder Feuchtig-



keit ausgetreten ist, ohne dass nachgeschaut und hiervon etwas bemerkt wurde. Für ein wiederholtes schadenintensives Verhalten des Versicherungsnehmers als Mieter muss der Versicherer nicht eintreten. Allerdings zeigt sich immer wieder, dass eine solche Deckungsablehnung zum Teil voreilig und ohne hinreichende Sachverhaltsaufklärung ausgesprochen wird. In einem Fall hat sich zum Beispiel im Rahmen des Schlichtungsverfahrens herausgestellt, dass der Blumentopf nicht in der Mietwohnung (nur dann greift der Risikoausschluss), sondern im allgemein zugänglichen Treppenhaus aufgestellt war. In diesem Fall half der Versicherer der Beschwerde ab.

Ein besonderer Risikoausschluss, der seit Jahren im Schlichtungsverfahren immer wieder Anlass zur Prüfung gibt, im Berichtsjahr wieder häufiger als im Vorjahr, 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 zuletzt im Jahresbericht 2023, Seite 56 f.).

Öffnet beispielsweise eine Person, die zufällig am Fahrzeug einer Bekannten vorbeiläuft, die Beifahrertür, um zu grüßen, und schlägt diese versehentlich gegen eine Mauer, kann sich der Privathaftpflichtversicherer nicht auf den Risikoausschluss berufen. Es liegt keine der in den Ausschlussklauseln genannten Eigenschaften (Eigentümer, Besitzer, Halter oder Führer) vor. Die Ansicht des von der entsprechenden Beschwerde betroffenen Versicherers, dass auch als Beifahrer kein Versicherungsschutz bestünde, ist nicht richtig. Der Anwendungsbereich der Benzinklausel ist nicht betroffen. Als Eigentümer, Halter und Führer hat man typischerweise Versicherungsschutz aus der Kfz-Haftpflichtversicherung. Als Beifahrer oder sonstige Person, die von außen die Tür öffnet, hingegen nicht. Auch hier half der Versicherer ab.

Die Benzinklausel greift in der Regel bedingungsgemäß auch dann nicht, wenn nicht versicherungspflichtige Kraftfahrzeuge auf nicht-öffentlichen Wegen und Plätzen gefahren werden. Wichtig ist und bleibt aber der konkrete Wortlaut. In einem Beschwerdefall war der Versicherer von der sonst üblichen Formulierung abgewichen und aus der Deckungserweiterung ergab sich, dass auch der



Gebrauch von versicherungspflichtigen Kraftfahrzeugen auf nicht-öffentlichen Wegen und Plätzen mitversichert war. Der Versicherer regulierte letztlich den Kfz-Schaden. In verbesserten Tarifen finden sich immer häufiger zusätzliche Deckungserweiterungen, etwa dass bei einem Unfall mit einem gefälligkeitshalber überlassenen Auto ein Rückstufungsschaden nach einer Regulierung aus der Kfz-Haftpflicht- oder Vollkaskoversicherung übernommen wird. Die Voraussetzungen hierfür können von Versicherer zu Versicherer aber unterschiedlich sein. Gleiches gilt für Schäden aus einer Falschbetankung. Diese Deckungserweiterungen haben grundsätzlich einen engen Anwendungsbereich im Rahmen des konkreten Wortlauts, weshalb manche Erwartung im Schadenfall enttäuscht wird, etwa weil der Folgeschaden einer Falschbetankung nicht mehr versichert ist (siehe Kapitel 2.4, Beispielsfall: Falschbetankung mit Folgeschaden).

Zahlreiche Beschwerden betrafen wie im letzten Berichtsjahr die Konstellation, dass geliehene oder gemietete Fahrzeuge – Autos, Traktoren, Bagger, Wohnwagenanhänger, Fahrräder, etc. – beschädigt wurden. Grundsätzlich ist die Haftpflicht des Versicherungsnehmers für Schäden an geliehenen oder gemieteten beweglichen Sachen vom Versicherungsschutz ausgenommen (sogenannte Besitzklausel). Inzwischen sind allerdings Deckungserweiterungen oder Risikobeschreibungen üblich, die diesen Grundsatz (teilweise bis zu einem bestimmten Schadensbetrag) aufheben. Ausgeschlossen bleiben aber regelmäßig Schäden an Kraft- oder allgemein an Landfahrzeugen. Meistens konnte die Ombudsfrau nicht mehr tun, als den entsprechenden Vertragsinhalt zu erklären.

Diese Beispiele zur Besitzklausel zeigen ebenfalls, 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. Manchmal werden auch, wie bereits erwähnt, falsche Erwartungen geweckt, wenn der Umfang des Versicherungsschutzes in einer Übersicht nur grob dargestellt wird und es etwa heißt, dass Schäden an geliehenen oder gemieteten beweglichen Sachen mitversichert sind. Für eine genaue Bestimmung des Versicherungsschutzes muss in die Versicherungsbedingungen geschaut werden, was für einen Laien nicht immer einfach ist. Eine Leistungsübersicht kann nicht jeden Ausschluss auflisten, sie würde sonst ihren Zweck verfehlen. Sofern einem Interessenten ein Risikobereich besonders wichtig ist, sollte er sich deshalb zum entsprechenden Leistungsversprechen des Versicherers persönlich beraten lassen. In diesem Zusammenhang sei noch erwähnt, dass mit den heutigen Deckungserweiterungen zum Teil der herkömmliche Anwendungsbereich der Privathaftpflichtversicherung verlassen wird. So können Gefahren einer gewerblichen Nebentätigkeit (bis zu einer gewissen Umsatzgröße) oder bei Ausübung des Berufs verursachte Schäden des Arbeitgebers oder der Kollegen – in einem bestimmten Umfang – mitversichert sein. Klassischerweise sind die Gefahren eines Betriebs oder Berufes vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Auch Eigenschäden muss der Haftpflichtversicherer nicht ersetzen, es sei denn, er hat sich im Rahmen einer Zusatzklausel dazu verpflichtet, zum Beispiel aus der Hundehalterhaftpflichtversicherung auch die Betreuungskosten für den Hund im Krankheitsfall des Versicherungsnehmers zu erstatten. Zur Beschwerde kommt es dann, wie oben bereits ausgeführt, wenn die (klar



definierten) Voraussetzungen der Deckungserweiterung im konkreten Fall doch nicht gegeben sind.

Auch im Berichtsjahr beruhte die Unzufriedenheit der Versicherungsnehmer mit der Regulierungsentscheidung des Versicherers des Öfteren 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 Jahresbericht 2022, Seite 53, zuletzt Jahresbericht 2023, Seite 58), 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. Die Ombudsfrau achtet bei ihrer 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. In der Beschwerdebearbeitung hat sich gezeigt, dass insbesondere bei Schäden im engeren Familien- und Freundeskreis oder unter Hundehaltern eine (mindestens moralische) Verpflichtung empfunden wird, vollumfänglich Ersatz leisten zu müssen. Das führt zu Diskussionen und Enttäuschungen, die nicht selten zur Beendigung der Vertragsbeziehung führen, wenn der Versicherer seinen Kunden in der Kommunikation nicht gut genug „mitnimmt“.

Besonders misslich für den Versicherungsnehmer ist die Situation, wenn er auf eine Schadensmeldung über Monate hinweg überhaupt keine Reaktion seines Versicherers erhält. Waren solche Beschwerden schon im letzten Jahr auffällig gestiegen, hat sich dieses Problem auch im Berichtsjahr fortgesetzt. Im Rahmen des Schlichtungsverfahrens fand dann aber überwiegend eine zügige Schadenbearbeitung statt.

Auch dieses Berichtsjahr stellt sich für die Allgemeine Haftpflichtversicherung thematisch insgesamt als typisch dar, die ohnehin überdurchschnittliche Erfolgsquote ist auf dem hohen Niveau des Vorjahres geblieben. 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. Sofern ein Betrugsverdacht im Raum steht, sind die Antworten des Versicherers zudem immer wieder von der Befürchtung geprägt, dass eine Anpassung des Vortrags erfolgt, wenn vorprozessuale Erkenntnisse offengelegt werden. Manchmal konnte dem Schlichtungsgedanken dennoch nachgekommen werden, manchmal geriet das Schlichtungsverfahren aber auch an seine Grenzen.



■ Unfallversicherung

Beschwerden zur privaten Unfallversicherung machten im Berichtsjahr mit 489 (Vorjahr: 528) zulässigen Eingaben einen Anteil von 3,1 Prozent (Vorjahr: 4,0 Prozent) des Gesamteingangs an zulässigen Beschwerden aus. Im Vergleich zum Vorjahr sank das Beschwerdeaufkommen in der Sparte Unfallversicherungen um 7,4 Prozent.

Eine Unfallversicherung beinhaltet in der Regel unterschiedliche Leistungen, sichert aber in der ganz überwiegenden Anzahl der Verträge im Schwerpunkt die wirtschaftlichen Folgen einer unfallbedingten Invalidität ab. Grundvoraussetzung für jede Leistung ist ein Unfall im Sinne einer plötzlichen äußeren Einwirkung, einer erhöhten Kraftanstrengung oder sonstiger Geschehensabläufe, die von den Versicherern in zunehmendem Maße als versichertes Unfallereignis in den Versicherungsschutz aufgenommen werden. Hierzu gehören beispielsweise besonders festgelegte Eigenbewegungen oder Unfälle infolge von Schutz- und Rettungsaktionen zur Sicherung oder Bergung von Menschen, Tieren oder Sachen.

Im Berichtsjahr standen wie in den Vorjahren Ansprüche von Betroffenen wegen unfallbedingter Invalidität im Vordergrund. Invalidität wird in der privaten Unfallversicherung regelmäßig als dauerhafte Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit definiert. Die Höhe der Invaliditätsleistung hängt vom Grad der Beeinträchtigung ab, der entweder über die vertraglich festgelegte Gliedertaxe oder im Rahmen einer medizinischen Gesamtschau bemessen wird. Beschwerden gegen die Höhe von Ablaufleistungen und Rückkaufswerten aus Unfallversicherungsverträgen mit Beitragsrückgewähr kamen in diesem Berichtsjahr erneut vergleichsweise häufig vor. Solche Unfallversicherungsverträge werden mit Elementen der kapitalbildenden Lebensversicherung kombiniert. Jeder Versicherungsbeitrag enthält einen Sparanteil, damit der Versicherer sein Leistungsversprechen, eingezahlte Beiträge (außer Ratenzahlungszuschläge und Steuern) zum Ablauftermin oder im Todesfall zurückzuzahlen, erfüllen kann. Außerdem werden bei Vertragsschluss Prognosen zu möglichen Überschüssen erstellt, die sich in den vergangenen Jahren aufgrund von Verwerfungen an den Kapitalmärkten oft nicht verwirklichen ließen. Einen weiteren Schwerpunkt bildeten im Berichtsjahr Beschwerden gegen Kündigungen durch Versicherer. Weniger häufig waren von Versicherern nicht akzeptierte Kündigungen der Versicherungsnehmer Beschwerdegegenstand.

Wie in den Vorjahren bewerteten die Vertragsparteien von den Versicherern in Auftrag gegebene medizinische Gutachten unterschiedlich. Die Versicherer legen die aus der Begutachtung resultierenden Ergebnisse für ihre Leistungsabrechnung zugrunde, während die Versicherten oft mangelnde Sorgfalt bei der Erstellung der Gutachten, oberflächliche Untersuchungen oder aus ihrer Sicht bereits voreingenommen auftretende Sachverständige kritisierten. Hinzu kommen regelmäßig unterschiedliche Wahrnehmungen der in Rede stehenden Beeinträchtigungen, die von den Versicherten als deutlich gravierender empfunden werden, als sie sich gutachterlich objektivieren ließen. In aller Regel lässt sich im Beschwerdeverfahren nicht abschließend prüfen, ob ein Gutachten fachliche Fehler enthält. Prüfen lässt sich lediglich die Schlüssigkeit der gutachterlichen



Ausführungen und ob sie offenkundig sachfremde Erwägungen enthalten. Zeigen sich insoweit keine Auffälligkeiten, bleibt im Rahmen der Beschwerdebearbeitung oft nur der Hinweis, dass die Versicherungsbedingungen die Möglichkeit einer jährlichen Nachbegutachtung bis zu drei Jahren nach dem Unfall vorsehen. Befürchtungen der Betroffenen, auch für diese Nachbegutachtungen werde der Versicherer nur ihm genehme Sachverständige beauftragen, lassen sich oft dadurch abmildern, dass die Versicherer ihren Versicherten unterschiedliche Stellen nennen, bei denen die Begutachtung vorgenommen werden kann. Nicht selten greifen die Versicherer auch Vorschläge ihrer Versicherten auf, insbesondere wenn die Akutbehandlung der Unfallfolgen an Universitätskliniken oder anderen medizinischen Einrichtungen durchgeführt wurde, denen unterstellt werden kann, die Bemessungskriterien der privaten Unfallversicherung zu kennen.

Verglichen mit den Vorjahren wurde die Frage, ob und in welchem Umfang unfallfremde Mitwirkungsfaktoren die Höhe der Versicherungsleistungen beeinflussen, im Berichtsjahr zwischen den Vertragsparteien seltener diskutiert. Neben der bereits erwähnten Schlüssigkeitsprüfung steht die Abgrenzung nicht berücksichtigungsfähiger altersbedingter Verschleißerscheinungen von krankhaften Veränderungen im Vordergrund. Bieten gutachterliche Feststellungen keine hinreichende Klarheit, ob diese Abgrenzung beachtet wurde, gibt dies Anlass zur Nachfrage beim Versicherer, ob eine Neubegutachtung, eine Nachfrage beim Sachverständigen oder eine Einigung durch einen Vergleich in Betracht kommt.

Schließlich gab es vermehrt Meinungsverschiedenheiten über die korrekte Anwendung der Gliedertaxe. Relevant wurde dabei zunächst die sogenannte „Gelenk“-Rechtsprechung des BGH. In älteren AUB ist noch von Beeinträchtigungen wie „Hand im Handgelenk“, „Fuß im Fußgelenk“ oder „Arm im Schultergelenk“ die Rede. Der BGH erachtete diese Formulierungen als unklar im Sinne des § 305c Absatz 2 BGB (BGH r+s 2001, 130), sodass von der für den Versicherungsnehmer günstigeren Auslegung auszugehen ist. 2003 hatte der GDV daher seinen Mitgliedern empfohlen, die Gliedertaxe mit der Formulierung „im Gelenk“ nicht mehr zu verwenden und stattdessen lediglich die Begriffe „Arm“, „Hand“ und „Fuß“ zu verwenden. Die Versicherer sind dieser Empfehlung auf breiter Ebene gefolgt. Doch auch neue Bedingungswerke bieten im Bereich der Gliedertaxe Konfliktstoff, wenn der medizinische Sachverständige beispielsweise bei Verletzungen der Finger den einzelnen Fingerwert zugrunde legt, während der Beschwerdeführer (teilweise hausärztlich darin unterstützt) einwendet, dass auch die Funktionalität seiner Hand in Mitleidenschaft gezogen worden sei. Die Konzeption der Gliedertaxe schließt bei Verlust oder Beeinträchtigung eines rumpfnäheren Körperteils den Verlust oder die Beeinträchtigung des dem Rumpf fernerer Gliedes ein. Umgekehrt ist der Verlust oder die Beeinträchtigung eines dem Rumpf fernerer Körperteils (zum Beispiel Finger im Verhältnis zur Hand) nur bezogen auf diesen dem Rumpf fernerer Körperteil und nicht etwa als Teilverlust oder Beeinträchtigung des dem Rumpf näheren Anschlussgliedes zu bewerten. Ausstrahlungen eines Gliedes auf das übergeordnete Glied sind unbeachtlich und mit der Bemessung des dem Rumpf fernerer Körperteils abgegolten (BGH VersR 2003, 1163). Maßgeblich ist grundsätzlich der Sitz der Verletzung. Ob es sich allerdings tatsächlich nur um Ausstrahlungen in das dem Rumpf nähere Glied handelt, muss ggf. gutachterlich geklärt werden und ist der Beurteilung im Schlichtungsverfahren



entzogen. Lässt sich in solchen Fällen keine Einigung zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer erzielen, kann im Schlichtungsverfahren häufig nur auf das Recht der Neubemessung hingewiesen werden, solange die regelmäßig auf drei Jahre festgelegte Frist seit dem Unfalltag noch nicht verstrichen ist.

Die Anzahl der Fälle, in denen die Beschwerdeführer Beratungsfehler bei Abschluss des Unfallversicherungsvertrages geltend machten, waren im Berichtsjahr vergleichsweise gering. Häufig war dem Antragsteller nicht bewusst, dass ihm ein Unfallversicherungsvertrag vermittelt wurde, oder der Vertrag enthielt Regelungen, über die nach Ansicht des Versicherungsnehmers bei der Vertragsanbahnung nicht gesprochen wurde.

Irritationen aufseiten der Versicherungsnehmer gab es wie im Vorjahr auch 2024 hinsichtlich der in älteren Verträgen immer noch vorzufindenden Altersgrenzen, ab deren Erreichen Verträge in der Regel nicht fortgeführt werden können. Hat der Versicherer aber keine Kündigung ausgesprochen, gelten die Verträge unverändert fort. Weiteren Konfliktstoff bieten Kündigungen von Versicherern gegenüber älteren Versicherten, die darin oft den Tatbestand der Altersdiskriminierung erfüllt sehen. Im Beschwerdeverfahren wird dann von den Versicherern regelmäßig auf § 20 Absatz 2 Satz 2 des AGG verwiesen. Gemäß dieser Regelung lassen versicherungsmathematische Berechnungen unter Einschluss von Risikoprüfungen anhand statistischer Erhebungen ausnahmsweise eine Ungleichbehandlung zu.

Die Fälle, in denen sich Versicherer auf den Ausschlussatbestand der Bewusstseinsstörung beriefen, traten auch im Jahre 2024 häufig auf. Unfallversicherer sichern alltägliche Risiken ab und schließen dementsprechend besondere Risikolagen wie beispielsweise Bewusstseinsstörungen, Unfälle beim Führen von Luftfahrzeugen und Luftsportgeräten oder gefährliche Sportarten vom Versicherungsschutz aus. Bewusstseinsstörungen sind im Nachhinein hinsichtlich ihrer Intensität nur schwer zu beurteilen, weil den eigenen Schilderungen der Beschwerdeführer oft anderslautende ärztliche Berichte gegenüberstehen. Darin wird beispielsweise von Synkopen berichtet, die den Sturz verursacht haben, während dies von den Beschwerdeführern bestritten und die ärztliche Dokumentation als fehlerhaft bezeichnet wird. Nicht jedes Unwohlsein ist gleichzeitig auch eine Bewusstseinsstörung. Erst wenn die versicherte Person – und sei es nur für kurze Zeit – aufgrund der Bewusstseinsstörung nicht in der Lage ist, auf bestimmte Risikolagen angemessen zu reagieren, muss von einer die Leistungspflicht ausschließenden Bewusstseinsstörung ausgegangen werden. Im Beschwerdeverfahren werden die Beteiligten regelmäßig darauf hingewiesen, dass die Einschätzung ausschließlich nach Aktenlage getroffen wird und ggf. weitere Ermittlungen in Form von Befragungen von Zeugen oder Beteiligten erforderlich sein können, um den Sachverhalt vollständig aufzuklären.

Auch in diesem Jahr gab es nur wenige Beschwerden, die mit Corona-Infektionen im Zusammenhang standen. Sie betrafen zumeist Impfschäden und den Ausschluss von Unfällen wegen medizinischer Heilbehandlung oder durch entsprechende Eingriffe. Wurden Dauerfolgen nach überstandener COVID-19-Erkrankung angezeigt (Long COVID), bestand in den bislang geprüften Fällen aufseiten der Versicherten regelmäßig die Schwierigkeit, einen als Infektion versicherten



2 BERICHT DER OMBUDSFRAU

Übertragungsweg oder einen Ursachenzusammenhang zwischen der Erkrankung und den jetzigen gesundheitlichen Folgen nachzuweisen (siehe Spartenbericht zur Berufsunfähigkeit).

■ Berufsunfähigkeitsversicherung

Im Berichtsjahr erhielt die Schlichtungsstelle 443 (Vorjahr: 397) Beschwerden zur Berufsunfähigkeitsversicherung. Davon waren 327 (Vorjahr: 294) Beschwerden zulässig. Auf die Sparte Berufsunfähigkeitsversicherung entfiel damit ein Anteil von 2,1 Prozent (Vorjahr: 2,2 Prozent) des Gesamtbeschwerdeaufkommens.

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. Die Leistung besteht in der Regel aus der Zahlung einer monatlichen Berufsunfähigkeitsrente und der Befreiung des Versicherungsnehmers von der Beitragszahlungspflicht. Die Berufsunfähigkeitsversicherung stellt damit im Leistungsfall finanzielle Mittel in einer im Vertrag zuvor bestimmten Höhe bereit. Ihre Bedeutung für Personen, die ihren Lebensunterhalt überwiegend aus den Einkünften ihrer beruflichen Tätigkeit bestreiten, ist allgemein anerkannt.

Das VVG sieht denjenigen als berufsunfähig an, der seinen zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, infolge von Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall ganz oder teilweise voraussichtlich auf Dauer nicht mehr ausüben kann. Zudem regelt das VVG die Möglichkeit, als weitere Voraussetzung einer Leistungspflicht des Versicherers zu vereinbaren, dass die versicherte Person auch keine andere Tätigkeit ausübt (konkrete Verweisung) oder ausüben kann (abstrakte Verweisung), die zu übernehmen sie aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeit in der Lage ist und die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht. Darüber hinaus gestalten die einzelnen Versicherer den Versicherungsschutz oft etwas unterschiedlich aus, sodass es im Beschwerdefall auf die genauen Regelungen in den Versicherungsbedingungen ankommt, die dem beschwerdegegenständlichen Versicherungsvertrag zugrunde liegen.

Unter die Sparte Berufsunfähigkeitsversicherung fallen bei der Schlichtungsstelle auch ähnliche Absicherungsarten wie die Erwerbsunfähigkeitsversicherung, die Dienstunfähigkeitsversicherung oder die Absicherung bestimmter Grundfähigkeiten.

Im Berichtsjahr betrafen wieder viele Beschwerden Fälle, in denen die Versicherer Leistungsanträge abgelehnt hatten.

Dabei stellte sich häufig die Frage, ob die Höhe des bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeitsgrades mit den vorgelegten Unterlagen ausreichend nachgewiesen worden war. Allein mit durchgängigen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen oder ärztlich gestellten Diagnosen kann dieser Nachweis in der Regel nicht geführt



werden. Die Bemessung des Berufsunfähigkeitsgrades ist nicht nur eine medizinische Frage, sondern es kommt auch auf den Inhalt, den zeitlichen Umfang und die Häufigkeit von anfallenden beruflichen Arbeitsleistungen an. Entscheidend ist, welche Auswirkungen die gesundheitlichen Einschränkungen auf die beruflich zuletzt konkret ausgeübte Tätigkeit haben.

Dieser Nachweis kann besonders dann schwierig sein, wenn es um psychische Beschwerden geht. Es gibt Statistiken, wonach der Anteil von Nerven- und psychischen Erkrankungen als Ursachen von Berufsunfähigkeit inzwischen bei etwa einem Drittel liegt. Wenn man dann noch berücksichtigt, dass besonders diese Fälle Konfliktpotential bergen, verwundert es nicht, dass der Anteil von Beschwerden in der Sparte Berufsunfähigkeitsversicherung zu psychischen Erkrankungen mit den Jahren deutlich zugenommen hat.

Ähnliche Nachweisschwierigkeiten bereiteten im Berichtsjahr die Fälle, in denen es um Long- oder Post-COVID-Erkrankungen ging. Vielfach bestehen bei den Betroffenen diffuse Beschwerden, die sich medizinisch schwer einordnen und objektivieren lassen (siehe Spartenbericht zur Unfallversicherung). Entsprechend schwierig stellt sich die Leistungsprüfung zu Berufsunfähigkeitsversicherungen dar, die dann oft nicht mit dem von den Versicherungsnehmern erwarteten Ergebnis enden.

In manchen Beschwerden zu abgelehnten Leistungsanträgen ging es auch darum, was als der versicherte Beruf heranzuziehen war. Anders als viele Versicherungsnehmer meinen, kommt es nicht unbedingt auf den Beruf an, der bei Antragstellung angegeben wurde, sondern auf die in gesunden Tagen zuletzt beruflich ausgeübte Tätigkeit. Gerade bei wechselnden Erwerbsbiografien oder beispielsweise längeren Zeiten der Kinderbetreuung können sich rechtliche Fragen stellen, etwa ob eine berufliche Tätigkeit aufgegeben oder nur unterbrochen wurde und welche Tätigkeit die Lebenssituation vor Eintritt des Versicherungsfalles geprägt hat.

Weitere Beschwerden entfielen wie in den Vorjahren auf das Thema „Verletzung vorvertraglicher Anzeigepflichten“ und auf Falschberatungsfälle.

Im Berichtsjahr betrafen mehrere Beschwerden die sogenannte Nachversicherungsgarantie. Diese bietet dem Versicherungsnehmer die Möglichkeit, den Versicherungsschutz nachträglich zu erweitern, ohne dass es einer erneuten Gesundheitsprüfung bedarf. Die Nachversicherungsgarantie wird insbesondere anlassbezogen ausgestaltet. Als Anlässe haben sich beispielsweise die Heirat, die Geburt eines Kindes, deutliche Gehaltssteigerungen oder der Erwerb von Wohneigentum etabliert. Die Vereinbarungen zur Nachversicherungsgarantie in Versicherungsbedingungen versuchen in der Regel, einen angemessenen Ausgleich zwischen den Interessen des Versicherungsnehmers und des Versicherers zu finden. Deshalb werden viele Punkte festgelegt wie beispielsweise, dass eine Erhöhung nur innerhalb einer bestimmten Frist nach Eintritt des Ereignisses beantragt werden kann. Die Beschwerdefälle zeigten, dass bei den Möglichkeiten der Nachversicherung der Teufel im Detail stecken kann. So war dem Versicherungsnehmer in einem Fall nicht bewusst, dass die Grenzen der Erhöhung auch



2 BERICHT DER OMBUDSFRAU

von der Versicherungssumme der Hauptversicherung – einer Risikolebensversicherung – abhängig sein sollten. In einem anderen Fall war unklar, wie und zu welchem Zeitpunkt bzw. über welchen Zeitraum im Durchschnitt das Einkommen des Versicherten für die Maximalhöhe der Berufsunfähigkeitsabsicherung zu ermitteln war.

Zum Teil waren die Beschwerdefälle nicht zur abschließenden Klärung im Schlichtungsverfahren geeignet. Anders als bei den staatlichen Gerichten können beispielsweise keine medizinischen oder berufskundlichen Gutachten in Auftrag gegeben werden. Das vereinfachte Schlichtungsverfahren sieht auch keine persönliche Befragung der Beschwerdeparteien oder von Zeugen vor, um etwa die genauen Vorgänge in Beratungsgesprächen oder bei der Antragstellung nachzuvollziehen. Darüber hinaus können im außergerichtlichen Verfahren keine grundsätzlichen Fragen geklärt werden, die etwa mit Blick auf die Wirksamkeit einer verwendeten Klausel weit über den Einzelfall hinaus von Bedeutung sind. Gleichwohl konnten auch im Berichtsjahr in Einzelfällen wieder einvernehmliche Lösungen gefunden werden.

■ Realkredit

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

Im Jahr 2024 gingen 9 (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. So wandten sich Beschwerdeführer beispielsweise an die Ombudsfrau, weil es das Versicherungsunternehmen, bei dem sie ein Darlehen aufgenommen hatten, ablehnte, dass ein Teil der Zins- und Tilgungsrate weiterhin vom Arbeitgeber als vermögenswirksame Leistung erbracht wird. § 2 Absatz 1 Nr. 5 Fünftes Vermögensbildungsgesetz (5. VermBG) regelt zwar eine entsprechende vermögenswirksame Leistung. Da das Unternehmen in Bezug auf die vereinbarte Rate aber keine Teilleistungen akzeptieren muss, konnte die Ombudsfrau entsprechenden Beschwerden nicht zum Erfolg verhelfen. Nach § 3 Absatz 3 5. VermBG kann sich der Arbeitnehmer bei einer Anlage nach § 2 Absatz 1 Nr. 5 5. VermBG die vermögenswirksamen Leistungen aber auch von dem Arbeitgeber überweisen lassen. Er benötigt dann die schriftliche Bestätigung seines Gläubigers, dass die Anlage bei diesem die Voraussetzungen des § 2 Absatz 1 Nr. 5 5. VermBG erfüllt. Im Rahmen des Schlichtungsverfahrens erklärte sich das Versicherungsunternehmen zur Abgabe einer solchen formlosen Bestätigung bereit.



2 BERICHT DER OMBUDSFRAU

In anderen Fällen ging es etwa um die Freigabe von Sicherheiten, den Widerruf des Darlehensvertrages oder die Auszahlung eines Darlehens. Einige Beschwerden konnten mit einer Abhilfe bzw. einem Vergleich geschlossen werden. In den übrigen Fällen konnte die Ombudsfrau mit der Darstellung der Sach- und Rechtslage zum besseren Verständnis beitragen.

■ Sonstige Versicherungen

In der Sparte „Sonstige Versicherungen“ werden diejenigen Beschwerden bearbeitet, die keinem der anderen Versicherungsbereiche unterfallen. Dies betrifft u.a. Beschwerden zur Reise-, Elektronik-, Tierkranken-, Fahrrad- und Bauleistungsversicherung. Mit 1.987 zulässigen Beschwerden verzeichnete die Sparte im Jahr 2024 den höchsten Eingang an zulässigen Beschwerden der letzten zehn Jahre (Vorjahr: 1.485). Das sind 12,7 Prozent des Gesamteingangs an zulässigen Beschwerden (Vorjahr: 11,2 Prozent). Die Zahl der zulässigen Beschwerden stieg im Vergleich zum Vorjahr um 33,8 Prozent.

Annähernd gleichgeblieben ist der Eingang an Beschwerden zur Reiseversicherung. Eine Vielzahl der Beschwerden zu diesem Themenkomplex betraf die Frage, ob die Reise bei einer bestehenden Vorerkrankung wegen einer unerwartet schweren Erkrankung bzw. einer unerwarteten Verschlechterung der Erkrankung storniert wurde. Daneben ging es u. a. um die Höhe der vom Versicherer zu erstattenden Kosten und darum, ob die Reise nach Eintritt des Versicherungsfalles unverzüglich storniert wurde. Bei Letzterem konnten erfreulicherweise weiterhin größtenteils Vergleiche erzielt werden.

Nahezu verdoppelt haben sich die Beschwerden zur Tierkrankenversicherung. Zu diesem Versicherungsprodukt erhielt die Schlichtungsstelle damit erstmals in etwa gleichviele Beschwerden wie zur Reiseversicherung. Die Probleme waren wie bereits in den vergangenen Jahren vielfältig. Neben der Frage, welche Tierarztkosten der Versicherer zu erstatten hat, war u. a. das Eingreifen von Ausschlusstatbeständen beschwerdegegenständlich. Häufig ging es dabei darum, ob und in welcher Höhe die Beschwerdeführer bei einer Kastration bzw. Sterilisation des Tieres Leistungen verlangen können. Aber auch die Wirksamkeit von Kündigungen und Beitragserhöhungen beschäftigte viele Beschwerdeführer – und damit auch die Schlichtungsstelle.

Ein weiterer Zuwachs konnte bei den Beschwerden zu Fahrradversicherungen verzeichnet werden. Bei diesen Beschwerden ging es wiederum größtenteils um die Regulierung von Sach- und Diebstahlschäden. Dabei kam es weiterhin oftmals darauf an, ob das Fahrrad zum Zeitpunkt des Abhandenkommens an einem festen Gegenstand angeschlossen war bzw. ob eine Anschlussmöglichkeit bestanden hätte. Aber auch andere Obliegenheitsverletzungen waren Prüfungsgegenstand.

Auch Beschwerden zu Elektronik- und Handyversicherungen haben im Berichtsjahr zugenommen. Viele Schlichtungsverfahren betrafen dabei – wie im Übrigen auch bei der Tierkrankenversicherung – das bereits in Kapitel 2.2 des Jahresberichts dargestellte Problem der ausbleibenden Reaktion der Versicherer auf



2 BERICHT DER OMBUDSFRAU

Schadensanzeigen oder Anfragen. Erfreulich war, dass die Versicherer diesen Beschwerden vermehrt abhalfen und sich für die verzögerte Leistungsbearbeitung entschuldigten.

Im Rahmen der Beschwerdebearbeitung war es – insbesondere im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen – zudem nicht immer einfach, herauszufinden, gegen wen die Beschwerde zu richten ist. Hier wären weiterhin speziell bei Versicherern mit vielen Niederlassungen in Europa oder bei Versicherungsprodukten, die mit Kreditkarten verbunden sind, transparentere Versicherungsunterlagen zu begrüßen.

■ Vermittlerbeschwerden

Im Berichtsjahr erreichten die Schlichtungsstelle insgesamt 334 (Vorjahr: 318) Beschwerden, die auf der Grundlage der VermVO zu prüfen waren. Im Vergleich zum Vorjahr gab es damit nur einen geringen Anstieg des Beschwerdeeingangs von 5,0 Prozent.

Zulässig waren von den beendeten Beschwerden 153 (46,8 Prozent). Im Vorjahr lag dieser Wert bei 138 Beschwerden (45,1 Prozent).

Als unzulässig mussten Beschwerden gegen Vermittler überwiegend dann zurückgewiesen werden, wenn kein Zusammenhang mit der Vermittlung eines Versicherungsvertrages bestand (61 Prozent der unzulässig beendeten Vermittlerbeschwerden). Ein weiterer größerer Anteil bei den unzulässigen Beschwerden betraf die fehlende Anspruchsanmeldung beim Vermittler (19 Prozent). Dieser sollte zunächst über den Anspruch informiert werden und die Gelegenheit haben, diesen zu prüfen. Das VSBG sowie die VermVO lassen die Information des Vermittlers und gleichzeitig die Anrufung der Ombudsfrau zu. Andere unzulässige Beschwerden betrafen die private Kranken- und Pflegeversicherung (11 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.

In 12,4 Prozent der zulässigen Beschwerden haben die Vermittler der Beschwerde abgeholfen. Eine Beilegung der Streitigkeit durch einen Vergleich konnte in 5,9 Prozent der zulässigen Beschwerden erreicht 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 der Ombudsfrau jedoch nicht die gleichen Kompetenzen zu, wie sie ihr die Mitgliedsunternehmen in der Vereinssatzung für die Beschwerden gegen Unternehmen eingeräumt haben. Folglich arbeitet die Ombudsfrau mit zwei verschiedenen Verfahrensordnungen: der Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmann e.V. 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 gegen das Versicherungsunternehmen durchgeführt. Dies gilt nicht, wenn der Beschwerdeführer ausdrücklich ein Verfahren nur oder auch gegen den Vermittler persönlich wünscht. Ein solcher Wunsch wird jedoch nur selten geäußert.

Das Verfahren nach der VomVO hat Vorteile für die Beschwerdeführer, insbesondere weil die Ombudsfrau bis zu einem Beschwerdewert von 10.000 Euro eine verbindliche Entscheidung gegen den Versicherer treffen kann. Außerdem kann sie dem Versicherer vorgeben, ein bereits eingeleitetes Mahnverfahren für die Dauer des Schlichtungsverfahrens auszusetzen. Andererseits unterliegt der Zugang zum Verfahren nach der VermVO weniger Beschränkungen. So sind zum Beispiel nicht nur Verbraucher und Beschwerdeführer in verbraucherähnlicher Lage beschwerdebefugt, sondern alle Versicherungsnehmer und Verbraucherschutzorganisationen. Auch eine Beschwerdewertobergrenze kennt das Vermittlerverfahren nicht.

In Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsvermittler fordert die Ombudsfrau 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 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 die Schlichtungsstelle interessiert sind. Es sind nur Einzelfälle, in denen ein Vermittler wiederholt auf seine Pflicht zur Teilnahme am Schlichtungsverfahren hingewiesen werden muss. In der Anforderung der Stellungnahme zur Beschwerde werden die Vermittler regelmäßig auf die Vorschrift aufmerksam gemacht.

Einen inhaltlichen Schwerpunkt der Vermittlerbeschwerden bildeten, wie auch in den Jahren zuvor und wohl nicht überraschend, Beanstandungen der Beratung sowie der Vermittlung aus Sicht der Beschwerdeführer nicht benötigter Versicherungsverträge oder von nicht passendem Versicherungsschutz. Die Beanstandungen betrafen insbesondere die Lebensversicherung, sonstigen Versicherungen, Rechtsschutzversicherung und Kfz-Versicherung, gefolgt von der Hausrat- und der Haftpflichtversicherung.



2 BERICHT DER OMBUDSFRAU

Die Beschwerdeführer verfolgten in der Lebensversicherung 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.

Gegenstand der Beschwerden, insbesondere in der Lebens- und Berufsunfähigkeitsversicherung, waren auch Kapitalmarktrisiken, insbesondere bei fondsgebundenen Produkten, über die nicht hinreichend informiert worden sei, sowie vorvertragliche Anzeigepflichtverletzungen. Letzteres ergab sich als Problem, nicht nur in der Lebens- und Berufsunfähigkeitsversicherung, entweder bei Ablehnung des Versicherungsschutzes durch den Versicherer, häufiger aber erst nach Jahren bei der Prüfung im Leistungsfall. Vorgetragen wird durch die Beschwerdeführer dann, dass ihnen die Antragsfragen nicht oder nicht vollständig zur Kenntnis gegeben bzw. ihre Antworten durch den Abschlussvermittler bagatellisiert worden seien. Das Fehlverhalten eines Maklers ist jedoch, anders als das eines Versicherungsvertreters, nicht dem Versicherungsunternehmen, mit dem der Versicherungsvertrag geschlossen wird, anzurechnen. Der Makler wird für den Versicherungsnehmer, der ihn beauftragt, wie eine Art Treuhänder tätig. Er hat dem Versicherungsnehmer gegenüber deshalb persönlich für Fehler einzustehen. Für ein etwaiges Beratungsverschulden des Maklers kann deshalb nicht der Versicherer haftbar gemacht werden. Ein Fehlverhalten des Maklers bei der Beantwortung der Gesundheitsfragen, welches eine arglistige Täuschung darstellt, muss sich gemäß § 166 Absatz 1 BGB der Versicherungsnehmer grundsätzlich zurechnen lassen.

Eine geringere Anzahl von Beschwerden war auf den Ausgleich eines geltend gemachten Schadens im Zusammenhang mit einem abgelehnten Versicherungsfall gerichtet. Weitere Beschwerden betrafen wie ebenfalls in den Vorjahren ungenügende Informationen; auch ging es den Beschwerdeführern um Fragen des Datenschutzes und um die Herausgabe von 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 Produktauswahl 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. Beschwerden gegen Makler monierten daher die Nichtbeachtung geänderter Lebens- und Betriebsumstände, aus denen sich ein veränderter Versicherungsbedarf ergeben hat, sowie Fehler bei der Umdeckung von Risiken.



Da Versicherungsmakler von 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.

Für das Verständnis der Verbraucher war es auch in diesem Berichtszeitraum 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 auf den Betreiber einer Website zutreffen, 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 die Schlichtungsstelle auch Beschwerden, die sich auf eine Vermittlung über Internetvergleichsportale beziehen. Beschwerden gegen Betreiber von Websites stellen keinen signifikanten Anteil an den Beschwerden gegen Vermittler dar.

Seit der Einführung der gesetzlichen Dokumentationspflicht ist festzustellen, 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.



2.4 Beschwerdefälle

Nachfolgend wird von einzelnen Beschwerdeverfahren berichtet, welche die Ombudsfrau im Jahr 2024 zum Abschluss gebracht hat. Anhand der dargestellten Verfahrens- und Entscheidungspraxis der Schlichtungsstelle soll ein Einblick in die Beschwerdebearbeitung ermöglicht werden.

Die nachstehenden 37 Fälle sind nicht repräsentativ für die Häufigkeit oder die Bedeutung der Themen, mit denen die Ombudsfrau 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 der Schlichtungsstelle 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

Wenn der Rechtsschutzversicherer streikt

Der Beschwerdeführer wünschte Rechtsschutz für die Geltendmachung von Ansprüchen nach der Fluggastrechteverordnung. Hintergrund war, dass ein gebuchter Flug aufgrund eines Streiks nicht durchgeführt wurde. Daraufhin buchte die Fluggesellschaft zwar einen Ersatzflug. Jedoch wurde dem Beschwerdeführer aufgrund eines Fehlers kein Ticket ausgestellt, sodass dieser den Ersatzflug nicht antreten konnte und eine erneute Flugbuchung sowie eine Hotelübernachtung erforderlich wurden. Der Beschwerdeführer forderte von der Fluggesellschaft die Erstattung der Kosten für die Reservierung des ursprünglich gebuchten Fluges, die Aufwendungen für den zweiten gebuchten Flug, weitere Hotelkosten, Ansprüche aus der Fluggastrechteverordnung für den zweiten gebuchten Flug und die Erstattung der Kosten für den dritten gebuchten Flug.

Der Rechtsschutzversicherer lehnte eine Kostenübernahme ab unter Berufung auf eine versichererübergreifend verwendete Ausschlussklausel in den ARB, nach der kein Versicherungsschutz für die Wahrnehmung rechtlicher Interessen in ursächlichem Zusammenhang mit Streik besteht.



2 BERICHT DER OMBUDSFRAU

Diese Regulierungsentscheidung war nach Auffassung der Ombudsfrau rechtlich nicht zu beanstanden. Die Voraussetzungen des Ausschlusses waren vom Wortlaut her verwirklicht. Es gab einen Streik. Der Streit um sämtliche der geltend gemachten Ansprüche stand hiermit in ursächlichem Zusammenhang. Denn ohne den Streik hätte es den Streit um die Ansprüche jeweils nicht gegeben. Zwar setzt der Ausschluss darüber hinaus einen sachlichen Zusammenhang der Auseinandersetzung mit dem Streik voraus. Auch diese Voraussetzung war jedoch erfüllt. Der Ausschluss bezweckt, eine Fallkonstellation vom Versicherungsschutz auszunehmen, für die die Gefahr eines gehäuften Schadeneintritts und damit einer unübersehbaren und unkalkulierbaren Inanspruchnahme des Versicherers kennzeichnend ist. Diese Gefahr eines gehäuften Schadeneintritts hatte sich verwirklicht. Die Auseinandersetzung hing nicht nur rein zufällig mit dem Streik zusammen, sondern wurde gerade durch den Flugausfall infolge des Streiks verursacht. Dies galt auch, soweit der Beschwerdeführer seine Ansprüche auf die Fehlbuchung gestützt hatte. Zwar bestehen bei Vorliegen eines Streiks des Bodenpersonals keine Ansprüche aus der Fluggastrechteverordnung. Dies steht einem ursächlichen Zusammenhang im Sinne der Klausel jedoch nicht entgegen. Denn auch die beanstandete zweite Buchung war nur deshalb erforderlich, weil es streikbedingt zum Flugausfall gekommen war. Mit dem Streik hatte sich die Gefahr erhöht, dass es bei der Abwicklung der Folgen des Flugausfalls zu Fehlern seitens der Fluggesellschaft und damit vermehrt zu Rechtsstreitigkeiten kam. Gerade diese Gefahr soll nach dem oben Gesagten durch die Ausschlussklausel vom Versicherungsschutz ausgenommen werden.

Dies teilte die Ombudsfrau dem Beschwerdeführer mit und wies die Beschwerde ab.

Lebensversicherung

Familienversichert – oder doch nicht?

Der Beschwerdeführer verlangte nach dem Tod seiner Mutter eine Versicherungsleistung in Höhe von 1.023 Euro aus der Familienversicherung seiner Eltern. Sein Vater hatte die Lebensversicherung im Jahr 1970 als Versicherungsnehmer abgeschlossen. Seine Ehefrau, die Mutter des Beschwerdeführers, war die mitversicherte Person. Nach dem Tod des Vaters im Jahr 1987 zahlte der Versicherer die vereinbarte Leistung an die Ehefrau aus und teilte mit, dass die Versicherung ohne weitere Beitragszahlung mit einer Versicherungssumme von 2.000 DM (umgerechnet 1.023 Euro) weiterbestehe.

Bedingungsgemäß bestand die Familien-Zusatzversicherung für die Ehefrau nur bis zum Ablauf der ursprünglichen Beitragszahlungsdauer im Jahr 1989. Im Jahr 2015 erteilte der Versicherer der Ehefrau deshalb zunächst für eine Bezugsrechtsänderung eine Absage. Nach erneuter eingehender Prüfung bestätigte der Versicherer der Mutter des Beschwerdeführers dann jedoch mit zwei weiteren Schreiben aus 2015 zum einen, dass sie weiterhin mit einer Versicherungssumme von 1.023 Euro versichert sei, und zum anderen das Bezugsrecht für ihren Sohn.

Während sich der Versicherer in der Vorkorrespondenz nur für die fehlerhaften Briefe aus 2015 entschuldigte, lenkte er im Schlichtungsverfahren ein und zahlte



dem Beschwerdeführer den Betrag von 1.023 Euro aus. Eine juristische Bewertung musste daher durch die Ombudsfrau nicht getroffen werden.

Kfz-Versicherung

Fehlerhafte Antragsstrecke

Der Versicherungsnehmer hatte für sein Quad online einen Antrag auf Abschluss einer Kraftfahrtversicherung gestellt. Abgeschlossen wurde hingegen ein Vertrag für ein Kraftrad und nicht für ein Quad. Der Versicherer berechnete den Beitrag daher neu und machte den sich daraus ergebenden Mehrbeitrag geltend. Der Versicherungsnehmer führte im Rahmen des Schlichtungsverfahrens jedoch aus, dass er bei seiner Online-Antragstellung den Button „jetzt berechnen“ unter der Überschrift „Quad-Versicherung“ gewählt und anschließend den Antrag dort weiter ausgefüllt habe. Der Versicherer verneinte einen Fehler auf seiner Internetseite. Die Überprüfung durch die Ombudsfrau ergab jedoch das Gegenteil. Es erging daher folgender Hinweis an den Versicherer:

„Ich bin Ihrer Schilderung gefolgt und habe über den Navigationspunkt „Auto & Mobilität“ auf Ihrer Internetstartseite zunächst die Rubrik „Zweiräder & Quads“ ausgewählt. Scrollt man dann bis zu der Rubrik zum Quad, befindet sich dort ein Button zum Berechnen des Beitrags. Wählt man diesen aus, so öffnet sich ein neues Fenster, mit dem der Antragsprozess gestartet werden kann. Bei genauerer Betrachtung fällt hier aber auf, dass der Antrag wohl nicht für eine Quad-, sondern eine Motorradversicherung ausgelegt ist (siehe meine folgenden, selbst angefertigten Screenshots).

(...)

Meines Erachtens muss nicht damit gerechnet werden, dass beim Auswählen des Buttons unter der Nennung der Quad-Versicherung plötzlich ein Antrag für ein anderes Fahrzeug (Motorrad) erscheint. Dass die Erwähnung bei der folgenden Stellung des Antrags übersehen wird, ist vor diesem Hintergrund meines Erachtens mehr als verständlich. Ich habe daher Bedenken, hier feststellen zu können, dass der Beschwerdeführer einen falschen Antrag gestellt hat. Er folgte vielmehr dem auch von Ihnen beschriebenen Weg, um sein Quad zu versichern.“

Der Versicherer half der Beschwerde daraufhin ab.

Allgemeine Haftpflichtversicherung

Gebrauch eines Pedelegs

Die Beschwerdeführer hatten jeweils mit einem Pedelec einen Fremdschaden verursacht. Der Privathaftpflichtversicherer berief sich auf einen allgemeinen Risikoausschluss in den Bedingungen für diese Fahrzeuge. Mit folgendem Hinweis wurde in beiden Fällen eine Abhilfe erreicht:

„Der Unfall wurde unstreitig mit einem Pedelec verursacht, dessen Motor bis 25 km/h nur unterstützend wirkt. Diese Angaben sind auch auf der von Ihnen genannten Internetseite aufgeführt. Damit gilt es rechtlich als Fahrrad und nicht



als Kraftfahrzeug. Die Besonderen Bedingungen zu dem Vertrag schließen zwar – ohne weitere Differenzierung – sämtliche Pedelecs und E-Bikes aus. Damit weicht der Versicherungsschutz aber in einem wesentlichen Punkt von den Musterbedingungen des GDV ab, die keine solche generelle Ausnahme kennen. Wegen der von Ihnen ebenfalls ausgesprochenen Leistungsgarantie [die eine für den Versicherungsnehmer lediglich vorteilhafte Abweichung der Bedingungen von den Musterbedingungen des GDV garantiert] habe ich Bedenken, dass Sie sich auf den genannten Leistungsausschluss berufen können.“

Gebäudeversicherung

Allgefahrendeckung

Der Rechtsanwalt der Beschwerdeführerin trug vor, dass das Dach des versicherten Gebäudes durch Schneefall und Starkregen beschädigt worden war. Er machte die Kosten für eine Neueinfassung der Kaminverkleidung geltend, die sich ausweislich eines Kostenvoranschlages auf 1.221,54 Euro brutto beliefen. Zwischen den Beschwerdeparteien war streitig, was die Ursache für den Schaden war. Der Versicherer lehnte die Schadenregulierung mit der Begründung ab, dass es sich bei Schneefall und Starkregen um keine versicherten Gefahren handelt. Dem hielt der Rechtsanwalt entgegen, dass über den bestehenden Gebäudeversicherungsvertrag auch unbenannte Gefahren versichert sind. Nach der entsprechenden vertraglichen Regelung leistet der Versicherer Entschädigung für versicherte Sachen, wenn diese unvorhergesehen zerstört oder beschädigt werden. Der Versicherer wiederum berief sich pauschal auf einen Ausschluss, wonach er ohne Rücksicht auf mitwirkende Ursachen keine Entschädigung für Schäden leisten müsse, die durch Abnutzung und Verschleiß oder durch allmähliche Einwirkung von Frost, Hitze, Temperatur- und Luftschwankungen, Luftfeuchtigkeit, Fäulnis, Rost, etc. entstanden sind. Er ging davon aus, dass einer dieser Umstände zu dem Schaden geführt hatte. Die Ombudsfrau wies ihn darauf hin, dass es sich um einen Ausschlusstatbestand handelt, sodass er den Nachweis führen muss, dass ein Ausschlusstatbestand eingreift. Vermutungen reichen insofern nicht aus. Bei Prüfung der Vertragsunterlagen fiel ihr auf, dass der Versicherer bis zu einer Höhe von 1.000,00 Euro auch die Kosten für die Feststellung der Schadenursache bei einem nicht versicherten Schaden übernimmt. Sie schlug vor, einen Sachverständigen hinzuzuziehen, sodass anhand seiner Feststellungen über das Bestehen oder Nicht-Bestehen des Versicherungsschutzes entschieden werden könne. Gleichzeitig wurde der Versicherer darauf hingewiesen, dass er im Falle eines versicherten Schadens neben den Reparaturkosten auch die Kosten für den Sachverständigen sowie die Rechtsanwaltsgebühren erstatten müsse. Die Kosten des Sachverständigen wären aber auch dann von ihm zu tragen, wenn einer der Ausschlussgründe eingreifen sollte oder der Sachverständige zu keinem eindeutigen Ergebnis kommen würde. So oder so wären von ihm somit bis zu 1.000,00 Euro zu entschädigen. Die Reparaturkosten würden mit 1.221,54 Euro brutto aber nur unwesentlich über diesem Betrag liegen. Es wurde daher eine vergleichsweise Streitbeilegung durch eine Zahlung von 1.000,00 Euro angeregt. Der Versicherer entschied sich daraufhin, den Schaden auf der Grundlage des Kostenvoranschlages netto zu regulieren und die Kostennote des Rechtsanwalts auszugleichen.



Unfallversicherung

Verstörende Begegnung mit einem Boot

Die Versicherungsnehmerin erlitt einen Unfall, als sie beim Schwimmen von einem Boot überfahren wurde und glücklicherweise gerettet werden konnte. Das medizinische Gutachten beschäftigte sich auch mit den psychischen Folgen des Unfallereignisses und kam zu dem Ergebnis, dass die mentale Leistungsfähigkeit durch die Eindrücke des Unfallgeschehens eingeschränkt sei. Der Versicherer lehnte es zunächst ab, die psychischen Beeinträchtigungen bei der Bemessung der Invaliditätsleistung zu berücksichtigen. Er argumentierte mit der vertraglich vereinbarten Ausschlussregelung, derzufolge für krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen auch dann kein Versicherungsschutz besteht, wenn diese Störungen durch einen Unfall verursacht wurden.

Dieser grundsätzlich zutreffende Einwand wurde im Schlichtungsverfahren für den konkreten Fall hinterfragt, da angesichts der Dramatik des Unfallgeschehens eine Fehlreaktion der Beschwerdeführerin nicht erkennbar war. Bei einer Fehlreaktion reagiert die versicherte Person selbst, ohne dass ein adäquater Zusammenhang mit dem körperlichen Trauma nachweisbar ist oder die krankhaften Störungen allein mit ihrer psychogenen Natur erklärbar sind. Etwas anderes gilt, wenn bedingt durch das Unfallgeschehen Stresshormone ausgeschüttet werden, die zu einer anhaltenden Beeinträchtigung der mentalen Leistungsfähigkeit führen. Die Ombudsfrau schrieb Folgendes an den Versicherer:

„Lassen Sie mich außerdem auf den von Ihnen eingewandten Ausschluss des § 4 Absatz (2) lit. f) der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2008) eingehen. Es ist natürlich richtig, dass krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen – auch unfallbedingt – ausgeschlossen sind. Bekanntermaßen werden alle Gesundheitsschäden ausgeschlossen, bei denen ein adäquater Kausalzusammenhang mit körperlichen Traumata nicht nachweisbar ist oder die krankhaften Störungen des Körpers allein mit ihrer psychogenen Natur erklärbar sind (BGH, r+s 2004, 516). Die versicherte Person reagiert quasi selbst. Etwas anderes gilt, wenn im Verlauf eines Unfallgeschehens (hier wurde Ihre Versicherte von einem Boot überfahren) die Ausschüttung von Stresshormonen physisch hervorgerufen wird und nicht als psychische Fehlverarbeitung angesehen – und von Ihnen nachgewiesen – werden kann. Solche Fälle sind nicht vom Versicherungsschutz ausgeschlossen (vgl. zusammenfassend die Kommentierung bei Grimm / Kloth, Kommentar zur Unfallversicherung in 6. Auflage, Absatz 5 Ziffer 5 Randnummer 168 mit diversen Rechtsprechungsnachweisen).“

Der Versicherer hat daraufhin die von der Beschwerdeführerin geforderte Leistung ungekürzt erbracht.



Hausratversicherung

„Sturmflut“ an der Ostsee?

Im Zuge des Hochwassers an der Ostsee Ende Oktober 2023 wurde ein am Meer liegender Campingplatz in Schleswig-Holstein überflutet und dadurch auch der Wohnwagen des Beschwerdeführers samt enthaltener Hausratgegenstände unter Wasser gesetzt. Der Hausratversicherer lehnte eine Regulierungsleistung ab, weil Schäden, die durch „Sturmflut“ verursacht werden, laut Versicherungsbedingungen ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen waren.

Der Beschwerdeführer trug jedoch vor, dass gar nicht das Meerwasser, sondern die starken Regenfälle zu der Überflutung des Campingplatzes geführt hätten. Aufgrund des torfhaltigen Untergrunds hätten die Niederschläge nicht schnell genug versickern können, und das Hochwasser habe dazu geführt, dass das Regenwasser nicht wie vorgesehen über das Entwässerungsgrabensystem des Campingplatzes in die Ostsee habe abgeleitet werden können. Davon unabhängig gebe es an der Ostsee keine Gezeiten und somit auch keine „Sturmflut“ im Sinne der Versicherungsbedingungen, sondern lediglich „Hochwasser“. Der vom Versicherer genannte Ausschlussgrund sei somit nicht einschlägig.

Auf Bitte der Ombudsfrau prüfte der Versicherer zunächst erstmals das vorgetragene Starkregenereignis. Aufgrund der von ihm eingeholten Wetterdaten, nach denen die Niederschlagsmengen dafür nicht ausreichten, bestritt er, dass allein das Regenwasser zu der Überflutung des Campingplatzes geführt habe. Da der Beschwerdeführer dies im Folgenden nicht belegen konnte und der Anschein für eine Überflutung durch Meerwasser sprach, kam es entscheidend darauf an, ob es sich bei dem Ostsee-Hochwasser um eine „Sturmflut“ im Sinne der Versicherungsbedingungen handelte.

Die Rechtslage war und ist insofern nicht eindeutig. In der rechtswissenschaftlichen Literatur sind die Voraussetzungen für eine Sturmflut umstritten, und sowohl der BGH als auch das KG Berlin haben in Urteilen ausdrücklich offengelassen, ob eine Mitverursachung durch die Gezeiten Voraussetzung für eine Sturmflut ist. Vor diesem Hintergrund regte die Ombudsfrau eine einvernehmliche Einigung an. Letztlich stimmte der Beschwerdeführer einem entsprechenden Vorschlag des Versicherers zu, wonach dieser ca. ein Viertel des geltend gemachten Schadens regulierte.

Betriebliche Altersversorgung (bAV)

Enger Hinterbliebenenbegriff: Sterbegeld vs. versicherte Todesfallsumme

Der Beschwerdeführer erhielt aus zwei Pensionskassenversicherungen seiner verstorbenen Mutter ein Sterbegeld von 8.000 Euro. Aus vorausgegangenen Wertmitteilungen wusste er, dass vertraglich Todesfallleistungen im Wert von über 11.000 Euro und über 13.000 Euro zur Zahlung an die versorgungsberechtigten Angehörigen versichert gewesen waren.

Der Versicherer berief sich auf die vertraglichen Bestimmungen. Der Arbeitgeber der Verstorbenen als Versicherungsnehmer hatte die Bezugsberechtigung für die



2 BERICHT DER OMBUDSFRAU

Todesfalleistung in einer die Nachfolgenden ausschließenden Reihenfolge festgelegt. Es sollte der überlebende Ehegatte, der eingetragene Lebenspartner, der namentlich benannte Lebensgefährte und kindergeldberechtignte Kinder im Sinne des § 32 Absätze 3 und 4 Satz 1 Nr. 1 bis 3 EStG begünstigt werden. Falls keine der genannten Angehörigen vorhanden seien, sollte die Leistung als Sterbegeld in Höhe von 8.000 Euro an einen benannten Berechtigten oder die Erben gehen.

In der bAV gilt ein strengerer Hinterbliebenenbegriff als in der privaten Lebens- und Rentenversicherung. Eine Auszahlung der steuerlich geförderten Leistung im Todesfall an beliebige Dritte ist nicht ohne weiteres zulässig. Es handelt sich dabei um eine Vorgabe des BMF. In Rn. 5 eines BMF-Rundschreibens vom 12. August 2021 heißt es: „Die Möglichkeit, ein einmaliges angemessenes Sterbegeld an andere Personen als die in Rn. 4 genannten Hinterbliebenen auszus zahlen, führt nicht zur Versagung der Anerkennung als betriebliche Altersversorgung.“

Da der Beschwerdeführer nicht mehr kindergeldberechtigntes Kind der Verstorbenen war, blieben seine Ansprüche auf das einmalige Sterbegeld begrenzt und seine Beschwerde erfolglos.

Kfz-Versicherung

Kein Wildunfall?

Ein Versicherer lehnte es ab, dem Beschwerdeführer anlässlich des von ihm gemeldeten Wildunfalls eine Kaskoentschädigung zu zahlen. Der Wildschaden sei für ihn nicht nachvollziehbar gewesen. Laut der polizeilichen Wildunfallbescheinigung wurde das Tier jedoch sogar tot aufgefunden. Es sei noch am Unfallort verstorben. Weiter wurde dort angegeben, dass eine Wildberührung stattgefunden hatte und Wildwechsel (wohl am Unfallort) vorhanden ist. Der Versicherer wurde daher erneut angeschrieben und darauf aufmerksam gemacht, dass aus Sicht der Ombudsfrau diese vielen Indizien auf einen Wildunfall schließen lassen.

Der Versicherer half der Beschwerde daraufhin ab.

Restschuldversicherung

Die unzureichend beschriftete Schaltfläche

Der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer wandte sich gegen den Abschluss eines Ratenausfallschutz-Versicherungsvertrages. Kenntnis von der angeblich im Internet beantragten Versicherung habe er erst einige Monate nach Versicherungsbeginn bei einem Blick auf sein Konto erlangt, von dem das Versicherungsunternehmen die Versicherungsbeiträge abgebucht hatte.

Das Versicherungsunternehmen ging hingegen davon aus, dass der Abschluss vom Beschwerdeführer gewollt war. Alle zum Vertragsabschluss relevanten Daten einschließlich SEPA-Lastschriftmandat habe dieser schließlich selbst online eingegeben. Im Anschluss habe das Unternehmen die entsprechende Police ausfertigt und an die vom Beschwerdeführer angegebene Anschrift gesandt. Einen Postrückläufer habe es nicht gegeben.



Das Versicherungsunternehmen konnte den Ablauf der Antragstellung im Internet anhand von Bildschirmaufnahmen (Screenshots) darstellen. Die Antragstellung sollte hiernach in mehreren Schritten erfolgen. Zunächst wählte der Beschwerdeführer den gewünschten Versicherungsschutz aus und erklärte sich mit den Bedingungen einverstanden. Im weiteren Verlauf sollte er mit dem Eintrag des Wortes „ja“ den Satz bestätigen: „Mir ist bewusst, dass ich für die monatliche Absicherung in Höhe von 180 Euro folgenden Versicherungsbeitrag monatlich bezahlen muss: 29,90 Euro“. Durch Anklicken eines mit „Weiter“ beschrifteten Feldes gelangte er zu einer neuen Seite, auf der er seine IBAN eintragen und durch Anklicken des Feldes „Weiter“ bestätigen konnte. Seine Vertragserklärung sollte er schließlich auf der folgenden Seite durch Anklicken einer Schaltfläche mit der Aufschrift „Verbindlich abschließen“ abgeben.

§ 312j Absatz 3 BGB, der auf eine entsprechende europarechtliche Vorgabe zurückgeht, gibt vor, dass der Unternehmer die Bestellsituation bei einem Verbrauchervertrag im elektronischen Geschäftsverkehr, der den Verbraucher zur Zahlung verpflichtet, so zu gestalten hat, dass der Verbraucher mit seiner Bestellung ausdrücklich bestätigt, dass er sich zu einer Zahlung verpflichtet. Weiter heißt es: „Erfolgt die Bestellung über eine Schaltfläche, ist die Pflicht des Unternehmers aus Satz 1 nur erfüllt, wenn diese Schaltfläche gut lesbar mit nichts anderem als den Wörtern ‚zahlungspflichtig bestellen‘ oder mit einer entsprechenden eindeutigen Formulierung beschriftet ist.“

Das AG Bottrop legte dem EuGH eine Frage zur Auslegung der zugrundeliegenden europarechtlichen Regelung vor. Im Ausgangsfall war die Schaltfläche mit „Buchung abschließen“ beschriftet. In seinem Urteil vom 7. April 2022 (Az. C-249/21) entschied der EuGH, dass es für die Feststellung, ob im Rahmen eines Bestellvorgangs auf elektronischem Wege eine auf der Schaltfläche für die Bestellung verwendete Formulierung wie „Buchung abschließen“ den Worten „zahlungspflichtig bestellen“ im Sinne europarechtlichen Regelung „entspricht“, allein auf die Wörter auf dieser Schaltfläche ankommt. Die Aufmerksamkeit des Verbrauchers sei durch eine unmissverständliche Formulierung und folglich ohne eine Bezugnahme auf eine Gesamtwürdigung der Umstände auf die Tatsache zu lenken, dass die Abgabe der Bestellung für ihn eine Zahlungsverpflichtung zur Folge hat. Dem Zweck der Regelung liefe es nach der Entscheidung des EuGH zuwider, wenn der Verbraucher bei der Aktivierung einer Schaltfläche oder einer ähnlichen Funktion aus den Umständen dieses Vorgangs ableiten müsste, dass er sich verbindlich zur Zahlung verpflichtet, obwohl die Wörter auf dieser Schaltfläche oder Funktion es ihm nicht erlauben, solche Folgen mit absoluter Gewissheit zu erkennen.

Die Ombudsfrau wandte sich an das Versicherungsunternehmen und brachte ihre Zweifel am wirksamen Abschluss zum Ausdruck. Möglicherweise verdeutlicht die verwendete Formulierung „Verbindlich abschließen“ – ohne Berücksichtigung der Begleitumstände – nur eine vertragliche Bindung und nicht auch zwangsläufig die Begründung einer Zahlungspflicht. Schließlich geht nicht jede vertragliche Bindung mit einer Zahlungspflicht einher.

Das Versicherungsunternehmen lenkte daraufhin ein und half der Beschwerde ab.



2 BERICHT DER OMBUDSFRAU

Sonstige – hier: Reiseversicherung

Leistungspflicht aus der Reisegepäckversicherung bei einer Kofferverwechslung

Der Beschwerdeführer war mit dem Zug unterwegs. Nachdem er aus dem Zug ausgestiegen war, musste er feststellen, dass er einen fremden Koffer aus dem Zug mitgenommen hatte. Weil der Zug bereits angefahren war, wurde über die Mitarbeiter des Hauptbahnhofs der Schaffner des Zuges kontaktiert. Dieser konnte den Koffer des Beschwerdeführers in dem entsprechenden Zugabteil allerdings nicht mehr auffinden.

Der Versicherer hatte seine Leistungspflicht abgelehnt, weil unter Berücksichtigung der Schilderung des Beschwerdeführers davon ausgegangen werden müsse, dass er seinen Koffer stehen- beziehungsweise liegengelassen habe, was nach den Versicherungsbedingungen der Reisegepäckversicherung nicht versichert sei.

Der Umstand, dass der Koffer des Beschwerdeführers im Zug nicht mehr auffindbar war, konnte allerdings auch nahelegen, dass er bereits vor dem Ausstieg entwendet worden war.

Der Versicherer hat der Beschwerde erfreulicherweise abgeholfen, nachdem er darum gebeten worden war, die Angelegenheit noch einmal wohlwollend zu prüfen.

Gebäudeversicherung

Schlauch oder Rohr?

Im Keller eines Mehrfamilienhauses wurden erhöhte Feuchtigkeitswerte festgestellt. Eine Leckortung ergab, dass ein Riss im Ablaufschlauch der Heizungstherme schadenursächlich war. Der Schlauch war unterhalb der Badewanne an die Ablaufgarnitur angeschlossen. Der Beschwerdeführer machte die Kosten für die Leckortung sowie für die Reparatur der Schadenursache geltend. Im Rahmen der vertraglich vereinbarten VGB 88 bestand unter anderem Versicherungsschutz für die Versicherungsfälle Leitungswasser und Rohrbruch:

§ 6 Leitungswasser

1. Leitungswasser ist Wasser, das aus
 - a) Zu- oder Ableitungsrohren der Wasserversorgung,
 - b) mit dem Rohrsystem verbundenen sonstigen Einrichtungen oder Schläuchen der Wasserversorgung,
 - c) Anlagen der Warmwasser- oder Dampfheizung,
 - d) Sprinkler- oder Berieselungsanlagen bestimmungswidrig ausgetreten ist.
2. Wasserdampf steht Wasser gleich.

§ 7 Rohrbruch; Frost

1. Innerhalb versicherter Gebäude sind versichert Frost- und sonstige Bruchschäden an Rohren
 - a) der Wasserversorgung (Zu- oder Ableitungen);
 - b) der Warmwasser- oder Dampfheizung;
 - c) von Sprinkler- oder Berieselungsanlagen.
- (...)



Bei der rechtlichen Bewertung des dargestellten Sachverhalts kam es deshalb maßgeblich darauf an, ob das schadenursächliche Bauteil als Rohr anzusehen war. Rechtsprechung, die sich mit der Unterscheidung von Rohren und Schläuchen befasst, war nicht ersichtlich. Lediglich in Kommentaren zur Sachversicherung haben sich Autoren mit dieser Problematik befasst, wobei keine einheitliche Meinung festgestellt werden konnte. Vor diesem Hintergrund war die vertragliche Regelung, die keine Definition des Begriffs „Rohr“ enthielt, auszulegen. Dabei sind nach ständiger Rechtsprechung des BGH Versicherungsbedingungen so auszulegen, wie ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer sie bei verständiger Würdigung, aufmerksamer Durchsicht und Berücksichtigung des Sinnzusammenhangs verstehen muss. Gegenstand der Auslegung ist die konkrete Klausel in ihrem Kontext innerhalb des Vertrages, sodass nicht allein § 7 VGB 88, sondern auch § 6 VGB 88 in die Auslegung mit einzubeziehen war. Nach § 7 Nr. 1 VGB 88 sind ausschließlich Bruchschäden an Rohren versichert. § 6 Nr. 1 b) VGB 88 ist zu entnehmen, dass auch Schäden durch Wasser als versichert gelten, das aus mit dem Rohrsystem verbundenen sonstigen Einrichtungen oder Schläuchen der Wasserversorgung bestimmungswidrig austritt. Die Versicherungsbedingungen differenzieren somit sprachlich zwischen Rohren und Schläuchen und stellen sie nicht von vorneherein gleich. Somit war zu prüfen, ob ein Rohr im Sinne der Versicherungsbedingungen zu Schaden kam. Es ist anzunehmen, dass ein durchschnittlicher, um Verständnis bemühter Versicherungsnehmer sowohl unter einem Rohr als auch unter einem Schlauch einen Hohlkörper aus beliebigem Material verstehen wird, der dem Durchfluss von Flüssigkeiten oder Gasen dient. Nach dem mit der streitbefangenen Klausel verfolgten Zweck wird für ihn dabei die Funktion des Hohlkörpers – die Durchleitung einer Flüssigkeit – im Vordergrund stehen. Die Materialzusammensetzung wird für ihn demgegenüber kein ausschlaggebendes Abgrenzungskriterium sein. Abgesehen von bestimmten Festmaterialien wie beispielsweise Metall, Glas oder Beton können sowohl Rohre als auch Schläuche aus verschiedenen Materialien sein, wie zum Beispiel Gummi oder Kunststoff. Ebenso wenig lässt sich feststellen, ob ab einer bestimmten Festigkeit von einem Rohr oder einem Schlauch die Rede sein kann. Zusammenfassend kam die Ombudsfrau zu dem Ergebnis, dass Schläuche und Rohre in ihren Funktionen und bei der Materialbeschaffenheit viele Gemeinsamkeiten haben. Dies spreche dafür, dass ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer bei der Interpretation von § 7 Nr. 1 VGB 88 auch einen Schlauch im weitesten Sinne als Rohr ansehen wird.

Der Versicherer wurde zudem darauf hingewiesen, dass in den aktuellen VGB im Rahmen der Rohrbruchversicherung Bruchschäden an Rohren der Wasserversorgung oder den damit verbundenen Schläuchen nunmehr ausdrücklich versichert sind. Dies spräche für eine gewollte Klarstellung, sodass Schläuche schon in den älteren Versicherungsbedingungen Rohren gleichgestellt sein sollten. Andernfalls hätte für defekte Schläuche weder im Rahmen der Rohrbruchversicherung nach § 7 Nr. 1 VGB 88 noch im Rahmen der Deckung von Frostschäden an wasserführenden Einrichtungen nach § 7 Nr. 2 VGB 88 Versicherungsschutz bestanden. Der Versicherer entschied sich darauf hin, der Beschwerde abzuhelpen.



Unfallversicherung

Anforderungen an gutachterliche Erstbemessungen

Die Versicherungsnehmerin erlitt mit ihrem Mountain-Bike einen Unfall. Sie stürzte und zog sich dabei Verletzungen im Bereich der linken Schulter zu. Die Unfallfolgen wurden gutachterlich geprüft, wobei der Sachverständige zu dem Ergebnis kam, dass der Grad der Invalidität mit 1/10 Armwert zu bemessen sei. Zum Abschluss des dritten Unfalljahres sei eine Invalidität von 1/20 Armwert anzunehmen. Der Versicherer rechnete daraufhin zum Abschluss des dritten Unfalljahres seine Versicherungsleistung auf der Grundlage von 1/20 Armwert ab, wogegen sich die Versicherte mit ihrer Beschwerde zur Wehr setzte. Sie beanspruchte eine Nachzahlung entsprechend einem weiteren Zwanzigstel Armwert (sodass sich insgesamt 1/10 Armwert ergeben würde) einschließlich Zinsen und Rechtsanwaltsgebühren.

Verzichten die Vertragsparteien bis zum Abschluss des dritten Unfalljahres auf eine Neubemessung, ist die gutachterliche Erstbemessung für die Höhe der Versicherungsleistung maßgebend. Dazu hat der Bundesgerichtshof entschieden (siehe beispielsweise VersR 2010, 243), dass es bei der Erstbemessung allein auf den Gesundheitszustand ankommt, wie er sich zum Zeitpunkt der Begutachtung dargestellt hat. Da der medizinische Sachverständige im konkreten Fall zum Zeitpunkt der Begutachtung auf einen Invaliditätsgrad von 1/10 Armwert erkannt hat, war im Schlichtungsverfahren mit Ausnahme der Rechtsanwaltskosten antragsgemäß zu entscheiden und der Versicherer zu einer Nachzahlung in geforderter Höhe zu verpflichten.

Allgemeine Haftpflichtversicherung

Fahrzeugschlüssel ins Wasser gefallen

Der Beschwerdeführer hatte sich das Auto seiner Eltern ausgeliehen, um damit sein Motorboot aus dem Wasser zu ziehen. Beim Anlanden des Bootes am Steg fiel der Funkzündschlüssel aus seiner Tasche in den Main und konnte wegen der Tiefe nicht mehr geborgen oder geortet werden. Der Versicherer stützte seine Leistungsablehnung auf die vereinbarten Bedingungen, wonach abweichend von den AHB die gesetzliche Haftpflicht aus der Beschädigung von fremden beweglichen Sachen, die zu privaten Zwecken gemietet, geleast, gepachtet, geliehen wurden oder die Gegenstand eines besonderen Verwahrungsvertrags sind, zwar eingeschlossen ist, Haftpflichtansprüche wegen Schäden an Land-, Luft- und Wasserfahrzeugen aber ausgeschlossen bleiben. Der Beschwerdeführer war der Ansicht, dass der Funkzündschlüssel nichts mit solchen Fahrzeugen zu tun habe. Die Ombudsfrau schrieb an den Versicherer:

„Ich verstehe Ihr Argument, dass der Fahrzeugschlüssel zum Fahrzeug gehört. Bitte bedenken Sie aber auch, dass sich das aus der Formulierung in dem maßgeblichen Risikoausschluss „Schäden an Landfahrzeugen“ nicht klar ableiten lässt. Es fehlt der wörtliche Bezug auf Zubehör oder andere nicht fest angebaute Fahrzeugteile. Es bestehen zumindest Zweifel und diese wirken sich bekanntlich zu Lasten des Klauselverwenders aus. Hinzu kommt, dass es sich um eine Ausschlussklausel handelt und insofern ein zusätzlich strenger Maßstab gilt.



2 BERICHT DER OMBUDSFRAU

Meines Erachtens liegt hier auch nicht lediglich ein Fall des Abhandenkommens vor. Die Elektronik des Fahrzeugschlüssels dürfte durch den längeren Wasserkontakt beschädigt worden sein.“

Der Versicherer zeigte Verständnis und half der Beschwerde ab.

Berufsunfähigkeitsversicherung

Was lange währt

Der Beschwerdeführer hatte den Abschluss einer Berufsunfähigkeitsabsicherung mit Versicherungsbeginn 1. Dezember 2012 bis Endalter 63 beantragt. Sein Geburtstag liegt im November. Der Antragsprozess dauerte aufgrund von Arztanfragen etwas länger. Mit Schreiben vom 14. Februar 2013 erhielt der Beschwerdeführer eine zu unterzeichnende Zusatzerklärung. Im beigefügten Produktinformationsblatt waren als Versicherungsbeginn der 1. Dezember 2012 und als letztmalige Beitragsfälligkeit der 1. November 2024 genannt. Als der Beschwerdeführer die Zusatzerklärung zurückschickte, bat er den Versicherer um Verschiebung des Versicherungsbeginns auf den 1. März 2013. Diese Möglichkeit sei ihm telefonisch in Aussicht gestellt worden, um nicht mehrere Monatsbeiträge auf einmal zahlen zu müssen. Daraufhin wurde dem Beschwerdeführer der Versicherungsschein mit dem geänderten Beginndatum zugesandt. Gleichzeitig dokumentierte der Versicherer den 1. März 2024 als Ablauf des Versicherungsschutzes. Dem Versicherungsnehmer fiel der frühere Ablauftermin im Versicherungsschein seinen Angaben zufolge nicht auf. Der Versicherer hatte auch nicht besonders darauf hingewiesen.

Im Jahr 2024 bezog der Beschwerdeführer die monatliche Berufsunfähigkeitsrente. Der Versicherer stellte zum 1. März 2024 die Zahlung ein. Dagegen wandte sich der Versicherungsnehmer mit seiner Beschwerde und wollte erreichen, dass der Versicherer acht weitere Berufsunfähigkeitsrenten leistete.

In der Vorkorrespondenz argumentierte der Versicherer mit den Begriffen des Endalters und Eintrittsalters, so wie sie in der Erläuterung zu einer Tabelle in den Versicherungsbedingungen definiert sind. Danach habe das Verschieben des Versicherungsbeginns ins nächste Kalenderjahr die Verkürzung der Versicherungsdauer zur Folge gehabt. Im Schlichtungsverfahren erklärte sich der Versicherer erfreulicherweise dazu bereit, dem Beschwerdeführer die gewünschten acht Monatsrenten nachzuzahlen.

Kfz-Versicherung

Gefährdung des Kindeswohls?

Nachdem ein Vater sein Kind in den Kindersitz gesetzt und die Fahrzeurtür geschlossen hatte, habe sich das Auto plötzlich verriegelt. Da sich der Schlüsselbund im Fahrzeug befunden habe, habe er zunächst versucht, seinem Kind zu erklären, wie es das Fahrzeug entriegeln kann. Dies missglückte; die Alarmanlage ging los. Um sein Kind nicht weiter zu gefährden, habe der Vater daraufhin die Fahrzeugscheibe aufgeschlagen. Dadurch wurde nicht nur die Scheibe, sondern auch die Fahrzeurtür beschädigt. Der Kaskoversicherer lehnte eine Kosten-



übernahme ab. Der Vater habe die Scheibe absichtlich eingeschlagen und damit den Schadenfall vorsätzlich herbeigeführt. Nachdem der Versicherer mit den folgenden Ausführungen erneut angeschrieben wurde, half er der Beschwerde ab:

„Es ist unstreitig, dass sich der Beschwerdeführer in einer notstandsähnlichen Situation befand. Sie sind der Ansicht, dass dies nichts an dem Leistungsausschluss ändere. Rettungsmaßnahmen müssten sich, damit eine Leistungspflicht des Versicherers bestehe, auf das versicherte Interesse beziehen. Es ist richtig, dass § 81 VVG, der als Grundlage für den entsprechenden Risikoausschluss in den AKB angesehen wird, keine Rechtswidrigkeit verlangt. §§ 82, 83 VVG sind nicht einschlägig, da das Wohl des Kindes nicht zu den über die Kaskoversicherung gedeckten Interessen gehört. Trotzdem wird diskutiert, ob die Rettung von Leib und Leben des Versicherungsnehmers oder naher Angehöriger auf Kosten versicherter Interessen ganz allgemein nicht der Rettung sonstiger unversicherter Interessen gleichgestellt werden kann (Prölss/Martin/Armbrüster, VVG, 31. Auflage, § 81 Rn. 26). § 81 VVG soll jedenfalls dann nicht greifen, wenn die Notstandshandlung aufgrund einer entsprechenden strafrechtlichen oder zivilrechtlichen Verpflichtung vorgenommen wird (Looschelders in Münchener Kommentar, 3. Auflage, Band 1, § 81 Rn. 56, 57). Hier kommt die besondere Fürsorgepflicht der Eltern gegenüber dem kleinen Kind in Betracht. Zumindest kann aber das Verschulden des Versicherungsnehmers entfallen (Baumann in Bruck/Möller, VVG, 9. Auflage, Band 3, § 81 Rn. 48).

Ich kann die Gefährdung des Kindeswohls anhand der mir vorliegenden Unterlagen nicht abschließend beurteilen. Sicherlich gibt es auch einen gewissen Bewertungsspielraum. Der Beschwerdeführer hat allerdings schon dramatische Umstände beschrieben. Ein längeres Zuwarten erscheint deshalb nicht zumutbar gewesen zu sein. Ich würde mich freuen, wenn Sie vor diesem Hintergrund das Beschwerdeanliegen nochmals wohlwollend prüfen könnten.“

Unfallversicherung

Bewusstseinsstörung (Abruptes Ende eines Spaziergangs)

Während eines Spaziergangs brach der unfallversicherte Versicherungsnehmer mitten im Gespräch zusammen. Ihm war plötzlich schwindelig geworden, und er konnte sich nicht mehr auf den Beinen halten. Der ärztliche Entlassungsbrief des behandelnden Klinikums enthielt die Schilderung, derzufolge der Patient synkopiert und auf den Hinterkopf gefallen sei. Der Versicherer lehnte daraufhin seine Leistungspflicht im Hinblick auf den vertraglich vereinbarten Ausschlussstatbestand ab, wonach Unfälle vom Versicherungsschutz ausgenommen sind, die die versicherte Person infolge einer Bewusstseinsstörung erleidet. Nicht jeder Schwindelanfall gilt ohne Weiteres als Bewusstseinsstörung. Hiervon wird erst dann ausgegangen, wenn der Schwindelanfall so erheblich ist, dass die versicherte Person – wenn auch nur kurzzeitig – nicht in der Lage ist, sich situationsangepasst zu verhalten. So war es hier. Der Schwindelanfall war so erheblich, dass sich der Versicherte nicht mehr auf den Beinen halten konnte und stürzte. Selbst Mediziner, widersprach der Beschwerdeführer der Leistungsablehnung des Versicherers mit dem Argument, dass medizinisch unter einer Bewusstseinsstörung nur neurologische Ausfälle zu verstehen seien, er aber wegen einer



2 BERICHT DER OMBUDSFRAU

kardiologischen Erkrankung den Schwindelanfall erlitten habe. Trotz dieses Einwandes konnte dem Beschwerdeführer im Schlichtungsverfahren nicht geholfen werden. Mit Hinweisen auf die Rechtsprechung und Fachliteratur wurde der Beschwerdeführer informiert, dass unter einer leistungsausschließenden Bewusstseinsstörung alle erheblichen Störungen der Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit verstanden werden, gleichgültig ob sie auf Krankheit, Alkoholgenuss oder anderen Substanzen beruhen (vgl. BGH, VersR 2008, 1683, OLG Hamm, VersR 1985, 1980).

Da die Gerichte in ähnlich gelagerten Fällen entsprechend entschieden haben, konnte dem Rechtsuchenden in diesem Fall nicht geholfen werden.

Rechtsschutzversicherung

Versicherungsschutz in homöopathischer Dosis

Die Beschwerdeführerin hatte in mehreren Rechtsangelegenheiten eine Gesellschaft mit der Vertretung beauftragt, die aus zwei Personen – einem Datenschutzbeauftragten und Wirtschaftsjuristen sowie einer Homöopathin und Krankenschwester – bestand. Das Schadenregulierungsunternehmen des Rechtsschutzversicherers lehnte eine Kostenübernahme u. a. mit der Begründung ab, die Kosten der Gesellschaft seien vom Leistungsumfang der Rechtsschutzversicherung nicht umfasst.

Dem schloss sich die Ombudsfrau an. Eine Rechtsschutzversicherung bietet keinen lückenlosen Versicherungsschutz. Die Parteien eines Rechtsschutzversicherungsvertrages können den Umfang des Versicherungsschutzes frei vereinbaren. Versicherungsschutz besteht nur, soweit der Versicherungsvertrag und die Versicherungsbedingungen, die diesem zugrunde liegen, dies so vorsehen. Nach den vereinbarten Versicherungsbedingungen sind weder die Kosten eines Datenschutzbeauftragten oder Wirtschaftsjuristen noch die Vergütung einer Homöopathin oder Krankenschwester vom Versicherungsschutz umfasst. Insbesondere zählen diese Kosten nicht zu den bedingungsgemäß zu erstattenden Anwaltskosten. Der Begriff „Anwalt“ ist nicht durch Auslegung erweiterbar.

Dies erläuterte die Ombudsfrau der Beschwerdeführerin und wies die Beschwerde ab. Soweit sich der Vertreter der Beschwerdeführerin auf das Gebot der Gleichbehandlung und Nichtdiskriminierung aus Artikel 20, Artikel 21 EU-Grundrechtecharta i. V. m. Artikel 51 Absatz 1 EU Grundrechtecharta i. V. m. Artikel 25, Artikel 3 GG berief, führte die Ombudsfrau aus: Es sei „zum einen zu berücksichtigen, dass sich diese Regelungen primär an staatliche Stellen richten und nicht an Wirtschaftsunternehmen. Zum anderen dient die Anknüpfung an die für eine Anwaltszulassung erforderlichen Voraussetzungen – Befähigungsnachweis durch zwei Staatsexamen, Prüfung der persönlichen Zuverlässigkeit, Berufsaufsicht durch die Kammer, Berufshaftpflicht etc. – der Sicherung der Qualität der vom Versicherer zu vergütenden Leistungen. Darin ist ein sachlicher Grund für die unterschiedliche Behandlung von Rechtsanwälten und anderen Berufsgruppen zu sehen, sodass eine Diskriminierung ausscheidet.“

**Kfz-Versicherung**

Fahrradtransport

Während einer Autofahrt klappte der Fahrradträger, der am Heck auf der Anhängerkupplung montiert war, nach hinten ab. Dabei wurde unter anderem das Fahrrad eines Bekannten des Versicherungsnehmers beschädigt. In den maßgeblichen Versicherungsbedingungen, die so auch allgemein üblich sind, war geregelt, dass Schadensersatzansprüche wegen Beschädigung von Sachen, die mit dem versicherten Fahrzeug befördert werden, nicht versichert sind. Dem Beschwerdeführer wurde dies erläutert und mitgeteilt, dass die Haltung des Versicherungsunternehmens nicht zu beanstanden sei.

Hausratversicherung

Brandfolgeschäden nicht versichert?

Am Dachstuhl des Doppelhauses der Beschwerdeführerin brach ein Feuer aus, welches auf die Doppelhaushälfte der Nachbarn, aber nicht auf ihre eigene Haushälfte übergriff. Die Feuerwehr löschte den Brand großflächig. Der Hausrat der Beschwerdeführerin wurde durch das eingedrungene Löschwasser und die starke Rußentwicklung erheblich beschädigt und das Haus unbewohnbar. Die Beschwerdeführerin forderte eine Regulierung in Höhe von mehr als 23.000 Euro samt Zusage der Übernahme der Unterbringungskosten für ihre sechsköpfige Familie.

Der Versicherer lehnte eine Zahlung ab, weil Löschwasser keine bedingungs-gemäß versicherte Gefahr darstelle. Die Ombudsfrau erläuterte daraufhin, dass sowohl Schäden durch Löschwasser als auch durch Ruß als Brandfolgeschäden vom Versicherungsschutz umfasst sind, und nannte entsprechende Fundstellen in der rechtswissenschaftlichen Literatur. Der Versicherer erwiderte, dass der von ihm beauftragte Gutachter keine Brandschäden habe feststellen können, weil das Dach am Besichtigungstermin bereits wieder eingedeckt worden sei. Bei Löschwasser handele es sich zudem nicht um bestimmungswidrig ausgetretenes Leitungswasser, da dies absichtlich eingesetzt worden sei.

Die Ombudsfrau wies den Versicherer darauf hin, dass anhand der übermittelten Fotos unzweifelhaft ein deutlicher Brandschaden am Haus erkennbar war und der von ihm beauftragte Sachverständige in seinem Bericht zudem selbst von einem Brand gesprochen hatte. Da der Versicherer gleichwohl an seiner Ablehnung festhielt, telefonierte die Ombudsfrau mehrfach mit ihm und erklärte ausführlich die Rechtslage. Sie bat nochmals um eine erneute Prüfung und ein Eingehen auf die von ihm genannten Fundstellen.

In seiner weiteren Stellungnahme brachte der Versicherer nun vor, dass sich der Brand nicht am Versicherungsort ereignet habe, sondern an der anderen Doppelhaushälfte. Zudem zitierte er Internetseiten anderer Versicherer, wonach in solchen Fällen ein nachbarrechtlicher Ausgleichsanspruch bestehe und die private Haftpflichtversicherung des Verursachers eintrittspflichtig sei.



Die Ombudsfrau erläutere dem Versicherer im Anschluss nochmals sehr ausführlich, weswegen der entstandene Schaden unzweifelhaft versichert war, und zitierte eine Vielzahl von Fundstellen aus Rechtsprechung und Literatur, die dies stützten. Auch legte sie dar, dass etwaige nachbarrechtliche Ansprüche dafür unerheblich sind, sondern stattdessen allenfalls ein Regress gegenüber dem Verursacher durch den Hausratversicherer in Betracht kommt. Nun akzeptierte der Versicherer seine Eintrittspflicht und forderte weitere Schadenunterlagen von der Beschwerdeführerin an. Nach einer Zahlung in Höhe von über 21.700 Euro erklärte diese die Erledigung der Angelegenheit und bedankte sich für den Einsatz der Ombudsfrau.

Allgemeine Haftpflichtversicherung

Wenn der Vermieter gegen die Kautionsaufrechnung

Die Beschwerdeführerin hatte einen Wohnungsschlüssel verloren. Nach ihrem Auszug ließ der Vermieter das Schloss austauschen und berücksichtigte die Kosten im Rahmen der Kautionsabrechnung. Der Versicherer hielt den Ersatzanspruch des Vermieters für unbegründet, weil seiner Ansicht nach keine Missbrauchsgefahr vorlag, und forderte ihn zur Auszahlung des entsprechenden Einbehalts auf. Bei einer gerichtlichen Durchsetzung des Anspruchs auf Rückzahlung der Mietkaution könne er, so der Versicherer, jedoch nicht unterstützen. Dabei handele es sich um einen vertraglichen Anspruch, für den kein Versicherungsschutz bestehe. Die Beschwerdeführerin kritisierte diese Haltung und verstand nicht, weshalb sie auf ihre Kosten ein Gerichtsverfahren betreiben sollte. Der Versicherer wurde deshalb nochmals um Prüfung gebeten:

„Ich kann verstehen, dass sie (die Beschwerdeführerin) sich mit einem von ihr zu betreibenden Aktivprozess überfordert sieht. Der ehemalige Vermieter wird keine weiteren Schritte unternehmen, denn sein behaupteter Anspruch ist bereits befriedigt.“

In einer solchen Situation reicht es nicht aus, auf den passiven Rechtsschutz zu verweisen. Ich zitiere aus Späte/Schimikowski/Harsdorf-Gebhardt, 2. Auflage 2015, AHB § 5 Rn. 15: „Die Erfüllung der Abwehrverpflichtung kann den VR auch zu Aktivprozessen nötigen, wenn der geschädigte Dritte seinen unbegründeten Anspruch durch Geltendmachen eines Zurückbehaltungsrechts, Aufrechnung oder Wegnahme eines dem VN gehörenden Gegenstandes realisiert. Der VR ist im Rahmen der Abwehr unbegründeter Ansprüche verpflichtet, einen Aktivprozess des VN gegen den geschädigten Dritten zu finanzieren, wenn dieser eine unberechtigte Schadensersatzforderung gegen berechnete Forderungen des VN aufrechnet (LG Berlin VersR 1987, 578 m.w.N.; ferner Bruck/Möller/Koch § 100 VVG Rn. 130)“. Aus der Beschwerdebearbeitung ist mir bekannt, dass Haftpflichtversicherer bei eher geringen Beträgen das Kostenrisiko scheuen und ihren Versicherungsnehmer entschädigen.“

Der Versicherer erstattete der Beschwerdeführerin den offenen Kautionsbetrag.



2 BERICHT DER OMBUDSFRAU

Gebäudeversicherung

Reparaturkosten für eine gebrochene Bleileitung

Der Beschwerdeführer hatte festgestellt, dass durch die Kellerwand Wasser eindrang. Durch eine Leckortung konnte der Rohrbruch an einer Bleileitung als Schadenursache ermittelt werden. Die Bleileitung wurde entfernt und eine neue Kupferleitung (ca. 8 Meter) installiert. Der Versicherer regulierte für die Reparatur der Bruchstelle fiktive Reparaturkosten in Höhe von 500,00 Euro. Er begründete dies damit, dass gemäß der Trinkwasserverordnung vom 01.12.2013 Bleileitungen zu erneuern sind, sofern der Bleigrenzwert von 0,010 mg/l im Trinkwasser überschritten wird. Aus seiner Erfahrung heraus ging er davon aus, dass die Leitungen diesen Wert nicht unterschreiten. Somit hätte ein Austausch schon längst erfolgen müssen. Die Nachweispflicht hierfür sah er beim Versicherungsnehmer. Die Ombudsfrau wies den Versicherer darauf hin, dass er sich auf einen für ihn günstigen Umstand berufen würde, nämlich, dass es der Versicherungsnehmer unterlassen hätte, gesetzlich vorgesehene Sanierungsmaßnahmen durchzuführen. Dementsprechend müsste er und nicht der Beschwerdeführer beweisen, dass der Bleigrenzwert bereits vor dem Schadenfall überschritten worden war. Wäre dies der Fall, könnte er den Einwand erheben, dass mit der Reparatur eine sowieso gesetzlich vorgeschriebene Sanierungsmaßnahme durchgeführt wurde. Vermutungen würden insofern aber nicht ausreichen. Die Ombudsfrau wies des Weiteren darauf hin, dass erst die am 24.06.2023 in Kraft getretene, novellierte Trinkwasserverordnung ein Verbot von Bleileitungen vorsehe. Demnach müssen Trinkwasserleitungen oder Teilstücke von Trinkwasserleitungen, die noch aus Blei bestehen, bis zum 12.01.2026 ausgetauscht oder stillgelegt werden. Eine Teilreparatur einer Bleileitung ist einem Sanitärbetrieb somit nicht möglich. Bedingungsgemäß schuldete der Versicherer die notwendigen Reparaturkosten. Das ist der Aufwand, der erforderlich ist, um den ursprünglichen Zustand wiederherzustellen. Ist eine Teilreparatur nicht zulässig und eine Wiederherstellung der Wasserleitung nur durch den Austausch der Bleileitung möglich, stellen die dafür anfallenden Aufwendungen die notwendigen Reparaturkosten dar. Der Versicherer regulierte daraufhin die Kosten für die Erneuerung der Wasserleitung.

Lebensversicherung

Was ist bei der Abfindung einer Kleinbetragsrente zu beachten?

Die Beschwerde betraf zwei Basisrentenversicherungen – auch Rüruprenten genannt. Bei der Basisrentenversicherung handelt es sich um ein staatlich gefördertes Produkt zur Altersvorsorge. Deshalb ist eine Auszahlung des gebildeten Kapitals nur ausnahmsweise zulässig. Wenn die Rentenhöhe einen bestimmten Betrag nicht erreicht, ist zum Beispiel die Abfindung dieser Kleinbetragsrente möglich.

Der Beschwerdeführer erhielt zum 1. Dezember 2023 aus einer seiner Basisrentenversicherungen eine Einmalzahlung von rund 6.000 Euro. Die Zahlung war ihm vom Versicherer sowohl schriftlich als auch telefonisch angekündigt worden. Anfang Februar 2024 forderte der Versicherer den Betrag jedoch zurück. Zu diesem Zeitpunkt erreichte die zweite Basisrentenversicherung des Beschwerdeführers beim selben Versicherer den vereinbarten Rentenbeginn.



Der Versicherer begründete die Rückforderung damit, dass er irrtümlich die Kleinbetragsrente aus dem ersten Basisrentenversicherungsvertrag als Einmalbetrag abgefunden habe. Im Einkommensteuergesetz ist geregelt, dass bei der Berechnung der Kleinbetragsrente alle bei einem Anbieter bestehenden Verträge zusammenzurechnen sind. Mit dieser gesetzlichen Regelung soll verhindert werden, dass die Verrentungspflicht durch die Aufteilung auf mehrere Verträge umgangen wird. Bei der Auszahlung des ersten Vertrages hatte der Versicherer die zweite Basisrentenversicherung versehentlich nicht berücksichtigt. Weil allein schon die Rentenhöhe aus dem zweiten Vertrag die Grenze einer Kleinbetragsrente überschritt, kam eine Abfindung nicht in Betracht.

Der Beschwerdeführer war der Ansicht, dass der Versicherer auf die Rückforderung verzichten müsse, weil er für seinen Fehler einzustehen habe. Die Beschwerde hatte jedoch keinen Erfolg. Wenn dem Versicherer der Fehler nicht unterlaufen wäre, hätte er dem Beschwerdeführer von Anfang an mitgeteilt, dass er ab Dezember 2023 nur die Rentenzahlung erhalten könne. Eine Rückzahlung in Raten hatte der Versicherer bereits angeboten.

Hausratversicherung

Die Erfahrungswerte eines Regulierers

Auf dem Dachboden der Garage der Beschwerdeführerin kam es durch einen Kurzschluss zu einem Brand, durch den alle dort zahlreich gelagerten Gegenstände zerstört wurden. Da das Schadengut zudem mit Öl verseucht war, ordnete die Polizei noch am selben Tag an, dass dieses unverzüglich entsorgt werden müsse. Laut Beschwerdeführerin habe der Versicherer auf ihre telefonische Nachfrage erklärt, dass dies kein Problem darstelle, solange sie ausreichend Fotos der Sachen anfertige.

Die Beschwerdeführerin bezifferte den Wiederbeschaffungswert der zerstörten Hausratgegenstände mit ca. 20.000 Euro. Ein von dem Versicherer beauftragter Regulierer telefonierte im Folgenden mit der Beschwerdeführerin und behauptete später, sie habe im Rahmen des Telefonats einer Vergleichsvereinbarung in Höhe von 6.000 Euro zugestimmt. Die Beschwerdeführerin bestritt dies vehement und wandte sich an die Redaktion eines TV-Verbrauchermagazins, das den Versicherer um Stellungnahme bat. Dieser erklärte, anhand der Fotos lasse sich der vorgetragene Schaden nicht nachweisen. Im Rahmen der Verbrauchersendung verwies der zu dem Fall befragte Experte u. a. auf die Möglichkeit, sich an die Versicherungsombudsfrau zu wenden. Zwei Tage nach der Ausstrahlung stellte die Beschwerdeführerin ihren Schlichtungsantrag.

In ihrer Stellungnahme im Beschwerdeverfahren trug der Versicherer vor, dass die geltend gemachte Schadenhöhe nicht nachvollziehbar sei. Der von ihm beauftragte Regulierer habe „unter Berücksichtigung aller Unterlagen und Lichtbilder sowie der örtlichen Gegebenheiten“ eine Schadenhöhe von 6.000 Euro ermittelt.

Im Rahmen ihrer Prüfung bat die Ombudsfrau den Versicherer zu erläutern, wie genau der Regulierer den Betrag bestimmt und welche der von der Beschwerdeführerin einzeln aufgeführten Forderungspositionen er nicht oder nur anteilig



2 BERICHT DER OMBUDSFRAU

berücksichtigt hatte. Darauf ging der Versicherer in seiner Antwort allerdings nicht ein und übermittelte auch nicht den entsprechenden Bericht seines Regulierers. Er erwiderte stattdessen nur, der Regulierer habe die 6.000 Euro auf Grundlage der Schadenaufstellung und Fotos „anhand seiner Erfahrungswerte“ ermittelt. Dieser könne im Falle einer gerichtlichen Klärung sowohl dazu als auch zum vermeintlichen telefonischen Vergleichsschluss befragt werden. Ein Gericht könne zudem einen Sachverständigen mit der Ermittlung der Schadenhöhe beauftragen, welches im vereinfachten Beschwerdeverfahren nicht möglich sei. Er halte daher an ihrer Entscheidung fest.

Um einen Prozess zu vermeiden und die Möglichkeiten einer einvernehmlichen Einigung zu erörtern, rief die Ombudsfrau beim Versicherer an und besprach den Fall ausführlich mit ihm. Sie wies dabei u. a. darauf hin, dass die Beschwerdeführerin den etwaigen Vergleichsschluss widerrufen haben könnte und angesichts der Fotos und sonstigen Umstände ein beachtliches Prozessrisiko aufseiten der Beschwerdegegnerin sah. Der Versicherer unterbreitete letztlich einen Vergleichsvorschlag in Höhe von 10.000 Euro. Nach einiger Bedenkzeit nahm die Beschwerdeführerin das Angebot an.

Allgemeine Haftpflichtversicherung

Handy ins Hafenbecken gefallen

Der Beschwerdeführer hatte ein Handy geliehen, und nach ca. einem Jahr fiel es ihm in ein Hafenbecken. Es konnte nicht mehr gerettet werden. Der Versicherer lehnte eine Schadenübernahme ab, weil nach den vereinbarten Vertragsbedingungen die Haftpflicht für Sachen, die der versicherten Person für mehr als drei Monate überlassen werden, ausdrücklich nicht versichert ist. Der Beschwerdeführer berief sich daraufhin auf die Bestleistungs-Garantie und verwies auf die Bedingungen eines anderen Unternehmens, die eine solche zeitliche Einschränkung nicht kennen. Es erfolgte eine Schadenregulierung unter Abzug einer Selbstbeteiligung von 300,00 Euro, wie sie nur in den Bedingungen des Versicherers für Fälle des Abhandenkommens vorgesehen war. Die Parteien stritten noch darüber, ob dieser Selbstbehalt nach dem Wortlaut der Bestleistungs-Garantie berücksichtigt werden kann. Letztlich kam es darauf nicht an. Auf folgende Nachfrage ging eine Beschwerdeabhilfe ein:

„Ich stimme Ihnen zu, dass die Vereinbarung über den Selbstbehalt bei Abhandenkommen von geliehenen Sachen auch im Rahmen der Bestleistungs-Garantie grundsätzlich zum Tragen kommt. Die Frage ist hier allerdings, ob es sich tatsächlich um ein Abhandenkommen handelt oder nicht vielmehr von einem Sachschaden auszugehen ist. Das Handy ist in das Hafenbecken gefallen. Wie tief es dort ist, ergibt sich aus den Unterlagen nicht. Eine Rettung war jedenfalls nicht mehr möglich. Bei iPhones geht man lediglich für die Dauer von 30 Minuten von einer Wasserdichtigkeit aus.“



2 BERICHT DER OMBUDSFRAU

Rechtsschutzversicherung

Wer A sagt, muss auch B sagen

Der Beschwerdeführer wünschte Rechtsschutz für das Vorgehen gegen seine Bank wegen unberechtigter Abbuchungen von seinem Konto. Sein Rechtsschutzversicherungsvertrag sah vor, dass der Versicherungsschutz erst drei Monate nach Versicherungsbeginn einsetzte (Wartezeit). Der Versicherungsfall war jedoch vor Ablauf dieser Wartezeit eingetreten.

Allerdings war der Rechtsschutzversicherungsvertrag des Beschwerdeführers unter Vermittlung einer Versicherungsagentur des Rechtsschutzversicherers zustande gekommen. Der Agenturmitarbeiter hatte dem Beschwerdeführer zugesichert, es bestünde keine Wartezeit.

Vom Beschwerdeführer hierauf angesprochen, berief sich das Schadenregulierungsunternehmen des Rechtsschutzversicherers darauf, dass ein unterstelltes Verschulden der Agentur nicht „kausal“ geworden sei, also keine Auswirkungen auf den fehlenden Versicherungsschutz gehabt habe. Auch bei einer richtigen Auskunft zur Frage einer bestehenden Wartezeit wäre es dem Vermittler nicht möglich gewesen, dem Beschwerdeführer einen Versicherungsvertrag ohne Wartezeit zu vermitteln.

Dies überzeugte die Ombudsfrau nicht. Zum einen stellte sich die Frage, ob von einer Kausalität nicht auch deshalb auszugehen sein könnte, weil der Beschwerdeführer möglicherweise von einer Anwaltsbeauftragung abgesehen hätte, wenn er vom fehlenden Versicherungsschutz gewusst hätte. Unabhängig davon kam eine Kostenübernahme aufgrund der gewohnheitsrechtlichen Erfüllungshaftung im Versicherungsrecht in Betracht. Danach haftet der Versicherer für die Erfüllung von Verpflichtungen, die sich aus dem Vertrauen des Versicherungsnehmers auf bestimmte Handlungen oder Erklärungen des Versicherungsvertreters ergeben. Das Rechtsinstitut der Erfüllungshaftung wird von Teilen der Rechtsprechung auch nach der Reform des Versicherungsvertragsgesetzes im Jahr 2008 noch für anwendbar gehalten. Von einem erheblichen Eigenverschulden des Versicherungsnehmers, das zu einem Wegfall der Erfüllungshaftung führen kann, war im Fall des Beschwerdeführers nicht auszugehen. Zwar ergab sich die Wartezeit aus den Antragsunterlagen. Der Beschwerdeführer hatte jedoch unwidersprochen vorgetragen, er habe im Hinblick darauf extra nochmals nachgefragt und den Wartezeitverzicht mündlich bestätigt bekommen.

Hierauf wies die Ombudsfrau den Versicherer hin, die dem Beschwerdeführer daraufhin entgegenkommenderweise die Übernahme der Rechtsverfolgungskosten zusagte.



2 BERICHT DER OMBUDSFRAU

Berufsunfähigkeitsversicherung

Unklarer Ablauf bei der Antragstellung

Der Beschwerdeführer machte Leistungen aus seiner Berufsunfähigkeitsversicherung geltend. Der Versicherer lehnte dies ab und trat wegen der Verletzung vorvertraglicher Anzeigepflichten vom Vertrag zurück. Dagegen wandte sich der Versicherungsnehmer mit seiner Beschwerde.

Unstreitig waren die Gesundheitsfragen nicht korrekt beantwortet worden. Der Rechtsanwalt des Beschwerdeführers vertrat jedoch die Ansicht, dass die Gesundheitsfragen seinem Mandanten nicht in Textform gestellt worden seien. Der Antrag sei telefonisch aufgenommen worden. Außerdem sei sein Mandant nicht über die Rechtsfolgen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht belehrt worden (§ 19 Absatz 5 VVG).

Der Versicherer trug gestützt auf die Schilderung des Abschlussvermittlers vor, dieser sei mit dem Beschwerdeführer sämtliche Fragen gemeinsam am Laptop durchgegangen. Im Anschluss sei dem Beschwerdeführer eine Abschrift der Gesundheitsfragen und der Antworten übersandt worden.

Der genaue Ablauf ließ sich im Schlichtungsverfahren nicht aufklären. Aus den Unterlagen ergab sich kein eindeutiges Bild. Der Antrag war als Rahmenvereinbarung überschrieben und enthielt keine Fragen zu den gesundheitlichen Umständen. Diese und die notierten Antworten ergaben sich aus einem Computerausdruck, der erkennbar eine Zusammenfassung der erfassten Daten des Antrags darstellte, jedoch keine Belehrung über die Rechtsfolgen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht nach § 19 Absatz 5 VVG enthielt.

Der Versicherer gab an, dass in den Prozess der Antragsaufnahme auch ein Vordruck zur vorvertraglichen Anzeigepflicht mit einer in Fettdruck gehaltenen Belehrung nach § 19 Absatz 5 VVG vor den gestellten Fragen integriert gewesen sei. Das ließ sich allein anhand der Unterlagen nicht nachvollziehen. Allerdings trugen der Antrag (Rahmenvereinbarung) sowie die Beratungsdokumentation die Unterschrift des Beschwerdeführers. Somit erschien auch der Vortrag des Beschwerdeführers, der Antrag sei telefonisch aufgenommen worden, nicht schlüssig. In wesentlichen Punkten stand Aussage gegen Aussage, so dass das vereinfachte schriftliche Schlichtungsverfahren an seine Grenzen stieß.

Der Fall zeigt, dass es zwar sowohl im Interesse des Versicherers und seines Vermittlers als auch des Versicherungsinteressenten liegen kann, die Antragsaufnahme durch die Nutzung technischer Mittel zum Beispiel in örtlicher Hinsicht flexibel zu gestalten. Gleichwohl ist es wichtig, den Ablauf so zu dokumentieren, dass im Nachhinein die Einhaltung gesetzlicher Vorgaben überprüft werden kann.



Gebäudeversicherung

Rohrbruch an einer Zisterne

In dem Haus des Beschwerdeführers kam es zu Wassereintritten durch die Kelleraußenwand sowie zu Absenkungen der Terrasse, der Lichtschächte und Teilen des Gartens. In Absprache mit dem Versicherer wurde ein Bauunternehmen zur Ermittlung der Schadensursache beauftragt. Bei den Aushubarbeiten wurde ein Rohrbruch der Zuleitung zur Zisterne festgestellt. Aus der Bruchstelle gelangte Wasser in das Erdreich und verursachte die Schäden im Innen- und Außenbereich. Über die Zisternen-zuleitung wird das Hausdach des Wohngebäudes entwässert. Der Versicherer lehnte die Schadenregulierung ab. Zwar seien bedingungsgemäß Bruchschäden an Rohren von Zisternen versichert. Er berief sich aber auf eine Regelung in den Versicherungsbedingungen, wonach bei Zuleitungsrohren zu einer Zisterne (Regenwassersammler), Versicherungsschutz erst ab dem Regenwasserfilter besteht. Der Filter selbst ist nicht versichert. Der Versicherer erhob den Einwand, dass kein Regenwasserfilter vorhanden sei, sodass auch kein Versicherungsschutz bestehen würde. Die Ombudsfrau argumentierte, dass „Rohre einer Zisterne“ zunächst solche sind, die der Zisterne Wasser zu- und aus ihr abführen. Bei dem gebrochenen Rohr handele es sich um ein Zuleitungsrohr, sodass Bruchschäden an diesem grundsätzlich versichert sind. In den Versicherungsbedingungen sei aber keine vertragliche Verpflichtung vereinbart, einen Regenwasserfilter einzubauen. Dem Wortlaut der Bedingungen nach bestehe daher für das Rohr Versicherungsschutz. Die einschränkende Regelung könne keine Anwendung finden, da ein Regenwasserfilter nicht vorhanden ist. Der Versicherer ließ sich überzeugen, erklärte dann aber, dass bei dem vorhandenen System lediglich Regenwasser ohne weitere Verwendung abgeführt wird. Eine Zisternenanlage sei nicht erkennbar, vielmehr würde es sich nur um einen Kontrollschacht handeln. Diesem Einwand konnte unter Hinweis auf die einschlägige Landesbauordnung entgegengetreten werden, dass die Installation von Zisternen nicht nur zum Zweck des ökologischen Umgangs mit Niederschlagswasser vorgesehen ist, sondern auch, um die Kanalisation im Falle von Starkregenereignissen zu entlasten und durch dezentrale Regenrückhaltung als Puffer zu agieren. Der Versicherer entschloss sich danach, in die Schadenregulierung einzutreten.

Betriebliche Altersversorgung (bAV)

Prinzip der Einheit der Versorgungszusage: Erst addieren, dann abfinden (oder auch nicht) oder Kleinvieh macht auch Mist

Die Beschwerdeführerin erhielt vom Versicherer die Auskunft, sie könne sich ihre Pensionskassenversorgung mit unverfallbaren Anwartschaften vorzeitig auszahlen lassen, weil es sich um eine Kleinstanwartschaft handele, für die eine sogenannte Bagatellabfindung nach § 3 BetrAVG möglich sei. Danach stellte sich heraus, dass für die Beschwerdeführerin noch ein zweiter bAV-Vertrag desselben Arbeitgebers mit unverfallbaren Anwartschaften bestand, den der Versicherer übersehen hatte. Zusammengezählt überschritten die Vertragswerte jedoch die Geringwertigkeitsgrenze, bis zu der eine Bagatellabfindung zulässig ist.

Nach dem „Prinzip der Einheit der Versorgungszusage“ sind die Leistungen einzelner Versorgungszusagen im Zweifel zu addieren und erst dann zu prüfen, ob



2 BERICHT DER OMBUDSFRAU

die Abfindungshöchstgrenze unterschritten wird, jedenfalls wenn ein sachlicher Zusammenhang zwischen den einzelnen Versorgungszusagen besteht (BAG, Urteil vom 12.02.1981 – 3 AZR 163/80).

Die Beschwerdeführerin war der Ansicht, dass der Versicherer sich an seiner irrtümlichen Auszahlungszusage festhalten lassen musste. Die Beschwerde hatte jedoch keinen Erfolg. Das Verfügungsverbot für unverfallbare Versorgungsanwartschaften in § 2 Absatz 2 BetrAVG ist ein Verbotsgesetz. Erklärungen, mit denen sich der Versicherer zu einem Verstoß gegen ein gesetzliches Verbot verpflichtet, sind nach § 134 BGB nichtig.

Kfz-Versicherung

Der verlorene Schlüssel und der Diebstahl

Der Versicherer ging davon aus, dass das Fahrzeug mit dem Schlüssel entwendet wurde, den der Beschwerdeführer seinem Vortrag nach einen Tag, bevor er den Diebstahl seines Autos bemerkte, verloren hatte. Da der Beschwerdeführer es zudem unterlassen hatte, das Fahrzeug zu sichern, lehnte der Versicherer eine Kaskoschadenregulierung ab. Ein Schlüsselverlust kann zwar zu einer Gefahrerhöhung führen. Hiervon kann nach Auffassung der Ombudsfrau aber nur dann ausgegangen werden, wenn die konkreten Umstände einen Diebstahl des Schlüssels als ernsthafte Möglichkeit erscheinen lassen. Der Beschwerdeführer hatte vorgetragen, den Schlüsselverlust gegen 20:00 Uhr bemerkt zu haben. Zuvor sei er ab 17:30 Uhr in der Stadt unterwegs und dabei in verschiedenen Geschäften gewesen. Wann es zum Verlust des Schlüssels gekommen war, war vor diesem Hintergrund unklar. Denkbar war daher auch, dass das Fahrzeug noch vor dem Schlüsselverlust gestohlen wurde. Die Ombudsfrau schrieb an den Versicherer auszugsweise:

„Wo genau der Beschwerdeführer den Schlüssel verloren hat, ist nicht bekannt. Da der Schlüssel aber unstreitig noch nach dem letzten Abstellen des Autos vorhanden war, ist es eher unwahrscheinlich, dass der Schlüssel direkt neben dem Auto verloren wurde. Auch ein Bezug des Abstellorts zum Wohnort des Beschwerdeführers erscheint hier aufgrund der Parksituation eher nicht möglich.

Darüber hinaus liegen mir auch keine Anhaltspunkte vor, die für ein grob fahrlässiges oder vorsätzliches Verhalten des Beschwerdeführers sprechen, wofür Sie die Beweislast tragen. Nachdem der Beschwerdeführer den Schlüsselverlust bemerkte (20:00 Uhr), sei er zunächst noch bis ca. 23:00 Uhr alle Wege mit der Hoffnung abgelaufen, ihn auf diese Weise zu finden. Am nächsten Tag habe er dann zum einen den Schlüsseldienst zwecks Austausches des Türzylinders zum Haus/ der Wohnung kontaktiert. Zum anderen habe er Ihnen – nachdem er dann auch noch den Verlust seines Fahrzeugs festgestellt hatte, den Schlüsselverlust und den Fahrzeugdiebstahl gemeldet.

Sicherlich hätte der Beschwerdeführer das Fahrzeug in der Nacht noch (mit dem Zweitschlüssel) umparken können. Seinen Angaben nach hätte er mangels vorhandener Parkplätze in der Nacht hierfür aber in einen anderen Stadtteil fahren müssen. Unter Berücksichtigung des oben Gesagten war hier jedoch eher nicht



mit einer Gefahr des Diebstahls zu rechnen. Auch konnte wohl kein Bezug des Schlüssels zum Fahrzeug und/oder der Wohnung hergestellt werden. Es ist daher fraglich, ob ein Umparken überhaupt eine effektive Sicherungsmaßnahme gewesen wäre. Hinzu kommt, dass nicht feststeht, wann genau das Fahrzeug gestohlen wurde. Denkbar ist daher ebenfalls, dass das Auto bereits vor dem Schlüsselverlust entwendet wurde. Anhaltspunkte dafür, dass das Fahrzeug mit dem verloren gegangenen Schlüssel gestohlen wurde, sind den Unterlagen jedenfalls nicht zu entnehmen. Insofern habe ich Zweifel festzustellen, dass selbst wenn man hier davon ausgehen würde, dass Sicherungsmaßnahmen unterlassen wurden, diese Unterlassung für den Fahrzeugdiebstahl kausal war.“

Der Versicherer erklärte sich darauf zu einer einvernehmlichen Lösung bereit. Da der Beschwerdeführer sich hiermit einverstanden erklärte, konnte das Schlichtungsverfahren schließlich im Wege des Vergleichs beendet werden.

Unfallversicherung

Das wartende Taxi

Die unfallversicherte Beschwerdeführerin machte gegenüber dem Versicherer u. a. die Übernahme von Taxikosten geltend. Sie hatte sich entschlossen, mit dem Taxi zu einem Termin mit einem Sachverständigen anzureisen, der Unfallfolgen beurteilen sollte und dessen Praxis in erheblicher Entfernung zum Wohnort der Beschwerdeführerin lag. Der Versicherer sagte der Beschwerdeführerin die Übernahme der Fahrtkosten zu. Mit ihrer Beschwerde begehrte die Beschwerdeführerin auch die Übernahme der Taxikosten für die Wartezeit, die der Fahrer während ihres Aufenthalts beim Sachverständigen berechnete, um sie anschließend wieder nach Hause zurückzubringen. Diese Kosten waren nicht erstattungsfähig. Der Versicherten war aufgrund ihrer Schadenminderungspflicht zuzumuten, nach der Begutachtung ein neues Taxi zu bestellen, sodass die Kosten für die Wartezeit hätten vermieden werden können.

Die Ombudsfrau musste der Beschwerdeführerin mitteilen, dass nur die reinen Fahrkosten, nicht aber die Kosten für die Wartezeit erstattungsfähig waren.

Gebäudeversicherung

Sturmschaden und Sturmfolgeschaden

Das Gebäude des Beschwerdeführers wurde durch einen Brand beschädigt. Aus technischen Gründen war es ihm noch nicht möglich gewesen, Erdarbeiten um das Gebäude herum abzuschließen. Das normalerweise an der Außenfassade senkrecht verlaufende Regenfallrohr konnte deshalb noch nicht montiert werden. Stattdessen wurde an den Ablaufstutzen der Dachrinne ein Ablaufschlauch befestigt, der auf einen angrenzenden freien Acker mündete. Ein Sturm riss den provisorisch angebrachten Regenablauf ab. Das Wasser aus der Regenrinne lief an der Fassade entlang und gelangte über die Lichtschächte in den Keller des versicherten Gebäudes. Ein vom Versicherer beauftragter Regulierer hatte die Schadenhöhe mit 8.400,00 Euro ermittelt. Der Gebäudeversicherer vertrat die Auffassung, es würde sich um keinen Sturmschaden handeln und lehnte die Schadenregulierung ab.



Die Ombudsfrau argumentierte gegenüber dem Versicherer, dass durch den Sturm die provisorisch angebrachte Dachentwässerung abgerissen worden sei. Damit würde ein durch die unmittelbare Einwirkung des Sturmes verursachter Schaden vorliegen. Bedingungsgemäß seien aber auch Folgeschäden nach einem Sturm Schaden versichert. Das OLG Hamm hatte bei einem vergleichbaren Sachverhalt einen versicherten Sturmschaden angenommen. Dort hatte der Sturm ein Regenwasserfallrohr abgeknickt, sodass Regenwasser in das Gebäude gelangte. Nach erneuter Prüfung regulierte der Versicherer den Schaden.

Allgemeine Haftpflichtversicherung

Wer ist mitversicherter Angehöriger?

Die Beschwerdeführerin beschädigte das Notebook ihres langjährigen Lebenspartners, mit dem sie in häuslicher Gemeinschaft lebte. Der Versicherer berief sich auf die Angehörigenklausel in den Vertragsbedingungen und lehnte eine Schadenregulierung ab. Der Ausschluss gelte auch für Personen, die durch ein familienähnliches, auf längere Dauer angelegtes Partnerverhältnis miteinander verbunden sind und in häuslicher Gemeinschaft leben. Dem konnte nicht zugestimmt werden:

„Sie berufen sich auf den Ausschluss nach § 4 II.2 a) AHB, wonach Haftpflichtansprüche aus Schadenfällen von Angehörigen des Versicherungsnehmers, die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, nicht versichert sind. Weiter unten in der Klausel wird der Begriff ‚Angehörige‘ definiert: ‚Als Angehörige gelten Ehegatten, Eltern und Kinder, Adoptiveltern und -kinder, Schwiegereltern und -kinder, Stiefeltern und -kinder, Großeltern und Enkel, Geschwister sowie Pflegeeltern und -kinder (Personen, die durch ein familienähnliches, auf längere Dauer angelegtes Verhältnis wie Eltern und Kinder miteinander verbunden sind).‘

Der ‚bloße‘ Lebenspartner wird nicht aufgeführt. Die Erläuterungen in der Klammer, die auf ein familienähnliches Verhältnis abstellen, beziehen sich nur auf Pflegeeltern und -kinder. Meiner Kenntnis nach ist es auch nicht so, dass Lebenspartner per Gesetz oder Rechtsprechung Ehegatten gleichgestellt sind. In jedem Fall sind Ausschlussklauseln eng auszulegen und Auslegungszweifel gehen zu Lasten des Verwenders.“

Der Versicherer half ab.

Lebensversicherung

Einzugsermächtigung verpflichtet

Ein Versicherungsunternehmen nahm die Versicherungsnehmerin auf Prämienrückstände aus einer Riester-Rentenversicherung in Anspruch. Der Vertrag besteht seit dem 1. Juni 2008 und enthält eine Beitragsdynamik. Die Beschwerdeführerin hatte dem Versicherer zu Vertragsbeginn eine Lastschriftinzugsermächtigung für die Beitragszahlung erteilt. Erstmals mit Schreiben aus Januar 2023 teilte der Versicherer der Versicherungsnehmerin mit, dass es Probleme mit dem Beitragseinzug gegeben habe. Durch ein Bearbeitungsversehen des Versicherers war das Konto für den Lastschriftinzug unbemerkt geändert worden, und ein Beitragseinzug hatte seit 2018 nicht stattgefunden.



Mit Schreiben aus Februar 2023 bezifferte der Versicherer den Beitragsrückstand seit dem 1. Januar 2018 auf über 2.000 Euro.

Mit Mahnung vom 6. April 2023 forderte der Versicherer die Versicherungsnehmerin zur Zahlung des Beitragsrückstands bis einschließlich Mai 2023 auf. Dafür räumte er eine Zahlungsfrist von zwei Wochen ein und teilte mit, dass er bei Nichtzahlung gemäß §§ 38 Absatz 3, 166 Absatz 1 VVG berechtigt sei, den Vertrag fristlos zu kündigen.

Mit ihrer Beschwerde aus April 2023 trug die Versicherungsnehmerin vor, den Nichteinzug der Beiträge weder bemerkt noch verursacht zu haben, und berief sich auf eine Verjährung von Prämienansprüchen. Der Versicherer sah dies anders.

Die Beschwerde war teilweise begründet. Die Ombudsfrau entschied, dass der zwischen der Versicherungsnehmerin und dem Versicherer geschlossene Riester-Rentenvertrag ungekündigt fortbesteht und Beitragszahlungsansprüche des Versicherers, die bis zum 31. Dezember 2020 entstanden waren, verjährt sind. Im Übrigen war die Beschwerde unbegründet.

Dass die Beiträge für die Versicherung seit dem 1. Januar 2018 unbezahlt sind, war unstrittig. Ansprüche auf Versicherungsprämien verjähren nach der regelmäßigen Verjährungsfrist des § 195 BGB innerhalb von drei Jahren. Die Verjährungsfrist beginnt nach § 199 Absatz 1 BGB, soweit nicht ein anderer Verjährungsbeginn bestimmt ist, mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Gläubiger von den den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste.

Die Prämienansprüche des Versicherers waren jeweils mit ihrer Fälligkeit entstanden. Zum Zeitpunkt der Entstehung der Ansprüche hatte der Versicherer auch Kenntnis von den anspruchsbegründenden Umständen und der Person der Schuldnerin. Der Anspruch auf Zahlung der Beiträge für den Zeitraum bis zum 31. Dezember 2020 verjährte unter Zugrundelegung der Anforderungen des § 199 Absatz 1 BGB spätestens mit Ablauf des 31. Dezember 2023.

Zur Hemmung der Verjährung hatte der Versicherer nichts vorgetragen. Er wandte ein, dass die Versicherungsnehmerin die unterbliebenen Abbuchungen von ihrem Konto und eine in den Nachträgen zum Versicherungsschein falsch angegebene Kontoverbindung hätte erkennen können. Zudem sei ihr kein Vermögensschaden entstanden und kein Gewinn entgangen. Schließlich sprach er eine moralische Verpflichtung der Versicherungsnehmerin an. Für die Frage der Verjährung ist das jedoch rechtlich ohne Belang.

Der Einrede stand insbesondere nicht entgegen, dass die Versicherungsnehmerin den Beitragseinzug nicht besser überwacht und selbst auf eine Prämienzahlung hingewirkt hatte. Lässt sich der Versicherer eine Einzugsermächtigung geben, übernimmt er regelmäßig die Verantwortung für die rechtzeitige Zahlung, solange die Übereinkunft nicht eindeutig widerrufen ist. Er trägt das Risiko der



2 BERICHT DER OMBUDSFRAU

Nichtzahlung, soweit die Gründe dafür in den Bereich der übernommenen Verantwortung fallen. In diesem Fall besteht keine Verpflichtung der Versicherungsnehmerin, die Prämie zu übermitteln. Diese hat das ihrerseits Erforderliche getan, indem sie sicherstellt, dass die Prämie von ihrem Konto abgebucht werden kann. § 38 VVG ist daher nicht anwendbar, wenn sich der Versicherer vom Versicherungsnehmer eine Einzugsermächtigung geben ließ und die Prämien bei Fälligkeit vom Konto des Versicherungsnehmers hätte abbuchen können (BGH, Urteil vom 19. Oktober 1977, IV ZR 149/76).

Will der Versicherer vom Lastschriftverfahren abrücken, so darf er dies nach allgemeinen Grundsätzen, muss aber den Versicherungsnehmer in Textform zur Übermittlung der Prämie auffordern; eine qualifizierte Mahnung als solche ist noch keine Aufforderung in diesem Sinne (Prölss/Martin/Reiff, 31. Auflage 2021, VVG § 38 Rn. 5).

Der Versicherer ist auch nicht berechtigt, die verjährten Prämienansprüche mit vertraglichen Leistungsansprüchen der Versicherungsnehmerin zu verrechnen. § 215 BGB greift im vorliegenden Fall nicht ein, weil es in unverjährter Zeit an einer Aufrechnungslage fehlte.

Hausratversicherung

Entwendung E-Bike, Neuerwerb, Wiederauffinden. Kein Anspruch auf Erstattung?

Am 3. Juli 2023 wurde das E-Bike der Beschwerdeführerin gestohlen. Eine Woche später meldete sie den Schaden ihrem Versicherer und kaufte sich bereits einige Tage danach ein neues E-Bike, weil sie darauf als Fortbewegungsmittel angewiesen war. Im Folgenden bat der Versicherer seine Kundin um Übermittlung der polizeilichen Anzeige, Anschaffungsrechnung und weiterer Unterlagen. Etwa einen Monat später fand die Polizei das Rad und teilte dies der Beschwerdeführerin mit. Erst danach übersandte die Beschwerdeführerin dem Versicherer die angeforderten Unterlagen zum inzwischen wieder erlangten Fahrrad und teilte ihr zudem das Wiederauffinden mit.

Daraufhin lehnte der Versicherer eine Regulierungsleistung mit der Begründung ab, dass zum Zeitpunkt des Wiederauffindens des Rades kein Anspruch auf eine Entschädigung bestanden habe, weil dieser – wegen der von der Beschwerdeführerin damals noch nicht eingereichten Unterlagen – noch nicht fällig gewesen sei. Die Beschwerdeführerin verwies auf ein ihr laut Versicherungsbedingungen zustehendes Wahlrecht beim Wiederauffinden einer entwendeten Sache; sie habe sich statt für die Rücknahme des alten E-Bikes für den Erhalt einer Entschädigungsleistung entschieden. Im Übrigen habe sie kein Interesse am alten Rad, weil sie das neue nicht mehr zurückgeben könne. Gleichwohl hielt der Versicherer an seiner Entscheidung fest.

Die Ombudsfrau erläuterte dem Versicherer, dass die Regelung in den Versicherungsbedingungen insoweit zwar nicht eindeutig sei, aber doch viel dafür spreche, dass die Beschwerdeführerin ihr Wahlrecht ordnungsgemäß ausgeübt hatte. Im Übrigen verwies sie auf die Schutzwürdigkeit der Beschwerdeführerin, welche auf einen kurzfristigen Ersatz für ihr E-Bike angewiesen war. Würde man der Aus-



legung der Beschwerdegegnerin folgen, müsste ein Versicherungsnehmer zudem mit einer Wiederbeschaffung stets bis zum Abschluss der Erhebungen des Versicherers warten, welche sich auch bei zügigem Handeln beider Vertragspartner über Monate hinziehen können, zum Beispiel wegen Abwartens der Einsicht in die polizeiliche Ermittlungsakte. Anderenfalls liefe der Versicherungsnehmer Gefahr, einen zwischenzeitlich angeschafften Ersatz nicht erstattet zu bekommen, welches unbillig erscheine.

Der Versicherer erklärte sich daraufhin bereit, den Wiederbeschaffungswert des E-Bikes in Höhe von 2.759 Euro Zug um Zug gegen die Übergabe des wieder aufgefundenen Rades auszus zahlen.

Betriebliche Altersversorgung (bAV)

Pfändung künftiger Ansprüche aus einer Direktversicherung: Die Rechnung kommt zum Schluss

Die Beschwerdeführerin wandte sich mit ihrer Beschwerde dagegen, dass die Leistung aus ihrer Direktversicherung nach Ablauf an einen Dritten ausgezahlt werden sollte, obwohl sie für die Erlebensfalleistung unwiderruflich bezugsberechtigt und von einem Vollstreckungsschutz für die bAV ausgegangen war. Der Versicherer berief sich auf einen Pfändungs- und Überweisungsbeschluss aus dem Jahr 1998, mit dem auch die zukünftigen Ansprüche der Beschwerdeführerin gegen den Versicherer gepfändet worden waren.

Der künftige Anspruch eines Versorgungsberechtigten auf Auszahlung der Versicherungssumme aus einem Direktversicherungsvertrag kann gepfändet und dem Gläubiger zur Einziehung überwiesen werden. Das Pfändungsverbot nach § 851 Absatz 1 ZPO gilt zwar uneingeschränkt für die vor Verfügungen des Arbeitnehmers umfassend geschützte Versorgungsanwartschaft. Es erfasst aber nicht den Anspruch auf Auszahlung der Versicherungssumme im Versicherungsfall, welcher als zukünftiger Anspruch bereits während der Laufzeit gepfändet werden kann (BGH, Beschluss vom 11.11.2010 – VII ZB 87/09).

Die Beschwerde war unbegründet. Ob der Pfändungsgläubiger im Einzelfall verpflichtet ist, die Versicherungsleistung freizugeben, etwa weil die Forderung gegen Schuldner bereits auf andere Weise getilgt wurde, kann nicht Gegenstand der Prüfung im Schlichtungsverfahren sein.

Allgemeine Haftpflichtversicherung

Falschbetankung mit Folgeschaden

Der Beschwerdeführer betankte ein ihm zur Verfügung gestelltes Fahrzeug falsch, was erst nach einer Fahrt von ca. 5 km bemerkt wurde, als der Motor ausfiel. Er wollte eine Regulierung dieses Motorschadens durch den Privathaftpflichtversicherer erreichen, der jedoch ablehnte. Die Beschwerde hatte ebenfalls keinen Erfolg:

„Nach den Bedingungen zu Ihrem Vertrag ist zwar die gesetzliche Haftpflicht aus der Falschbetankung von geliehenen, gemieteten oder gefälligkeitshalber



2 BERICHT DER OMBUDSFRAU

erhaltenen Kfz mitversichert. Ausdrücklich ausgeschlossen sind aber Folgeschäden. Sie haben recht, dass die Formulierung ‚Schäden aus Falschbetankung‘, wie sie in der verkürzten Leistungsumschreibung des Versicherungsscheins verwendet wird, grundsätzlich weit gefasst ist. In der Leistungsumschreibung wird aber ebenfalls ausdrücklich auf die Versicherungsbedingungen verwiesen.

Ein Folgeschaden ist ein Schaden, der mittelbar durch einen vorangegangenen Schaden entsteht. Bereits durch das Einfüllen des falschen Kraftstoffs wäre es notwendig gewesen, den Tank zu leeren und zu reinigen. Aufwendungen für solche Schadenabwendungsmaßnahmen stellen bereits einen erstattungsfähigen Schaden dar. Ich kann Ihr Argument nachvollziehen. Die anschließende Fahrt ist Teil einer logischen Handlungskette. Gleichzeitig stellt sie aber auch eine zusätzliche Schadenursache für den Motorschaden dar. Die Falschbetankung hat sich in diesem Schaden nicht direkt, sondern mittelbar ausgewirkt.

Vor diesem Hintergrund sehe ich keine Grundlage, den Versicherer zu einer Kostenübernahme zu verpflichten.“



3 Einzelheiten zur Schlichtungsstelle

3.1 Allgemeines

Die Schlichtungsstelle ist seit Gründung des Trägervereins Versicherungsombudsmann e.V. in 2001 organisatorisch dort angesiedelt. Als juristische Person hat der Verein eine eigene Rechtsfähigkeit. 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 der Ombudsfrau 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 sowie Mitglieder vom Verband der Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit e.V., für die keine Mitgliedschaft beim GDV besteht, in den Verein aufgenommen werden. Zum 31. Dezember 2024 hatte der Verein 314 (Vorjahr: 299) Mitglieder.

Die Organe des Vereins sind der Vorstand und die Mitgliederversammlung. Der Beirat ist ein weiteres Gremium, das 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 der Ombudsfrau sowie an Änderungen der Verfahrensordnungen mitzuwirken und generell die Arbeit der Ombudsfrau zu begleiten und sie zu beraten.

Dem Beirat kommt auch deshalb eine große Bedeutung zu, weil er Ausdruck und Garant der Unabhängigkeit der Ombudsfrau 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.

Dr. h.c. Wilhelm Schluckebier war im Berichtsjahr bis zum 31. März 2024 Ombudsmann. Er hat das Amt am 1. April 2024 Dr. Sibylle Kessal-Wulf übergeben. Ihre Amtszeit dauert satzungsgemäß noch bis zum 31. März 2029.

Die Tätigkeit des Versicherungsombudsmann e.V. 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 (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 die Ombudsfrau nicht verjähren und der Spruch der Ombudsfrau unter bestimmten Voraussetzungen



3 EINZELHEITEN ZUR SCHLICHTUNGSSTELLE

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 e.V. 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 Mitgliedstaaten 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 eine unabhängige Ombudsperson 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.

Der Versicherungsombudsmann e.V. ist befugt, einen gesetzlich vorgesehenen vorgerichtlichen Einigungsversuch durchzuführen. Nach § 15a des EGZPO können die Länder 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.



3 EINZELHEITEN ZUR SCHLICHTUNGSSTELLE

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 ZPO eingefügten § 278a. Danach kann ein Gerichtsverfahren zum Ruhen gebracht werden, wenn die Prozessparteien sich für ein Verfahren der außergerichtlichen Konfliktbeilegung entscheiden.

3.2 Organisation und Personal

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

Die Mitarbeiter prüfen die Anliegen der Verbraucher gründlich und effizient. Eingesetzt wird dafür das eigens für die Schlichtungsstelle entwickelte 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 waren im Berichtsjahr 14 Versicherungskaufleute und -fachwirte 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 der Ombudsfrau fällt.

In der juristischen Abteilung unterstützen Volljuristen (Referenten) die Ombudsfrau 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 der Ombudsfrau und in ihrem 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 die Ombudsfrau.



3 EINZELHEITEN ZUR SCHLICHTUNGSSTELLE

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 3.10) und die aus der Statistik ersichtlichen Fallzahlen wird die Arbeit der Schlichtungsstelle auch aus dieser Perspektive der Öffentlichkeit zugänglich gemacht.

3.3 Vereinsmitglieder und Mitgliederversammlung

Der Versicherungsombudsmann e.V. ist der Trägerverein der Schlichtungsstelle. Nach § 3 Absatz 1 der Satzung des Vereins (siehe 5.3) können der GDV und dessen Mitgliedsunternehmen sowie Mitglieder vom Verband der Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit e.V., für die keine Mitgliedschaft beim GDV besteht, in den Verein aufgenommen werden. Am 31. Dezember 2024 hatte der Verein 314 (Vorjahr: 299) 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 der Ombudsperson und Änderungen der Verfahrensordnungen. Sie ist der Souverän des Vereins und gehört zusammen mit dem Vorstand zu seinen Organen.

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

Im Berichtsjahr fand die Mitgliederversammlung am 25. September in Berlin statt. Durch die in der Versammlung vertretenen Mitglieder wurde der Vereinsvorstand neu gewählt. Darüber hinaus wurde die Entlastung von Vorstand und Geschäftsführung, die Genehmigung des Jahresabschlusses 2023 und des Wirtschaftsplans 2025 beschlossen. Weiter fand eine Nachwahl der Mitgliedervertreter im Beirat statt.

Die Berichte der Ombudsfrau Dr. Sibylle Kessal-Wulf über das erste halbe Jahr ihrer Amtszeit, die Beschwerdebearbeitung, die Entwicklung der Rechtsprechung und weitere fachliche Themen sowie des Geschäftsführers Constantin Graf von Rex zur Beschwerdestatistik, zur Organisation des Vereins und zu den Finanzen 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 der Ombudsperson, die Aufstellung von Wirtschaftsplan und Jahresabschluss, die Bestellung und Abberufung des Geschäftsführers sowie dessen Beaufsichtigung. Vorstand und Mitgliederversammlung bilden die Organe des Vereins.

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

Die Amtsperiode des Vorstands endete im Berichtsjahr mit der Neuwahl des Gremiums am 25. September 2024. Den Vorsitz im Vorstand hat weiterhin Thomas Flemming, Vorsitzender der Aufsichtsräte der Mecklenburgischen Versicherungen. Die Zusammensetzung des Vorstands kann der Aufstellung im Anhang unter 5.6 entnommen werden.

Vorstandssitzungen fanden am 25. April in der Geschäftsstelle des Trägervereins und am 19. Juni virtuell statt. Im April stand der Jahresabschluss des Vereins für das Geschäftsjahr 2023 im Vordergrund; im Juni lag der inhaltliche Schwerpunkt auf der Vorbereitung der Mitgliederversammlung und dem Wirtschaftsplan für das Geschäftsjahr 2025.

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 der Ombudsfrau gehört zu seinen Aufgaben.

Seit Februar 2022 ist Constantin Graf von Rex Geschäftsführer des Vereins.



3 EINZELHEITEN ZUR SCHLICHTUNGSSTELLE

3.5 Beirat

Gemäß § 12 der Vereinssatzung gehört zum Verein ein Beirat. Das Gremium hat u. a. maßgeblichen Einfluss darauf, wer das Amt der Ombudsperson 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 der Ombudsfrau wird durch das Gremium entgegengenommen und bei Bedarf wird die Ombudsfrau 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 der Ombudsfrau in der Praxis gelebt wird und durch die Vereinskonstruktion abgesichert ist.

Die Expertise der im Beirat einbezogenen Fachleute, darunter kritische Vertreter von Verbraucherorganisationen, hat Aussagekraft und unterstützt dadurch den Schlichtungsgedanken. 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 einen unerwünschten Ausgang ihres Verfahrens akzeptieren, lässt sich auch auf diese Weise ein Streit befrieden.

Die Anzahl der Beiratsmitglieder ist in der Satzung geregelt (§ 12 Absatz 1). 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.

Die aktuelle Amtsperiode des Beirats begann am 28. Februar 2022. Den Vorsitz im Beirat führt Prof. Dr. Petra Pohlmann, Inhaberin des Lehrstuhls für Bürgerliches Recht, Wirtschaftsrecht und Zivilverfahrensrecht am Institut für Internationales Wirtschaftsrecht der Juristischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. In seiner Sitzung am 24. April 2024 hat sich der Beirat sowohl mit Dr. h. c. Wilhelm Schluckebier als auch mit Dr. Sibylle Kessal-Wulf über die Beschwerdebearbeitung intensiv ausgetauscht.

Der Beirat setzt sich aktuell zusammen aus jeweils sieben Vertretern der Mitgliedsunternehmen und von Verbraucherorganisationen (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. – vzbv, Stiftung Warentest und 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,



3 EINZELHEITEN ZUR SCHLICHTUNGSSTELLE

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

Die Ombudsfrau repräsentiert die Schlichtungsstelle nach außen. Die aktive Öffentlichkeitsarbeit des Versicherungsombudsmann e.V. 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 die Ombudsfrau. Sie 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 die Ombudsperson und den Geschäftsführer vorgestellt und erläutert. Im Berichtsjahr war neben Dr. Sibylle Kessal-Wulf und Constantin von Rex auch noch Dr. Wilhelm Schluckebier am 15. Mai 2024 zur Vorstellung des Berichts zur virtuellen Pressekonferenz anwesend.

Im Übrigen geht die Initiative zur Berichterstattung regelmäßig von den Medienvertretern aus. Im Berichtsjahr wurden in Zeitschriften und Onlineartikeln Interviews und Stellungnahmen der Ombudsfrau und – für die Zeit bis zum 31. März – des Ombudsmanns wiedergegeben.

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 die Ombudsfrau mit, welche Unternehmen mit welcher Anzahl und mit welchem Verfahrensausgang von Beschwerden betroffen sind.



3 EINZELHEITEN ZUR SCHLICHTUNGSSTELLE

3.7 Stabwechsel beim Versicherungsombudsmann e.V.

Am 28. Mai 2024 wurde im Rahmen einer Feierstunde in der Vertretung des Landes Baden-Württemberg beim Bund in Berlin der bisherige Ombudsmann Dr. h. c. Wilhelm Schluckebier verabschiedet und Dr. Sibylle Kessal-Wulf als Ombudsfrau in ihr Amt eingeführt. An der Feierstunde nahmen Mitglieder von Vorstand und Beirat, Vertreter von Verbraucherschutzorganisationen, Branchenverbänden und aus der Politik sowie die Mitarbeiter der Geschäftsstelle, alle bisherigen Ombudsmänner des Versicherungsombudsmann e.V. und persönliche Gäste teil. Dr. h. c. Schluckebier, vormaliger Bundesverfassungsrichter, schied nach Ablauf der fünfjährigen Amtszeit aus. Dr. Kessal-Wulf, die früher dem für das Versicherungsvertragsrecht zuständigen Senat des BGH angehörte und zuletzt dort den Vorsitz führte, ist nach dem Ende ihres Richteramtes beim Bundesverfassungsgericht von den Gremien des Versicherungsombudsmann e.V. berufen worden.

Thomas Flemming, der Vorsitzende des Vorstands des Trägervereins der Verbraucherschlichtungsstelle, begrüßte die Gäste. Er dankte Dr. Schluckebier im Namen des Vorstands für seine Arbeit seit 2019 und wünschte ihm alles Gute für den Ruhestand. Er hieß Dr. Kessal-Wulf als neue Ombudsfrau willkommen.



Prof. Günter Hirsch; Prof. Dr. Stephan Harbarth, LL.M. (Yale), Präsident des Bundesverfassungsgerichts;
Dr. Sibylle Kessal-Wulf; Dr. h. c. Wilhelm Schluckebier; Prof. Wolfgang Römer



3 EINZELHEITEN ZUR SCHLICHTUNGSSTELLE

Der Präsident des Bundesverfassungsgerichts, Prof. Dr. Stephan Harbarth, LL.M. (Yale), betonte in seinem Festvortrag die Bedeutung der außergerichtlichen Streitbeilegung. Die Vorsitzende des Beirats des Versicherungsombudsmann e. V., Prof. Dr. Petra Pohlmann, würdigte ihren langjährigen, 2023 verstorbenen Vorgänger im Amt, Prof. Dr. Dr. h. c. Jürgen Basedow, LL.M. (Harvard Univ.), und hob die hervorragende Zusammenarbeit mit Dr. Schluckebier hervor. Der Hauptgeschäftsführer des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V., Jörg Asmussen, dankte Dr. Schluckebier für die erfolgreichen gemeinsamen Jahre. Beide wünschten Dr. Kessal-Wulf alles Gute für ihre Amtszeit als Ombudsfrau. In seinem kurzen Rückblick dankte Dr. Schluckebier all seinen Wegbegleitern während seiner Amtszeit als Ombudsmann. Abschließend verlieh Dr. Kessal-Wulf ihrer Freude auf die Arbeit in der Verbraucherschlichtung Ausdruck.

3.8 Fachlicher Austausch

Der Versicherungsombudsmann e.V. und die Ombudsfrau sind ein wichtiger Teil der nationalen und internationalen Verbraucherschlichtungsstrukturen. Erfahrungsaustausch mit anderen Schlichtungsstellen, auch über die Landesgrenzen hinweg, prägt den fachlichen Diskurs.

So nahmen Dr. h. c. Wilhelm Schluckebier und Constantin Graf von Rex am Erfahrungsaustausch der Verbraucherschlichtungsstellen des BMJ teil. Dr. Sibylle Kessal-Wulf hielt u. a. einen Vortrag auf der GDV-Fachtagung Rechtsschutzversicherung, konnte dort die Schlichtungsstelle und ihre Schwerpunkte vorstellen und den Schlichtungsgedanken und seine Vorzüge hervorheben. Gleiches tat Graf von Rex im Rahmen zweier Vorträge in Bremen vor Versicherungsmaklern und in Fulda vor Ausbildungsverantwortlichen für den Versicherungsvertrieb.

In den Räumlichkeiten des Ombudsmanns Private Kranken- und Pflegeversicherung in Berlin 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 und Graf von Rex nahmen an der „Expertenrunde Recht“ teil.



3 EINZELHEITEN ZUR SCHLICHTUNGSSTELLE

3.9 Gremienarbeit

Dr. h. c. Wilhelm Schluckebier, Dr. Sibylle Kessal-Wulf, Constantin 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 Ombudsmann bzw. die Ombudsfrau in zwei Gremien vertreten. Zum einen ist dies der Verbraucherbeirat. Das Gremium berät die BaFin bei der Erfüllung ihrer Aufsichtsaufgaben aus Verbrauchersicht. Der Ombudsmann oder die Ombudsfrau 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 unter Teilnahme von Dr. Schluckebier bzw. Dr. Kessal-Wulf 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).

Der Versicherungsombudsmann e.V. 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.



3.10 Finanzen

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

Die Fallpauschalen werden für Beschwerden erhoben, die gegen die Unternehmen eingelegt werden. Für nach der Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmann e. V. 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, 145,50 Euro, für auf andere Weise beendete Verfahren 97,00 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 2024, 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 Feuersozietät Berlin Brandenburg Versicherung AG.



Gewinn-und-Verlust-Rechnung¹	2024 TEUR	2023 TEUR
Mitgliedsumlagen einschließlich verrechneter Beitragsvorauszahlungen	3.714	3.767
Umsatzerlöse	1.418	1.407
Bestandsveränderung ²	67	20
Sonstige Zinsen und ähnliche Erträge	2	7
Sonstige Erträge	71	44
Erträge	5.273	5.245
Personalaufwand	3.558	3.246
Raumkosten	716	671
Honorare, Gutachten, Beiträge, Gebühren	582	628
Kommunikationskosten	94	70
Reise-, Sitzungs- und Tagungskosten	68	36
Abschreibung auf immaterielle Vermögenswerte des Anlagevermögens und Sachanlagen	71	68
Zinsen und ähnliche Aufwendungen	0	0
Sonstige Aufwendungen	203	91
Außerordentliche Aufwendungen	0	0
Steuern von Einkommen und Ertrag	0	0
Aufwendungen	5.293	4.810
Differenz Erträge und Aufwendungen	-20	435
Entnahme/Zuführung Abschreibungsrücklage	53	16
Zuführung zur zweckgebundenen Rücklage	0	0
Entnahme Mitgliederguthaben	0	0
Überschuss/Mitgliederguthaben	33	451

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 2024 gingen insgesamt 15.659 zulässige Beschwerden (Vorjahr: 13.205) ein. Gegenüber dem Vorjahr 2023 bedeutet dies eine Steigerung um 18,6 Prozent. Die meisten Sparten wiesen Steigerungen im Beschwerdeeingang auf. Die Beschwerden, die nicht in unseren Zuständigkeitsbereich fielen, sind auf 5.889 (Vorjahr: 4.832) gestiegen.

Die als unzulässig ausgewiesenen Vorgänge bestehen aus zwei Fallgruppen:

4.350 (Vorjahr: 3.896) 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 1.539 (Vorjahr: 936) Eingaben, die deshalb nicht das Stadium der zulässigen Verfahren erreichen konnten, weil der Beschwerdeführer nach Beschwerdeeinlegung notwendige weitere Handlungen unterlassen hatte. Solche Vorgänge wurden 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 21.548 (Vorjahr: 18.037) 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.

Alle Sparten bis auf die Lebens- und die Unfallversicherung wiesen zum Teil deutliche Zuwächse auf.

Bezogen auf die Gesamteingänge ist die **Kfz-Versicherung** (Kfz-Haftpflicht- und Kfz-Kaskoversicherung zusammengefasst) mit 3.554 (Vorjahr: 2.407) Eingängen im Berichtsjahr die eingangsstärkste Sparte. Auch die zulässigen Beschwerden zur Kfz-Versicherung erhöhten sich insgesamt um 47,7 Prozent. Dabei stiegen



die Eingaben zur Kfz-Kaskoversicherung um 39,4 Prozent auf nunmehr 2.342 (2.900) nach 1.680 (2.117) im Jahr 2023. Die Sparte Kfz-Haftpflichtversicherung verzeichnete einen noch höheren Zuwachs um 66,7 Prozent der zulässigen Eingänge im Vergleich zum Vorjahr mit 1.212 (Vorjahr: 727) Eingängen. Der mit 58 Prozent auffallend niedrige Anteil an zulässigen Eingaben in der Kfz-Haftpflichtversicherung ist darauf zurückzuführen, dass sich ein Teil der Beschwerden nicht auf den vertragsrechtlichen Anspruch bezieht, sondern im Zusammenhang mit Schadenersatzansprüchen Dritter steht.

2021 sorgte ein Sondereffekt in der **Gebäudeversicherung** für sehr viele Neubeschwerden. Dieser Effekt spiegelte sich noch in abgeschwächter Form in den Beschwerdezahlen der Jahre 2022 und 2023 wieder. Im Jahr 2024 ist ohne einen einzelnen Sondereffekt wieder ein deutlicher Anstieg der Beschwerden zu verzeichnen. Der Beschwerdeeingang erhöhte sich von 1.523 (1.737) auf 2.047 (2.359) zulässige Eingänge, was einer Steigerung von 34,4 Prozent entspricht.

Die als „**Sonstige**“ geführten Beschwerden stiegen auch 2024 weiter an. Unter dem Sammelbegriff „Sonstige“ werden Sparten mit vergleichsweise wenig Eingaben geführt, u. a. Reiseversicherungen und solche Beschwerden, die mehrere Sparten betreffen, weil es sich beispielsweise um kombinierte Verträge handelt. 2024 wurden zu dieser Kategorie 1.987 (mit unzulässigen 2.773) Beschwerden eingelegt, wobei die Reiserücktrittsversicherung mit 488 Eingaben wieder einen Schwerpunkt bildete. 2023 waren es 1.485 (2.157) „Sonstige“-Eingaben. Dies entspricht einem Zuwachs von 33,8 Prozent.

Eine Steigerung von 18,8 Prozent der zulässigen Beschwerden wies die **Allgemeine Haftpflichtversicherung** auf. Diese Sparte verzeichnete 719 (1.236) Eingaben in 2024 nach 605 (1.075) im Jahr davor. Auffallend war der hohe Anteil unzulässiger Vorgänge, der im Berichtsjahr 58,2 Prozent betrug. Die gleiche Quote weist die Kfz-Haftpflichtversicherung auf. In beiden Sparten betreffen die Anliegen oft Schadenersatzansprüche von Dritten, für die keine Zuständigkeit des Versicherungsombudsmann e.V. besteht.

Die Eingänge in der **Hausratversicherung** erhöhten sich 2024 mit 938 zulässigen Beschwerden (Vorjahr: 800) um 17,3 Prozent. Der Verlauf der Beschwerdeeingänge in der Hausratversicherung war in den vergangenen Jahren volatil. 2019 und 2020 sanken die Eingänge und stiegen erst 2021 wieder auf 693 (766). 2022 verringerten sich die Eingänge wieder etwas auf 665 (743). 2023 erfolgte eine deutliche Steigerung auf 800 (903) und 2024 auf 938 (1.052). Der prozentuale Anteil der Sparte am Gesamteingang zulässiger Beschwerden sank leicht auf 6,0 Prozent.

Beschwerden in der **Rechtsschutzversicherung** verzeichneten ein Plus von 11,3 Prozent und stiegen auf 2.936 (3.373) Eingaben. 2023 war bereits ein leichtes Plus von 2,8 Prozent zu verzeichnen, nachdem sich die Eingänge in den beiden Jahren davor verringert hatten.

Die zulässigen Eingaben in der **Berufsunfähigkeitsversicherung** bewegen sich seit längerem in einer ähnlichen Größenordnung. 2024 waren es 327 (443), was einem Zuwachs von 11,2 Prozent entspricht. 2023 waren es 294 (397) und 2022 267 (353) Beschwerden.



Die rückläufige Tendenz zulässiger Eingaben in der Sparte **Unfall** wurde 2023 deutlich durchbrochen. Mit einer Steigerung von 39,3 Prozent war sie die Sparte mit dem größten Zuwachs. Im abgeschlossenen Jahr 2024 war die Zahl mit 489 (565) gegenüber dem Vorjahr mit 528 (611) wieder rückläufig. Ihr Anteil an der Gesamtheit der zulässigen Eingänge liegt im Berichtsjahr bei 3,1 nach zuvor 4,0 Prozent.

In der **Lebensversicherung** wurde 2024 eine Reduzierung der zulässigen Eingaben verzeichnet, während 2023 ein Anstieg erfolgte. Im Jahr 2022 reduzierten sich die Eingänge auf das aktuelle Niveau, während im Jahr 2021 mit 3.412 (3.992) eine deutliche Steigerung zu verzeichnen war. Die Zahl der zulässigen Beschwerden verringerte sich von 2.915 (3.438) im Vorjahr auf 2.653 (3.221) im Berichtsjahr, was einem Absinken von 9,0 Prozent entspricht.

Zulässige Beschwerden zu **Realkreditverträgen** sanken 2024 von 11 auf 9 Eingaben. Anzumerken ist, dass für diesen Aufgabenbereich die Zuständigkeit des Versicherungsombudsmanns bzw. der Versicherungsombudsfrau erst im Jahr 2013 begründet wurde (keine Versicherungssparte).

2024 wurden 14.012 (Vorjahr: 12.639) zulässige Beschwerden **beendet**. Damit wurden zusammen mit den unzulässigen und den von den Beschwerdeführern nicht weiterverfolgten Vorgängen 19.809 (17.466) Verfahren abschließend bearbeitet. Die durchschnittliche Verfahrensdauer der Vorjahre an zulässigen Beschwerden konnte mit **2,9 Monaten**, aufgrund der hohen Beschwerdezahlen, nicht gehalten werden. In Tagen betrachtet, erhöhte sich im Vergleich zum Vorjahr die Dauer von 72,4 auf 86,1 (ausschließlich Unternehmensbeschwerden 85,9) 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 (Unternehmensbeschwerden 38,5 Tage und Vermittlerbeschwerden 37,7 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 97,1 Prozent der Vorgänge im Beschwerdewertbereich unter 5.000 Euro liegen, während sich in der Berufsunfähigkeitsversicherung nur 31,5 Prozent der Eingaben innerhalb dieser Bandbreite befinden.

Schließlich wird die Erfolgsquote der zulässigen Unternehmensbeschwerden nach Sparten prozentual ausgewiesen. Hierbei zeigt sich, dass 2024 die Verbraucher bei der Sparte Kfz-Haftpflichtversicherung mit 67,4 Prozent, gefolgt von der Sparte „Sonstige“ mit 66,6 Prozent die größten Erfolgschancen hatten. Am anderen Ende der Skala befinden sich im Berichtsjahr die Sparten Unfall- (27,7 Prozent) und Berufsunfähigkeitsversicherung (32,0 Prozent) sowie die Gebäudeversicherung (41,0 Prozent). Die Gründe hierfür werden unter 4.3 erläutert.



4.2 Differenzierung nach Zuständigkeiten der Ombudsfrau

Die Zuständigkeit für Beschwerden gegen Vermittler macht eine Abgrenzung zum Verfahren gegen Versicherungsunternehmen notwendig. Seit Ausübung der gesetzlich definierten Aufgabe muss die Ombudsfrau festlegen, welches Verfahren sie 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 der Ombudsfrau 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 15.659 (Vorjahr: 13.205) im Berichtsjahr eingegangenen zulässigen Beschwerden betrafen 15.501 (Vorjahr: 13.053) die Kategorie Unternehmensbeschwerden, was einer Steigerung von 18,8 Prozent im Vergleich zum Vorjahr entspricht.

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



13.859 (12.501) zulässige Beschwerden gegen Versicherungsunternehmen wurden im Berichtsjahr beendet. In 1.434 (912) 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.

571 (Vorjahr: 647) 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 13.288 (Vorjahr: 11.854) Verfahren beendete die Ombudsfrau 6.599 (Vorjahr: 6.134) Fälle mit einer Entscheidung oder Empfehlung. In 4.418 (Vorjahr: 3.814) Verfahren half das Versicherungsunternehmen ab. Das bedeutet, der Versicherer kam dem Beschwerdeführer ganz oder teilweise entgegen. Ein beiderseitiges Nachgeben, also ein Vergleich, kam in 886 (Vorjahr: 745) Fällen zustande. In 1.385 (Vorjahr: 1.161) Verfahren zog der Beschwerdeführer seine Beschwerde zurück.

In 3.782 (Vorjahr: 3.351) Fällen musste die Ombudsfrau die Befassung mit der Beschwerde ablehnen. Die Zulässigkeitsfrage ist nach der hierfür geltenden Verfahrensordnung (VomVO) zu entscheiden. Beschwerden, mit denen sich die Ombudsfrau 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 die Ombudsfrau wendet, ohne dass er die Entscheidung bei dem betroffenen Versicherungsunternehmen zuvor beanstandet hatte. Dann bittet die Ombudsfrau 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 52,4 (Vorjahr: 50,8) 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. Die Ombudsfrau 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 der Ombudsfrau 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 34,4 (Vorjahr: 35,0) 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 die Ombudsfrau 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 die Ombudsfrau ihren Auftrag als Schlichterin erfüllt, wie es die Vereinssatzung in § 13 Absatz 3 vorsieht. Danach soll die Ombudsfrau in bestimmten Fällen die Beilegung des Streits durch Bescheidung mit verständlicher Erläuterung der Rechtslage fördern. Eine befriedende Wirkung tritt in aller Regel ein, wenn die zuvor unzufriedene Partei nach der Prüfung durch die Ombudsfrau die Zusammenhänge versteht und erkennt, dass sich der Verfahrensgegner vertragsgemäß und gesetzeskonform verhalten hat.



4.4 Beschwerden gegen Versicherungsvermittler

Das Vermittlerverfahren unterscheidet sich erheblich von dem Beschwerdeverfahren gegen Unternehmen. Insoweit wird auf die Erläuterungen unter 1.5 und 4.2 verwiesen. Einige der Besonderheiten haben Auswirkung auf die statistische Betrachtung. So gibt es Beschwerden, die durchaus in den Aufgabenbereich fallen, sich jedoch nicht mit rechtlichen Maßstäben bewerten lassen. Dies soll an folgendem Beispiel verdeutlicht werden: Beschwerzt sich 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 die Ombudsfrau 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 die Ombudsfrau 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 die Ombudsfrau 334 (Vorjahr: 318) Eingaben in diesem Zuständigkeitsbereich erhalten. Das entspricht einer Steigerung von 5,0 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Die nachfolgenden Ausführungen betreffen ausschließlich die im Geschäftsjahr beendeten (in Abgrenzung zu den eingegangenen) Vermittlerbeschwerden. Bei der Betrachtung ist daher zu berücksichtigen, dass sich die Angaben nur bedingt auf die im Berichtsjahr eingegangenen Beschwerden übertragen lassen. Dennoch wird dieser Darstellung der Vorzug eingeräumt, weil dadurch die Datengrundlage wesentlich aussagekräftiger ist. Grund dafür ist, dass erst abgeschlossene Verfahren eine vollständige Auswertung ermöglichen, denn vor oder während der Bearbeitung liegen der Ombudsfrau noch nicht alle Erkenntnisse zur Einordnung des jeweiligen Vorgangs vor.



327 (Vorjahr: 306) Vermittlerbeschwerden beendete die Ombudsfrau im Berichtsjahr. In 26 (Vorjahr: 13) Fällen hatte der Beschwerdeführer sein Anliegen nicht weiterverfolgt. 148 (Vorjahr: 155) Beschwerden ließen sich nicht dem von der Ombudsfrau schon weit ausgelegten Aufgabenbereich zurechnen und waren somit unzulässig. Häufigster Grund, weshalb ein Verfahren nicht durchgeführt werden konnte, war mit 61,0 (Vorjahr: 70,0) Prozent ein fehlender Zusammenhang mit einer Vertragsvermittlung. Die zweithäufigste Fallgruppe betraf mit 19,0 (Vorjahr: 17,0) Prozent die fehlende vorherige Anspruchsanmeldung beim Versicherungsvermittler.

Von den beendeten Beschwerden fielen 153 (Vorjahr: 138) in den Aufgabenbereich der Vermittlerbeschwerden. Sie wurden danach unterschieden, ob der Beschwerdegegenstand einer rechtlichen Prüfung zugänglich, also justiziabel war. In diesem Fall suchte die Ombudsfrau nach Ansätzen für eine Schlichtung. Bei 5,9 (Vorjahr: 4,4) Prozent der als zulässig beendeten Beschwerden kam ein Vergleich zustande. Ansonsten versuchte die Ombudsfrau, die Partei, deren Auffassung sie nicht teilen konnte, von ihrem Prüfungsergebnis zu überzeugen. Darauf sind Abhilfen zurückzuführen, die 12,4 (Vorjahr: 9,4) Prozent ausmachten, und Rücknahmen mit einem Anteil von 4,6 (Vorjahr: 5,8) Prozent. In 48,4 (Vorjahr: 43,5) Prozent dieser Fälle bewertete die Ombudsfrau gegenüber den Parteien die Beschwerde abschließend. In 13,1 (Vorjahr: 29,7) Prozent der Beschwerden konnten die Verfahren nicht in der Sache entschieden werden, da die endgültige Bewertung von Fragen abhing, deren Behandlung den effektiven Betrieb der Schlichtungsstelle ernsthaft beeinträchtigen würde (§ 2 Absatz 1 Nr. 7 VermVO).

Beschwerden, die zwar den Aufgabenbereich betrafen, jedoch nicht justiziabel waren, machten einen Anteil von 15,6 (Vorjahr: 7,2) Prozent der zulässig beendeten Eingaben aus. Hier teilte die Ombudsfrau ihre Auffassung zum Beschwerdegegenstand mit und versuchte, auf die Beteiligten befriedend einzuwirken. Alle Beschwerden, auch die nicht justiziablen, wurden selbstverständlich beantwortet. 34,3 (Vorjahr: 21,4) 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 von der Ombudsfrau 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 **2024 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 Versicherungsombudsmann e. V.

	2024	2023	2022	2021	2020
Zulässige Beschwerden	15.659	13.205	11.898	14.106	13.235
Veränderung zum Vorjahr	+ 18,6 %	+ 11,0 %	- 15,7 %	+ 6,6 %	+ 1,8 %
Unzulässige Beschwerden	4.350	3.896	3.171	3.321	4.045
Veränderung zum Vorjahr	+ 11,7 %	+ 22,9 %	- 4,5 %	- 17,9 %	+ 10,1 %
Keine Weiterverfolgung durch Beschwerdeführer	1.539	936	838	917	853
Veränderung zum Vorjahr	+ 64,4 %	+ 11,7 %	- 8,6 %	+ 7,5 %	+ 0,7 %
Beschwerden gesamt	21.548	18.037	15.907	18.344	18.133
Veränderung zum Vorjahr	+ 19,5 %	+ 13,4 %	- 13,3 %	+ 1,2 %	+ 3,5 %

Eingang zulässiger Beschwerden im Vergleich zum Vorjahr

	2024	2023	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Leben	2.653	2.915	- 262	- 9,0
Rechtsschutz	2.936	2.637	299	11,3
Kfz-Haft	1.212	727	485	66,7
Kfz-Kasko	2.342	1.680	662	39,4
Gebäude	2.047	1.523	524	34,4
Unfall	489	528	- 39	- 7,4
Hausrat	938	800	138	17,3
Allgemeine Haftpflicht	719	605	114	18,8
Berufsunfähigkeit	327	294	33	11,2
Realkredit	9	11	- 2	- 18,2
Sonstige*	1.987	1.485	502	33,8
Gesamt	15.659	13.205	2.454	18,6

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



Entwicklung der Eingänge nach Zuständigkeitsbereichen

	2024	2023	2022	2021	2020
Unternehmensbeschwerden	20.805	17.324	15.149	17.300	17.413
Veränderung zum Vorjahr	+ 20,1 %	+ 14,4 %	- 12,4 %	- 0,6 %	+ 2,9 %
Vermittlerbeschwerden	334	318	444	677	298
Veränderung zum Vorjahr	+ 5,0 %	- 28,4 %	- 34,4 %	+ 127,2 %	+ 14,2 %
Anderweitige	409	395	314	367	422
Veränderung zum Vorjahr	+ 3,5 %	+ 25,8 %	- 14,4 %	- 13,0 %	+ 24,5 %
Gesamt	21.548	18.037	15.907	18.344	18.133
Veränderung zum Vorjahr	+ 19,5 %	+ 13,4 %	- 13,3 %	+ 1,2 %	+ 3,5 %

Zulässige Unternehmensbeschwerden nach Sparten in Prozent

	2024	2023	2022	2021	2020
Leben	16,8	22,0	22,5	24,8	20,8
Rechtsschutz	18,8	20,1	22,1	23,4	26,3
Kfz-Haft	7,8	5,5	4,9	6,9	7,3
Kfz-Kasko	15,0	12,8	11,2	9,2	10,0
Gebäude	13,1	11,4	13,3	12,8	9,1
Unfall	3,1	4,0	3,3	3,6	4,3
Hausrat	6,0	6,1	5,5	4,7	4,4
Allgemeine Haftpflicht	4,6	4,6	4,3	4,1	4,1
Berufsunfähigkeit	2,0	2,2	2,3	2,5	2,9
Realkredit	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2
Sonstige*	12,7	11,2	10,5	7,9	10,6

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

Zulässige Vermittlerbeschwerden nach Sparten in Prozent

	2024	2023	2022	2021	2020
Leben	29,1	27,6	10,4	8,9	42,5
Rechtsschutz	15,2	5,9	2,2	1,6	9,4
Kfz-Haft	1,3	0,7	0,3	0,9	6,6
Kfz-Kasko	6,3	10,6	1,2	2,7	8,5
Gebäude	14,5	27,6	68,2	71,9	4,7
Unfall	1,3	1,3	0,6	0,2	1,9
Hausrat	3,8	6,6	8,9	8,9	8,5
Allgemeine Haftpflicht	3,8	2,6	0,9	1,1	5,7
Berufsunfähigkeit	7,6	2,6	0,9	0,9	2,8
Sonstige*	17,1	14,5	6,4	2,9	9,4

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



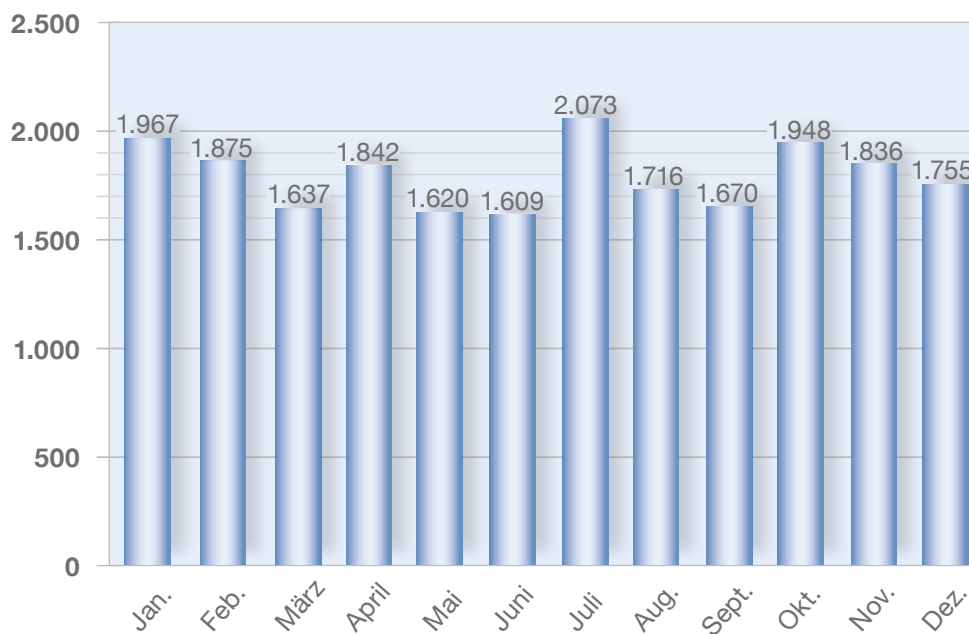
4 STATISTIK

Verteilung nach Aufgabenbereichen und Zulässigkeit*

2024	gesamt	zulässig	unzulässig	keine Weiterverfolgung
Unternehmensbeschwerden	20.805	15.501	3.793	1.511
Anteil in Prozent	100,0	74,5	18,2	7,3
Vermittlerbeschwerden	334	158	148	28
Anteil in Prozent	100,0	47,3	44,3	8,4
Anderweitige	409	0	409	0
Anteil in Prozent	100,0	0,0	100,0	0,0
Gesamt	21.548	15.659	4.350	1.539
Anteil in Prozent	100,0	72,7	20,2	7,1

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

Beschwerdeeingänge 2024 dargestellt nach Monaten



Kommunikationseingänge zu den Verfahren

	2024	2023	2022	2021	2020
Telefon	6.582	5.967	5.990	6.641	6.124
Anteil in Prozent	7,7	8,5	9,4	9,5	8,5
Brief	9.472	9.558	9.567	12.950	16.814
Anteil in Prozent	11,0	13,5	14,9	18,5	23,2
Fax	1.566	2.080	2.564	4.236	6.054
Anteil in Prozent	1,8	2,9	4,0	6,1	8,4
E-Mail	50.440	39.407	34.865	35.441	32.175
Anteil in Prozent	58,8	55,9	54,4	50,7	44,5
Web*	17.805	13.535	11.085	10.654	11.171
Anteil in Prozent	20,7	19,2	17,3	15,2	15,4
Gesamt	85.865	70.547	64.071	69.922	72.338



2. Gesamtbetrachtung der 2024 beendeten Beschwerden

Diese Auswertungen geben die im Jahr **2024 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

	2024	2023	2022	2021	2020
Zulässige Beschwerden	14.012	12.639	12.247	13.732	13.341
Unzulässige Beschwerden	4.337	3.902	3.212	3.272	4.031
Keine Weiterverfolgung durch Beschwerdeführer	1.460	925	818	900	811
Gesamt	19.809	17.466	16.277	17.904	18.183

Verteilung nach der Höhe des Beschwerdewerts in Prozent

	2024	2023	2022	2021	2020
Bis 5.000 €	80,4	83,5	83,0	84,7	83,4
Bis 10.000 €	10,5	8,5	8,6	7,9	8,8
Bis 20.000 €	4,0	3,4	3,5	2,8	3,2
Bis 100.000 €	5,1	4,6	4,9	4,6	4,6

Verteilung des Beschwerdewerts nach Sparten in Prozent

2024	bis 5 TEUR	5–10 TEUR	10–20 TEUR	20–100 TEUR
Leben	60,7	20,7	7,6	11,0
Rechtsschutz	85,0	12,5	1,5	1,0
Kfz-Haft	97,1	1,7	0,9	0,3
Kfz-Kasko	91,2	4,7	2,5	1,6
Gebäude	67,9	14,2	8,9	9,0
Unfall	87,9	5,3	2,1	4,7
Hausrat	71,8	13,8	7,5	6,9
Allgemeine Haftpflicht	85,2	10,0	2,8	2,0
Berufsunfähigkeit	31,5	10,5	9,0	49,0
Realkredit	70,0	0,0	10,0	20,0
Sonstige	94,5	3,1	1,1	1,2
Gesamt	80,4	10,5	4,0	5,1



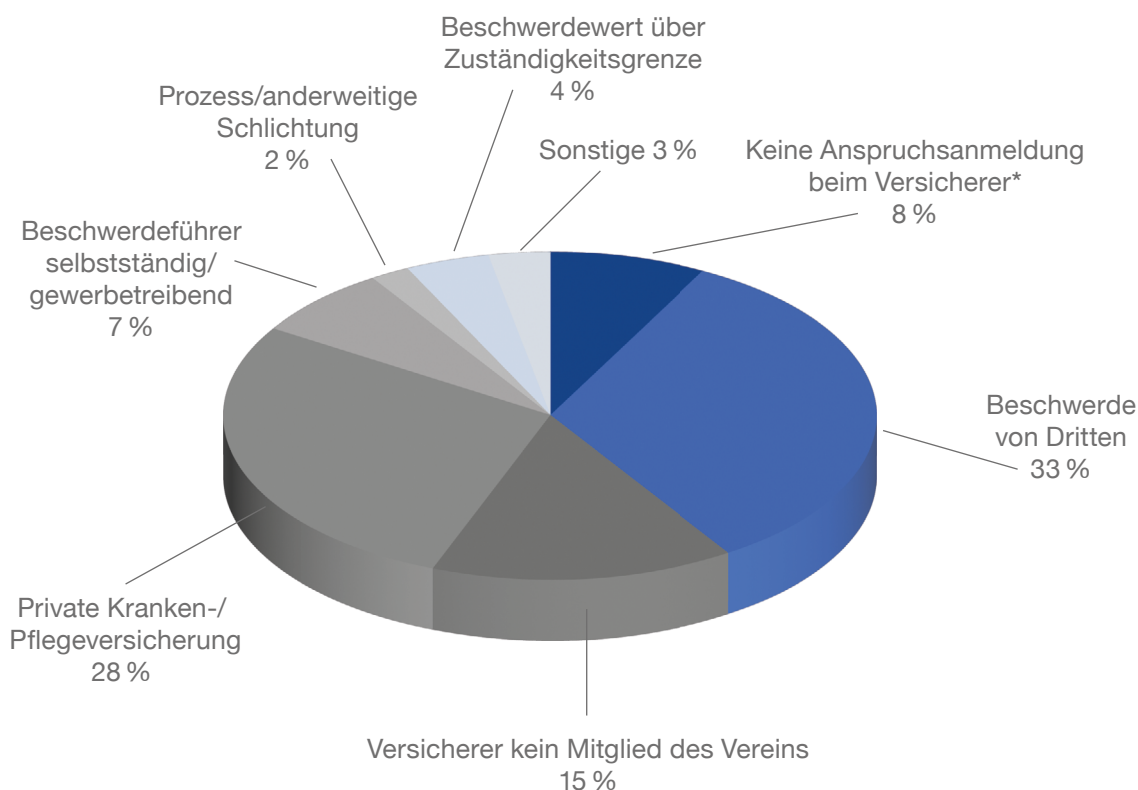
3. Unternehmensbeschwerden

Diese Auswertungen geben die im Jahr **2024 beendeten Beschwerden** wieder, die nach der Verfahrensordnung für Beschwerden gegen Versicherungsunternehmen (VomVO) bearbeitet wurden. Erläuterungen dazu enthält 4.3.

Zusammensetzung der beendeten Unternehmensbeschwerden

	2024	2023	2022	2021	2020
Zulässige Beschwerden	13.859	12.501	11.916	13.172	13.248
Anteil in Prozent	72,7	74,6	76,8	78,2	75,8
Unzulässige Beschwerden	3.782	3.351	2.795	2.786	3.430
Anteil in Prozent	19,8	20,0	18,0	16,5	19,6
Keine Weiterverfolgung durch Beschwerdeführer	1.434	912	810	886	800
Anteil in Prozent	7,5	5,4	5,2	5,3	4,6
Beschwerden gesamt	19.075	16.764	15.521	16.844	17.478
Anteil in Prozent	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Verteilung der Unzulässigkeitsgründe von Unternehmensbeschwerden



* Mit Stichtag 31.12.2024. Diese Verfahren können nach Wegfall des Verfahrenshindernisses von den Beschwerdeführern wieder in Gang gesetzt werden.



4 STATISTIK

Verteilung der Beendigungsarten zulässiger Beschwerden in Prozent

	Entscheidung	Empfehlung	Abhilfe	Vergleich	Ungeeignet*	Rücknahme
Leben	47,8	10,7	21,9	3,2	9,1	7,3
Rechtsschutz	51,4	1,7	26,5	3,8	9,5	7,1
Kfz-Haft	30,0	0,0	52,4	3,4	0,0	14,2
Kfz-Kasko	33,5	2,1	48,4	3,4	1,2	11,4
Gebäude	46,3	10,7	21,9	9,4	0,9	10,8
Unfall	61,7	5,7	15,9	6,3	0,2	10,2
Hausrat	34,2	6,2	21,6	24,3	2,0	11,7
Allg. Haftpflicht	48,6	2,1	32,7	8,9	0,1	7,6
Berufsunfähigkeit	21,4	38,3	19,0	6,7	7,5	7,1
Realkredit	44,4	0,0	22,2	22,2	0,0	11,2
Sonstige	27,8	1,8	48,1	7,4	0,2	14,7
Gesamt	42,0	5,6	31,9	6,4	4,1	10,0

* Zur Abweisung als ungeeignet siehe 4.3

Als ungeeignet abgewiesene Beschwerden*

	2024	2023	2022
Ohne Schlichtungsvorschlag § 9 Abs. 1 VomVO	305	480	950
a) Aufklärung erfordert unangemessenen Aufwand	23	21	14
b) komplexe Tatsachenfeststellung erforderlich	92	108	360
c) grundsätzliche Rechtsfrage ungeklärt	190	351	576
Mit Schlichtungsvorschlag § 9 Abs. 2 VomVO	169	128	134
a) Aufklärung erfordert unangemessenen Aufwand	51	97	40
b) komplexe Tatsachenfeststellung erforderlich	20	8	20
c) grundsätzliche Rechtsfrage ungeklärt	98	23	74
Musterfall § 9 Abs. 3 VomVO	0	0	0
Vorrangige vertragliche Klärung § 9 Abs. 4 VomVO	97	39	108
Abweisungen insgesamt	571	647	1.192

* Zur Abweisung als ungeeignet siehe 4.3

Durchschnittliche Dauer der Beschwerdeverfahren in Tagen

	2024	2023	2022	2021	2020
Zulässige Beschwerden	85,9	72,4	70,1	70,6	70,0
Unzulässige Beschwerden	4,3	3,6	4,0	4,3	4,3
Beschwerden gesamt*	68,3	57,6	57,4	58,9	56,4

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



Erfolgsquote* zulässiger Beschwerden nach Sparten in Prozent

	2024	2023	2022	2021	2020
Leben	34,4	35,0	34,1	29,7	26,6
Rechtsschutz	46,1	49,0	48,9	41,6	45,6
Kfz-Haft	67,4	54,1	59,1	61,0	56,9
Kfz-Kasko	62,0	61,5	61,0	59,2	57,8
Gebäude	41,0	40,9	33,6	29,4	33,9
Unfall	27,7	31,7	33,9	31,2	29,3
Hausrat	55,3	48,4	51,0	47,6	47,1
Allg. Haftpflicht	49,8	49,0	42,8	49,6	45,0
Berufsunfähigkeit	32,0	41,3	24,2	28,4	29,2
Realkredit	50,0	57,1	34,6	22,7	31,3
Sonstige	66,6	62,6	61,3	58,0	53,5
Alle Sparten ohne Leben	52,4	50,8	48,5	45,1	46,5

* Aus Sicht der Beschwerdeführer zur Bewertung der Erfolgsquote siehe 4.3

4. Vermittlerbeschwerden

Diese Auswertungen geben die im Jahr **2024 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.

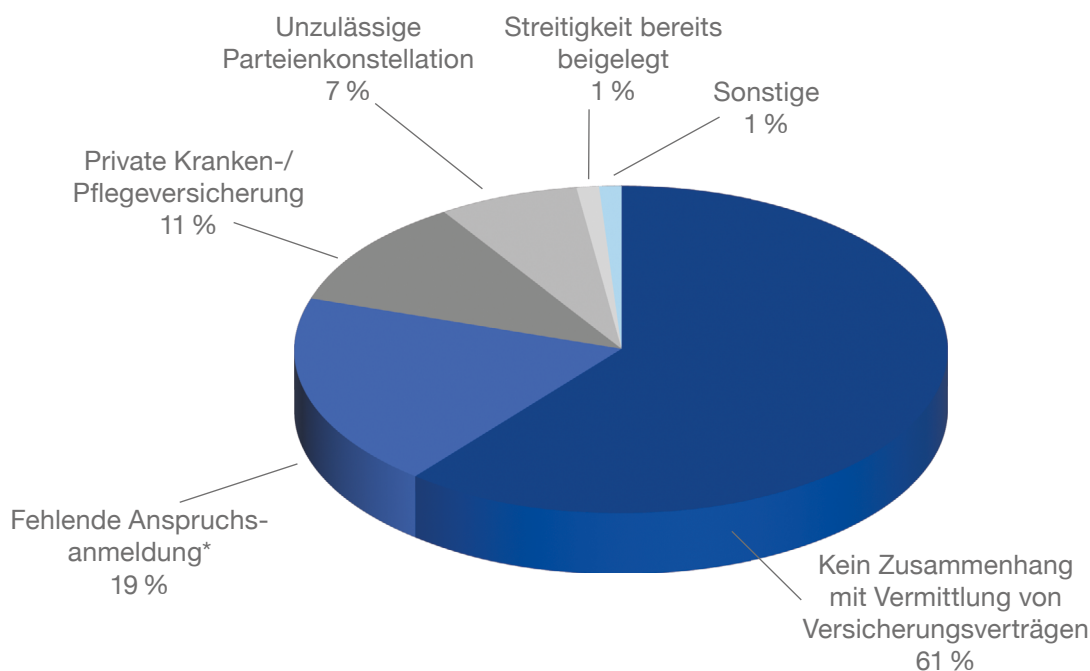
Zusammensetzung der beendeten Vermittlerbeschwerden

	2024	2023	2022	2021	2020
Zulässige Beschwerden	153	138	331	560	93
Anteil in Prozent	46,8	45,1	74,7	80,8	32,8
Unzulässige Beschwerden	148	155	104	119	179
Anteil in Prozent	45,3	50,7	23,5	17,2	63,3
Keine Weiterverfolgung durch Beschwerdeführer	26	13	8	14	11
Anteil in Prozent	8,0	4,2	1,8	2,0	3,9
Beschwerden gesamt	327	306	443	693	283
Anteil in Prozent	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0



4 STATISTIK

Verteilung der Unzulässigkeitsgründe von Vermittlerbeschwerden



* Mit Stichtag 31.12.2024. 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	48,4	12,4	5,9	13,1	4,6
Veränderung zum Vorjahr	+ 4,9	+ 3,0	+ 1,5	- 16,6	- 1,2
Nicht justiziabel	3,3	0,6	0,0	0,0	11,7
Veränderung zum Vorjahr	+ 1,9	- 0,1	0,0	0,0	+ 6,6
Gesamt	51,7	13,0	5,9	13,1	16,3
Veränderung zum Vorjahr	+ 6,8	+ 2,9	+ 1,5	- 16,6	+ 5,4

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

Erfolgsquote der zulässigen Vermittlerbeschwerden in Prozent*

	2024	2023	2022	2021	2020
Verfahrensausgang zugunsten der Beschwerdeführer	34,3	21,4	5,9	16,8	28,5

* Zur Bewertung der Erfolgsquote siehe 4.4



5 Anhang

Die folgenden Angaben beziehen sich auf den Stand zum Ende des Berichtsjahres 2024. Die aktuellen Daten sind im Internet unter www.versicherungsombudsmann.de einzusehen oder können bei der Geschäftsstelle erfragt werden.

5.1 Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns e.V. (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 übermit-

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



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

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

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

§ 3 Einlegung der Beschwerde

(1) Verfahrenssprache ist Deutsch.

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

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

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

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

§ 4 Vertretung

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

§ 5 Grundsätze des Verfahrens

(1) Der Ombudsmann antwortet auf jede Beschwerde.

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

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

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



§ 6 Ablauf des Verfahrens

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

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

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

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

§ 7 Verfahrensbeendigung

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

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

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

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

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

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

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



§ 8 Kosten des Verfahrens

- (1) Das Verfahren ist für den Beschwerdeführer grundsätzlich kostenfrei, es sei denn, die Beschwerde ist offensichtlich missbräuchlich. In diesem Fall beträgt das Entgelt höchstens 30 Euro.
- (2) Der Ombudsmann kann von dem Versicherungsvermittler oder -berater, der zur Teilnahme an dem Verfahren bereit oder verpflichtet ist, ein angemessenes Entgelt verlangen.
- (3) Die Beteiligten des Verfahrens haben ihre eigenen Kosten selbst zu tragen. Diese können nicht zum Gegenstand des Verfahrens gemacht werden.

§ 9 Verschwiegenheit

- (1) Der Ombudsmann und die Mitarbeiter der Schlichtungsstelle sind zur Verschwiegenheit über alle die Verfahrensbeteiligten betreffenden Umstände verpflichtet, von denen sie im Rahmen eines Verfahrens Kenntnis erlangen.
- (2) Das gilt auch für die Zeit nach Beendigung der Tätigkeit bei der Schlichtungsstelle.

5.3 Satzung des Vereins Versicherungsombudsmann e.V.

Beschlossen auf der Mitgliederversammlung vom 27. September 2023

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. Für Mitglieder des Verband der Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit e.V. gilt: Sofern sie noch nicht Mitglied im Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. sind, ist die Mitgliedschaft im Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. keine Voraussetzung, um dem Versicherungsombudsmann e.V. beizutreten.
- (2) Die Mitgliedschaft wird durch schriftliche Beitrittserklärung gegenüber dem Vorstand erworben. Bei unselbständigen Niederlassungen erklärt das Hauptunternehmen den Beitritt mit Wirkung für die Niederlassung.

*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.



(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.

(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. Der Vorstand oder die Geschäftsführung kann in der Einladung zur Versammlung vorsehen, dass die Mitglieder auch ohne oder in teilweiser Anwesenheit am Versammlungsort an der Mitgliederversammlung teilnehmen und die Mitgliederrechte im Wege der elektronischen Kommunikation ausüben können. Soll hiervon Gebrauch gemacht werden, ist in der Einladung darauf hinzuweisen, wie die Mitglieder ihre Rechte im Wege der elektronischen Kommunikation ausüben können.

(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, bis auf die Mitglieder des Verband der Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit e.V. ohne Mitgliedschaft beim Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V., diese haben alle gemeinsam



eine Stimme – wahrgenommen durch die/den Vorstandsvorsitzende/n des Verband der Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit e.V.

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 Stellvertretung

Heinz Lanfermann

Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung, Staatssekretär a. D.
(† 21. Juni 2024);

Dr. h. c. Wilhelm Schluckebier

(kommissarisch für den verstorbenen
Heinz Lanfermann bis 31. Oktober 2024)

5.5 Mitglieder des Beirats

(Stand zum 31.12. 2024)

Vertreter der Verbraucherorganisationen

Beate-Kathrin Bextermöller

Stiftung Warentest

Lars Gatschke

Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)

Sandra Klug

Verbraucherzentrale Hamburg 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 KDVB e. V.

Vertreter der Wissenschaft

Professor Dr. Christian Armbrüster

Freie Universität Berlin

Professorin Dr. Petra Pohlmann

Vorsitzende des Beirats
Westfälische Wilhelms-Universität
Institut für internationales Wirtschaftsrecht

Professor Dr. Andreas Richter

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



5 ANHANG

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

Klaus-Jürgen Heitmann

Vorstandssprecher
HUK-COBURG Versicherungsgruppe

Monika Köstlin

Vorstandsvorsitzende
KIELER RÜCK Versicherungsverein auf
Gegenseitigkeit;
Geschäftsführendes Vorstandsmitglied
Verband der Versicherungsvereine auf
Gegenseitigkeit e. V.

Annika Rust

Mitglied des Vorstands
VGH Versicherungen (Landschaftliche
Brandkasse Hannover, Provinzial Lebens-
versicherung Hannover)

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:

Gerhard Müller (September 2024)

ehemaliger Vorsitzender der Vorstände
Sparkassen Versicherung Sachsen



**Vertreter des
öffentlichen Lebens**

Kay Gottschalk
Mitglied des 20. Bundestags, AfD

Frauke Heiligenstadt
Mitglied des 20. Bundestags, SPD

Nadine Heselhaus
Mitglied des 20. Bundestags, SPD

Stefan Schmidt
Mitglied des 20. Bundestags,
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Tino Sorge
Mitglied des 20. Bundestags, CDU/CSU

Max Straubinger
Mitglied des 20. Bundestags, CDU/CSU

Katharina Willkomm
Mitglied des 20. Bundestags, FDP

**Vertreter der
Versicherungsvermittler-
verbände**

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

Dr. Bernhard Gause
Geschäftsführender Vorstand
Bundesverband Deutscher
Versicherungsmakler e. V. (BDVM)

**In der Amtsperiode
ausgeschieden:**

Judith Skudelny (März 2024)
Mitglied des 20. Bundestags, FDP



5.6 Mitglieder des Vorstands, Geschäftsführer

(Stand zum 31.12. 2024)

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

Monika Köstlin

Vorstandsvorsitzende
KIELER RÜCK Versicherungsverein auf
Gegenseitigkeit;
Geschäftsführendes Vorstandsmitglied
Verband der Versicherungsvereine auf
Gegenseitigkeit e. V.

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:

Gerhard Müller (September 2024)
ehemaliger Vorsitzender der Vorstände
Sparkassen Versicherung Sachsen



5 ANHANG

5.7 Mitglieder des Vereins

(Stand zum 31.12. 2024)

- A**
- Achmea Schadeverzekeringen N. V.
 - ADAC Versicherung AG
 - ADLER Versicherung AG
 - ADVOCARD Rechtsschutzversicherung AG
 - AGER Lebensversicherung 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
 - ALLCURA Versicherungs-Aktiengesellschaft
 - Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse AG
 - Allianz Direct Versicherungs-AG
 - Allianz Lebensversicherungs-AG
 - 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
 - Artländer Brandkasse VVaG
 - 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
 - Bakumer Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit
 - Baloise Lebensversicherung Aktiengesellschaft Deutschland
 - Baloise Sachversicherung Aktiengesellschaft Deutschland
 - Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG



5 ANHANG

- B** BavariaDirekt Versicherung AG
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
Brandentschädigungsverein a.G. Altenberge
BY die Bayerische Vorsorge Lebensversicherung a.G.
- C** Canada Life Assurance Europe plc, Niederlassung für Deutschland
Cappeller Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit
Cardif Allgemeine Versicherung, Zweigniederlassung für Deutschland
der Cardif-Assurance Risques Divers
Cardif Lebensversicherung, Zweigniederlassung für Deutschland
der Cardif-Assurance Vie
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 Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft
Constantia Versicherungen a. G.
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.



5 ANHANG

- D** DEVK Rechtsschutz-Versicherungs-AG
DFV Deutsche Familienversicherung AG
Dialog Lebensversicherungs-AG
Dialog Versicherung AG
Die Haftpflichtkasse VVaG
DIREKTE LEBEN Versicherung AG
DMB Rechtsschutz-Versicherung AG
DOCURA VVaG
Dolleruper Freie Brandgilde 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
Feuerversicherungsverein Soltau a.G.
Frankfurt Münchener Lebensversicherung AG
Frankfurter Lebensversicherung AG
Frankfurter Pensionskasse AG
Freeyou Insurance AG
FWU Life Insurance Lux S.A. Niederlassung Deutschland
- G** Ganderkeseer Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit (VVaG)
GARANTA Versicherungs-AG
Gartenbau-Versicherung VVaG
Gemeinnützige Haftpflicht-Versicherungsanstalt
Gemeinnützige Haftpflichtversicherungsanstalt Kassel
Generali Deutschland Lebensversicherung 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
Gribbohmer Medardus-Gilde Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit
GRUNDEIGENTÜMER-VERSICHERUNG VVaG



5 ANHANG

- G** GVO Gegenseitigkeit Versicherung Oldenburg VVaG
GVV-Direktversicherung AG
- H** Hager Versicherungsverein a. G.
Hamburger Feuerkasse Versicherungs-AG
Hannoversche Lebensversicherung AG
HanseMerkur Allgemeine Versicherung AG
HanseMerkur Lebensversicherung AG
HanseMerkur Reiseversicherung AG
HDI Lebensversicherung AG
HDI Pensionskasse AG
HDI Versicherung AG
Heidelberger Lebensversicherung AG
HELVETIA Schweizerische Lebensversicherungs-AG
Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft, Direktion für Deutschland
HISCOX S.A. Niederlassung für Deutschland
Hübener Versicherungs-AG
HUK24 AG
HUK-COBURG Haftpflicht-Unterstützungs-Kasse kraftfahrender Beamter
Deutschlands a. G. in Coburg
HUK-COBURG-Allgemeine Versicherung AG
HUK-COBURG-Lebensversicherung AG
HUK-COBURG-Rechtsschutzversicherung AG
- I** Ideal Lebensversicherung a. G.
Ideal Versicherung AG
INTER Allgemeine Versicherung AG
INTER Lebensversicherung AG
INTER Partner Assistance S.A., Direktion für Deutschland
Interlloyd Versicherungs-AG
InterRisk Lebensversicherungs-AG, Vienna Insurance Group
InterRisk Versicherungs-AG, Vienna Insurance Group
IptiQ EMEA P&C S.A., Niederlassung Deutschland
IptiQ Life S.A., Niederlassung Deutschland
Isselhorster Versicherung V. a. G.
Itzehoer Lebensversicherungs-AG
Itzehoer Versicherung/Brandgilde von 1691 VVaG
- J** Janitos Versicherung AG
- K** KRAVAG-ALLGEMEINE Versicherungs-Aktiengesellschaft
KRAVAG-LOGISTIC Versicherungs-Aktiengesellschaft
- L** Landesschadenhilfe Versicherung VaG
LBN Versicherungsverein a. G.
Lebensversicherung von 1871 a. G. München
Lemonade Insurance N. V.
Lengericher Versicherung VVaG
Lifestyle Protection AG



5 ANHANG

- L** Lifestyle Protection Lebensversicherung AG
Lippische Landesbrandversicherung AG
Lloyd's Insurance Company S.A., Niederlassung für Deutschland
LPV Lebensversicherung AG
LPV Versicherung 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.
Mobiliar-Feuer-Versicherungsverein Badbergen von 1854
Mobiliar-Feuerversicherungs-Verein Melle
Mobiliengilde Uetersen von 1840 VVaG
MÜNCHENER VEREIN Allgemeine Versicherungs-AG
MÜNCHENER VEREIN Lebensversicherung AG
MVK Versicherung VVaG
myLife Lebensversicherung AG
- N** Neodigital Autoversicherung AG
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 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)
OSTBEVERNER Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit (VVaG)
Ostfriesische Landschaftliche Brandkasse



5 ANHANG

- P** Pensionskasse der Genossenschaftsorganisation Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit
Pro bAV Pensionskasse AG
ProTect Versicherung AG
Protektor Lebensversicherungs-AG
Provinzial Lebensversicherung Aktiengesellschaft
Provinzial Nord Brandkasse Aktiengesellschaft
Provinzial Versicherung AG
Proxalto Lebensversicherung Aktiengesellschaft
PRUDENTIA Pensionskasse AG
PVAG Polizeiversicherungs-Aktiengesellschaft
- Q** QBE Europe SA/NV Direktion für Deutschland
- R** R+V Allgemeine Versicherung AG
R+V Direktversicherung AG
R+V Lebensversicherung a. G.
R+V Lebensversicherung AG
R+V Pensionskasse AG
RheinLand Versicherungs AG
Rhion Versicherung Aktiengesellschaft
ROLAND Rechtsschutz-Versicherungs-AG
ROLAND Schutzbrief-Versicherung AG
- S** SAARLAND Feuerversicherung AG
Schleswiger Versicherungsverein a. G.
Seestermüher Haseldorfer Mobilien-, Vieh- und Korngilde
Seestermüher Kätner-Brandgilde Versicherungsverein a.G. seit 1641
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 Lebensversicherung SE
Swiss Life Pensionskasse Aktiengesellschaft



5 ANHANG

- T** TARGO Lebensversicherung AG
TARGO Versicherung AG
Tokio Marine Europe S.A. Zweigniederlassung für Deutschland
TRIAS Versicherung AG
Tryg Deutschland Niederlassung der Tryg Forsikring A/S
- U** Uelzener Allgemeine Versicherungsgesellschaft a. G.
uniVersa Allgemeine Versicherung AG
uniVersa Lebensversicherung a. G.
- V** Verband der Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit e.V.
VEREINIGTE POSTVERSICHERUNG VVaG
Vereinigte Tierversicherung Gesellschaft a. G.
Versicherer im Raum der Kirchen Lebensversicherung AG
Versicherer im Raum der Kirchen Sachversicherung AG
Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit Dinklage
Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit Emstek (VVaG)
Versicherungsverein Südliches Emsland (SEL) aG
Versorgungsausgleichskasse Pensionskasse VVaG
Verti Versicherung AG
VGH Landschaftliche Brandkasse Hannover
VGH Provinzial Lebensversicherung Hannover
VHV Allgemeine Versicherung AG
VICTORIA Lebensversicherung AG
Volkswagen Autoversicherung AG
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 SE
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



5 ANHANG

- Z** Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung Aktiengesellschaft
Zurich Insurance Europe Niederlassung für Deutschland
Zurich Life Assurance plc.
Zurich Life Legacy Versicherung AG (Deutschland)



5.8 Abkürzungsverzeichnis

a. a. o.	am angegebenen Ort
a. F.	alte Fassung
a. G.	auf Gegenseitigkeit
AG	Aktiengesellschaft
AG	Amtsgericht
AGB	Allgemeine Geschäftsbedingungen
AGG	Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz
AHB	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung
AKB	Allgemeine Bedingungen für die Kraftfahrtversicherung
ARB	Allgemeine Rechtsschutzversicherungsbedingungen
AVB	Allgemeine Versicherungsbedingungen
AUB	Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen
Az.	Aktenzeichen
BaFin	Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
BAG	Bundesarbeitsgericht
bAV	betriebliche Altersversorgung
BdV	Bund der Versicherten
BetrAVG	Gesetz zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGH	Bundesgerichtshof
BMF	Bundesministerium der Finanzen
BMJ	Bundesministerium der Justiz
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
EDV	elektronische Datenverarbeitung
EGZPO	Einführungsgesetz zur Zivilprozessordnung
EStG	Einkommensteuergesetz
EU	Europäische Union
EuGH	Europäischer 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
i. S. v.	im Sinne von
IT	Informationstechnik
i. V. m.	in Verbindung mit
Kfz	Kraftfahrzeug
KG	Kammergericht
kWp	Kilowattpeak



5 ANHANG

LG	Landgericht
MdB	Mitglied des Bundestags
m. w. N.	mit weiteren Nachweisen
OLG	Oberlandesgericht
PIA	Produktinformationsstelle Altersversorgung gGmbH
PKV	Ombudsmann private Kranken- und Pflegeversicherung
Rdn./Rn.	Randnummer
r+s	recht und schaden; Unabhängige Zeitschrift für Versicherungsrecht, Haftung und Schadensersatz
s. u.	siehe unten
u. a.	unter anderem
VAG	Versicherungsaufsichtsgesetz
VermVO	Verfahrensordnung für Beschwerden im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen
VersR	Zeitschrift für Versicherungsrecht, Haftungs- und Schadensrecht
VersVermV	Versicherungsvermittlungsverordnung
VGB	Allgemeine Wohngebäudeversicherungsbedingungen
vgl.	vergleiche
VomVO	Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns e. V.
VSBG	Verbraucherstreitbeilegungsgesetz
VVaG	Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit
VVG	Versicherungsvertragsgesetz
vzbv	Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.
ZPO	Zivilprozessordnung



BESCHWERDE – KONTAKT

Versicherungsombudsmann e. V.

Postfach 080632, 10006 Berlin

Telefon: 0800 3696000

Telefax: 0800 3699000

www.versicherungsombudsmann.de

beschwerde@versicherungsombudsmann.de

IMPRESSUM

Herausgeber

Versicherungsombudsmann e. V.

Postfach 080632, 10006 Berlin

Leipziger Straße 121, 10117 Berlin

Telefon: 030 206058-0

Telefax: 030 206058-58

www.versicherungsombudsmann.de

info@versicherungsombudsmann.de

Gestaltung

Burga Fillery, bf-design

Fotos

Seite 2: © Dr. Carla Burmann

Seite 7: © CHL PhotoDesign/Christian Lietzmann

Seite 102: © CHL PhotoDesign/Christian Lietzmann