

JAHRESBERICHT  
**2025**



**OMBUDSFRAU**  
für Versicherungen



## Grußwort



Meine sehr geehrten Damen und Herren,

gerade in Zeiten, in denen der Rechtsstaat unter Druck steht und Vertrauen keine Selbstverständlichkeit mehr ist, braucht es Institutionen wie den Versicherungsombudsmann e.V.: Institutionen, die leise, aber wirkungsvoll arbeiten; die nicht polarisieren, sondern ausgleichen; die nicht Macht demonstrieren, sondern Gerechtigkeit verwirklichen.

Der Versicherungsombudsmann e.V. ist eine solche Institution. Und das seit 25 Jahren! Seit einem Vierteljahrhundert sorgt er dafür, dass Recht nicht nur auf dem Papier steht, sondern Wirklichkeit wird. Seit 25 Jahren steht er verlässlich und unabhängig dafür, dass im Versicherungswesen Recht bekommt, wer Recht hat.

Die Zahlen sprechen für sich: Im Jahr 2024 konnten die Versicherungsombudsfrau und ihre 48 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter etwa knapp 20.000 Beschwerden abschließen. Was für eine Leistung! Zum Vergleich: Alle deutschen Amts- und Landgerichte in Versicherungssachen zusammen haben im selben Zeitraum rund 43.000 Verfahren erstinstanzlich erledigt. Man kann also mit Fug und Recht behaupten: Ein erheblicher Teil der Rechtsdurchsetzung im Versicherungsrecht liegt auf ihren Schultern, das ist in nur 25 Jahren gelungen.

Die Ombudspersonen haben Besonderes für unseren Rechtsstaat geleistet:

Sie haben Recht durchgesetzt, denn Rechte, die nur auf dem Papier stehen, helfen nicht weiter. Sie müssen schon wirken können.

Und: Sie waren schnell. Der frühere englische Premierminister William Gladstone hat gesagt: „Justice delayed is justice denied“. Die durchschnittliche Verfahrensdauer lag 2024 bei gerade einmal drei Monaten. Das ist effizient und es ist Ausdruck des Respekts gegenüber den Rechtsuchenden. Gerade wenn man bedenkt, wie komplex Verfahren in Versicherungssachen oftmals sein können, ist eine so zügige Klärung alles andere als eine Selbstverständlichkeit.

Und für mich ein besonders wichtiger Punkt: Auch und gerade die schwächere Vertragspartei muss Zugang zur Rechtsdurchsetzung haben. Das ist im Sinne der Versicherten, für die die Schlichtungsstelle eine wichtige Rolle einnimmt. Das Bundesverfassungsgericht betont es in ständiger Rechtsprechung: Menschen müssen die möglichst gleichen Chancen haben, ihre Rechte durchzusetzen, unabhängig von ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Der Versicherungsombudsmann e.V. wird diesem Grundsatz gerecht: Die Verfahren sind für die Beschwerdeführerinnen und Beschwerdeführer grundsätzlich kostenfrei. Jede und jeder kann Entscheidungen von Versicherern oder Vermittlern überprüfen lassen, ohne dies aus finanziellen Gründen scheuen zu müssen. Das ist gelebte Chancengleichheit im Rechtsstaat.



Dass die Ergebnisse dieser Verfahren Bestand haben, ist auch der Autorität der Ombudspersonen zu verdanken. Sie alle kamen aus der Spitzenjustiz und stehen mit ihrer Erfahrung und Integrität für höchste rechtliche Qualität: Professor Wolfgang Römer, vormals Richter am Bundesgerichtshof, Prof. Dr. Günter Hirsch, vormals Präsident des Bundesgerichtshofs, Dr. h. c. Wilhelm Schluckebier, vormals Richter des Bundesverfassungsgerichts, sowie die amtierende Versicherungsombudsfrau, Dr. Sibylle Kessal-Wulf, vormals Richterin des Bundesverfassungsgerichts.

Sie alle haben dem Amt nicht nur ihre juristische Expertise, sondern auch ihr persönliches Ethos und ihre unabhängige Urteilskraft verliehen.

Mein herzlicher Dank gilt Ihnen, Frau Dr. Sibylle Kessal-Wulf, Ihren drei Amtsvorgängern sowie allen aktiven und ausgeschiedenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Schlichtungsstelle. Sie haben Großes geleistet – für Verbraucherinnen und Verbraucher, für Fairness im Versicherungswesen, für die praktische Wirksamkeit des Rechts.

Herzlichen Glückwunsch zu diesem bedeutenden Jubiläum und weiterhin alles Gute für Ihre wichtige Arbeit!

Dr. Stefanie Hubig  
Bundesministerin der Justiz und für Verbraucherschutz



<b>Grußwort</b>	<b>2</b>
<b>1 Der Versicherungsombudsmann e. V.</b>	<b>5</b>
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	11
1.6 Veröffentlichung der Entscheidungen der Ombudsfrau	13
<b>2 BERICHT DER OMBUDSFRAU</b>	<b>14</b>
2.1 Allgemeine Entwicklung	14
2.2 Zusammenarbeit mit den Mitgliedsunternehmen	17
2.3 Pressearbeit	19
2.4 Die Versicherungssparten in der Jahresbetrachtung	20
2.5 Beschwerdefälle	63
<b>3 Einzelheiten zur Schlichtungsstelle</b>	<b>91</b>
3.1 Allgemeines	91
3.2 Organisation und Personal	92
3.3 Vereinsmitglieder und Mitgliederversammlung	94
3.4 Vorstand, Geschäftsführung	95
3.5 Beirat	96
3.6 Presse- und Öffentlichkeitsarbeit	97
3.7 Fachlicher Austausch	98
3.8 Gremienarbeit	99
3.9 Finanzen	100
<b>4 Statistik</b>	<b>102</b>
4.1 Gesamtbetrachtung	102
4.2 Differenzierung nach Zuständigkeiten der Ombudsfrau	105
4.3 Beschwerden gegen Versicherungsunternehmen	106
4.4 Beschwerden gegen Versicherungsvermittler	108
4.5 Tabellen und Grafiken	110
<b>5 Anhang</b>	<b>118</b>
5.1 Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmann e. V. (VomVO)	118
5.2 Verfahrensordnung für Vermittlerbeschwerden (VermVO)	124
5.3 Satzung des Vereins Versicherungsombudsmann e. V.	128
5.4 Stellvertretung	134
5.5 Mitglieder des Beirats	134
5.6 Mitglieder des Vorstands, Geschäftsführer	137
5.7 Mitglieder des Vereins	138
5.8 Abkürzungsverzeichnis	145

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

Mit Stand vom 19. September 2025 führt das Bundesamt für Justiz in der gemäß § 33 Absatz 1 VSBG\* geführten Liste 27 Verbraucherschlichtungsstellen auf. Diese Vielzahl zeigt eindrucksvoll, welche hohe Relevanz die außergerichtliche Streitbeilegung in Deutschland weiterhin hat.

Nicht jede Auseinandersetzung zwischen Verbrauchern und Unternehmen muss vor staatlichen Gerichten ausgetragen werden. Im Bereich der hoheitlichen Verwaltung übernehmen staatliche Ombudsstellen, Petitionsausschüsse sowie der Europäische Bürgerbeauftragte die Funktion, Konflikte zwischen Bürgern und Verwaltung aufzugreifen und zu klären.

Auch für Unternehmen hat sich die außergerichtliche Streitbeilegung als Instrument moderner Kundenbeziehungspflege bewährt und etabliert.

Gerade in Wirtschaftsbereichen, in denen zwischen den Vertragsparteien ein strukturelles Ungleichgewicht besteht – etwa aufgrund von Marktmacht oder Informationsvorsprung –, kann die stärkere Seite ihre Interessen oft leichter durchsetzen. Dieses Machtgefälle wirkt sich auch auf den Umgang mit Konflikten aus. Selbst wenn ein Ungleichgewicht nur subjektiv empfunden wird, kann bereits diese Wahrnehmung die Konfliktlösung erschweren.

In solchen Konstellationen kommt der außergerichtlichen Streitbeilegung besondere Bedeutung zu. Sie bietet ein niedrighwelliges, kostenfreies, sachkundiges und unparteiisches Verfahren, das für einen fairen und unbürokratischen Ausgleich der wechselseitigen Interessen sorgt und Vertrauen schafft. Im Versicherungsvertragsverhältnis verfügt der Versicherer aufgrund seiner Erfahrung und Fachkenntnis regelmäßig über einen Wissensvorsprung. Damit die Verfahren dennoch auf Augenhöhe geführt werden und nachhaltige Befriedung erreichen, achtet die Ombudsfrau konsequent auf die Wahrung der Rechte und Interessen der Verbraucher.

---

\* Erläuterungen zu verwendeten Abkürzungen im gesamten Jahresbericht finden Sie im Abkürzungsverzeichnis unter [Kapitel 5.8](#)



## 1.2 Sinn und Zweck der Schlichtungsstelle

Bei der Gründung des Versicherungsombudsmann e.V. stand für die Versicherungswirtschaft neben dem Schutz der Verbraucher auch die Pflege der Kundenbeziehungen im Vordergrund. Von Beginn an war das Ziel, ein Verfahren zu schaffen, das Vertrauen aufbaut, Konflikte entschärft und langfristig zur Qualitätssicherung in der Versicherungsbranche beiträgt.

Beschwerdeführer erhalten die Möglichkeit, Entscheidungen ihres Vertragspartners von einer unabhängigen, neutralen und rechtskundigen Stelle überprüfen zu lassen. Der Prüfungsmaßstab ist – wie bei einem staatlichen Gericht – Recht und Gesetz. Dadurch können Fehlentscheidungen, die bei der Vielzahl der Vorgänge in der Vertrags- und Leistungsbearbeitung kaum auszuschließen sind, schnell, nachvollziehbar und im Einklang mit der Rechtsordnung korrigiert werden.

Erweist sich die Entscheidung des Versicherers als rechtmäßig, wird das Ergebnis dem Beschwerdeführer in verständlicher Sprache erläutert. Ist die Sachlage rechtlich offen oder sind die Positionen beider Seiten gut vertretbar, kann die Ombudsfrau auf Grundlage ihrer Neutralität einen tragfähigen Kompromiss fördern. Diese befriedende Wirkung trägt dazu bei, dass Vertrauen wiederhergestellt und Kundenbeziehungen gestärkt werden.

Kundenzufriedenheit setzt voraus, dass Versicherte die vertraglichen Inhalte und ihre Rechte und Pflichten verstehen. Da Versicherungsverträge oft von komplexer Fachsprache geprägt sind, hilft das Beschwerdeverfahren vielen Verbrauchern, ihren Vertrag erstmals vollständig zu durchdringen. Die Ombudsfrau trägt mit ihren Erläuterungen wesentlich dazu bei, die oft abstrakte Versicherungssprache in verständliche Information zu übersetzen.

Die Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmann e.V. ist darauf ausgelegt, den Zugang für Verbraucher niedrigschwellig zu gestalten. Das Verfahren ist kostenfrei, kann ohne Rechtsbeistand geführt werden und ist auch digital leicht zugänglich. Entscheidungen zugunsten der Beschwerdeführer sind für Versicherungsunternehmen bis zu einem Streitwert von 10.000 Euro verbindlich – ein wirksames Instrument zur Durchsetzung berechtigter Ansprüche.

Bereits im Jahr 2007 wurde der Versicherungsombudsmann e.V. durch das Bundesministerium der Justiz als Schlichtungsstelle für Streitigkeiten zwischen Versicherungsvermittlern und Versicherungsnehmern gemäß § 214 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 VVG anerkannt. 2016 folgte die staatliche Anerkennung als Verbraucherschlichtungsstelle nach dem VSBG. Seither hat sich die Institution als verlässlicher Bestandteil außergerichtlicher Streitbeilegung etabliert und kontinuierlich weiterentwickelt – mit dem Ziel, faire und verständliche Konfliktlösungen zum Nutzen aller Beteiligten zu ermöglichen.



### 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 zentrale Voraussetzungen für die Arbeit der Ombudsfrau. Nur wenn beide Verfahrensparteien ihre Fachkompetenz, Integrität und Unvoreingenommenheit anerkennen, kann das Verfahren das notwendige Vertrauen schaffen. Dieses Vertrauen bildet die Grundlage dafür, dass die Beteiligten die Schlichtungsvorschläge annehmen und die Entscheidungen und Empfehlungen der Ombudsfrau respektieren.

Die Satzung des Vereins legt fest, welche Voraussetzungen die Ombudsfrau erfüllen muss, um in das Amt gewählt werden zu können. Neben der Befähigung zum Richteramt sind besondere Kenntnisse und Erfahrungen im Versicherungsrecht erforderlich. Darüber hinaus darf die Ombudsfrau in den drei Jahren vor Amtsantritt keine hauptberufliche Tätigkeit für ein Versicherungsunternehmen ausgeübt haben. Seit der Erweiterung der Zuständigkeit im Jahr 2007 gilt dieses Erfordernis auch für eine frühere Tätigkeit als Versicherungsvermittlerin oder -beraterin.

Die Wahl der Ombudsfrau erfolgt in einem mehrstufigen, satzungsgemäßen Verfahren: Der Vorstand des Vereins schlägt die Kandidatin vor, die anschließend durch Beschlüsse des Beirats und der Mitgliederversammlung bestellt wird. Die Amtszeit beträgt höchstens fünf Jahre; eine einmalige Wiederwahl ist möglich. Eine vorzeitige Abberufung ist ausschließlich bei offensichtlichen und groben Pflichtverletzungen mit einer Zweidrittelmehrheit des Beirats zulässig.

Die Neutralität der Ombudsfrau wird durch ihre unabhängige Stellung institutionell abgesichert. Sie ist keine Angestellte des Vereins, sondern handelt bei der Führung ihres Amtes, in ihren Entscheidungen und in der Verfahrensgestaltung völlig frei und weisungsungebunden. In dieser Hinsicht ist ihre Stellung derjenigen einer Richterin vergleichbar. Auch die Maßstäbe für die Entscheidung sind deckungsgleich: Recht und Gesetz. Gegenüber den Mitarbeitern der Schlichtungsstelle ist die Ombudsfrau in fachlicher Hinsicht weisungsbefugt.



Der Begriff „Ombud“ stammt aus dem skandinavischen Sprachraum und bedeutet so viel wie „Bevollmächtigter“ oder „Treuhänder“. In Schweden wurde bereits zu Beginn des 19. Jahrhunderts die Institution des Ombudsmanns geschaffen – in einer Zeit, in der der Bürger noch Untertan war. Seither ist der Ombudsmann dort eine von Regierung oder Parlament bestellte, unabhängige Vertrauensperson mit der Aufgabe, Beschwerden über die Verwaltung nachzugehen und Bürger vor behördlicher Willkür zu schützen.

Dieser Gedanke, einer unabhängigen Persönlichkeit das Mandat und die Befugnis zu erteilen, Missstände zu prüfen und auf Abhilfe hinzuwirken, hat international große Verbreitung gefunden. Zahlreiche Staaten haben Ombudsstellen für unterschiedliche Bereiche eingerichtet, um das Vertrauen der Bevölkerung in Verwaltung, Wirtschaft und Institutionen zu stärken. In Deutschland wurde 1956 das Amt des Wehrbeauftragten des Deutschen Bundestages geschaffen und in der Verfassung verankert (Artikel 45b GG). Seit 1995 nimmt der Europäische Bürgerbeauftragte (Ombudsmann) Beschwerden von Bürgern über Missstände in der Arbeit der EU-Organe entgegen. Auch viele deutsche Bundesländer haben inzwischen Bürgerbeauftragte eingesetzt, die Menschen unterstützen, wenn sie Schwierigkeiten im Umgang mit Behörden haben.

In den 1970er-Jahren erhielt der Begriff Ombudsmann eine neue Bedeutung im Zuge der Verbraucherschutzbewegung: Es entstanden private Beschwerdestellen, die auf freiwilliger Basis eingerichtet wurden. Der erste Ombudsmann für Versicherungen in Europa nahm 1972 in der Schweiz seine Tätigkeit auf; bald darauf folgten weitere Länder, darunter Finnland und das Vereinigte Königreich.

Einheitliche Regelungen zu den Kompetenzen und Verfahren von Ombudsmännern bestehen bis heute nicht. Mit dem Inkrafttreten des VSBG im Jahr 2016 wurde jedoch ein verbindlicher gesetzlicher Rahmen geschaffen, der für alle Verbraucherstreitbeilegungsstellen Mindeststandards festlegt.

Die Versicherungsombudsfrau geht in vielerlei Hinsicht über diese gesetzlichen Anforderungen hinaus. Nur wenige Branchenstatuten sehen vor, dass eine Schlichtungsstelle verbindliche Entscheidungen zu Lasten des Beschwerdegegners treffen kann – der Versicherungsombudsmann e.V. verfügt über diese Kompetenz bis zu einem Streitwert von 10.000 Euro. Ebenso vorbildlich sind die Transparenz der Schlichtungstätigkeit und die institutionelle Organisation: Die Schlichtungsstelle ist unabhängig von der Versicherungswirtschaft strukturiert; ihre Arbeit wird von einem plural besetzten Beirat begleitet, dem auch Vertreter von Verbraucherorganisationen angehören.



#### 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. Für die private Kranken- und Pflegeversicherung ist ein eigener Ombudsmann zuständig. Soweit eine Beschwerde im Zusammenhang mit der Verbrauchereigenschaft steht, kann die Schlichtungsstelle angerufen werden.

Die Ombudsfrau ermöglicht es, Meinungsverschiedenheiten ohne eigenes Kostenrisiko für den Verbraucher beizulegen. Das Verfahren bietet damit einen alternativen Zugang zum Recht, der effizient, unbürokratisch und weniger formalisiert ist als der Weg zu den Gerichten. Verbraucher erhalten so schnell und kostenfrei Klarheit über ihre rechtliche Situation. Wann eine Verbrauchereigenschaft gegeben ist, beurteilt sich grundsätzlich nach den Kriterien des § 13 BGB. Die Ombudsfrau kann im Einzelfall Beschwerden von anderen Personen zulassen, etwa von Freiberuflern und Kleinunternehmern, 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.

Die dem Versicherungsombudsmann e.V. angeschlossenen Versicherungsunternehmen verpflichten sich, ihre Kunden zu Vertragsbeginn auf die Möglichkeit der Schlichtung hinzuweisen (§ 5 Absatz 3 der Vereinssatzung). Dies geschieht meist über die Vertragsunterlagen, überwiegend an der Stelle, an der auch die Aufsichtsbehörde – in der Regel die BaFin – genannt ist. Einige Unternehmen gehen darüber hinaus und weisen auch in ihrer laufenden Kundenkorrespondenz auf die Ombudsfrau hin. Gemäß § 37 Absatz 1 Satz 1 VSBG sind Unternehmer zudem gesetzlich verpflichtet, Verbraucher nach einem gescheiterten Einigungsversuch auf eine zuständige Verbraucherschlichtungsstelle hinzuweisen – unter Angabe von deren Anschrift und Website.

Die Mitgliedsunternehmen haben durch ihren Beitritt zum Verein eine freiwillige, privatrechtlich organisierte Selbstverpflichtung übernommen. Sie 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 in Verbindung mit der Verfahrensordnung für Versicherungen – VomVO). Damit verfügt die Ombudsfrau über die Befugnis, Versicherungsunternehmen zur Leistung zu verpflichten.

Das Verfahren ist so ausgestaltet, dass Verbrauchern durch die Inanspruchnahme keine Nachteile entstehen. Während des Schlichtungsverfahrens ist die Verjährung etwaiger Ansprüche gehemmt; die Frist verlängert sich also um die Dauer des Verfahrens. Hat der Versicherer im Zusammenhang mit der Beschwerde bereits ein Mahnverfahren eingeleitet, kann die Ombudsfrau verlangen, dass dieses ruht (§ 12 Absatz 2 VomVO).



Verbindliche Entscheidungen kann die Ombudsfrau ausschließlich gegenüber Versicherern treffen. Verbraucher können das Schlichtungsverfahren jederzeit abbrechen. Die VomVO stellt sicher, dass Entscheidungen der ordentlichen Gerichte Vorrang haben und rechtskräftige Urteile oder Vergleiche respektiert werden.

Das Verfahren ist niedrighschwellig angelegt und setzt keine juristischen oder versicherungstechnischen Kenntnisse beim Verbraucher voraus. Eine anwaltliche Vertretung ist nicht erforderlich, aber zulässig.

Die Mitarbeiter der Schlichtungsstelle – speziell geschulte Versicherungskaufleute und Volljuristen – unterstützen die Beschwerdeführer bei der Einreichung der Beschwerde und während des gesamten Verfahrens, etwa bei der Formulierung des Beschwerdeziels oder der Zusammenstellung der Unterlagen. So wird sichergestellt, dass auch versicherungsrechtlich unerfahrene Verbraucher keine Nachteile erleiden.

An die Beschwerde werden keine formalen Anforderungen wie in einem Gerichtsverfahren gestellt. Weder ist die Angabe eines genauen Streitwerts noch eine juristische Begründung erforderlich. Diese einfache Zugangsmöglichkeit ist verbraucherfreundlich und hilft, Konflikte zu lösen, bevor sie sich in der Beziehung zum Versicherer verfestigen.

Ein zentrales Prinzip des Schlichtungsverfahrens ist Transparenz. Nachdem eine zulässige Beschwerde eingegangen ist, wird der Versicherer informiert und erhält Gelegenheit zur erneuten Prüfung seiner Entscheidung. Ändert er diese, kann der Streit beigelegt werden, ohne dass eine Entscheidung der Ombudsfrau erforderlich wird.

Bleibt der Versicherer bei seiner Auffassung, legt er diese in seiner Begründung dar. Sämtliche Stellungnahmen und relevanten Unterlagen werden der jeweils anderen Partei zugänglich gemacht. Bei neuem, entscheidungserheblichem Vorbringen wird Gelegenheit zur ergänzenden Stellungnahme eingeräumt.

Die Ombudsfrau prüft sodann die Sach- und Rechtslage, sucht nach einer einvernehmlichen Lösung und kann – sofern es sachlich geboten ist – ihre vorläufige Rechtsauffassung mitteilen. Der maßgebliche Sachverhalt ist stets beiden Parteien bekannt, sodass sie substantiiert reagieren können.

Kommt keine Einigung zustande, ergeht eine Entscheidung:

- Bis 10.000 Euro ist sie für das Versicherungsunternehmen verbindlich.
- Bis 100.000 Euro spricht die Ombudsfrau eine Empfehlung aus.

Alle Entscheidungen und Empfehlungen beruhen auf sorgfältiger rechtlicher Prüfung gemäß den Vorgaben von Recht und Gesetz. Die schriftlichen Bescheide werden so formuliert, dass sie auch für juristische Laien verständlich sind. Juristische Fachbegriffe werden erläutert, Zusammenhänge transparent dargestellt.



Auch wenn eine Beschwerde nicht erfolgreich ist, bleibt das Verfahren für die Verbraucher von Nutzen: Sie erhalten eine kostenlose, unabhängige rechtliche Einschätzung ihrer Ansprüche in verständlicher Sprache. Auf dieser Grundlage können sie ihre Erfolgsaussichten vor Gericht besser beurteilen und ihr weiteres Vorgehen überlegt planen – ohne Risiko des Fristablaufs, da die Verjährung gehemmt ist.

Das Verfahren ist für den Verbraucher vollständig kostenfrei. Es entstehen keine Verfahrenskosten und kein Risiko, im Falle einer erfolglosen Beschwerde die Kosten der Gegenseite tragen zu müssen, wie in einem Zivilprozess. Nur persönliche Gebühren und Auslagen – etwa für Porto, Kopien oder ggf. anwaltliche Beratung – sind selbst zu tragen.

Zudem sind die Kontaktwege verbraucherfreundlich gestaltet: Über die Website des Vereins können Interessierte das Verfahren kennenlernen, die Zulässigkeit ihrer Beschwerde online prüfen und im geführten Dialog einen Antrag einreichen oder Unterlagen hochladen. Für Fragen stehen kostenlose Rufnummern (0800) zur Verfügung.

### 1.5 Das Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsvermittler

Die Zuständigkeit des Versicherungsombudsmann e.V. für Beschwerden über Versicherungsvermittler und Versicherungsberater besteht seit 2007. Sie beruht auf einer EU-Richtlinie und deren Umsetzung in deutsches Recht; maßgeblich ist § 214 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 des VVG. Inzwischen sind Versicherungsvermittler gesetzlich verpflichtet, an diesem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Das Verfahren gegen Vermittler unterscheidet sich grundlegend von demjenigen gegen Versicherungsunternehmen. Während die Befugnisse der Ombudsfrau bei Beschwerden gegen Versicherer auf einer privatrechtlichen Grundlage beruhen – dem freiwilligen Beitritt der Unternehmen zum Verein –, wird sie bei Beschwerden gegen Vermittler kraft gesetzlicher Zuständigkeit tätig. Seit der Anerkennung des Versicherungsombudsmann e.V. als Verbraucherschlichtungsstelle im Jahr 2016 bilden das VVG und das VSBG die rechtlichen Rahmenbedingungen für diese Verfahren.

Aufgrund der Besonderheiten gilt für Vermittlerbeschwerden eine eigenständige Verfahrensordnung (VermVO).

Die Ombudsfrau ist zuständig für Streitigkeiten zwischen Versicherungsnehmern bzw. Versicherungsinteressenten und Versicherungsvermittlern oder -beratern, soweit diese im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen stehen.



Nicht in die Zuständigkeit fallen Beschwerden

- zwischen Vermittlern untereinander,
- von Vermittlern gegen Versicherungsunternehmen oder umgekehrt,
- sowie Beschwerden, die sich ausschließlich auf die Betreuung oder Verwaltung bestehender Verträge beziehen.

Richtet sich die Beschwerde gegen Handlungen im Zusammenhang mit der Schadensregulierung oder Vertragskündigung durch einen Vermittler, wird die Ombudsfrau nur tätig, wenn ein Bezug zur Vermittlung eines neuen Versicherungsvertrages besteht.

Soweit das beanstandete Verhalten eines Vermittlers rechtlich dem Versicherungsunternehmen zuzurechnen ist – etwa bei Versicherungsvertretern – wird vorrangig ein Verfahren nach der Verfahrensordnung des Ombudsmanns für Versicherungen (VomVO) durchgeführt.

Im Unterschied zur VomVO besteht in der VermVO eine weiter gefasste Beschwerdebefugnis. Beschwerden können nicht nur von Verbrauchern oder Personen in verbraucherähnlicher Lage eingereicht werden, sondern auch von Verbraucherschutzverbänden.

Das Verfahren ist für Verbraucher grundsätzlich kostenfrei; lediglich eigene Gebühren und Auslagen, etwa für Porto oder Kopien oder für eine anwaltliche Beratung, fallen an.

Von Versicherungsvermittlern kann ein Entgelt verlangt werden, wenn sie Anlass zur Beschwerde gegeben haben. In Fällen offensichtlich missbräuchlicher Beschwerden können auch Beschwerdeführer an den Kosten beteiligt werden.

Nach der VermVO kann die Ombudsfrau – anders als im Verfahren gegen Versicherer – keine verbindlichen Entscheidungen treffen. Ihre Befugnis beruht hier nicht auf einer privatrechtlichen Unterwerfung, sondern auf gesetzlicher Grundlage.

Eine Bindungswirkung entsteht daher nur dann, wenn sie gesetzlich vorgesehen ist oder sich der Vermittler freiwillig der Entscheidung unterwirft.

In der Praxis dienen viele Verfahren eher der Klärung und Befriedung als der verbindlichen Entscheidung. Häufig betreffen Beschwerden Bereiche, die sich für eine juristische Schlichtung nur eingeschränkt eignen – etwa eine unzureichende Beratungsdokumentation ohne konkrete Schadensfolge. In solchen Fällen prüft die Ombudsfrau das beanstandete Verhalten rechtlich und kann entsprechende Feststellungen treffen.

Soweit die Beschwerde keinen rechtlich überprüfbaren Gegenstand betrifft – etwa bei der Rüge eines „unangemessenen Verhaltens“ – sucht die Ombudsfrau nach einer vermittelnden Lösung. Eine formelle Entscheidung nach § 5 Absatz 4 VermVO wird in diesen Fällen nicht getroffen, da es an einem rechtlichen Prüfungsmaßstab fehlt.



## 1.6 Veröffentlichung der Entscheidungen der Ombudsfrau

Bei einigen Beschwerden wirft der Sachverhalt rechtliche Fragen auf, deren Behandlung auch über den Einzelfall hinaus von Interesse ist. Um die Transparenz ihrer Arbeit zu fördern und Einblicke in die rechtliche Praxis zu geben, veröffentlicht die Ombudsfrau ausgewählte Entscheidungen.

Diese Bescheide werden anonymisiert und auf der Website des Versicherungsombudsmann e.V. veröffentlicht. Sie sind dort leicht zugänglich, nach Stichworten recherchierbar und dienen sowohl Verbrauchern als auch Fachkreisen als anschauliche Beispiele für die außergerichtliche Streitbeilegung in Versicherungsangelegenheiten.

Eine Veröffentlichung sämtlicher oder auch nur der Mehrzahl der Verfahren wäre weder sachgerecht noch wirtschaftlich vertretbar. Anders als Gerichte entscheidet die Ombudsfrau nicht über Fragen von grundsätzlicher Rechtsbedeutung. Ihr Auftrag liegt in der individuellen, einzelfallbezogenen Konfliktlösung. Diese erfordert ein hohes Maß an Vertraulichkeit.

Zudem sind Entscheidungen gegen Verbraucher in der Regel so formuliert, dass sie auch juristischen Laien verständlich sind und auf die persönliche Situation der Beteiligten eingehen. Solche auf den Einzelfall zugeschnittene Darstellungen eignen sich kaum zur Verallgemeinerung oder Veröffentlichung.

Darüber hinaus muss stets abgewogen werden, welchen Informationswert eine Veröffentlichung für die Allgemeinheit bietet und welcher Aufwand mit der Aufbereitung damit verbundener Daten einhergeht. Ressourcen, die in die redaktionelle Bearbeitung veröffentlichungsfähiger Entscheidungen fließen, stehen nicht für die Bearbeitung laufender Verbraucheranliegen zur Verfügung.

Aus diesen Gründen werden nur ausgewählte Fälle veröffentlicht – insbesondere solche, die für eine breitere Leserschaft von Erkenntniswert sind oder exemplarisch rechtliche Fragestellungen verdeutlichen. Weitere Fallbeispiele werden regelmäßig in den Jahresberichten vorgestellt. Diese dienen vor allem dazu, die Vielfalt der Themen, die der Ombudsfrau vorgelegt werden, und ihre Arbeitsweise praxisnah zu veranschaulichen.

Die auf der Website abrufbaren Entscheidungen sollen die Tätigkeit der Ombudsfrau transparent machen und zugleich einen Beitrag zur rechtlichen Orientierung leisten. Sie sind jedoch nicht repräsentativ für die Häufigkeit bestimmter Themenbereiche. Auf Wiederholungen gleichgelagerter Fälle wird bewusst verzichtet.

Ebenso lässt sich aus den veröffentlichten Entscheidungen keine Erfolgsquote der Beschwerden ableiten. Ein erheblicher Teil der Verfahren wird bereits dann abgeschlossen, wenn Versicherungsunternehmen ihre ursprüngliche Entscheidung zugunsten des Beschwerdeführers ändern – eine Konstellation, in der ein förmlicher Spruch der Ombudsfrau nicht mehr erforderlich ist.



## 2 BERICHT DER OMBUDSFRAU

### 2.1 Allgemeine Entwicklung

Wie bereits das Vorjahr war auch das Berichtsjahr 2025 durch **stark steigende Beschwerdezahlen geprägt**. Insgesamt waren 28.904 Eingänge zu verzeichnen (Vorjahr 21.548); davon waren 20.064 Beschwerden zulässig. Das entspricht einer Zunahme der Eingänge gegenüber dem Vorjahr von 34,1 Prozent; werden nur die zulässigen Beschwerden betrachtet, beträgt die Steigerung 28,1 Prozent. Somit hatte die Schlichtungsstelle schon das zweite Jahr in Folge so viele Vorgänge zu bewältigen wie noch nie seit Gründung des Vereins im Jahr 2001. Ein Ende dieser Entwicklung ist derzeit nicht abzusehen.

Fragt man nach den **Gründen für den Anstieg der Fallzahlen**, sind diese unverändert in dem gestiegenen Bekanntheitsgrad des Versicherungsombudsmann e. V., aber auch des Schlichtungsverfahrens allgemein zu finden. So werden die Möglichkeiten, die eine Schlichtung bietet, zunehmend von der Rechtsanwaltschaft für ihre Mandanten in Anspruch genommen. Ferner empfehlen die unterschiedlichen Verbraucherschutzinstitutionen den Verbrauchern häufig, sich mit ihrem Anliegen, anstatt die staatlichen Gerichte anzurufen, zunächst an den Versicherungsombudsmann e. V. zu wenden. Weiter fällt auf, dass eine wachsende Zahl von Schlichtungsanträgen unter Inanspruchnahme künstlicher Intelligenz erstellt ist. Nicht zuletzt erleichtert ein im Vergleich zur Klagerhebung vor einem staatlichen Gericht deutlich einfacherer Zugang die Einleitung und Durchführung eines Schlichtungsverfahrens. Bei den **Kommunikationseingängen** machte der Anteil der Web- und Mailvorgänge im Berichtsjahr 83,5 Prozent der Eingänge aus (E-Mail: 61,1 Prozent, Web: 22,4 Prozent); die Kommunikation per Brief war weiter rückläufig (9,1 Prozent gegenüber 11,0 Prozent im Jahr 2024). Daran zeigt sich, dass bei den Verfahrensbeteiligten das Interesse an einem in Zugang und Abwicklung unkomplizierten Verfahren unverändert hoch ist.

Um die oben angeführten Zahlen in ihrer Dimension zu veranschaulichen: Die in der Bundesrepublik Deutschland eingerichteten 638 Amtsgerichte verzeichneten im Jahr 2024<sup>1</sup> zusammen 17.618 erledigte Verfahren, die in Verbindung mit Ansprüchen aus Versicherungsverträgen standen. Eine deutlich darüber liegende Anzahl an Verfahren, nämlich 19.809 Beschwerden, wurde im selben Zeitraum von der Schlichtungsstelle erledigt. Diese Gegenüberstellung der Erledigungszahlen belegt, dass sich das Schlichtungsverfahren im Laufe der Jahre zu einer **echten Alternative** zur gerichtlichen Konfliktlösung entwickelt hat. Die bisherige Einordnung als bloße Ergänzung der staatlichen Gerichtsbarkeit dürfte angesichts der hohen Eingangs- und Erledigungszahlen nicht mehr gerechtfertigt sein. Vielmehr hat eine deutliche Verschiebung von der reinen Komplementärfunktion eines Schlichtungsverfahrens hin zur eigenständigen (zweiten) Säule der Streitbeilegung im Verbraucherbereich stattgefunden. Dies darf indes nicht mit einer Konkurrenzsituation zwischen Gerichten und Schlichtungsstelle gleichgesetzt werden. Beide Formen der Konfliktlösung nehmen den Maßstab von Recht und Gesetz zum Ausgangspunkt, setzen bei seiner Umsetzung aber andere Schwerpunkte. Sie haben ihre jeweils eigene Perspektive, aus der der einzelne

<sup>1</sup> Quelle: Statistisches Bundesamt; <https://www.destatis.de/DE/Themen/Staat/Justiz-Rechtspflege/Publikationen/Downloads-Gerichte/statistischer-bericht-zivilgerichte-2100210247005.html> (zuletzt aufgerufen am 30.01.2026); Zahlen für 2025 sind noch nicht verfügbar.



Fall betrachtet wird. Auch wenn die staatlichen Gerichte entsprechend den zivilprozessualen Vorgaben des § 278 Absatz 1 ZPO die Streitschlichtung, also die gütliche Beilegung der Meinungsverschiedenheit, ebenfalls im Blick zu behalten haben, ist dennoch eine Verfahrensbeendigung durch (vollstreckbares) Urteil, das sich oftmals mit grundsätzlichen und über den eigentlichen Prozess hinausreichenden Rechtsfragen auseinanderzusetzen hat, die Regel. Demgegenüber kann im Schlichtungsverfahren auf den einzelnen Beschwerdeführer und sein Anliegen individuell eingegangen und eine möglichst einfache, allgemeinverständliche und nicht notwendig von juristischen Fachbegriffen dominierte Sprache eingesetzt werden, die die Streitbeilegung entscheidend erleichtern kann. Es stehen von Anfang an statt eines richterlichen Spruchs, der eine obsiegende und eine unterliegende Partei zur Folge hat, mithin „Sieger und Verlierer“ definiert, Kompromisslösungen im Vordergrund. Diese ermöglichen es den Streitenden, ihre (rechtliche) Beziehung nachhaltig zu befrieden und im Anschluss an das Verfahren auf Augenhöhe fortzuführen. Denn die Lösung des Konflikts ist unter Einschaltung eines den Spruchrichter ersetzenden Streitmittlers – durch Konsens, als Ergebnis einer Verhandlung unter Gleichen, erreicht worden. Dadurch wird einem Schlichtungsgedanken Rechnung getragen, der in einer Kurt Tucholsky zugeschriebenen Formulierung treffend zum Ausdruck kommt: „Streitende sollten wissen, dass nie der eine ganz recht und der andere ganz unrecht hat“. Eine einvernehmliche Konfliktlösung steht zudem auf einer Linie mit der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, das in diesem Zusammenhang wie folgt formuliert hat<sup>2</sup>: „Führt eine außergerichtliche Schlichtung zu Lösungen, die in der Rechtsordnung nicht vorgesehen sind, die von den Betroffenen aber als gerecht empfunden werden, dann deutet auch dies auf eine befriedigende Bewältigung des Konflikts hin. Eine zunächst streitige Problemlage **durch eine einverständliche Lösung zu bewältigen**, ist auch in einem Rechtsstaat **grundsätzlich vorzugswürdig** gegenüber einer richterlichen Streitentscheidung.“

Die durch eine wachsende Zahl von Verfahren der Schlichtungsstelle zugewiesene Rolle bedeutet aber auch, sich der damit verbundenen Verantwortung in besonderem Maße bewusst zu werden. Auf der einen Seite ist bei der Schlichtungsstelle eine Konzentration versicherungsrechtlicher Expertise anzutreffen. Während vor allem bei den Amtsgerichten regelmäßig keine Spezialzuständigkeiten einzelner Abteilungen für Versicherungsrecht bestehen, sondern die entsprechenden Fälle als Teilgebiet des Bürgerlichen Rechts behandelt und den allgemeinen zivilrechtlichen Abteilungen zugewiesen werden, entscheidet die Schlichtungsstelle ausschließlich über Beschwerden mit versicherungsrechtlicher Prägung; zugleich hat sie einen umfassenden Überblick über die versicherungsrechtlichen Streitigkeiten im Gebiet der Bundesrepublik, wodurch eine einheitliche rechtliche Behandlung dieser Fälle gewährleistet ist. Auf der anderen Seite entwickelt sie keine eigenen Rechtsprechungslinien, macht keine „Nebenrechtsprechung“ auf, sondern orientiert sich bei ihren Entscheidungen an der **Rechtsprechung der staatlichen Gerichte**. Es ist gerade nicht ihre Aufgabe, dieser Rechtsprechung vorzugreifen oder sich in Widerspruch zu ihr zu setzen. Im Zuge ihrer Schlichtungspraxis setzt sie vielmehr die Rechtsprechung um und verschafft ihr in den jeweiligen Verfahren Geltung.

<sup>2</sup> BVerfG, Beschluss vom 14. Februar 2007 – 1 BvR 1351/01.



Liegt eine solche Rechtsprechung (noch) nicht vor, wird die Ombudsfrau ihre Befassung mit einer Beschwerde nach § 9 Absatz 1 VomVO ablehnen. Insbesondere darf dem Versicherungsunternehmen als Beschwerdegegner in Fragen von rechtsgrundsätzlicher Bedeutung der Weg zu einer (höchst-)richterlichen Klärung nicht durch eine nachteilige, aber bindende Entscheidung der Ombudsfrau verstellt werden, auch wenn im Gegenzug dem Beschwerdeführer dadurch die Möglichkeit der Lösung des Konflikts im Schlichtungsverfahren genommen wird. Die Zahl der Schlichtungsanträge in 2025, die nach § 9 Absatz 1 VomVO wegen rechtsgrundsätzlicher Bedeutung als ungeeignet abgewiesen wurden, umfasste 159 Verfahren; weitere 44 Verfahren betrafen grundsätzliche Rechtsfragen, waren aber nach § 9 Absatz 1 VomVO zusätzlich mit einem Schlichtungsvorschlag verbunden.

Die hohe Zahl an Eingängen im Berichtsjahr war mit einem weitgehend unveränderten Personalbestand zu bewältigen. Allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Schlichtungsstelle sei an dieser Stelle erneut großer Dank und Anerkennung ausgesprochen für ihren Einsatz und ihr Engagement bei Umsetzung der Schlichtungsidee. Dennoch darf angesichts steigender Eingangszahlen nicht überraschen, dass die durchschnittliche **Bearbeitungsdauer** der einzelnen Fälle zugenommen hat. Sie betrug in 2025 unter Einbeziehung aller Unternehmensbeschwerden 77,6 Tage (2024: 68,3 Tage); werden nur die zulässigen Unternehmensbeschwerden in den Blick genommen, lag der Wert bei 105,3 Tagen (2024: 85,9 Tage). Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer bei den unzulässigen Beschwerden war hingegen mit 4,4 Tagen gegenüber dem Vorjahr (4,3 Tage) nahezu unverändert.

Die Zunahme von Schlichtungsanträgen betraf fast alle Versicherungssparten. Bei den Eingängen in absoluten Zahlen führend waren bei den zulässigen Beschwerden die Kfz-Versicherungen (5.320 Eingänge), gefolgt von den Sparten Rechtsschutz (4.005 Eingänge) und Sonstige (2.706 Eingänge). Starke prozentuale Zuwächse hatte bei den zulässigen Beschwerden vor allem die Allgemeine Haftpflichtversicherung mit 52,7 Prozent, gefolgt von der Kfz-Versicherung mit 48,6 Prozent in der Teilsparte Haftpflicht bzw. mit 50,3 Prozent in der Teilsparte Kasko sowie von der Sparte Rechtsschutz (36,4 Prozent). 81,5 Prozent der beendeten Fälle lagen vom Beschwerdewert im Bereich bis 5.000 Euro (Vorjahr 80,4 Prozent), weitere 9,4 Prozent im Bereich bis 10.000 Euro (Vorjahr 10,5 Prozent). Damit bewegten sich zusammengerechnet knapp 91 Prozent der Schlichtungsanträge wertmäßig in einem Bereich, in dem die Ombudsfrau im Falle einer begründeten Beschwerde eine verpflichtende Entscheidung gegenüber dem Versicherungsunternehmen treffen könnte.

Erfreulich war in diesem Zusammenhang die **Erfolgsquote** der zulässigen Schlichtungsanträge im Berichtsjahr. Sie lag bei den Unternehmensbeschwerden über die Sparten hinweg (ohne Lebensversicherung) bei 50,2 Prozent und damit nur geringfügig unter der Erfolgsquote des Vorjahrs (52,4 Prozent). In der Lebensversicherung betrug sie 36,5 Prozent und lag damit sogar über dem Niveau von 2024 (34,4 Prozent). In 32,4 Prozent aller Beschwerdefälle kam es zu einer Beendigung durch Abhilfe seitens des Versicherers, in der Sparte Leben half der Versicherer in 21,4 Prozent der Beschwerdefälle ab.



## 2.2 Zusammenarbeit mit den Mitgliedsunternehmen

Die **Kooperation mit den Mitgliedsunternehmen** kann auch im Jahr 2025 nur als gut bezeichnet werden. Die Unternehmen erkennen ihre Mitwirkungspflicht uneingeschränkt an und sind bestrebt, ihrer Verfahrensförderungspflicht ordnungsgemäß nachzukommen und die ihnen gesetzten Stellungnahmefristen einzuhalten. Generell und ebenfalls unverändert ist in diesem Zusammenhang zu beobachten, dass die Versicherer offen dafür 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. Sie sehen 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 ist die **verzögerte Leistungsbearbeitung** seitens der Versicherungsunternehmen immer noch ein Thema. Dabei ist die Ombudsfrau angesichts der hohen Eingangszahlen dringlicher denn je auf die Unterstützung seitens der Mitgliedsunternehmen angewiesen, um ihren Aufgaben unter Wahrung der 90-Tage-Frist (§ 20 Absatz 3 VSBG; § 7 Absatz 6 VomVO) nachkommen zu können. Der **Ablauf des Schlichtungsverfahrens** wird durch ausbleibende, unvollständige oder verzögerte Stellungnahmen seitens der Versicherungsunternehmen nachhaltig behindert. Nachfragen und Erinnerungen erhöhen den **Aufwand in der Bearbeitung**. Es kommt zu Sachstandsanfragen der Beschwerdeführer und zur Notwendigkeit, diesen eine Zwischennachricht zukommen zu lassen. Es verlängert sich überdies die **Verfahrensdauer**, wenn auf Stellungnahmen der Versicherungsunternehmen gewartet werden muss oder die Beantwortung von Rückfragen aussteht. Die von der Schlichtungsstelle angesichts der gesetzlichen Vorgaben und der Regelung in der Verfahrensordnung sicherzustellende Gesamtdauer der Schlichtungsverfahren kann nur dann gewährleistet werden, wenn ausnahmslos alle Versicherungsunternehmen die Verfahrensförderung auch unter zeitlichen Aspekten als wichtigen, konsequent umzusetzenden Beitrag zur Erreichung der Schlichtungsziele betrachten. Der Appell an die Mitgliedsunternehmen geht an dieser Stelle deshalb dahin, die Schlichtungsstelle aktiv zu unterstützen, damit diese ressourcenschonend arbeiten und ihre Kapazitäten – gerade in Zeiten allgemeiner Personalknappheit – uneingeschränkt für die inhaltliche Bearbeitung der Beschwerden einsetzen kann. Eine solche Unterstützung sollte aber ebenso seitens der Beschwerdeführer erfolgen und, vor allem bei anwaltlicher Vertretung, etwa darin liegen, die Ombudsfrau zu benachrichtigen, sollte zwischenzeitlich Klage eingereicht worden sein. Ein Schlichtungsantrag wäre dann unzulässig (vgl. § 2 Absatz 4 d) VomVO), würde aber in der Schlichtungsstelle dennoch weiterbearbeitet, sofern und solange diese keine Kenntnis von der Klageeinreichung erlangt. Dies bindet Ressourcen, die anderweitig besser eingesetzt werden könnten. Alle Beteiligten sollten ein Interesse daran haben, der Schlichtungsstelle zu ermöglichen, sich auf die inhaltliche Bearbeitung zulässiger Beschwerden zu konzentrieren.

Immer wieder ist schließlich festzustellen, dass Unklarheit über wesentliche Abläufe im Schlichtungsverfahren besteht.



So ist die Beschwerdeerwiderung regelmäßig erforderlich, um das Anliegen des Beschwerdeführers abschließend prüfen zu können. Das Mitgliedsunternehmen ist in diesem Zusammenhang mit gutem Grund gehalten, gemäß § 3 Absatz 4 Satz 3 VomVO zur Mitwirkung an der Sachverhaltsaufklärung beizutragen. Denn liegt eine Beschwerdeerwiderung nicht rechtzeitig vor oder ist sie sachlich unvollständig, prüft die Ombudsfrau, ob die Beschwerde dennoch in rechtlicher Hinsicht entscheidungsreif ist. Dazu dürfen die **Angaben des Beschwerdeführers als wahr unterstellt werden** (§ 7 Absatz 4 Satz 1 VomVO); sind sie in sich schlüssig und geeignet, das Beschwerdeziel zu tragen, kann zum Nachteil des Mitgliedsunternehmens entschieden werden, auch ohne dass sich dieses im Schlichtungsverfahren geäußert hat. Ferner enthält die VomVO in ihrem § 7 Absatz 5 eine Präklusionsvorschrift, wonach unentschuldigt verspätete Einlassungen unberücksichtigt bleiben dürfen.

Ergibt die Prüfung auf Grundlage des Beschwerdevorbringens, dass keine Entscheidungsreife vorliegt, sondern ohne eine Stellungnahme des Beschwerdegegners keine abschließende Bewertung des Sachverhalts möglich ist, kann die Ombudsfrau in Erwägung ziehen, die Mittel des § 7 Absatz 4 Satz 2 VomVO einzusetzen. Von der Möglichkeit, die Verpflichtung zur Zahlung eines **Ordnungsgeldes** anzukündigen, sofern das jeweilige Unternehmen innerhalb der gesetzten Frist keine oder eine zur Klärung des Sachverhalts offensichtlich ungeeignete Stellungnahme abgibt, und nachfolgend gegebenenfalls ein Ordnungsgeld festzusetzen, musste die Ombudsfrau im Berichtsjahr erstmals Gebrauch machen. Gegen ein Mitgliedsunternehmen wurde Anfang 2025 ein Ordnungsgeld angedroht und wenig später festgesetzt, weil die wiederholt angeforderten Stellungnahmen nicht bzw. inhaltlich unvollständig bei der Ombudsfrau eingingen. Diese Festsetzung ist bislang einmalig geblieben, was die Zuversicht rechtfertigt, dass sich die Notwendigkeit des Einsatzes von Ordnungsmitteln – als ultima ratio – in Zukunft nicht wiederholen wird.

Auch wenn der außergerichtlichen Streitbeilegung ein vereinfachtes Verfahren zugrunde liegt, bedeutet dies nicht, dass der Ombudsfrau die Aufklärung des Sachverhalts und die Würdigung von Beweisen verwehrt wäre. Nach § 6 Absatz 2 VomVO kann sie den Sachverhalt von Amts wegen ermitteln, soweit sie dies zur Entscheidungsfindung für erforderlich hält. Dies ist eine Besonderheit des Schlichtungsverfahrens im Unterschied zum zivilprozessualen Verfahren, das vom Beibringungsgrundsatz geprägt ist. Die Ombudsfrau kann nur dann einen sach- und interessengerechten Schlichtungsvorschlag erarbeiten, wenn ihr der Sachverhalt vollständig vorliegt. Daher dient eine möglichst umfassende Aufklärung der Befriedung des Streits und damit dem beiderseitigen Interesse. Allerdings erhebt die Ombudsfrau im vereinfachten Verfahren keine Beweise, mit Ausnahme des Urkundsbeweises. Ist der Urkundsbeweis erhoben, ist sie in der Würdigung dieses Beweismittels frei.

Vor diesem Hintergrund wird die Ombudsfrau die Mitgliedsunternehmen bei Bedarf um die Vorlage von Gutachten und Regulierungsberichten ersuchen. Dabei wird sie die Interessen von Versicherungsunternehmen nicht unberücksichtigt



lassen, etwa wenn durch die Vorlage von Unterlagen und die damit einhergehenden Informationen einer arglistigen Täuschung seitens des Versicherungsnehmers Vorschub geleistet werden könnte. Dem Versicherer kann daran gelegen sein, bestimmte Informationen und Unterlagen erst in ein etwaiges (späteres) Gerichtsverfahren einzuführen. In solchen Fällen erscheint es im Sinne des Schlichtungsgedankens indes angebracht, zumindest den wesentlichen Inhalt von Berichten oder Gutachten darzulegen, auf dem die jeweilige Regulierungsentscheidung basiert. Im Einzelfall wird zu prüfen sein, ob es seitens des Versicherers treuwidrig wäre, die Herausgabe zu verweigern. Eine solche Treuwidrigkeit wird dann vorliegen, wenn der Versicherer es übernommen hat, die Entschädigungshöhe oder den Eintritt des Versicherungsfalls als solchen zu ermitteln.

Ein weiterer Punkt ist abschließend anzusprechen: Das Schlichtungsverfahren ist auf **Transparenz** angelegt. Dazu gehört, dass die Ombudsfrau über alle verfahrensrechtlichen Abläufe seitens der Beteiligten informiert wird. Das wird nicht immer hinreichend beachtet. Ein Mitgliedsunternehmen beauftragte nach Einleitung des Schlichtungsverfahrens durch ihren Versicherungsnehmer einen anwaltlichen Vertreter, der dem Beschwerdeführer über dessen Rechtsanwalt ein Vergleichsangebot unterbreitete, wobei der Abschluss des Vergleichs mit der Bedingung einer Rücknahme des Schlichtungsantrags verknüpft war. Die Ombudsfrau wurde über diese Vorgänge nicht informiert; hinzukam, dass das Vergleichsangebot aus ihrer Sicht die rechtliche Situation einschließlich der Erfolgsaussichten der Beschwerde nicht hinreichend abbildete. Die Art und Weise des Vorgehens wurde seitens der Ombudsfrau als Verstoß gegen das Transparenzgebot bewertet und gegenüber dem Mitgliedsunternehmen beanstandet.

### 2.3 Pressearbeit

Die virtuelle Pressekonferenz mit der Vorstellung des Jahresberichts 2024 fand am 16. April 2025 statt. Über eine rege Teilnahme an dieser Pressekonferenz hinaus gab es in ihrem zeitlichen Umfeld überdurchschnittlich viele Anfragen seitens der Medien, die im Rahmen von Pressebeiträgen, Podcasts und Radio- bzw. TV-Interviews über die Veröffentlichung des Jahresberichts für 2024 berichtet haben. Dieses Medieninteresse wirkte noch längere Zeit nach. Es gab auch Monate später weitere Presseanfragen zur Tätigkeit der Schlichtungsstelle, etwa seitens einer überregionalen Tageszeitung, die in einer ihrer Ausgaben den Versicherungsombudsmann e. V. in seiner Tätigkeit ausführlich vorstellte. Durch dieses große und langanhaltende, über die eigentliche Fachpresse hinausgehende Interesse hat sich der Bekanntheitsgrad der Schlichtungsstelle nochmals erhöht.



## 2.4 Die Versicherungssparten in der Jahresbetrachtung

Die Entwicklung in den verschiedenen Versicherungssparten im Jahr 2025 wird im Folgenden auf der Grundlage der Beschwerdebearbeitungspraxis näher dargestellt. Dabei werden traditionell alle Sparten behandelt und vornehmlich die jeweiligen Schwerpunkte angesprochen.

### ■ Kfz-Versicherung

Die zulässigen Eingaben beliefen sich in der Kfz-Haftpflicht- und Kaskoversicherung sowie der Schutzbrief- und Insassenunfallversicherung auf 5.320 (Vorjahr: 3.554). Dies entspricht für die Kfz-Haftpflichtversicherung einem Anteil von 9,0 Prozent und für die Kfz-Kaskoversicherung von 17,5 Prozent am Gesamtaufkommen der zulässigen Beschwerden. Zusammengenommen machen diese Eingänge 26,5 Prozent des Gesamtaufkommens der zulässigen Beschwerden aus. Die Kfz-Versicherung war damit in ihrer Gesamtheit betrachtet im Jahr 2025 zum wiederholten Male die eingangsstärkste Sparte.

Auf die **Kfz-Haftpflichtversicherung** entfielen 1.801 (Vorjahr: 1.212) der zulässigen Beschwerden. Die Eingänge stiegen damit im Vergleich zum Vorjahr um 48,6 Prozent. Die gesetzlich vorgeschriebene Pflichtversicherung für zulassungspflichtige Fahrzeuge schützt Führer und Halter von Fahrzeugen vor der Inanspruchnahme durch Dritte, indem der Kfz-Haftpflichtversicherer für berechtigte Schadensersatzansprüche des Dritten einsteht und unberechtigte Ansprüche abwehrt. 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.

Die Hauptthemen, mit denen sich die Ombudsfrau in der Kfz-Haftpflichtversicherung im Berichtsjahr beschäftigte, blieben im Vergleich zum Vorjahr im Wesentlichen unverändert. Dabei handelt es sich 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.

Einen ebenfalls großen Anteil an Beschwerden machten Vorgänge in Verbindung mit der weitreichenden Regulierungsvollmacht des Kfz-Haftpflichtversicherers aus. 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.

Bei den Beschwerden, welche sich auf die Vertragseinstufungen bezogen, handelte es sich oftmals um Konstellationen, bei denen seitens des Versicherers eine Sondereinstufung gewährt wurde. Die Bedeutung einer Sondereinstufung bzw. ihre Auswirkung im Falle eines Versichererwechsels wird oft nicht verstanden. Versicherungsnehmer gehen jedenfalls häufig davon aus, dass die ihnen im Rahmen einer Sondereinstufung gewährte Schadenfreiheitsklasse tatsäch-



lich und damit auch noch nach einem Versichererwechsel zur Verfügung steht. Nicht selten tragen sie vor, keine Kenntnis darüber gehabt zu haben, dass dem Vertrag überhaupt eine Sondereinstufung zugrunde lag. 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 lag, erfährt der Versicherungsnehmer aus diesem Grund oftmals erst nach einem Versichererwechsel. Dies kann auch daran liegen, dass die wenigsten Versicherer in ihren Beitragsrechnungen aufführen, welche Schadenfreiheitsklasse bei einer gewährten Sondereinstufung dem Vertrag tatsächlich zugrunde liegt. Da sich eine bestehende/vorhandene/vereinbarte Schadenfreiheitsklasse in diesen Konstellationen in der Regel erst nach einem Versichererwechsel offenbart, richten sich die Beschwerden sehr oft gegen das aktuelle Versicherungsunternehmen und damit nicht gegen den Versicherer, der die Sondereinstufung ursprünglich gewährt hatte. 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. Damit blieben weiterhin auch die Fälle beschwerderelevant, bei denen das Kalenderjahr von dem vertraglich vereinbarten Versicherungsjahr abwich. Wie bereits im [letzten Jahresbericht](#) dargestellt, zeigten sich die Versicherer auf Nachfrage der Ombudsfrau lösungsorientiert. Sie boten beispielsweise an, die Hauptfälligkeit auf den 1. Januar des Jahres zu verlegen, um die gewünschte Schadenfreiheitsklassenweiterstufung zum Beginn des Kalenderjahres zu ermöglichen. Wenn Versicherer jedoch auch von dem ihnen zustehenden Beitragsanpassungsrecht Gebrauch machten, war diese Verlegung der Hauptfälligkeit aus finanziellen Aspekten sorgfältig abzuwägen.

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

Ebenfalls nicht geändert hat sich, dass der Austausch unter den Versicherern nach einem Versichererwechsel nicht immer reibungslos funktionierte. Zumindest zeigte sich das im letzten Berichtsjahr bereits erwähnte Problem, dass Nachversicherer keine positive Schadenfreiheitsrabattbestätigung durch den Vorversicherer erhielten, obwohl die Vorversicherer wiederum angaben, den Rabatt bestätigt zu haben, erneut in diesem Berichtsjahr.

Auch die zulässigen Beschwerdeeingänge in der **Kfz-Kaskoversicherung** sind im Vergleich zum Vorjahr gestiegen. Die Schlichtungsstelle erreichten 3.519 zulässige Beschwerden. Im Jahr zuvor handelte es sich um 2.342 Vorgänge. Dies



entspricht einem Anstieg um 50,3 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.

Bei den zentralen Anliegen in diesem Berichtsjahr handelte es sich um Beschwerden, bei denen die Schadenshöhe strittig war. Dabei ging es neben der Abrechnungshöhe um den Schadensumfang sowie die Frage, welche Kosten für die Wiederherstellung des Fahrzeugs erforderlich im Sinne der Versicherungsbedingungen waren.

Einen immer größer werdenden Anteil machen inzwischen die Beschwerden aus, bei denen Versicherer auf Anfragen ihrer Kunden nicht oder nicht zeitnah reagierten. Einige Versicherer nahmen das Schlichtungsverfahren aber, wie bereits im letzten Berichtsjahr erwähnt, zum Anlass, den Vorgang abschließend zu bearbeiten.

Häufigster Beschwerdeauslöser bei den versicherten Ereignissen waren im Jahr 2025 nicht mehr die Diebstahlsfälle, sondern Unfälle gefolgt von Glasbrüchen. Unverändert blieb jedoch die Haltung der meisten Versicherer bei den Diebstahlsvorgängen, indem sie ihren Kunden nicht den Grund ihrer ablehnenden Haltung nannten und auf den Gerichtsweg verwiesen. Wenn sich der Versicherer auch im Streitbeilegungsverfahren hierzu nicht näher äußerte, wurde er darauf aufmerksam gemacht, dass es eines plausiblen Vortrags bedarf, wonach hinreichende Anhaltspunkte für einen beabsichtigten Betrug vorliegen und Beweismittel vorhanden sein müssen, die nur in einem gerichtlichen Verfahren erhoben werden können. Dieser Hinweis entspricht im Schlichtungsverfahren langjähriger Praxis.

Die Beschwerden zur Abrechnung des Schadenfalls hatten ihre Ursache häufig in vom Versicherer gekürzten Rechnungspositionen. Aber auch die Höhe des kalkulierten Wiederbeschaffungs- oder Restwerts blieb weiterhin Beschwerdegegenstand. Bei der fiktiven Schadensabrechnung ist oftmals die Erforderlichkeit der kalkulierten Kosten streitig. Neu ist in diesem Zusammenhang, dass ein Versicherer bei seiner fiktiven Schadensabrechnung die kalkulierten Kosten wegen Nichteinhaltung der Werkstattbindung nicht nur um 20 Prozent kürzt, sondern außerdem bei der Schadenskalkulation auf eine von ihm ausgesuchte Werkstatt abstellt. Die Versicherungsbedingungen sahen vor, dass der Versicherer eine Werkstatt auswählt und von ihr eine Schadenskalkulation erstellen lässt. Zwar ist eine prozentuale Kürzung bei Nichteinhaltung einer vertraglich vereinbarten Werkstattbindung durchaus üblich. Abrechnungsgrundlage sind dann aber nicht die Preise einer vom Versicherer ausgewählten Werkstatt, sondern der vom Versicherungsnehmer ausgewählten. Ebenfalls erreichte die Schlichtungsstelle ein Vorgang, bei dem der Versicherer die fiktive Abrechnung in seinen Bedingungen



zeitweise sogar gänzlich ausgeschlossen hatte. Es bestehen erhebliche Wirksamkeitsbedenken an der oben erläuterten vertraglichen Gestaltung der fiktiven Abrechnung. Die Ombudsfrau erläuterte dies dem Versicherer mit den folgenden Ausführungen:

„Nach der Rechtsprechung des BGH erstrebt ein Versicherungsnehmer mit dem Abschluss einer Vollkaskoversicherung zum einen Schutz vor wirtschaftlichen Folgen des eigenen Fahrzeugschadens bei selbst verschuldeten Unfällen und zum anderen auch die Befreiung vom Risiko der Durchsetzung von Ersatzansprüchen gegen den Unfallgegner bei unklarer Haftungslage (Urteil vom 11. November 2015 – IV ZR 426/14). Er erwartet deshalb nicht, dass der Umfang des Anspruchs gegen den Versicherer generell hinter dem zurückbleiben soll, was im Schadenfall von einem haftpflichtigen Unfallgegner verlangt werden kann. Die Regelung, auf die Sie sich berufen, widerspricht diesen Überlegungen. Es besteht zusätzlich der Eindruck, dass der Anspruch des Versicherungsnehmers doppelt verringert wird: Der Vertrag sieht im Ergebnis eine Werkstattbindung vor, denn Sie haben das Recht, die Werkstatt zu bestimmen. Aus der Beschwerdebearbeitung ist mir bekannt, dass Versicherer mit ihren Partnerwerkstätten zum Teil erhebliche Preisnachlässe vereinbart haben. Allein schon dadurch fallen die Kosten geringer aus als bei einer Schadensabrechnung nach gesetzlichen Kriterien. Wenn nun von diesem bereits reduzierten Betrag weitere 20 Prozent abgezogen werden, vergrößert sich der Unterschied zwischen tatsächlichem Schaden und der Versicherungsleistung. Meines Erachtens widerspricht das dem etablierten Leitbild einer Kaskoversicherung.“

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.

#### ■ Rechtsschutzversicherung

Im Berichtszeitraum erreichten die Schlichtungsstelle in der Sparte Rechtsschutzversicherung 4.005 zulässige Beschwerden. Dies bedeutet einen Anstieg um 36,4 Prozent. Insgesamt erreichte diese Sparte einen Anteil von 20,0 Prozent am Gesamtaufkommen. Damit bleibt die Rechtsschutzversicherung hinter der Kfz-Versicherung die Sparte, zu welcher die Ombudsfrau die meisten zulässigen Beschwerden erhalten hat.



Insgesamt war festzustellen, dass die Menschen konfliktbereiter waren und auf Seiten der Versicherungsunternehmen wie auch auf Seiten der Kunden die Kompromiss- und Vergleichsbereitschaft weniger ausgeprägt war als in den Vorjahren. Dies dürfte eine Auswirkung des allgemeinen wirtschaftlichen Umfelds sein, in dem für Privatpersonen und für Unternehmen die Spielräume enger geworden sind.

Eine Rechtsschutzversicherung unterstützt die Versicherten bei der Durchsetzung ihrer rechtlichen Interessen und stellt sie im versicherten Rahmen von den Kosten frei. Zu den versicherten Kosten gehören insbesondere die gesetzlichen Gebühren des eigenen Rechtsanwalts, bei der gerichtlichen Rechtsverfolgung die Kosten des gegnerischen Anwalts sowie die Gerichtskosten und Entschädigungen für Zeugen und Sachverständige, soweit sie nach der gerichtlichen Kostenentscheidung zu tragen sind. Versicherungsnehmer können nicht mit einer Kostenübernahme in allen Lebensbereichen rechnen. Rechtsschutzversicherungen werden üblicherweise in verschiedenen Bausteinen oder in Paketen angeboten, unter denen der Versicherungsinteressent auswählen kann. Es lassen sich auch mehrere Bausteine miteinander kombinieren, sodass der Interessent den Vertragsumfang seinen individuellen Bedürfnissen anpassen kann. In der Praxis werden meist Leistungen zu übergeordneten Bausteinen zusammengefasst und in Produkten wie Privat-, Berufs- und Verkehrs-Rechtsschutz angeboten. Unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang ein Anspruch auf Versicherungsschutz besteht, bestimmen der Versicherungsvertrag und die zugrunde liegenden ARB.

Häufigster Streitpunkt im Berichtsjahr war einmal mehr die zeitliche Einordnung des Rechtsschutzfalls (ca. 20 Prozent). Die praktische Bedeutung dieser Frage ist hoch, weil Rechtsschutzfälle vor dem Beginn des Rechtsschutzes (vorvertraglich) oder nach Beendigung des Rechtsschutzvertragsverhältnisses (nachvertraglich) nicht versichert sind. Nach der Rechtsprechung begründet ein solcher (behaupteter) Rechtsverstoß den Rechtsschutzfall, wenn der Versicherungsnehmer daraus seine Rechtsposition herleitet. Maßgeblich sind deshalb nur solche (behaupteten) Rechtsverstöße, die der Versicherungsnehmer dem Streitgegner im Rahmen des Rechtsstreits anlastet, für den er Versicherungsschutz wünscht. Dabei kommt es nicht auf die „Parteirolle“ (Anspruchsinhaber oder Anspruchsgegner) bei der Interessenwahrnehmung an. Maßgeblich ist allein der Tatsachenvortrag, mit dem der Versicherte sein Rechtsschutzbegehren begründet. Den Versicherungsnehmern ist dabei nicht immer bewusst, dass es für die zeitliche Einordnung des Rechtsschutzfalls nicht darauf ankommt, wann sie Kenntnis von dem behaupteten Rechtsverstoß erlangt haben. Auf subjektive Gesichtspunkte, die vom Versicherer auch kaum zu überprüfen wären, kommt es für die Bestimmung des Versicherungsfalls nicht an. In Fällen, in denen vorvertragliche Rechtsverstöße erst innerhalb des versicherten Zeitraumes bekannt geworden sind, erläuterte die Ombudsfrau den Beschwerdeführern die Regulierungsentscheidung des Versicherers und die Rechtslage.

Die Rechtsschutzversicherung ist nach dem Prinzip der Spezialität des versicherten Risikos aufgebaut. 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. Dabei kam es immer wieder zu der beschwerdegegenständlichen Frage, ob eine bestimmte Interessenvertretung des Versicherungsnehmers dem versicherten privaten Bereich oder aber einer nicht versicherten selbstständigen Tätigkeit zuzuordnen ist. War Auslöser hierfür die Annahme der Beschwerdeführer, der Versicherungsschutz ende erst mit dem eigentlichen Beginn der selbstständigen Tätigkeit, erläuterte die Ombudsfrau, dass die Interessenwahrnehmung bereits dann nicht mehr zu dem (versicherten) Privatbereich gehört, wenn sie in einem adäquaten, zumindest mittelbaren Zusammenhang mit der geplanten selbstständigen Tätigkeit steht. Dies ist dann der Fall, wenn sich die (zukünftige) selbstständige Tätigkeit bereits in äußerlich erkennbaren Maßnahmen hinreichend verfestigt hat und wenn sie eindeutig im Zusammenhang mit konkreten Maßnahmen zur Vorbereitung der selbstständigen Tätigkeit steht. Die bloße Absicht des Versicherungsnehmers, eine selbstständige Tätigkeit aufzunehmen, reicht jedoch nicht.

Ein weiterer Schwerpunkt in der Prüfung der Rechtsschutzbeschwerden ist die Anwendbarkeit von Risikoausschlüssen. Hierin liegt ein enormes Streitpotenzial, da Teilbereiche, die an sich von den jeweiligen Leistungsarten abgedeckt sind, wieder vom Versicherungsschutz ausgenommen werden, was den Versicherungsnehmern nicht immer bekannt ist. Der Grund für den Ausschluss liegt zumeist darin, dass die Interessenwahrnehmung in diesen Bereichen häufig überdurchschnittlich hohe Kosten verursacht. So kam es im Berichtsjahr zu Beschwerden über die Eintrittspflicht des Versicherers für Streitigkeiten wegen der Beantragung von KfW-Fördermitteln für privat genutzte Wohnobjekte. Einige Versicherer haben den Versicherungsschutz mit Hinweis auf den Ausschluss abgelehnt, wonach kein Versicherungsschutz besteht für Streitigkeiten in ursächlichem Zusammenhang mit staatlichen Subventionen. Dem konnte sich die Ombudsfrau nicht anschließen. Anders als bei einer Leistung, die einem Unternehmensbereich gewährt wird, handelt es sich bei einer zweckgebundenen und zukunftsbezogenen Leistung an eine Privatperson um einen Zuschuss. Zwar werden möglicherweise nach dem Sprachgebrauch teilweise auch Leistungen an Privatpersonen als Subvention angesehen. Dass diese Bedeutung für den Ausschluss maßgeblich sein soll, wird einem durchschnittlichen Versicherungsnehmer mit der Klausel jedoch nicht hinreichend deutlich vor Augen geführt. In der Ausschlussklausel heißt es ausdrücklich „Subvention“, aber eben nicht „Zuschuss“. Deshalb scheidet eine Auslegung des Merkmals Subvention im Sinne einer Leistung auch an Privatpersonen aus. Nach einem entsprechenden Hinweis der Ombudsfrau haben die Versicherer den Beschwerden abgeholfen.

Im Beschwerdejahr waren auch Obliegenheitsverletzungen Prüfungsgegenstand. Gemäß der vertraglichen Vereinbarung besteht für den Versicherungsnehmer u. a. die Obliegenheit, den Versicherer vollständig und wahrheitsgemäß über sämtliche Umstände des Rechtsschutzfalls zu unterrichten sowie Beweismittel anzugeben und Unterlagen auf Verlangen zur Verfügung zu stellen. Stellte die Ombudsfrau eine Verletzung der Informationsobliegenheit fest, hat sie das Verfahren zu Lasten des Beschwerdeführers entschieden und angeregt, dem Versicherer die kon-



kret nachgefragten Informationen und/oder Unterlagen zur Verfügung zu stellen. Von dem Angebot, sich wieder an die Ombudsfrau wenden zu können, sollte es im weiteren Verlauf erneut zu Unstimmigkeiten kommen, haben nur wenige Beschwerdeführer Gebrauch gemacht.

Erklärungs- und erläuterungsbedürftig für viele Versicherungsnehmer ist die Ablehnung der Kostenübernahme für eine Strafverteidigung bei reinen Vorsatzdelikten. Die Kostenablehnung betrifft regelmäßig Delikte wie den Diebstahl oder die Sachbeschädigung, bei denen das Strafgesetzbuch lediglich eine vorsätzliche Begehungsform vorsieht. Sofern derartige Verfahren mit einer Einstellung enden, gehen die Beschwerdeführer davon aus, nunmehr die von ihnen für die Verteidigung aufgewendeten Kosten eines Rechtsanwalts erstattet zu bekommen. In diesen Fällen informierte die Ombudsfrau über die Struktur der Rechtsschutzbedingungen, die bei reinen Vorsatzdelikten grundsätzlich eine Kostenübernahme ausschließen, unabhängig vom Ausgang des Strafverfahrens. Ob es immer gelingt, diese komplizierte Regelung verständlich zu machen, ist fraglich.

Auslöser für Beschwerden waren auch Werbungsinhalte und Veröffentlichungen im Internet, die einige Beschwerdeführer vermuten ließen, eine Rechtsschutzversicherung biete eine lückenlose Absicherung. In diesen Fällen erläuterte die Ombudsfrau, dass Angaben im Internet und Werbeaussagen lediglich einen Überblick über die angebotenen Leistungen geben wollen. Der durchschnittliche Versicherungsnehmer könne nicht erwarten, dass der Internetauftritt die Regelungen der Versicherungsbedingungen exakt und vollständig wiedergibt. Der genaue Inhalt des Vertragsverhältnisses richte sich – wie generell im Geschäftsleben – nicht nach den Angaben im Internet, sondern nach den individuellen Absprachen zwischen den Vertragsparteien und den vereinbarten Vertragsbedingungen. Soll der Vertragsinhalt verständlich wiedergegeben werden, muss dieser zwangsläufig verkürzt dargestellt werden, weil sonst die Übersichtlichkeit leiden würde.

#### ■ Sonstige Versicherungen

Im Bereich „Sonstige Versicherungen“ werden diejenigen Beschwerden bearbeitet, die keinem der übrigen Versicherungsbereiche zuzuordnen sind. Auch im Jahr 2025 betrafen diese vor allem Reise-, Elektronik-, Tierkranken-, Fahrrad- und Bauleistungsversicherungen. Mit 2.706 eingegangenen Beschwerden verzeichneten die „Sonstigen Versicherungen“ einen weiteren Anstieg um 36,7 Prozent (Vorjahr: 1.987) bei den zulässigen Eingängen. Dies entspricht einem Gesamtanteil von 13,5 Prozent (Vorjahr: 12,7 Prozent).

Der Eingang an Beschwerden zur Reiseversicherung stieg auf über 1.000. Eine Vielzahl der Beschwerden zu diesem Themenkomplex stammte aus der Reiserücktrittsversicherung und betraf die Frage, unter welchen Voraussetzungen eine Erkrankung als unerwartet gilt und damit einen Versicherungsfall wegen der Stornierung der Reise darstellt. Daneben ging es u. a. um die Höhe der vom Versicherer zu erstattenden Kosten und darum, ob der Obliegenheit zur unverzüglichen Stornierung der Reise nach Eintritt des Versicherungsfalles nachgekommen wurde. Bei Letzterem konnten erfreulicherweise auch im Berichtsjahr größtenteils Vergleiche erzielt werden.



Bei den Beschwerden zur Tierkrankenversicherung war ein erneuter Anstieg um über 100 zu verzeichnen. 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 Ausschlussstatbeständen beschwerdegegenständig. 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 Fahrrad-, Elektronik- und Handyversicherungen verzeichnet werden. Im Bereich der Fahrradversicherung ging es größtenteils um die Regulierung von Sach- und Diebstahlschäden. Dabei kam es oftmals darauf an, ob das Fahrrad zum Zeitpunkt des Abhandenkommens an einem festen Gegenstand angeschlossen war oder ob eine vom Versicherungsnehmer gewählte alternative Sicherung als gleichwertig anzusehen ist. Aber auch andere Obliegenheitsverletzungen waren Prüfungsgegenstand.

#### ■ **Lebensversicherung**

Im Jahr 2025 erhielt die Schlichtungsstelle 2.669 (Vorjahr: 2.653) zulässige Beschwerden zur Lebensversicherung und damit 0,6 Prozent mehr als im Vorjahr.

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

Die Themen der Beschwerden haben sich im Vergleich zu den Vorjahren kaum verändert.

Noch immer gibt es viele Beschwerden zu den Widerspruchs- und Widerrufsbelehrungen. Beschwerden zum ab dem 1. Januar 2008 geltenden VVG haben dabei im Vergleich zum Vorjahr deutlich zugenommen.

Nach §§ 8, 152 VVG kann der Versicherungsnehmer einer Lebensversicherung seine Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen widerrufen. Diese Frist beginnt allerdings erst zu laufen, wenn er eine deutlich gestaltete Belehrung zum Widerrufsrecht sowie zu den Rechtsfolgen des Widerrufs erhalten hat und ihm der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die weiteren Informationen nach § 7 Absatz 1 und 2 VVG zugegangen sind. Wenn der Versicherungsnehmer nicht alle erforderlichen Unterlagen oder keine ordnungsgemäße Belehrung erhalten hat, besteht sein Widerrufsrecht fort.



Oft gaben die Belehrungen inhaltlich Anlass für Bedenken. So wurden beispielsweise die Rechtsfolgen des Widerrufs nicht vollständig dargestellt.

Das Gesetz regelt für verschiedene Fallgestaltungen unterschiedliche Rechtsfolgen, über die in der Belehrung grundsätzlich aufgeklärt werden muss. Wenn der Versicherungsnehmer seine Zustimmung zum Beginn des Versicherungsschutzes vor Ablauf der Widerrufsfrist nicht erteilt hat oder der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt, muss der Versicherer nach einem wirksamen Widerruf neben den empfangenen Leistungen auch die von ihm gezogenen Nutzungen herausgeben. Der entsprechende Hinweis auf die Nutzungen fehlt indes häufig.

In seinen Urteilen vom 11. Oktober 2023 (IV ZR 40/22 und IV ZR 41/22) deutet der BGH aber an, dass fehlende Hinweise auf bestimmte, im Gesetz vorgesehene Rechtsfolgen des Widerrufs unschädlich sein könnten, wenn diese Rechtsfolgen für den konkreten Versicherungsvertrag rechtlich ausgeschlossen sind. So kommt die Erstattung von Nutzungen dann nicht in Betracht, wenn der Versicherungsnehmer einem vorzeitigen Beginn des Versicherungsschutzes zugestimmt hat und der Versicherungsschutz tatsächlich vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Wenn bei der Erteilung der Belehrung bereits feststeht, dass eine solche Konstellation vorliegt, dürfte ein fehlender Hinweis auf die Nutzungserstattung unschädlich sein. In den Fällen, über die der BGH in den erwähnten Urteilen vom 11. Oktober 2023 befunden hat, war das nicht gegeben. Da der Versicherungsschutz grundsätzlich erst beginnt, wenn der Versicherungsnehmer die einmalige oder die erste Prämie gezahlt hat, und in den vor dem BGH verhandelten Fällen bei Erteilung der Belehrung noch nicht feststand, wann die Prämie gezahlt würde, war auch nicht sicher, dass der Versicherungsschutz tatsächlich vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt.

Dementsprechend war von der Ombudsfrau zu prüfen, ob in den beschwerde-relevanten Fällen ein abweichender Sachverhalt vorlag. Insoweit kann auf die Ausführungen des [Vorjahresberichtes](#) (Seiten 31/32) verwiesen werden.

Es gibt auch Versicherungsunternehmen, die davon ausgehen, in der Belehrung zu Basisrentenverträgen von dem Hinweis absehen zu können, dass im Falle des Widerrufs ggf. der vorhandene Rückkaufswert ausbezahlt ist. Begründet wird dies damit, dass im Falle einer Kündigung einer Basisrente kein Rückkaufswert zur Auszahlung komme.

Dass sich indes ein Anspruch auf Auszahlung des sogenannten ungezillerten Deckungskapitals (Deckungskapital ohne Berücksichtigung von Abschlusskosten) ergeben kann, wird in der Entscheidung des BGH vom 24. Januar 2024 (IV ZR 306/22) deutlich. Denn dieses Urteil, in dem der BGH zu dem Ergebnis kam, dass ein Anspruch auf Auskunft über den Rückkaufswert – und dementsprechend das Deckungskapital – bestehen kann, betraf den Widerruf einer Basis-Rentenversicherung.



Besonders häufig diskutiert wird nach wie vor der Einwand der Verwirkung.

Allgemeingültige Maßstäbe dazu, ob und unter welchen Voraussetzungen bei nicht ordnungsgemäßer Belehrung eine Anwendung von § 242 BGB ausscheidet, können nicht aufgestellt werden (BGH-Beschluss vom 27. September 2017 – IV ZR 506/15). Ob eine Verwirkung vorliegt, richtet sich letztlich nach den vom Tatrichter festzustellenden und zu würdigenden Umständen des Einzelfalls, ohne dass insofern auf Vermutungen zurückgegriffen werden kann. Die Bewertung des Tatrichters kann in der Revisionsinstanz nur daraufhin überprüft werden, ob sie auf einer tragfähigen Tatsachengrundlage beruht, alle erheblichen Gesichtspunkte berücksichtigt, nicht gegen Denkgesetze oder Erfahrungssätze verstößt oder einen falschen Wertungsmaßstab anlegt (Beschluss des BGH vom 23. Januar 2018 zum Widerrufsrecht bei Verbraucherdarlehensverträgen, XI ZR 298/17).

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). In dem zuletzt genannten Urteil befand der BGH, dass der Versicherer ein schutzwürdiges Vertrauen schon deshalb nicht in Anspruch nehmen könne, weil er die Situation selbst herbeigeführt habe, indem er dem Versicherungsnehmer keine ordnungsgemäße Widerspruchsbelehrung erteilte. Aus demselben Grund liege in der Geltendmachung des bereicherungsrechtlichen Anspruchs keine widersprüchliche und damit unzulässige Rechtsausübung. Die für eine Treuwidrigkeit angeführten Umstände müssen nach der Rechtsprechung des BGH besonders gravierend sein.

Der BGH stellte wiederholt klar, dass selbst bei längerem Zeitablauf geringere Umstandsmomente für die Annahme einer Verwirkung nicht ausreichen. Ein langer Zeitablauf ist schließlich auch nicht im Rahmen der Gesamtwürdigung besonders gravierender Umstände, die ein Vertrauen des Versicherers in den Bestand des Versicherungsvertrages begründen und den erklärten Widerspruch als grob widersprüchliches Verhalten erscheinen lassen durften, miteinzubeziehen (BGH-Urteil vom 19. Juni 2024, IV ZR 401/22).

Der für das Versicherungsrecht zuständige IV. Zivilsenat des BGH hat bekanntlich nur in wenigen Ausnahmefällen in der Ausübung des Widerspruchsrechts einen Verstoß gegen den Grundsatz von Treu und Glauben gesehen, wenn der Versicherungsnehmer nicht ordnungsgemäß belehrt worden war (siehe auch Ausführungen im [Vorjahresbericht](#) Seite 33). Die von den Versicherungsunternehmen vorgebrachten Umstandsmomente sind vor diesem Hintergrund häufig nicht ausreichend, um den Verwirkungseinwand zu rechtfertigen.



Auch in seinen jüngeren Urteilen hält der BGH an seiner eher „strengen Linie“ fest. So genügte nach seinem Urteil vom 10. Juli 2024 (IV ZR 196/22) die Inanspruchnahme steuerlicher Vorteile im Rahmen eines Basis-Rentenversicherungsvertrages für sich genommen nicht, um dem Versicherungsnehmer nach § 242 BGB das Widerspruchsrecht zu versagen. Dieser verhält sich mit der Durchführung eines solchen Vertrages so, wie in den Vertragsbedingungen vorgesehen, und nimmt Steuervorteile in Anspruch, die für dieses Vertragsmodell gesetzlich bestimmt sind. Selbst Zuzahlungen oder Sonderzahlungen bei Basisrenten reichen ihm insoweit grundsätzlich nicht. Ebenso reichen die Zustimmung zur nachträglichen Zertifizierung und die steuerliche Geltendmachung der Beiträge nicht aus (Urteil vom 9. Juli 2025 – IV ZR 161/23). Auch der Einwand, es gehe dem Versicherungsnehmer um die bloße Gewinnmaximierung, genügt nicht. Abgesehen davon, dass sich der Versicherungsnehmer meist nicht zu seinem Motiv geäußert hat und sich hierzu auch nicht äußern musste, würde die Motivation, durch den Widerruf die Rendite zu optimieren, nach dem Urteil des BGH vom 21. Februar 2024 (IV ZR 297/22) kein besonderes Umstandsmoment darstellen. Dies wird aber immer wieder von den Versicherungsunternehmen (als Umstandsmoment) eingewandt.

Nach der Rechtsprechung des BGH gibt es somit nur einen geringen Spielraum für die Verwirkung. Grundsätzlich sieht das Gericht in vielen Handlungen des Versicherungsnehmers ein rein typisches vertragsgemäßes Verhalten.

Die höchstrichterliche Rechtsprechung kann die Ombudsfrau bei ihrer Prüfung nicht unberücksichtigt lassen. Die Aufgabe des BGH besteht vor allem darin, die Rechtseinheit zu sichern, grundsätzliche Rechtsfragen zu klären und das Recht fortzubilden. Auch wenn die Entscheidungen des BGH formal nur im Einzelfall bindend sind, folgen die Instanzgerichte in der Regel seiner Rechtsauffassung und die Rechtspraxis orientiert sich regelmäßig an ihnen. Die Ombudsfrau sah sich daher in vielen Fällen dazu veranlasst, die Versicherer um nochmalige Prüfung einer Abhilfe zu bitten. In manchen Fällen ergingen insoweit auch zuspreekende Entscheidungen bzw. wurden Empfehlungen ausgesprochen.

In einigen Grenzfällen erfolgten Schlichtungsvorschläge (z. B. Az.: 14103/2024, der Versicherungsnehmer hatte dort den Vertrag im Rahmen seiner Ehescheidung im Versorgungsausgleich eingesetzt).

Erfolgreich durchdringen konnten die Versicherungsunternehmen dagegen mit dem Einwand der Verwirkung in Fällen, in denen z. B. eine beitragspflichtige Wiederinkraftsetzung nach Beitragsfreistellung oder Kündigung erfolgte, oder bei einer Sicherungsabtretung im zeitlichen Zusammenhang mit dem Vertragschluss bzw. bei mehrmaligen Abtretungen.

Wie jedes Jahres war in zahlreichen Fällen die Überprüfung von Ablauf- und Rentenleistungen sowie von Rückkaufswerten Beschwerdegegenstand.

In diesem Zusammenhang wurde auch oft die Höhe der Kosten beanstandet. Mitunter monierten die Beschwerdeführer überdies die Stornogebühren, die anlässlich einer Kündigung oder Beitragsfreistellung erhoben wurden.



Die Prüfung dieser Beschwerden ist verhältnismäßig aufwendig. Abhängig vom Beschwerdevortrag erfolgt sie sowohl in rechtlicher als auch in versicherungsmathematischer Hinsicht. Die Versicherer stellen der Schlichtungsstelle hierfür die notwendigen Grundlagen für die interne Prüfung zur Verfügung (§ 8 VomVO). Im Berichtsjahr wurden insgesamt 458 Beschwerden einer genaueren mathematischen Prüfung unterzogen.

Erneut gab die Kürzung des Rentenfaktors bei fondsgebundenen Verträgen Anlass für Beschwerden. Wegen der Abhängigkeit von der Kursentwicklung der besparten Fonds ist bei Vertragsabschluss 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.

Zur Wirksamkeit solcher Klauseln zur Anpassung des Rentenfaktors wurden in der Instanz gerichtlichen Rechtsprechung unterschiedliche Auffassungen vertreten. So entschied das LG Köln am 8. Februar 2023 (Az. 26 O 12/22), dass die von einem anderen 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 (Az. 53 O 214/22) prüfte das LG Stuttgart Klauseln eines weiteren Unternehmens und kam zu einem anderen Ergebnis. Danach verstoße die betreffende Regelung in den Versicherungsbedingungen, die den Versicherer einseitig zu einer Herabsetzung des Rentenfaktors berechtigt, weder gegen zwingende gesetzliche Vorschriften noch benachteilige sie den Versicherungsnehmer entgegen den Geboten von Treu und Glauben unangemessen. Die Verbraucherzentrale Baden-Württemberg – Klägerin in dem zuvor genannten Gerichtsverfahren des LG Stuttgart – legte Berufung gegen das Urteil vom 10. Juli 2023 ein. Das OLG Stuttgart erklärte die Klausel daraufhin mit Urteil vom 30. Januar 2025 (2 U 143/23) für unwirksam. Es erachtete die geprüfte Klausel insbesondere deshalb für unwirksam, weil sie keine Rückanpassung des Rentenfaktors für den Fall sich bessernder Rechnungsgrundlagen vorsieht. Das betroffene Versicherungsunternehmen hatte Revision beim BGH eingelegt.

Inzwischen hat der BGH am 10. Dezember 2025 im Revisionsverfahren unter dem Aktenzeichen IV ZR 34/25 bestätigt, dass eine Klausel in Allgemeinen Versicherungsbedingungen einer fondsgebundenen Rentenversicherung nach dem Altersvorsorgeverträge-Zertifizierungsgesetz (sogenannte Riester-Rente), die den Versicherer zur Herabsetzung des im Versicherungsschein genannten Rentenfaktors und dadurch der bei Rentenbeginn zu zahlenden monatlichen Rente berechtigt, ohne ihn zugleich im Fall einer nachträglichen Verbesserung der Umstände zu deren Wiederheraufsetzung zu verpflichten, wegen Verstoßes gegen § 308 Nr. 4 und § 307 Absatz 1 Satz 1 BGB unwirksam ist. Auf Grundlage der schriftlichen Urteilsbegründung wird die Tragweite der Entscheidung sowie ihre Bedeutung für vergleichbare Sachverhalte zu beurteilen sein.



Immer wieder, wenn auch im Vergleich zum Vorjahr etwas rückläufig, werden die Beratungen bei Vertragsabschluss aus verschiedenen Gründen beanstandet. Darunter finden sich nach wie vor viele Beschwerden zu Basisrentenverträgen. Dabei wird meist eine unzureichende Aufklärung über die Verfügungsbeschränkungen vorgetragen.

Zudem gab es wieder einige Beschwerden, die die Ablehnung von Leistungen aus Pflegerentenversicherungen zum Gegenstand hatten. Vereinzelt gab es Beschwerden zu Todesfalleistungen, die auch Fragen zum Bezugsrecht aufwarfen. Einige Beschwerden betrafen Riesterverträge, in denen es z. B. Unklarheiten bei den Dauerzulagenanträgen gab. Gelegentlich hatten Beschwerden auch einen steuerrechtlichen Bezug. So wurde z. B. die Erforderlichkeit der Einholung einer Unbedenklichkeitsbescheinigung beim Finanzamt hinterfragt.

Hin und wieder beschwerten sich Versicherungsnehmer über die Ablehnung der Kapitalabfindung bei Rentenversicherungsverträgen. Die Versicherer begründeten diese mit der Versäumung der Ausübungsfrist. Die Frist zur Ausübung beträgt üblicherweise drei Monate vor Rentenbeginn, manchmal auch ein Jahr. Auf die Frist wird in der Regel in den Vertragsunterlagen, meist direkt im Versicherungsschein, deutlich hingewiesen. Die Versicherer sehen sich daher nicht dazu verpflichtet, auf die vertraglich vereinbarte Frist kurz vor Rentenbeginn noch einmal gesondert hinzuweisen. Aus Servicegedanken machen es dennoch viele Versicherer. Die Beschwerdeführer tragen in einigen solcher Fälle aber vor, diese Schreiben nicht erhalten zu haben, weshalb sie davon ausgehen, noch immer von ihrem Recht auf Ausübung der Kapitalabfindungsoption Gebrauch machen zu können.

Eine kleine Häufung von Beschwerden gab es zum Thema vor- oder nachschüssige Rentenzahlung, die ihre Ursache in der Umstellung der Verwaltungssysteme der betroffenen Versicherungsunternehmen hatten. Vorschüssige Renten werden am Anfang einer Zahlungsperiode (z. B. Monatsanfang) geleistet. Ob eine Rente vor- oder nachschüssig gezahlt wird, hat nicht nur Auswirkung auf die Fälligkeit, sondern wirkt sich auch auf die Kalkulation der Rente und damit auf die Rentenhöhe aus. Der Betrag der Rente steht bei einer nachschüssigen Rente beim Versicherer länger für die Anlage zur Verfügung.

In einem Beschwerdefall nahm ein Beschwerdeführer an, dass sein Versicherer die Zahlungsweise der Rente von vorschüssig auf nachschüssig umgestellt habe, und befürchtete, dass ihm dadurch eine Rentenzahlung entgangen sei. Der Versicherer erläuterte, dass er keine solche Umstellung vorgenommen habe. Er habe im Zuge der Modernisierung des Bestandssystems aber die Zahlungen so eingerichtet, dass sie für den laufenden Monat grundsätzlich nicht mehr am Ende des Vormonats, sondern pünktlich zum Fälligkeitstag zu Beginn des laufenden Monats auf den Konten der Kunden verbucht werden. Das führte zu Irritationen und dem vermeintlichen Verlust einer Rentenzahlung. Im Rahmen des Schlichtungsverfahrens konnte nachvollzogen und dem Beschwerdeführer die Sorge genommen werden, dass der Versicherer ihm eine Rentenzahlung vorenthält.



### ■ 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 u. a. 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 bilden einen Teilbereich der Lebensversicherung, auf den im Berichtsjahr 491 beendete Beschwerden (Vorjahr 492) entfielen.

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.

So hat etwa der versicherte Arbeitnehmer keine Vertragsgestaltungsrechte, solange der Arbeitgeber Versicherungsnehmer ist. Als bezugsberechtigter Versorgungsanwärter kann er aber bereits verschiedene Auskunfts- 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 Fall 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 Versorgungsanwartschaften bei Arbeitgeberwechsel (Portabilität, § 4 BetrAVG) sowie die Sicherung durch den Pensionssicherungsverein (§ 14 BetrAVG). Die gerichtliche Teilung von Versorgungsanwartschaften bei Ehescheidung ist regelmäßiger Beschwerdeanlass, wenn etwa der ausgleichsberechtigte Ehegatte mit der Umsetzung des familiengerichtlichen Versorgungsausgleichsbeschlusses nicht zufrieden ist. Häufige Beschwerdeziele sind die vorzeitige Auszahlung der Altersversorgungsleistung (§ 6 BetrAVG) und die Abfindung wegen Geringwertigkeit (§ 3 BetrAVG). Beschwerden zu solchen „Bagatellabfindungen“ haben im Berichtsjahr zugenommen. In diesem Zusammenhang sei auf den Beispielsfall im Vorjahresbericht zum Grundsatz der „Einheit der Versorgungszusage“ ([Jahresbericht 2024](#), Seite 87) verwiesen. Ist der versicherte Arbeitnehmer nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses selbst Versicherungsnehmer geworden („versicherungsförmige Lösung“), kann sich der Versicherer grundsätzlich gemäß § 2 Absatz 3 Satz 2 i. V. m. Absatz 2 Satz 7 BetrAVG unter den gleichen Voraussetzungen wie der Arbeitgeber durch eine Einmalzahlung von seinen Verpflichtungen befreien, wenn der Wert der Versorgung die Bagatellwertgrenze nicht überschreitet. Diese Abfindungsmöglichkeit kann vom Versicherer aber nur genutzt werden, wenn er vom ehemaligen Arbeitgeber dazu bevollmächtigt wurde (Kemper/Kisters-Kölkes/Berenz/Huber/Betz-Rehm/Borgers, Kommentar zum BetrAVG, § 2 Rn. 160). Die Zustimmung des Arbeitgebers ist u. a. deshalb erforderlich, weil dieser für die versicherungsgestützte bAV grundsätzlich subsidiär haftet. In einigen Fällen stimmte der Versicherer einer Auszahlung des Bagatellwertes unter der Bedingung, dass die Arbeitgeberzustimmung beigebracht wird, nachträglich zu. Auch weil durch das Zweite BRSG (BGBl. 2026 I Nr. 14 vom 21. Januar 2026) u. a. die Bagatellwertgrenze zum 22. Januar 2026 spürbar angehoben wurde, ist mit Beschwerden zu diesem Thema weiterhin zu rechnen.

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 Lebensversiche-



rungsvertrag 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 ergeben sich für den Arbeitgeber aber bestimmte Beratungs-, Hinweis- und Informationspflichten gegenüber dem versicherten Arbeitnehmer. 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 GMG. Betroffene Versorgungsempfänger werden vielmals 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 kulanteres Entgegenkommen des Versicherers oder eine Anpassung von Vertragsinhalten im Rahmen eines Vergleichs 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 143 (Vorjahr: 97) Beschwerden zu Restschuldversicherungen. Restschuldversicherungsverträge sollen bei Eintritt eines Versicherungsfalls gewährleisten, dass der Restkredit entweder auf einmal oder durch die Übernahme der fällig werdenden Kreditraten getilgt wird. Diese Versicherungen werden zum Teil auch als Ratenschutz- oder Kreditlebensversicherungen bezeichnet. Sie decken in erster Linie das Risiko 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 Kreditratehöhe entspricht und auch nicht zweckgebunden eingesetzt werden muss. Oft ist auch ein Unfallschutz enthalten.

Wie in früheren Jahren richteten sich die meisten Beschwerden zu Restschuldversicherungen gegen die Ablehnung der beantragten Versicherungsleistung. Streit ergab sich etwa im Bereich der Absicherung bei Arbeitslosigkeit, wenn der Versicherer trotz Verlustes des Arbeitsplatzes die versicherten Raten nicht übernehmen wollte. Es ist jedoch nicht jeder Fall der Arbeitslosigkeit versichert. Grundsätzlich darf der Versicherer den gebotenen Versicherungsschutz an bestimmte Voraussetzungen knüpfen und bestimmte Konstellationen ausschließen, ansonsten könnte er das übernommene Risiko nicht kalkulieren. So wird der Versicherungsschutz bei Arbeitslosigkeit nicht unabhängig davon gewährt, in welchem arbeitsvertraglichen Verhältnis sich der Versicherte befand. Hiervon hängt das vom Versicherer übernommene Risiko der Arbeitslosigkeit maßgeblich ab. Die Versicherer geben in der Regel in den Versicherungsbedingungen vor, dass das betroffene Arbeitsverhältnis mindestens sechs Monate bestanden haben muss, damit nach einer Kündigung des Arbeitgebers die Versicherungsleistung beansprucht werden kann. In den ersten sechs Monaten genießen die Arbeitnehmer keinen Kündigungsschutz (vgl. § 1 Absatz 1 KSchG) und befinden sich oftmals in der Probezeit. Es besteht somit ein erhöhtes Risiko, den Arbeitsplatz wieder zu verlieren. Dieses erhöhte Risiko ist vom Versicherungsschutz in der Regel nicht abgedeckt. In den betroffenen Fällen blieb der Ombudsfrau nur, dem Beschwerdeführer die Rechtslage zu erläutern.

Für den Versicherungsschutz spielt auch die Art der Beendigung des Arbeitsverhältnisses eine Rolle. Die Versicherer verlangen in den Versicherungsbedingungen stets, dass der Versicherte unverschuldet arbeitslos geworden ist. In einem Fall, in dem sich diese Frage nicht zweifelsfrei aufklären ließ, wurde auf Betreiben der Ombudsfrau eine einvernehmliche Lösung gefunden.



Zudem muss die Arbeitslosigkeit Folge einer Kündigung des Arbeitgebers sein. In der Regel wird auch der Abschluss eines Aufhebungsvertrages akzeptiert, wenn mit diesem eine betriebsbedingte Kündigung abgewendet werden soll. Eine Kündigung des Arbeitsverhältnisses durch den Versicherten selbst ist hingegen nicht vom Versicherungsschutz umfasst. Schließlich kann es der Versicherer nicht in die Hände des Versicherten legen, den Versicherungsfall durch Aufgabe des Arbeitsplatzes selbst herbeizuführen. Im Berichtsjahr wandten Versicherte ein, ihre Anstellung aus persönlichen Gründen, wie etwa der Pflege eines nahen Angehörigen, aufgeben zu haben. Gesundheitliche Gründe können den Versicherten ebenfalls veranlassen, das bestehende Arbeitsverhältnis zu beenden. Auch wenn es somit gut nachvollziehbare Gründe für die Aufgabe des Arbeitsplatzes geben kann, sind diese Fälle in aller Regel nicht versichert. Für eine Kulanzeleistung besteht dann auch in außergewöhnlichen Härtefällen kein Raum. Der Ombudsfrau bleibt nur, dem Beschwerdeführer die Rechtslage zu erläutern und ihm zu verdeutlichen, dass die Entscheidung keineswegs eine Missbilligung des Kündigungsgrundes bedeutet.

Beschwerden im Zusammenhang mit abgelehnten Leistungsanträgen im Bereich der Todesfallabsicherung und des Arbeitsunfähigkeitsschutzes waren im Berichtsjahr im Vergleich zahlenmäßig nachrangig. Hinsichtlich der spezifischen Probleme, die sich in diesen Bereichen ergeben, wird auf den [Vorjahresbericht](#) verwiesen.

Neben Eingaben wegen versagter Versicherungsleistung gab es auch Beschwerden im Zusammenhang mit dem Ablauf des Versicherungsschutzes. So führt die Verlängerung des Darlehens nicht automatisch zur Verlängerung des Versicherungsvertrages. Ist die Restschuldversicherung allerdings von Beginn an unerkannt in zeitlicher Hinsicht nicht genau auf das Darlehen abgestimmt, bestand für die Ombudsfrau im Einzelfall Raum, auf eine Abhilfe hinzuwirken.

In einigen Fällen beanstandeten Beschwerdeführer den Abschluss einer Restschuldversicherung oder versuchten sich mit der Ausübung eines Widerrufsrechts von ihrem Vertrag zu lösen. Hier konnte die Ombudsfrau einzelnen Beschwerden zum Erfolg verhelfen.

#### ■ Gebäudeversicherung

Im Jahr 2025 gingen bei der Ombudsfrau 2.099 (Vorjahr: 2.047) zulässige Beschwerden zur Wohngebäudeversicherung ein. Der Anteil am Gesamtaufkommen der zulässigen Beschwerden verringerte sich von 13,1 auf 10,5 Prozent.

Eine Wohngebäudeversicherung dient dem Schutz der Sachsubstanz eines Gebäudes vor Schäden, die durch bestimmte Gefahren entstehen können. Sie gewährt Versicherungsschutz bei Beschädigung oder Zerstörung des versicherten Gebäudes infolge der im Vertrag genannten Risiken.



Die Grunddeckung umfasst in der Regel Schäden durch Feuer, Sturm, Hagel, Leitungswasser und Rohrbruch. Zur Gefahr Feuer zählen Schäden, die durch Brand, Blitzschlag oder Explosion verursacht werden. Die Leitungswasserversicherung deckt sowohl Bruchschäden an Rohrleitungen und wasserführenden Einrichtungen als auch Nässeschäden ab, die durch bestimmungswidrigen Wasseraustritt entstehen. Sturm liegt ab einer Windstärke von acht Beaufort vor. Vereinzelt wurden im Berichtszeitraum Regulierungsentscheidungen aus Verträgen überprüft, deren Versicherungsbedingungen bereits ab einer Windstärke 7 eine Leistungspflicht des Versicherers eröffneten. Versichert sind Schäden, die durch das unmittelbare Auftreffen des Sturmes auf versicherte Sachen verursacht werden.

Der Versicherungsschutz einer Wohngebäudeversicherung kann durch Deckungserweiterungen individuell angepasst werden. Ein Baustein, der regelmäßig nicht Bestandteil der Grunddeckung ist, ist die Versicherung von Elementarschäden. Über diesen Baustein lassen sich weitere Naturgefahren wie Überschwemmung, witterungsbedingter Rückstau, Schneedruck, Erdbeben, Erdstöße oder Erdbeben in den Versicherungsschutz einbeziehen. Je nach Anbieter wird darüber hinaus im Bereich der Kostenversicherung zum Teil äußerst weitreichender Versicherungsschutz geboten, zum Beispiel Ertragsausfallschutz nach einem versicherten Schaden an Photovoltaik- oder Solaranlagen. Insgesamt ist bei vielen Anbietern die Tendenz erkennbar, die Entwicklung neuer Umwelttechnologien in ihren neueren Vertragsbedingungen abzubilden. Damit ist mit einer Gebäudeversicherung eine bedarfsgerechte Absicherung gegen eine Vielzahl von Schadensrisiken möglich.

Die im Berichtsjahr an die Ombudsfrau herangetragenen Beschwerden zeigten im Wesentlichen eine inhaltliche Kontinuität zu den Vorjahren. Der überwiegende Teil der Beschwerden betraf Schäden durch Leitungswasser oder Rohrbrüche. In einem geringeren, aber weiterhin relevanten Anteil wurden Streitigkeiten zu Sturm- und Elementarschäden vorgebracht. Vertragliche Streitigkeiten betrafen in den meisten Fällen Kündigungen oder Beitragserhöhungen.

Die Anliegen der Beschwerdeführer können in Bezug auf die Schadenregulierung in zwei Bereiche unterteilt werden. Zum einen betrafen sie die Frage, ob an einer versicherten Sache nachweislich ein versicherter Schaden eingetreten war. Zum anderen wandten sich die Versicherungsnehmer gegen die vom Versicherer vorgenommene Höhe der Entschädigung, etwa weil der Versicherer den geltend gemachten Schaden nicht in vollem Umfang regulierte.

Zwar ist die Gebäudeversicherung in aller Regel als Neuwertversicherung ausgestaltet. Dies heißt aber nicht, dass der Versicherer alle Kosten zu ersetzen hat, die im Zusammenhang mit einem Schadenfall anfallen. So nehmen Beschwerdeführer in manchen Fällen ein Schadensereignis zum Anlass, zusätzliche Sanierungsarbeiten durchführen zu lassen. Es gibt auch Fälle, in denen beispielsweise ein in die Jahre gekommenes Bad nicht in gleicher Art und Güte, sondern höherwertig wiederhergestellt wird. Bedingungsgemäß sind aber nur die notwendigen Reparaturkosten versichert. Das sind diejenigen Kosten, die erforderlich sind, um den vor Schadenseintritt bestehenden Zustand wiederherzustellen. Der Versicherer



ist daher berechtigt, nicht schadensbedingte Kostenanteile bei der Regulierung in Abzug zu bringen. Die Aufgabe der Ombudsfrau besteht daher oft darin, den Beschwerdeführern den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers zu erläutern, ohne eine konkrete Bemessung der Schadenshöhe vornehmen zu können, da dies eine Bewertung durch einen Sachverständigen erfordern würde.

An dieser Stelle sei noch auf eine Besonderheit der Sachversicherung hingewiesen, die in § 91 VVG geregelt ist. Demnach ist die vom Versicherer zu zahlende Entschädigung nach Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalls mit 4 Prozent jährlich zu verzinsen. Durch die Verzinsung sollen in pauschalierter Form diejenigen Nachteile ausgeglichen werden, die dem Versicherungsnehmer dadurch entstehen, dass er die ihm zustehende Entschädigung nicht alsbald nach Eintritt des Versicherungsfalls erhält. In einem Schadenfall aus dem Jahr 2022, dessen Regulierung der Versicherer zu Unrecht abgelehnt hatte und den er dann mit 13.000 Euro regulierte, bedeutete dies für den Beschwerdeführer eine zusätzliche Zinszahlung von über 3.000 Euro.

Auch wenn im Beschwerdeverfahren keine sachverständigen Prüfungen durchgeführt werden können, ist es möglich, durch die Auswertung der zur Verfügung gestellten Unterlagen strittige Sachverhalte aufzuklären. So hatte beispielsweise in einem Beschwerdeverfahren der Versicherer die Regulierung einer Rechnung abgelehnt, da ein außen am Gebäude angebrachter Wasserhahn infolge von Frosteinwirkung gebrochen gewesen sei. Versicherungsschutz bestand nur für Bruchschäden an Armaturen innerhalb des versicherten Gebäudes. Nach Auswertung der Schadensunterlagen und von Fotos war ein Schaden an der Außenarmatur jedoch nicht erkennbar. Recherchen im Internet ergaben, dass es sich um ein frostsicheres Außenventil handelte. Es lag daher die Vermutung nahe, dass die eigentliche Schadensursache der Bruch einer im Mauerwerk verlaufenden Frischwasserzuleitung war. Nach einem entsprechenden Hinweis der Ombudsfrau nahm der Versicherer Rücksprache mit der Reparaturfirma. Die Vermutung eines Rohrbruchs bestätigte sich danach und der Versicherer trat in die Regulierung ein. Dieses Beispiel soll zeigen, dass auch in dem schriftlichen Beschwerdeverfahren Sachverhaltsaufklärungen möglich sind. Der Schwerpunkt der Beschwerdebearbeitung liegt normalerweise jedoch bei der rechtlichen Prüfung.

Zum Schluss soll noch auf die Elementarversicherung näher eingegangen werden. Die Flutkatastrophe im Juli 2021 im Ahrtal und wenige Jahre später das Hochwasser in Bayern und Baden-Württemberg sowie teilweise heiße, trockene Sommer haben gezeigt, dass es auch in Deutschland durch den Klimawandel immer häufiger zu extremen Wetterereignissen kommt. Besteht für entsprechende Schäden kein Versicherungsschutz, kann dies Gebäudeeigentümer unter Umständen ruinieren. Vor diesem Hintergrund wird in der Politik diskutiert, eine Pflichtversicherung gegen Elementarschäden einzuführen. Ob eine solche Pflichtversicherung kommt und wie sie dann inhaltlich ausgestaltet sein wird, bleibt abzuwarten. Es ist aber anzunehmen, dass, wie bei den aktuellen Versicherungsbedingungen auch, nicht alle Schäden abgedeckt sein werden, die durch extreme Wettersituationen verursacht werden können. Anhand von ein paar Beispielen soll dies nachfolgend verdeutlicht werden.



Es ist nicht ungewöhnlich, dass nach einem Starkregenereignis Keller mit Wasser volllaufen. Aus Sicht eines Versicherungsnehmers ist es naheliegend, von einem Überschwemmungsschaden auszugehen. Versicherungsbedingungen definieren den Begriff der Überschwemmung jedoch regelmäßig als eine Überflutung des Versicherungsgrundstücks durch Witterungsniederschläge. Sammelt sich Niederschlagswasser lediglich in Lichtschächten oder Kellerabgängen, ohne dass es gleichzeitig zu einer Überschwemmung des Versicherungsgrundstücks kommt, liegt in der Regel kein versichertes Schadensereignis vor. Es gibt mittlerweile aber auch Bedingungswerke, die weitergehenden Versicherungsschutz bieten. Danach sind auch Schäden durch eindringendes Oberflächenwasser durch Türen, Schächte, Wände oder Fenster im Keller, Erdgeschoss oder Souterrain, Garagen-einfahrten etc. versichert.

Eine weitere nicht versicherte Schadenskonstellation wurde bereits im [Jahresbericht 2024](#) näher beschrieben. 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. Auch in diesen Fällen fehlte es an der geforderten Überflutung des Versicherungsgrundstücks. Da Schäden durch Grundwasser regelmäßig vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind, erhielten die geschädigten Gebäudeeigentümer keine Entschädigung.

Schließlich können heiße und regenarme Sommer dazu führen, dass das Erdreich austrocknet und schrumpft. Die Erdabsenkung kann wiederum zu Gebäudeschäden in Form von Absackung von Gebäudeteilen und Rissen führen. Die überwiegende Rechtsprechung sieht in diesen Schäden keine versicherte Erdsenkung. In vielen Versicherungsbedingungen sind Schäden durch Trockenheit explizit ausgeschlossen.

#### ■ Hausratversicherung

Im Berichtszeitraum erreichten die Schlichtungsstelle 1.109 (Vorjahr: 938) zulässige Beschwerden zur Hausrat-, Glas- und Inhaltsversicherung. Dies entspricht einem Anstieg um 18,2 Prozent im Vergleich zu 2024. Die Tendenz aus den Vorjahren setzt sich damit weiter fort. Seit 2022 ist die Zahl dieser Beschwerden um 66,7 Prozent auf einen neuen Höchststand angestiegen. Da der Zuwachs an zulässigen Beschwerden auf alle Sparten bezogen aber mit 28,1 Prozent höher lag, sank der Anteil der Hausratbeschwerden am Gesamtaufkommen der zulässigen Eingaben von 6,0 auf 5,5 Prozent.

Über eine Hausratversicherung sind Gegenstände abgesichert, die einem Haushalt zur Einrichtung, zum Gebrauch oder 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. Sollte eine Reparatur unmöglich oder unwirtschaftlich sein, wird der Neuwert und nicht lediglich der Zeitwert ersetzt. 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 43 im Jahr 2025 beendeten Beschwerdeverfahren zur Hausratversicherung ging es um diesen Aspekt.

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 lag deren Anteil bei 27,7 Prozent, betraf also mehr als jede vierte Beschwerde. Dies verwundert insofern nicht, als Einbruchdiebstähle laut den Daten des GDV auch grundsätzlich die mit Abstand häufigste Schadenfallgruppe im Rahmen der Hausratversicherung darstellen. Nahezu gleich geblieben ist der Teil der Beschwerden, bei denen zwar der Versicherungsfall dem Grunde nach unstrittig war, aber kein Einvernehmen über die genaue Höhe des Schadens bestand. Dies betraf 23,6 Prozent der Beendigungen, im Gegensatz zu 23,9 Prozent in 2024. Bei diesen Fällen blieb die Erfolgsquote (siehe zu deren Definition [Kapitel 4.3](#)) mit 75 Prozent erfreulich hoch. Bei 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 im Vergleich zum Vorjahr nicht unerheblich von 13,4 Prozent auf 16,6 Prozent angestiegen. Auf Rang drei lösten Brandschäden die Elementarschäden ab, allerdings nur mit einem Vorsprung von einer Beschwerde (44 vs. 43 Fälle). Die Zahl der Elementarschadensfälle verringerte sich trotz der Zunahme der Beschwerden insgesamt von 53 auf 43 Fälle. Deren Anteil



an den zulässigen Fällen sank somit von 6,6 Prozent auf 5,9 Prozent. 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 erreichten und erreichen die Schlichtungsstelle im Bereich der Hausratversicherung fast nie.

In absoluten Zahlen wieder leicht zurückgegangen sind Glasschäden (von 49 auf 42 Beschwerden). Die Anzahl von Beschwerden, die einen Fahrraddiebstahl zum Anlass hatten, blieb bei exakt 40 Fällen. Knapp dahinter folgen die Gefahren Diebstahl aus Kraftfahrzeugen, Raub und einfacher Diebstahl mit 36, 32 und 31 Beschwerdefällen im Jahr 2025. Eine eher untergeordnete Rolle mit weniger als 20 Beschwerden spielten Schäden durch Sturm sowie durch blitzbedingte Überspannung.

Erneut zugenommen haben Beschwerden im Zusammenhang mit den versicherten Kosten (Steigerung um knapp 23 Prozent auf inzwischen 92 Fälle). Dies betrifft insbesondere die sogenannten Hotelkostenfälle, welche weiter unten noch näher dargestellt werden.

Nach wie vor vergleichsweise häufig wird in der Hausratversicherung auch darüber gestritten, ob eine beschädigte Sache versichert ist oder nicht. Die Anzahl dieser Beschwerden blieb mit 56 identisch. Manchmal ist streitig, ob die betroffene Sache privat oder gewerblich genutzt wurde. Meist dreht sich der Streit aber darum, ob es sich bei den beschädigten Sachen um versicherten Hausrat oder aber um nicht versicherte Gebäude- bzw. Grundstückbestandteile handelt. Typische Beispiele dafür sind durch Sturm oder Hagel beschädigte Pergolen, Pavillons oder kleine Gewächshäuser.

Diese Fälle sind gelegentlich schwierig in der rechtlichen Bewertung, weil die Versicherungsbedingungen nicht genauer definieren, was Hausratgegenstände sind bzw. nicht sind. So verweisen Versicherer oftmals darauf, dass es sich bei den oben genannten Sachen um Grundstückbestandteile handele. Dass Grundstückbestandteile im Rahmen der Hausratversicherung grundsätzlich nicht versichert sein sollen, ist in den Versicherungsbedingungen allerdings nicht explizit geregelt. Insofern ist teilweise schwer einzuschätzen, ob ein durchschnittlicher verständiger Versicherungsnehmer, auf dessen Perspektive es bei der Auslegung von Versicherungsbedingungen ankommt, einen kleinen Pavillon oder ein kleines Gewächshaus als Hausrat ansehen würde oder nicht. Zudem gibt es nur wenige rechtswissenschaftliche Autoren, die sich dazu näher eingelassen haben, und kaum veröffentlichte (obergerichtliche) Urteile.

Allerdings erging Anfang des Jahres eine neue Entscheidung vom OLG Frankfurt (Beschluss vom 14. Januar 2025, Az. 3 U 114/24), die die Frage hinsichtlich eines Outdoor-Brunnens behandelt. Das OLG stellt in seiner Entscheidung insbesondere darauf ab, ob eine Sache mit dem Grund und Boden fest verbunden ist oder nur eine leicht lösbare Verbindung bildet. Dabei sei entscheidend, ob die abzulösende Sache oder das Grundstück bei einer Trennung stark beschädigt



würden und welche Kosten damit verbunden wären. Diese Entscheidung stellt zwar durchaus eine Hilfe bei der Beurteilung dar, es bedarf aber in der Regel einer genauen Prüfung des Einzelfalls und der Einholung von detaillierten Informationen zu den vom OLG genannten Abgrenzungskriterien.

Um die Reichweite des Versicherungsschutzes geht es auch bei Fällen zu einer oft verwendeten Klausel im Bereich des Fahrraddiebstahls, mit dem die Ombudsfrau im Berichtsjahr mehrfach befasst war. Nach dieser besteht für „die mit dem Fahrrad lose verbundenen und regelmäßig ihrem Gebrauch dienenden Sachen nur Versicherungsschutz, wenn sie zusammen mit den genannten Gegenständen abhandengekommen sind“. Fraglich war insoweit zum einen, ob davon nicht nur an das Rad angehängte Fahrradtaschen umfasst sind, sondern auch deren Inhalt. Die Ombudsfrau entschied dazu, dass der Inhalt nicht mitversichert ist, weil im Gegensatz zu den Taschen keine unmittelbare Verbindung zum Fahrrad besteht. Zum anderen kam sie zu dem Ergebnis, dass der Diebstahl eines Akkus, der zwar abgenommen werden kann, aber am E-Bike fest arretiert ist, mitversichert ist. Denn dieser ist nicht nur „lose“ mit dem Rad verbunden, und aus der Formulierung der Klausel ergibt sich im Umkehrschluss, dass fest verbundene Teile gegen Diebstahl auch dann versichert sind, wenn das Fahrrad selbst nicht gestohlen wird. Denn anderenfalls wäre die Klausel überflüssig.

Auf konstant hohem Niveau geblieben ist die Anzahl von sogenannten Phishing-Fällen. Mit 33 Beschwerden in diesem Bereich sind diese beispielsweise häufiger Beschwerdegegenstand als „klassische“ versicherte Gefahren wie Raub, Sturm oder blitzbedingte Überspannung. 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 bleibt gleich, 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. Dies geht wegen der ihnen obliegenden Beweislast im Zweifel zu Lasten der Beschwerdeführer, weswegen die Erfolgsquote mit nur ca. 15 Prozent bei dieser Art von Beschwerden erneut außerordentlich niedrig war.

Eine neue Entwicklung im Jahr 2025 war, dass erstmals Urteile zu Phishing-Fällen veröffentlicht wurden. Das LG Hamburg stellte in seinem Urteil vom 12. Dezember 2024 (Az. 332 O 187/23) insbesondere fest, dass die dort verwendete Phishing-Klausel „ganz unzweifelhaft wirksam“ sei. Andere Definitionen von Phishing, z. B. bei Wikipedia und vom Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik, seien unerheblich. Vielmehr sei ein Versicherer grundsätzlich frei darin, den Umfang des gewährten Versicherungsschutzes zu bestimmen, zumal dabei ein zusätzlicher Versicherungsschutz gewährt werde, für den es ohnehin noch keinen fest umrissenen und etablierten Rahmen gebe. Das LG Berlin II kam in seinem Urteil vom 27. Mai 2025 (24 O 250/24) zu einer anderen Klausel mit einer etwas anderen Begründung zu einem ähnlichen Ergebnis. Es urteilte, dass die dortige Regelung als primäre Leistungsbeschreibung gemäß § 307 Absatz 3 Satz 1 BGB einer Inhaltskontrolle entzogen sei. Auch ein Verfahren vor dem LG Bielefeld (Hin-



weisbeschluss vom 25. September 2025, Az. 22 S 81/25) ging zulasten des Versicherungsnehmers aus. Darin legte das Gericht u. a. dar, weswegen es sich bei einer SMS nicht um eine E-Mail handele und weshalb auch kein Fall eines versicherten Pharmings gegeben sei.

Besonders an diesem Beschwerdekomples ist, dass dazu keine Musterbedingungen des GDV existieren und der vereinbarte Versicherungsschutz bzw. die genaue Definition davon, was ein Phishing-Ereignis darstellt, je nach Versicherer bzw. Versicherungsbedingungen teilweise deutlich unterschiedlich ausgestaltet ist. So war in einem Beschwerdefall aus 2025 eine Klausel vereinbart, nach der Phishing – soweit nicht ungewöhnlich – definiert war als ein Verfahren, bei dem sich Dritte unter Vortäuschung falscher Tatsachen mit Hilfe von E-Mails vertrauliche Zugangs- und Identifikationsdaten beschaffen und mit den so erlangten Daten im Online-Verkehr unerlaubte Handlungen vornehmen. Gleichzeitig sollte der Versicherungsschutz laut Wortlaut aber nur in Zusammenhang mit Transaktionen bestehen, die auf einem im Eigentum des Versicherungsnehmers befindlichen Computer durchgeführt wurden. Der Beschwerdeführer wies verständlicherweise darauf hin, dass ein solcher Fall in der Praxis nie vorkomme, weil die Täter stets ihre eigenen Computer für die Transaktionen nutzten. Daher hielt er die Regelung für unwirksam, ohne allerdings darlegen zu können, zu welcher Rechtsfolge dies führen würde. Vor diesem Hintergrund bat die Ombudsfrau den Versicherer, eine Konstellation darzulegen, in der die Voraussetzungen der Klausel erfüllt würden. Anderenfalls regte sie eine Vergleichslösung an. Daraufhin machte der Versicherer einen fairen Vergleichsvorschlag, den der Beschwerdeführer akzeptierte.

Ein weiterer Themenkomplex, mit dem sich die Ombudsfrau im Berichtsjahr zwar nicht oft, aber mehrfach zu befassen hatte, waren Fälle von möglichen Schuldanerkenntnissen durch die Versicherungsunternehmen. Diese Sachverhalte zeichnen sich dadurch aus, dass die Beschwerdeführer aufgrund von Schreiben oder Handlungen ihrer Versicherer davon ausgehen, dass diese ihre Zahlungspflicht anerkannt hätten und daher Regulierungsleistungen später nicht mehr verweigern bzw. erbrachte Zahlungen wieder zurückfordern dürften. Allerdings gibt es eine gefestigte Rechtsprechung, wonach es sich bei einem Abrechnungsschreiben eines Versicherers regelmäßig (nur) um eine reine Wissenserklärung ohne rechtsgeschäftlichen Bindungswillen handelt, sofern darin nicht ausdrücklich erklärt wird, die Zahlungsverpflichtung anzuerkennen. Auch eine Zahlung eines Versicherers stellt laut ständiger Rechtsprechung kein verbindliches Schuldanerkenntnis dar, unabhängig davon, ob die Zahlung im Anschluss an ein entsprechendes Abrechnungsschreiben erfolgt. Das gilt selbst, wenn die Zahlung oder Abrechnung vorbehaltlos erfolgt. Dass die Versicherungsnehmer als Laien eine andere Erwartung hegen, dürfte dabei durchaus nachvollziehbar sein. Da die Rechtsprechung insoweit aber eindeutig ist, kann die Ombudsfrau den Beschwerdeführern in diesen Fällen nur die Rechtslage erläutern.

Laut Rechtsprechung stellt sogar die Regulierungszusage eines Versicherers in der Regel kein verbindliches Schuldanerkenntnis dar. Die Annahme eines solchen sei nur gerechtfertigt, wenn die Beteiligten dafür unter den konkreten Umständen einen besonderen Anlass gehabt hätten. Dies komme insbesondere in Betracht,



wenn zuvor Streit oder Ungewissheit über das Bestehen des Schuldverhältnisses oder über einzelne rechtlich erhebliche Punkte geherrscht habe und die Parteien das Schuldverhältnis durch das Anerkenntnis insgesamt oder teilweise dem Streit oder der Ungewissheit entziehen und sich dahingehend einigen wollten. Solche Fälle sind aber nur sehr selten Beschwerdegegenstand.

Im Jahr 2025 gab es jedoch eine solche Beschwerde. Bei dieser hatte der Versicherer seinem Kunden in einem Schreiben die Übernahme von erforderlichen Fremdunterbringungskosten nach einem Wasserschaden in seiner dadurch unbewohnbar gewordenen Wohnung ausdrücklich „ohne Anerkennung einer Zahlungs- und Rechtsverpflichtung“ bis zu einem bestimmten Datum zugesagt, obwohl er seine Eintrittspflicht – für den Beschwerdeführer erkennbar – dem Grunde nach noch gar nicht abschließend geprüft hatte und dafür noch Unterlagen von ihm anforderte. Nachdem der Beschwerdeführer in der Folge in ein Hotel gezogen war und die dadurch entstandenen Kosten bei seinem Versicherer geltend machte, verweigerte dieser eine Regulierung, weil der Beschwerdeführer ihn im Rahmen seiner späteren Angaben über seine Vermögensverhältnisse getäuscht habe. Die Ombudsfrau verwies den Versicherer darauf, dass er mit seinem Schreiben ein abstraktes bzw. konstitutives Schuldanerkentnis abgegeben hatte, da er dem Beschwerdeführer eine Leistung unabhängig von einer etwaigen Verpflichtung aus dem Versicherungsvertrag versprochen hatte. Der Versicherer wollte seinem Kunden aber nicht entgegenkommen, sondern die Sache gerichtlich klären lassen. Da der Streitwert über 10.000 Euro lag und eine Verpflichtung des Versicherers damit nach der Verfahrensordnung nicht möglich war, sprach die Ombudsfrau eine Empfehlung zugunsten des Beschwerdeführers aus.

Unabhängig von diesem besonderen Fall bleiben die sogenannten Hotelkostenfälle weiterhin (siehe dazu den [Jahresbericht vom letzten Jahr](#), Seite 46 ff., samt dem dortigen Verweis auf die Berichte der Vorjahre) ein regelmäßiger und erheblicher Grund für Beschwerden. 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 aber, 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. Inzwischen gibt es nicht nur weitere Gerichtsurteile zu dieser Thematik, auch die rechtswissenschaftliche Literatur hat sich mit den Urteilen und der daraus resultierenden Rechtslage auseinandergesetzt. Die Gerichte haben sich bislang der Auffassung des OLG Saarbrücken angeschlossen oder dieser zumindest nicht ausdrücklich widersprochen. Im von



Prölss/Martin herausgegebenen Kommentar zum Versicherungsrecht wird in der Kommentierung der Allgemeinen Hausratversicherungsbedingungen (VHB) allerdings ausdrücklich die Gegenansicht vertreten, wonach es ausreiche, wenn sich eine versicherte Gefahr (also z. B. der bestimmungswidrige Austritt von Leitungswasser) verwirklicht habe. Dies wird damit begründet, dass der Kostenerstattungsanspruch ansonsten praktisch leerliefe, weil die Unbewohnbarkeit einer Wohnung in der Praxis kaum auf eine Beschädigung des versicherten Mobiliars, sondern in aller Regel auf Schäden an den nicht versicherten Gebäudeteilen zurückgehe. Andere Autoren halten die von den Gerichten vertretene Auffassung zwar für dogmatisch richtig, regen jedoch an, eine Änderung der VHB zugunsten der Versicherungsnehmer zu überlegen, wonach ein Schaden am Gebäude als Ursache ausreichen würde, weil das Ergebnis für die Versicherungsnehmer ansonsten „misslich“ sei (so Prof. Dirk-Carsten Günther, FD-VersR 2025, 809203).

Trotz und unter Bezugnahme auf diese Stimmen in der Literatur halten die Gerichte bislang an der neuen Linie fest (so das OLG Köln in seinem Hinweisbeschluss vom 25. März 2025, Az. 9 U 192/24 sowie das OLG Schleswig im Hinweisbeschluss vom 7. November 2024, Az. 16 U 95/24). Allerdings hat das OLG Schleswig in einem obiter dictum der genannten Entscheidung erklärt, dass die Dauer der Ersatzpflicht, wenn ein Schaden am Hausrat zu einer Unbewohnbarkeit der Wohnung führt, nicht sinnvoll an die Dauer für die Wiederbeschaffung des Hausrats angeknüpft werden könne, sondern auf die Wiederbewohnbarkeit der Wohnung abgestellt werden müsse: „Erkennbar erweitern mithin die [...] VHB – der Lebensrealität und den daraus folgenden praktischen Bedürfnissen folgend – das Leistungsversprechen hinsichtlich der angesprochenen Kosten (insoweit in zeitlicher Hinsicht) über die Beseitigung des „reinen“ Hausratsschadens hinaus.“ Ob sich die Versicherer an dieser Auslegung orientieren und ob sich ggf. andere Gerichte dieser Auffassung anschließen werden, bleibt abzuwarten.

Das OLG Schleswig hat kürzlich eine weitere erwähnenswerte Entscheidung getroffen. In seinem Beschluss vom 1. Oktober 2025 (Az. 16 U 98/24) erklärt es, dass es ausreiche, dass es „im adäquaten Zusammenhang mit ausgetretenem Leitungswasser (als kausale Grundursache)“ zu einer Beschädigung des Bodenbelags gekommen sei und dafür Reparaturkosten anfielen. Solche Durchnässungsfolgeschäden seien aus der Sicht des Versicherungsnehmers vom Versicherungsschutz umfasst. Ansonsten liefe die Regelung der VHB leer. Außerdem habe der Versicherer keine Beschränkung auf „unmittelbare Beschädigungen“ formuliert, und diese dürften daher auch nicht hineingelesen werden. Joachim Felsch, bis 2021 stellvertretender Vorsitzender des für das Versicherungsrecht zuständigen IV. Senats des BGH, hat in einer Urteilsanmerkung (r+s 2025, 1183) darauf verwiesen, dass das OLG damit den wesentlichen Aspekt aus seiner eigenen, oben genannten Entscheidung aus dem Jahr 2024 übersieht.

Ob und wie dieser diskutierte Widerspruch seitens des OLG Schleswig oder anderer Gerichte aufgelöst und wie sich dieses neue Urteil auf die weitere Regulierungspraxis auswirken wird, wird sich in Zukunft zeigen. Es gibt inzwischen Versicherer, die die Problematik durch Anpassung ihrer Versicherungsbedingungen angegangen sind und einen Schaden am Gebäude für einen Anspruch auf



Erstattung von Unterbringungskosten ausdrücklich genügen lassen. Noch handelt es sich dabei jedoch um Ausnahmen. Die Einführung einer branchenweit geltenden Regelung, insbesondere durch Änderung der entsprechenden Klausel in den Musterbedingungen des GDV, ist nach Kenntnis der Ombudsfrau derzeit leider nicht absehbar.

Selbst wenn eindeutig geklärt oder geregelt wäre, wann dem Grunde nach Versicherungsschutz bestünde, blieben aber einige offene Fragen. So ist in den Versicherungsbedingungen zwar stets geregelt, dass „Nebenkosten (z. B. Frühstück, Telefon)“ nicht erstattet werden. Aber gilt dies auch für Strom- oder Heizkosten, wenn diese gesondert ausgewiesen werden? Falls ja, würde dies Versicherungsnehmer benachteiligen, die zwecks Kostenminimierung in eine Ferienwohnung statt in ein Hotel ziehen, da in Hotels normalerweise keine Strom- oder Heizkosten gesondert berechnet werden. Versicherungsnehmer, die in ein Hotel ziehen und damit regelmäßig deutlich höhere Kosten für den Versicherer verursachen, wären bevorzugt. Ob insoweit eine Schadenminderungspflicht aufseiten der Versicherungsnehmer besteht, obwohl vertraglich ohnehin in aller Regel eine Höchstentschädigung (z. B. 1 oder 2 Prozent der Versicherungssumme pro Tag) vereinbart ist, ist in der Rechtsprechung im Übrigen umstritten.

Die Nebenkosten sind zudem oft Beschwerdegegenstand, wenn Versicherungsnehmer vorübergehend in einem Pflegeheim oder einer Kurzzeitpflege unterkommen müssen. In diesen Fällen besteht die Problematik darin, dass die bisherige Pflege, die in der unbewohnbar gewordenen Wohnung von Familienmitgliedern übernommen worden war, nach dem durch den Versicherungsfall notwendigen Auszug aufgrund der räumlichen Entfernung nicht mehr möglich ist. Pflegeeinrichtungen berechnen in diesen Fällen neben den reinen Pflegekosten meist auch Kosten für Verpflegung, Unterkunft und die sog. Investitionskosten. Fraglich ist insofern, ob vom Versicherungsschutz neben den Kosten für die Unterkunft auch die Investitionskosten umfasst sind. Dies sind Kosten, die im Zusammenhang mit der Herstellung, Anschaffung und Instandsetzung von Gebäuden und der damit verbundenen technischen Anlagen entstehen und oftmals sogar höher liegen als die ausgewiesenen, reinen Unterkunfts-kosten. Im Rahmen einer Unterbringung in einem Hotel oder einer Ferienwohnung sind solche „Kosten“ Bestandteil des Pauschaltagespreises und werden somit vom Versicherer erstattet. Um eine Benachteiligung ausgerechnet derjenigen Versicherungsnehmer zu vermeiden, die aufgrund ihres pflegebedürftigen Zustands als besonders schutzbedürftig anzusehen sind, bietet es sich auch hier an, in den Versicherungsbedingungen eindeutig zu regeln, was nicht erstattungsfähige Nebenkosten sind und was zu den versicherten Unterbringungskosten gehört.

#### ■ Allgemeine Haftpflichtversicherung

In dieser Sparte gingen im Berichtszeitraum 1.098 (Vorjahr: 719) zulässige Beschwerden ein. Das stellt absolut gesehen eine noch deutlichere Zunahme als im Vorjahr dar (52,7 Prozent), relativ gesehen hat sich der Anteil von 5,5 Prozent (Vorjahr: 4,6 Prozent) am Gesamtaufkommen aller zulässigen Beschwerden aber nur leicht erhöht.



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. 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 [2.4](#)).

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.

Auch in diesem Berichtsjahr betrafen Beschwerden die Abgrenzung unterschiedlicher Risikobereiche, etwa zwischen Privat- sowie Haus- und Grundbesitzerhaftpflichtversicherung (siehe bereits [Jahresbericht 2024](#), Seite 50 f.). Da das Risiko, als Inhaber einer Immobilie in Anspruch genommen zu werden, von der Privathaftpflichtversicherung in der Regel nur für selbst genutzte Einfamilienhäuser oder Wohnungen erfasst ist, muss zur Absicherung anderer Immobilien eine gesonderte Haus- und Grundbesitzerhaftpflichtversicherung abgeschlossen werden, was aber nicht immer der Fall ist. Eine Beschwerdeführerin hatte auf einem über die Privathaftpflichtversicherung nicht versicherten Grundstück einen Bauzaun aufgestellt, um eine optische Trennung zum unrenovierten Hausteil herzustellen. Der Bauzaun stürzte wegen starker Winde um und beschädigte ein abgestelltes Mieterfahrzeug. Für die Abgrenzung der Risikobereiche kommt es darauf an, ob sich ein spezifisches grundstückbezogenes Risiko verwirklicht hat oder das Risiko nur in einem zufälligen und gelegentlichen Bezug dazu steht. In dem benannten Fall war der Bauzaun gerade deshalb aufgestellt worden, um die Verhältnisse auf dem Grundstück zu ordnen. Das sprach dafür, dass diese Handlung allein aufgrund der Eigentümerstellung und aus dieser heraus vorgenommen wurde, die Eigentümerstellung das Handeln also veranlasst und geprägt hatte. Die Beschwerde gegen den Privathaftpflichtversicherer hatte deshalb keinen Erfolg.

Auch 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 Risikoausschluss wegen Abnutzung, Verschleiß oder übermäßiger Beanspruchung berufen kann (dazu ausführlich zuletzt [Jahresbericht 2023](#), Seite 55 f.; auch [Jahresbericht 2024](#), Seite 51 f.).

Typisch war die Konstellation, dass anlässlich des Auszugs aus der Mietwohnung Schäden am Fußbodenbelag, den Türelementen oder Wänden und zum Teil überzogene Ersatzforderungen durch den Vermieter geltend gemacht wurden. Entscheidend für den Versicherungsschutz war dann häufig, ob es ein oder zwei konkrete Schadenereignisse gab oder die Mietsache im Laufe der Zeit durch das normale Wohnen abgenutzt wurde beziehungsweise der Versicherungsnehmer als Mieter ein wiederholtes schadenintensives Verhalten an den Tag gelegt hatte. Für die beiden zuletzt genannten Konstellationen muss der Versicherer nicht einstehen. Eine übermäßige Beanspruchung liegt regelmäßig auch dann vor, wenn der Versicherungsnehmer Aufkleber oder sonstige Gegenstände mit Klebeband an Türen oder Wände anbringt, weil die Schadensgefahr spätestens beim Ablösen offensichtlich ist und insofern der normale Gebrauch der Mietsache überschritten wird. Etwas anderes kann allerdings gelten, wenn ein Klebematerial verwendet wurde, das vom Markenhersteller als unproblematisch lösbar beschrieben wird. Dann ist eigentliche Schadenursache nicht das Verwenden eines Klebers, sondern eine Unvorsichtigkeit beim Entfernen, sodass Versicherungsschutz letztlich doch bestätigt wurde.

Häufig enthalten die Bedingungen zur Privathaftpflichtversicherung auch Risikoausschlüsse in Bezug auf bestimmte Schadenobjekte in der Mietwohnung (zum Beispiel Heizungsanlagen und Elektrogeräte) oder Schadenarten (etwa Schimmelschäden). Letzterer kann auch die Folge eines umfassenden Feuchtigkeitsschaden sein, der an sich versichert ist, so dass eine genaue Abgrenzung der Schadenspositionen erfolgen muss und der Versicherungsschutz nicht pauschal abgelehnt werden kann.

Ein besonderer Risikoausschluss, der seit Jahren im Schlichtungsverfahren immer wieder Anlass zur Prüfung gibt, ist die sogenannte Benzinklausel. Diese dient der Abgrenzung der Risikobereiche zwischen der Allgemeinen und der Kfz-Haftpflichtversicherung und ist kompliziert formuliert. 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 bald 20 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 bei zum Teil nicht einheitlicher Rechtsprechung (dazu ausführlich zuletzt im [Jahresbericht 2023](#), Seite 56 f.; auch [Jahresbericht 2024](#), Seite 52 f.). Der Risikoausschluss greift nur, wenn sich ein Risiko verwirklicht, das gerade dem Fahrzeuggebrauch eigen ist, diesem selbst und unmittelbar zuzurechnen ist. Ist der Schaden nicht durch den Gebrauch, sondern lediglich gelegentlich des Gebrauchs eines Kfz entstanden, kann sich der Privathaftpflichtversicherer nicht auf die Benzinklausel berufen (siehe [2.5](#)).

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 (hierzu ausführlicher [Jahresbericht 2024](#), Seite 53).

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, und [2024](#), Seite 54), 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 Estandspflicht 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“.



Bei den oben bereits erwähnten Schäden in einer ehemaligen Mietwohnung gibt eine Problemstellung immer wieder Anlass für Beschwerden. Der Privathaftpflichtversicherer hat den Versicherungsschutz bestätigt, wird in Form der Anspruchsabwehr tätig, der Vermieter rechnet seine behauptete Schadenersatzforderung aber gegen den Kautionsrückzahlungsanspruch des Versicherungsnehmers auf. Erfüllt der Versicherer seine Leistungspflicht, wie bereits erwähnt, normalerweise bereits durch die Anspruchsabwehr, erweitert sich in einer solchen Situation, in der der Geschädigte den Anspruch selbst realisiert, diese Abwehrdeckung um die Verpflichtung, seinen Versicherungsnehmer bei Aktivprozessen zu unterstützen, was den Unternehmen nicht immer bewusst zu sein scheint. Hier werden regelmäßig Abhilfen erreicht.

Versicherungsschutz, der nach der Risikobeschreibung des Vertrags zu gewähren ist, kann wieder wegfallen, wenn zum Beispiel sogenannte Obliegenheiten nicht erfüllt werden. Zu den wichtigsten Mitwirkungsaufgaben des Versicherungsnehmers gehören die rechtzeitige Schadenmeldung und die vollständige und korrekte Beantwortung von Fragen des Versicherers. In einem Beschwerdefall hatte die Beschwerdeführerin den Schadenfall unverzüglich telefonisch gemeldet, dann aber nicht mehr auf das zugesandte Anzeigeformular reagiert. Der Versicherer berief sich auf eine leistungsbefreiende vorsätzliche Verletzung der Aufklärungsobliegenheit. Die Anzeige an sich war allerdings rechtzeitig erfolgt, und die Bedingungen sahen keine bestimmte Form hierfür vor. Im Formular war für den ausführlichen Schadenbericht nur ein schmales Feld vorgesehen. Daraus war zu schließen, dass letztlich ein Bericht in dem Umfang eingefordert wurde, wie er von der Beschwerdeführerin bereits telefonisch erstattet worden war. Hinzu kam die Frage, ob sich die behauptete Obliegenheitsverletzung überhaupt nachteilig auf die Feststellungen des Versicherers auswirken können. Im Ergebnis half der Versicherer ab.

Vorsatz spielt auch in einem anderen Zusammenhang immer wieder eine Rolle. Nach dem Gesetz und den üblichen Versicherungsbedingungen besteht für vorsätzlich herbeigeführte Versicherungsfälle kein Versicherungsschutz. Bedingter Vorsatz reicht aus, er muss sich allerdings auch auf die Schadenentstehung beziehen. Ein Beschwerdeführer wandte sich an die Ombudsfrau, weil er die Briefkastenschlüssel per einfachem Brief an seine ehemalige Vermieterin übersandte, der Brief aufgerissen und leer ankam und der Privathaftpflichtversicherer für das Abhandenkommen keinen Versicherungsschutz bieten wollte. Der Beschwerdeführer habe den potentiellen Verlust der Schlüssel bewusst und billigend in Kauf genommen. Hierfür gab es allerdings keine Anhaltspunkte, und auf den Hinweis, dass dem Beschwerdeführer allenfalls ein gewisses Maß an Sorglosigkeit unterstellt werden kann, Vorsatz bei dieser Art von Handlungen aber völlig außerhalb der Lebenswahrscheinlichkeit liegt, reagierte der Versicherer mit einer Abhilfe. In einem anderen Fall konnte die Ombudsfrau nicht weiterhelfen. Der Beschwerdeführer war mit seinem Pedelec vom Fahrer eines Pkw an den Straßenrand gedrängt worden. Er hielt den Fahrer an und sprang auf die Motorhaube, die wie die Frontscheibe beschädigt wurde. Dem Einwand des Versicherers, der sich auf eine vorsätzliche Schadenherbeiführung berief, konnte nach Aktenlage nicht ent-



gegengetreten werden. Dass der Sprung eines erwachsenen Mannes auf eine Motorhaube von Fahrzeugen heutiger Bauart folgenlos bleibt, ist nahezu ausgeschlossen, was auch dem Beschwerdeführer bewusst gewesen sein musste.

Die Vorsorgeversicherung, ein regelmäßiger Bestandteil der AHB, ist eher selten Beschwerdegegenstand. Nach der entsprechenden Klausel sind Risiken, die nach Abschluss des Versicherungsvertrags neu entstehen, im Rahmen des Vertrags sofort mitversichert, wenn der Versicherungsnehmer nach Aufforderung des Versicherers jedes neue Risiko innerhalb eines Monats anzeigt. Diese Aufforderung kann auch mit der Beitragsrechnung erfolgen, was durchaus üblich ist. Ein Beschwerdeführer hatte eine Tierhalterhaftpflichtversicherung für ein Pferd abgeschlossen und übernahm nach ein paar Jahren die Haltung eines weiteren Pferdes. Dieses weitere Pferd erschrak sich und schleuderte die Reiterin gegen eine Wand. Der Versicherer reagierte auf die Schadenanzeige mit dem Hinweis, dass das Pferd nicht versichert sei. Nach Prüfung der Unterlagen wurde jedoch festgestellt, dass die Vorsorgeversicherung griff. Zwar wurde das zweite Pferd als neues Risiko nicht angezeigt, der Versicherer hatte den Beschwerdeführer allerdings nie dazu aufgefordert. Er half ab.

Auch dieses Berichtsjahr stellt sich für die Allgemeine Haftpflichtversicherung thematisch insgesamt als typisch dar.

Es zeigt sich weiterhin, dass in den Beschwerdefällen regelmäßig intensive rechtliche Überprüfungen und oft wiederholte Nachfragen beim Versicherer notwendig sind. Manchmal zieht ein Versicherer auch nachhaltig die Zulässigkeit eines Beschwerdeverfahrens in Zweifel, sodass bereits auf der Ebene der Zulässigkeit Diskussionen notwendig sind (siehe [2.5](#)). Dem Schlichtungsgedanken steht es auch entgegen, wenn Versicherer während des Schlichtungsverfahrens ein Mahnverfahren zur Beitreibung der streitigen Beitragsforderung einleiten oder wieder aufnehmen. In der Regel kann durch eine entsprechende Nachfrage dann aber eine Klärung erreicht und der Fortgang des Mahnverfahrens für die Dauer des Schlichtungsverfahrens unterbrochen werden, wie es § 12 Absatz 2 der VomVO vorsieht.

Sofern ein Betrugsverdacht im Raum steht, sind die Antworten des Versicherers zudem immer wieder von der Befürchtung geprägt, dass eine Anpassung des Vertrags 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 623 (Vorjahr: 489) zulässigen Eingaben einen Anteil von 3,1 Prozent (Vorjahr: 3,1 Prozent) des Gesamteingangs an zulässigen Beschwerden aus. Im Vergleich zum Vorjahr stieg das Aufkommen aller Beschwerden in der Sparte Unfallversicherungen um 27,4 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. Diese Absicherung kann in Form einer Kapital- oder Rentenleistung zur Verfügung gestellt werden. 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 ausdrücklich in den Vertragsbedingungen bezeichnete 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. In diesem Zusammenhang gab es zahlreiche Beschwerden, die die Einhaltung der vertraglich vereinbarten Invaliditätsfristen betrafen. Mit diesen Fristen werden die Zeiträume bestimmt, innerhalb derer eine Invalidität entstanden, ärztlich festgestellt und beim Versicherer geltend gemacht werden muss. Die Dauer der Fristen ist abhängig von der individuellen vertraglichen Vereinbarung wobei die Tendenz erkennbar ist, diese Fristen stetig zu verlängern. Teilweise finden sich Vertragsbedingungen, in denen Invaliditätsfristen von bis zu drei Jahren als vereinbart gelten. Beschwerdegegenstand ist häufig, dass diese Fristen von den Versicherungsnehmern unter Angabe verschiedenster Gründe nicht eingehalten worden waren und eine Leistungsprüfung trotz Fristversäumnis gewünscht wurde. Als Gründe wurden etwa angegeben, dass der behandelnde Arzt innerhalb der Frist keine Invalidität bescheinigen konnte oder die verletzte Person das ärztliche Attest beim Versicherer verspätet vorlegte. Die Besonderheit ist hierbei, dass es sich bei der Einhaltung der Invaliditätsentstehungs- und Invaliditätsfeststellungsfrist um sogenannte objektive Anspruchsvoraussetzungen handelt. Das bedeutet, dass bei deren Säumnis der Anspruch auf eine Invaliditätsleistung entfällt, ohne dass es auf ein Verschulden der versicherten Person ankäme. Nur die Säumnis der Frist zur Geltendmachung kann unter engen Voraussetzungen entschuldigt werden, allerdings auch nur dann, wenn die Voraussetzungen der anderen beiden Fristen eingehalten worden sind. In fast allen Beschwerden mit dem Thema „Fristen“ konnte dem Anliegen der Beschwerdeführer nicht entsprochen werden, wenn die Invaliditätsentstehungs- oder -feststellungsfrist versäumt worden war. Beachtliche Gründe, die die Säumnis der Frist zur Geltendmachung hätten entschuldigen können, wurden nur sehr vereinzelt vorgetragen.

Wie in den Vorjahren wurden die von den Versicherern in Auftrag gegebenen medizinischen Gutachten von den Vertragsparteien unterschiedlich bewertet. Die Begutachtung dient der Feststellung, ob und in welchem Umfang bei der verletzten Person eine unfallbedingte Invalidität besteht. Die Versicherer legen die aus der Begutachtung resultierenden Ergebnisse für ihre Leistungsabrechnung zugrunde, während die Versicherten oft mangelnde Sorgfalt bei der Er-



stellung der Gutachten, oberflächliche Untersuchungen oder aus ihrer Sicht bereits voreingenommen auftretende Sachverständige kritisierten. Hinzu kommen regelmäßig unterschiedliche Wahrnehmungen der in Rede stehenden Beinträchtigungen, die von den Versicherten als deutlich gravierender empfunden werden, als sie sich gutachterlich objektivieren lassen. Die in manchen Fällen von den Beschwerdeführern vorgelegten, privat in Auftrag gegebenen Gutachten, erstellt durch ihre behandelnden Ärzte, entsprechen in der Regel nicht den Bemessungskriterien der Unfallversicherung und haben daher nicht denselben Beweiswert, wie das vom Versicherer in Auftrag gegebene Gutachten. In aller Regel lässt sich im Beschwerdeverfahren nicht abschließend prüfen, ob ein Gutachten fachliche Fehler enthält. Die Schlichtungsstelle fungiert gerade nicht als „Obergutachter“. Im Schlichtungsverfahren lässt sich lediglich die Schlüssigkeit der gutachterlichen Ausführungen prüfen 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 Jahre nach dem Unfall vorsehen. Um den Beschwerdeführern entgegenzukommen und eine höhere Akzeptanz für das Ergebnis der Begutachtung zu schaffen, bieten Versicherer dann zum Teil mehrere Fachgutachter an, aus denen die Beschwerdeführer einen auswählen können.

Verglichen mit den Vorjahren wurde die Frage, ob und in welchem Umfang unfallfremde Mitwirkungsfaktoren die Höhe der Versicherungsleistungen beeinflussen, im Berichtsjahr zwischen den Vertragsparteien wieder häufiger diskutiert. Neben der bereits erwähnten Schlüssigkeitsprüfung steht die Abgrenzung nicht berücksichtigungsfähiger altersbedingter Verschleißerscheinungen von krankhaften Veränderungen im Vordergrund. Alle bekannten Vertragsbedingungen sehen das Recht des Versicherers vor, unfallfremde Mitwirkungsfaktoren in Gestalt von Krankheiten oder Gebrechen leistungsmindernd zu berücksichtigen. Besonders vorteilhafte Bedingungen berücksichtigen die unfallfremden Mitwirkungsfaktoren erst ab einem bestimmten prozentualen Grad, meistens ab 25 Prozent. 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 kommen.

Einen weiteren Schwerpunkt bildeten im Berichtsjahr Beschwerden gegen Kündigungen durch Versicherer. Besonders hervorzuheben sind hier die Mitteilungen an die versicherte Person, dass der Vertrag nicht mehr weitergeführt werden kann, wenn eine Altersgrenze überschritten wurde oder wenn der Versicherer feststellte, dass die versicherte Person nicht mehr versicherbar ist. Beide Beendigungsgründe werden in den Versicherungsbedingungen vereinbart. Beim Überschreiten der Altersgrenze befürchteten die Versicherungsnehmer eine Altersdiskriminierung, die rechtlich gesehen jedoch nicht zu begründen ist. 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. Spricht der Versicherer aber keine Kündigung aus, gelten die Verträge unverändert fort.



Bei der Versicherbarkeit ging es vor allem um die Frage der Auslegung der Versicherungsbedingungen, genauer: welche Voraussetzungen in der Person der oder des Versicherten vorliegen müssen, damit die Versicherbarkeit entfällt. Nach den meisten Versicherungsbedingungen sind nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert dauernd Schwer- oder Schwerstpflegebedürftige. Der Versicherungsschutz erlischt, sobald der Versicherte in diesem Sinne nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet die Versicherung. Den für nicht versicherbare Personen seit Vertragsabschluss bzw. Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichteten Beitrag zahlt der Versicherer zurück. Die Versicherer orientieren sich zur Bestimmung der Schwer- oder Schwerstpflegebedürftigkeit oft daran, ob der versicherten Person ein Pflegegrad zuerkannt worden ist. Hierbei war insbesondere zu beachten, dass die Pflegestufen durch das System der Pflegegrade ersetzt worden waren, aber in versicherungsrechtlicher Hinsicht nicht automatisch gleichzusetzen sind. Es bedarf vielmehr einer Abwägung im Einzelfall. Das Problem der Versicherbarkeit wird sich künftig aber voraussichtlich in deutlich geringerem Umfang stellen, da gemäß den Empfehlungen des Gesamtverbandes der Versicherer die Regelung dazu aus den Versicherungsbedingungen gestrichen worden ist.

Ein weniger häufiges Thema waren hingegen von Versicherern nicht akzeptierte Kündigungen der Versicherungsnehmer. Beschwerden gegen die Höhe von Ablaufleistungen und Rückkaufswerten aus Unfallversicherungsverträgen mit Beitragsrückgewähr kamen in diesem Berichtsjahr ebenfalls deutlich seltener vor.

Die Anzahl der Fälle, in denen die Beschwerdeführer Beratungsfehler bei Abschluss des Unfallversicherungsvertrages geltend machten, waren im Berichtsjahr vergleichsweise gering, aber aufgrund der dahinterstehenden Beweisschwierigkeiten rechtlich nicht zu unterschätzen. Größtenteils wandten sich die Beschwerdeführenden gegen die Vertragslaufzeit, die ihnen im Ergebnis zu lang war und weshalb sie geltend machten, dahingehend nicht beraten worden zu sein. In nicht unerheblicher Menge tauchten – wie bereits in den Vorjahren – Beschwerden auf, bei denen eine Unfallversicherung mit dem Zusatzbaustein „Schutz im Falle der Arbeitslosigkeit“ auf telefonischem Weg abgeschlossen worden war. Den Antragstellern war dabei jedoch nicht bewusst, dass ein Unfallversicherungsvertrag vermittelt worden war. Die Beschwerdeführer trugen vor, dass sie angenommen hätten, der telefonisch vermittelte Vertrag würde einen Kredit absichern, den sie zuvor beantragt hätten. Sie nahmen an, dass der Kredit ohne die Versicherung nicht gewährt worden wäre. In diesen Fällen half der Versicherer häufig ab. In den übrigen Fällen konnte oftmals noch eine vorzeitige Vertragsaufhebung herbeigeführt werden. Mehr konnte im Schlichtungsverfahren nicht erreicht werden, da der Vortrag der Beschwerdeführer zwar plausibel war, aber nicht nachgewiesen werden konnte, dass der Versicherungsvermittler gegen gesetzliche Vorgaben verstoßen hatte.

Fälle, in denen sich Versicherer auf den Ausschlussstatbestand der Bewusstseinsstörung beriefen, traten auch im Jahre 2025 gehäuft auf. Unfallversicherer sichern alltägliche Risiken ab und schließen dementsprechend besondere Risikolagen wie beispielsweise Bewusstseinsstörungen, Unfälle beim Führen von Luftfahrzeu-



gen 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.

Beschwerdeeingänge, die mit Corona-Infektionen im Zusammenhang standen, waren, anders als in den Vorjahren, nicht mehr zu verzeichnen.

#### ■ **Berufsunfähigkeitsversicherung**

Im Berichtsjahr gingen 573 (Vorjahr: 443) Beschwerden zur Berufsunfähigkeitsversicherung bei der Schlichtungsstelle ein. Davon waren 430 (Vorjahr: 327) Beschwerden zulässig. Der Anteil der Sparte Berufsunfähigkeitsversicherung am Gesamtbeschwerdeaufkommen machte somit 2,0 Prozent (Vorjahr: 2,1 Prozent) aus.

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. Die große Bedeutung der Berufsunfähigkeitsversicherung 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.

Auch in diesem Berichtsjahr war der häufigste Grund, aus dem Beschwerden in der Sparte Berufsunfähigkeitsversicherung als unzulässig zurückgewiesen werden mussten, das Überschreiten des höchstzulässigen Beschwerdewertes von 100.000 Euro. Das VSBG sieht in § 14 Absatz 2 Nr. 3 die Möglichkeit vor, Beschwerden, die einen bestimmten Wert übersteigen, abzulehnen. Nach § 2 Absatz 4a) VomVO findet ein Verfahren nicht statt bei Beschwerden, deren Wert 100.000 Euro überschreitet. Für die Wertermittlung sind die Grundsätze der ZPO zum Streitwert heranzuziehen. Werden künftige Berufsunfähigkeitsleistungen in Form der monatlichen Rente und der Beitragsbefreiung geltend gemacht, ist nach § 9 ZPO das Dreieinhalbfache der Jahresleistung heranzuziehen. Kommt dann noch die Forderung wegen rückständiger Leistungen bis zur Beschwerdeeinlegung hinzu, kann insbesondere bei höheren versicherten Berufsunfähigkeitsrenten die Beschwerdewertgrenze von 100.000 Euro schnell überschritten werden.

Viele Beschwerden betreffen neben Leistungen auch die Feststellung, dass der Berufsunfähigkeitsversicherungsvertrag fortbesteht, weil sich der Beschwerdeführer gegen einen vom Versicherer ausgesprochenen Rücktritt wegen behaupteter Verletzung vorvertraglicher Anzeigepflichten oder eine Anfechtungserklärung wegen arglistiger Täuschung bei Vertragsschluss wendet. Dann berücksichtigt die Schlichtungsstelle die zum Streitwert bei Feststellung ergangene BGH-Rechtsprechung.

Der Grund für die Beschwerdewertgrenze liegt darin, dass im vereinfachten Schlichtungsverfahren keine Beweise erhoben werden, mit Ausnahme des Urkundenbeweises. Beispielsweise sind keine Zeugenvernehmungen der behandelnden Ärzte oder die Beauftragung von parteiunabhängigen Sachverständigengutachten im medizinischen oder berufskundlichen Bereich vorgesehen. Diese Beweismittel bleiben den staatlichen Gerichten vorbehalten. Deshalb regelt die VomVO auch den Fall einer offengelegten Teilbeschwerde, wenn der Beschwerdeführer also beispielsweise darlegt, dass er sich die weitere Geltendmachung des den Beschwerdeantrag übersteigenden Anspruchs vorbehält. Dann ist der erkennbare Gesamtwert zu berücksichtigen. Dadurch soll verhindert werden, dass die Beschwerdewertgrenze durch die Beschränkung auf einzelne Leistungen im Beschwerdeverfahren unterlaufen wird. Die Regelung kommt dann zum Zuge, wenn die Ombudsstelle bei einer Beschwerde über einen weiteren Teil mitentscheiden und ihre Bewertung damit einen Gesamtsachverhalt betreffen würde, dessen erkennbarer Wert über 100.000 Euro liegt.



Gerade in der Sparte Berufsunfähigkeitsversicherung ist es verständlich, dass die Beschwerdeführer Zugang zum Schlichtungsverfahren erstreben, sei es, dass sie ein möglicherweise langwieriges Gerichtsverfahren aufgrund ihrer gesundheitlichen Situation vermeiden möchten oder aus finanziellen Gründen ein für sie kostenfreies und schnelles Verfahren suchen. Die Benachrichtigung über die Unzulässigkeit der Beschwerde wegen Überschreitens der Beschwerdewertgrenze kann für sie deshalb enttäuschend sein. Soweit Unklarheiten über die Art und Weise der Beschwerdewertermittlung verblieben sind, werden ihnen die heranzuziehenden Grundsätze näher erläutert.

Im Berichtsjahr zeigte sich allerdings eine Zunahme weiterer Eingaben, mit denen Beschwerdeführer der Benachrichtigung über die Unzulässigkeit widersprachen. Solche Eingaben wurden in der gebotenen Kürze beantwortet, um die Kapazitäten der Schlichtungsstelle vorrangig für die zulässigen Beschwerden einsetzen zu können.

Im Berichtsjahr wurden wieder in vielen Fällen Leistungsansprüche geltend gemacht. Das betraf vor allem Ablehnungen der Versicherer bei der erstmaligen Beantragung von Leistungen (Erstprüfungsverfahren), aber auch Leistungseinstellungen, die der Versicherer während der Bezugsdauer vornimmt, nachdem eine oder mehrere Anspruchsvoraussetzungen nach Einschätzung des Versicherers entfallen sind (Nachprüfungsverfahren) vorgenommen hatte. Möglich sind nach der BGH-Rechtsprechung auch „uno-actu-Entscheidungen“, bei denen die rückwirkende Anerkennung von Berufsunfähigkeitsleistungen mit der Einstellung künftiger Leistungen verbunden wird.

Während sich bei Beschwerden zum Erstprüfungsverfahren häufig die Frage stellte, ob die Höhe des bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeitsgrades mit den vorgelegten Unterlagen ausreichend nachgewiesen worden war, spielten im Nachprüfungsverfahren oftmals die vom Versicherer einzuhaltenden Formalien eine Rolle oder unterschiedliche Auffassungen darüber, ob der Versicherte auf eine andere berufliche Tätigkeit verwiesen werden durfte. Erfreulicherweise sind Fälle von abstrakter Verweisung selten. Denn in diesen übt der Versicherte eine andere Tätigkeit nicht tatsächlich aus. Der Versicherer macht bei einer abstrakten Verweisung nur geltend, dass der Versicherte eine andere berufliche Tätigkeit, welche die Voraussetzungen der Verweisbarkeit erfüllt, ausüben könnte.

Einen weiteren Beschwerdeschwerpunkt stellten wie in den Vorjahren vom Versicherer behauptete Verletzungen der vorvertraglichen Anzeigepflichten dar. Um zu entscheiden, ob ein Vertragsschluss wie beantragt oder gegebenenfalls unter geänderten Konditionen wie Ausschlussklauseln oder erhöhten Beiträgen in Betracht kommt, stellen die Versicherer in den Antragsformularen insbesondere Fragen zur Gesundheit der zu versichernden Person. Die Versicherungsnehmer sind im eigenen Interesse gehalten, diese mit größter Sorgfalt richtig und vollständig zu beantworten. Entsteht Streit darüber, nachdem ein Versicherungsfall bereits angemeldet wurde, kommt dieser für die Versicherungsnehmer in aller Regel zur Unzeit.



Auch zulässige Beschwerdefälle waren zum Teil wegen der eingeschränkten Beweiserhebungsmöglichkeiten nicht zur abschließenden Klärung im Schlichtungsverfahren geeignet. Darüber hinaus können im außergerichtlichen Verfahren keine rechtsgrundsätzlichen Fragen geklärt werden, die etwa mit Blick auf die Wirksamkeit einer verwendeten Klausel weit über den Einzelfall hinaus von Bedeutung sind.

Umso erfreulicher ist es, wenn sich Schlichtungsspielräume eröffnen. So konnten im Berichtsjahr auch in der Sparte Berufsunfähigkeit Abhilfen und Vergleiche erreicht 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 PfandBG; 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 2025 gingen 5 (Vorjahr: 9) 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 beendeten Verfahren betrafen beispielsweise den vom Beschwerdeführer gewünschten Austausch des als Darlehenssicherheit dienenden Objekts oder die Erstattung der gezahlten Vorfälligkeitsentschädigung. Die Fälle konnten überwiegend durch Abhilfe oder im Wege eines Vergleichs abgeschlossen werden.

#### ■ Vermittlerbeschwerden

Im Berichtsjahr erreichten die Schlichtungsstelle insgesamt 360 (Vorjahr: 334) Beschwerden, die auf der Grundlage der VermVO zu prüfen waren. Im Vergleich zum Vorjahr gab es damit wiederholt einen geringen Anstieg von knapp 8,0 Prozent des Beschwerdeeingangs.

Zulässig waren von den beendeten Beschwerden 112 (34,9 Prozent). Im Vorjahr lag dieser Wert bei 153 Beschwerden (46,8 Prozent).

Als unzulässig mussten Beschwerden gegen Vermittler überwiegend dann zurückgewiesen werden, wenn kein Zusammenhang mit der Vermittlung eines Versicherungsvertrages bestand (59 Prozent der unzulässig beendeten Vermittlerbeschwerden). Ein weiterer größerer Anteil bei den unzulässigen Beschwerden



betrifft die fehlende Anspruchsanmeldung beim Vermittler (20 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 (8 Prozent), für die ein eigener Ombudsmann zuständig ist, an den die Beschwerdeführer regelmäßig verwiesen wurden. Damit hat sich die prozentuale Verteilung der Unzulässigkeitsgründe gegenüber den Vorjahren nicht wesentlich verändert. Weitere Einzelheiten können dem Berichtsteil [4.5.4](#) (Grafik zur Verteilung der Unzulässigkeitsgründe) entnommen werden.

In 11,6 Prozent der zulässigen beendeten Beschwerden haben die Vermittler der Beschwerde abgeholfen. Eine Beilegung der Streitigkeit durch einen Vergleich konnte in 6,3 Prozent der zulässigen Beschwerden erreicht werden. Die Veränderungen zum Vorjahr sind auch hier gering. Zwar gab es etwas weniger Abhilfen, dafür konnten etwas mehr Vergleiche erreicht werden (Vorjahr: 5,9 Prozent).

Für Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsvermittler gelten andere Verfahrensregeln als für die Verfahren gegen Versicherungsunternehmen (siehe auch unter [1.5](#) und [4.4](#)). Das Vermittlerverfahren beruht auf der gesetzlichen Grundlage des § 214 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 VVG; danach kommen der Ombudsfrau nicht die gleichen Befugnisse 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 VomVO und der 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, Berufsunfähigkeitsversicherung, Gebäudeversicherung, sonstigen Versicherungen, Kfz-Versicherung, gefolgt von der Inhalts- und Rechtsschutzversicherung.

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.

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 die Herausgabe von Unterlagen. Zunehmend stehen Belange des Datenschutzes im Fokus der Beschwerdeführer.

Geprüft wurden überwiegend Beschwerden gegen Versicherungsmakler, da Beschwerden gegen Versicherungsvertreter regelmäßig dem Verfahren gegen Versicherungsunternehmen unterfallen. Das Fehlverhalten eines Maklers ist jedoch, anders als das eines Versicherungsvertreters, nicht dem Versicherungsunternehmen, mit dem der Versicherungsvertrag geschlossen wird, anzurechnen. Der Makler steht nach der Rechtsprechung und Literatur im Lager des Versicherungsnehmers, dessen Interessen er wahrnimmt und dessen Interessenwahrer und Sachwalter er ist (BT-Drucks. 16/1935, Seite 22 f.). Er hat dem Versicherungsnehmer gegenüber deshalb persönlich für Fehler einzustehen.



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 zu den Hauptleistungspflichten 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.

Nach Vertragsschluss enden die Pflichten eines Maklers jedoch nicht. Dem Makler obliegt die Prüfung der Versicherungsunterlagen. Er ist darüber hinaus verpflichtet, den Versicherungsvertrag auch nach Abschluss weiter zu betreuen, etwa durch Prüfung auf Anpassungsbedarf, Verlängerungen, rechtzeitige Hinweise, Förderung des Zahlungsverkehrs und Unterstützung im Schadensfall. Zusammengefasst übernimmt der Versicherungsmakler umfassende Beratungs-, Vermittlungs-, Betreuungs- und Unterstützungsleistungen ausschließlich im Interesse des Versicherungsnehmers.

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 Be-



ratungs- 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 immer noch 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.

## 2.5 Beschwerdefälle

Nachfolgend wird von einzelnen Beschwerdeverfahren berichtet, welche die Ombudsfrau im Jahr 2025 zum Abschluss gebracht hat. Anhand der dargestellten Verfahrens- und Entscheidungspraxis der Schlichtungsstelle soll ein Einblick in die Beschwerdebearbeitung ermöglicht werden. Die nachstehenden 36 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.

### **Kfz-Versicherung**

#### Die verjährte Rückstufung

Ein Versicherer hatte es versäumt, anlässlich eines vertragsbelastenden Schadenfalls aus dem Jahr 2009 eine schadenfallbedingte Rückstufung vorzunehmen. Dies bemerkte er erst im Rahmen eines Fahrzeugwechsels im Jahr 2016. Zu diesem Zeitpunkt war er aber nicht mehr dazu berechtigt, die Schadenfreiheitsklasse zurückzustufen.



Ist ein Vertrag während eines Kalenderjahres schadenbelastet verlaufen, weil Entschädigungen geleistet oder Rückstellungen gebildet werden mussten, sehen die Versicherungsbedingungen eine Schadenfreiheitsklassenrückstufung zwar vor. Entscheidend für die Schlechter- bzw. Besserstufung der Schadenfreiheitsklasse ist demnach aber das Kalenderjahr, in dem der Schadenfall dem Versicherer gemeldet wurde. Das Wirksamwerden der Neueinstufung richtet sich entsprechend der vertraglichen Vereinbarung aber nicht ebenfalls nach dem Kalender-, sondern dem Versicherungsjahr. Sie gilt ab Beginn des Versicherungsjahres, das auf das für den Schadensverlauf maßgebliche Kalenderjahr folgt. Der Anspruch auf Vornahme der Rückstufung knüpft demzufolge an den Tag der Schadensmeldung und damit an die in diesem Zusammenhang von dem Versicherer zugleich vorzunehmende Vertragsbelastung an.

Da die Entscheidung des Versicherers, die Schadenfreiheitsklasse entweder „weiter“ oder „zurück“ zu stufen, davon abhängt, ob anlässlich eines gemeldeten Schadenfalls eine Vertragsbelastung vorgenommen wurde, kann der Anspruch bereits entstanden, aber noch nicht fällig sein. Es ist zwar denkbar, dass ein und derselbe Sachverhalt mehrere, nebeneinanderstehende Ansprüche begründen kann, woraus wiederum unterschiedliche und selbständige Verjährungsfristen resultieren. Aber auch in diesem Fall besteht ein Vorrang der kurzen Verjährung, wenn sie nach ihrem Schutzzweck auch die konkurrierenden Ansprüche umfassen will (Grüneberg/Ellenberger, BGB, 84. Auflage 2025, § 195 Rn. 18). Die Verjährung einzelner Teilansprüche richtet sich demzufolge zwar grundsätzlich nach ihrer eigenen Fälligkeit, setzt aber zudem voraus, dass das Stammrecht noch nicht verjährt ist (hierzu: Prölss/Martin/Armbrüster, VVG, 32. Auflage 2024, § 15, B, Rn. 3).

Daher war in dem konkreten Fall davon auszugehen, dass die Verjährungsfrist des Anspruchs der Beschwerdegegnerin, anlässlich des Schadenfalls aus dem Jahr 2009 eine Schadenfreiheitsklassenrückstufung vorzunehmen, mit Ablauf des 31. Dezember 2009 begann und mit Ablauf des 31. Dezember 2012 endete. Damit ist das Recht der Beschwerdegegnerin, eine Schadenfreiheitsklassenrückstufung aufgrund des Schadenfalls aus dem Jahr 2009 vorzunehmen, im Jahr 2016, in dem sie die Rückstufung umsetzte, verjährt gewesen.

Die Ombudsfrau informierte die Verfahrensbeteiligten entsprechend und beendete das Verfahren.

### **Lebensversicherung**

Ein Policenmodell mit Zeitproblem

Die Beschwerdeführerin beantragte im Dezember 2007 eine Lebensversicherung mit einem rückdatierten Versicherungsbeginn zum 1. Dezember 2007. Der erste Beitrag wurde noch im Jahr 2007 vom Versicherer eingezogen, der Versicherungsschein jedoch erst am 3. Januar 2008 erstellt und übersandt. Dem Versicherungsschein war eine Widerspruchsbelehrung nach § 5a VVG in der bis Ende 2007 geltenden Fassung beigelegt.



Im Mai 2024 erklärte die Beschwerdeführerin den Widerspruch und berief sich auf eine unzureichende Belehrung. Der Versicherer vertrat die Auffassung, es habe sich um einen Altvertrag gehandelt, auf den noch das alte Recht Anwendung finde, und ein Lösungsrecht bestehe daher nicht mehr. Dieser Auffassung konnte nicht gefolgt werden.

Nach Artikel 1 Absatz (1) EGVVG ist auf Versicherungsverhältnisse, die bis zum Inkrafttreten des VVG vom 23. November 2007 (BGBl. I Seite 2631) am 1. Januar 2008 entstanden sind, noch das Gesetz über den Versicherungsvertrag in der alten Fassung bis zum 31. Dezember 2008 anzuwenden. Das betroffene Versicherungsverhältnis ist jedoch erst im Jahr 2008 mit Übersendung des Versicherungsscheins entstanden.

Maßgeblich war, dass das Versicherungsverhältnis rechtlich erst mit Zugang der Annahmeerklärung des Versicherers und damit erst im Jahr 2008 zustande kam. Entscheidend ist insoweit nicht der technische Versicherungsbeginn oder der Einzug des ersten Beitrags, sondern der Zugang des Versicherungsscheins (Prölss/Martin/Armbrüster, 32. Auflage 2024, EGVVG Artikel 1 Rn. 11 mit weiteren Nachweisen). Verträge, die bis Ende 2007 im sogenannten Policenmodell vermittelt wurden, bei denen im Falle ordnungsgemäßer Belehrung die Widerspruchsfrist aber erst im Jahr 2008 ablief, sind wegen ihres rückwirkenden Wirksamwerdens bei ausbleibendem Widerspruch dann Altverträge, wenn der Versicherungsschein oder eine Annahmeerklärung dem Versicherungsnehmer bis zum Stichtag zuzuging (Prölss/Martin/Armbrüster, a. a. o., mit weiteren Nachweisen).

Teile der Literatur vertreten eine noch strengere Auffassung. Danach genügt die Annahme des Versicherungsantrags im Jahr 2007, dokumentiert durch die Übersendung des Versicherungsscheins, für sich allein nicht, um den Vertrag dem altem Recht zu unterstellen; sondern dies soll nur dann der Fall sein, wenn auch die Widerspruchsfrist in 2007 endete (Höra, r+s 2008, Seiten 89, 90).

Schließlich ist auch unter § 3 Absatz (1) der AVB des betroffenen Vertrages ausdrücklich geregelt, dass der Versicherungsschutz erst beginnt, wenn der Einlösungsbeitrag gezahlt und die Annahme des Antrags „schriftlich“ oder „durch Aushändigung des Versicherungsscheins“ erklärt wurde.

Für den Vertrag war daher das ab dem 1. Januar 2008 geltende Versicherungsvertragsrecht anzuwenden.

Nach diesem Recht bestand ein Widerrufsrecht gemäß § 8 VVG. Da der Beschwerdeführerin nach den im Schlichtungsverfahren vorliegenden Unterlagen jedoch keine ordnungsgemäße Widerrufsbelehrung nach neuem Recht erteilt worden war, wurde die Widerrufsfrist nicht in Gang gesetzt. Das Widerrufsrecht bestand daher fort und konnte auch Jahre nach Vertragsschluss noch ausgeübt werden.



### **Rechtsschutzversicherung**

#### Goodbye Deutschland

Der Beschwerdeführer beehrte Rechtsschutz im Rahmen des vereinbarten Leistungsumfangs für Selbstständige. Dieser Baustein gewährt Versicherungsschutz nach den Sonderbedingungen 16 und 17, sofern ein Beratungsbedürfnis zur Prüfung oder Vermeidung zukünftiger rechtlicher Streitigkeiten besteht.

Der Versicherungsnehmer hatte sein Unternehmen liquidiert und plante einen bevorstehenden Wegzug ins Ausland. Er stellte sich dabei folgende Fragen: „Was passiert mit meinen Versicherungsverträgen und Bankkonten? Wie wickle ich meine Firma ab? Gibt es steuerliche Konsequenzen? Was muss ich bei den Behörden im In- und Ausland melden und beachten?“. Ihm war wichtig, in der Zukunft keine Probleme weder mit den deutschen Behörden, Banken oder Versicherungen noch im Ausland zu haben oder gar Rechtsstreitigkeiten führen zu müssen. Er machte geltend, dass er zur ordnungsgemäßen Abwicklung aller rechtlich relevanten Schritte insbesondere im Hinblick auf die Wegzugbesteuerung eine Beratung benötige.

Der Rechtsschutzversicherer lehnte die Deckungszusage zunächst ab. Zur Begründung führte er aus, dass kein ausreichendes Beratungsbedürfnis im Sinne der Sonderbedingungen vorliege. Da die Klausel die Begriffe nicht näher definiert, nahm der Versicherer eine restriktive Auslegung vor und sah den subjektiven Wunsch des Versicherungsnehmers nicht als ausreichend an, sondern verlangte, dass eine bestimmte Streitigkeit tatsächlich vermieden werden sollte.

Die Ombudsfrau legte die Klausel zugunsten des Beschwerdeführers weit aus und argumentierte gegenüber dem Versicherer, dass der Begriff des „Bedürfnisses“ im allgemeinen Sprachgebrauch als Wunsch oder Verlangen verstanden werde. Ob ein solches Bedürfnis bestehe, sei daher maßgeblich vom subjektiven Empfinden der betroffenen Person abhängig. Die geplante Auswanderung und die damit verbundenen steuerlichen und rechtlichen Fragestellungen begründeten aus ihrer Sicht ein solches Beratungsbedürfnis. Die Auswanderung sei keine alltägliche Lebenssituation, weshalb ein gesteigertes Bedürfnis nach rechtlicher Orientierung zur Vermeidung von künftigen Streitigkeiten nachvollziehbar dargelegt vom Zweck der Sonderbedingungen umfasst sei.

Nach erneuter Prüfung half der Versicherer dem Anliegen ab und erkannte den Leistungsanspruch an.

### **Sonstige: Reiseversicherung**

#### Leistungspflicht aus der Reiseabbruchversicherung bei einem Terroranschlag

Der Beschwerdeführer befand sich während des Angriffs der Terrororganisation Hamas am 7. Oktober 2023 auf einer Rundreise in Israel. Er berichtet, dass er wegen des Raketenbeschusses sein Hotel in Jerusalem verlassen und Schutz in einem Bunker suchen musste. Er brach seine Reise vorzeitig ab. Der Versicherer lehnte eine Übernahme der Kosten des Abbruchs der Reise ab. Zwar gelten



Terroranschläge unter bestimmten Voraussetzungen nach den vereinbarten Versicherungsbedingungen als versicherte Ereignisse. Doch nach dem Wortlaut der Bedingungen muss der Terroranschlag in einem Umkreis von 50 km vom Ort der gebuchten Unterkunft erfolgen. Da der Angriff aber etwa 110 km entfernt von Jerusalem ausging, lagen nach Auffassung des Versicherers die Voraussetzungen für eine Leistungspflicht nicht vor. Die Ombudsfrau wies darauf hin, dass der Wortlaut der Bedingungen, insbesondere die Wortwahl „Terroranschlag erfolgt“, eine andere Auslegung zulässt. Entscheidend sei nicht der Ort, von dem die Raketen abgeschossen werden, sondern der Ort, an dem der Angriff „erfolgt“, also das Ziel des Beschusses. Da sich der Beschwerdeführer darauf berief, dass es zum relevanten Zeitpunkt Raketenangriffe auf Jerusalem gab, wäre der Terroranschlag innerhalb des versicherten 50 Kilometer Bereichs erfolgt. Der Versicherer hat der Beschwerde nach erneuter Prüfung abgeholfen.

### **Gebäudeversicherung**

Der feine Unterschied zwischen Mobilität und Fahrbarkeit

Der Beschwerdeführer hatte einen Anbau an sein versichertes Gebäude errichten lassen. Durch die Fehlbedienung eines Krans wurde die Balkonüberdachung des Bestandsgebäudes beschädigt. Die Haftpflichtversicherung des Bauunternehmers hatte den Zeitwertschaden reguliert. Mit seiner Beschwerde machte der Beschwerdeführer den ausstehenden Differenzbetrag von 1.141,35 Euro geltend.

Der schadensverursachende Kran wurde auf einem zweiachsigen Fahrgestell mit einem LKW zur Baustelle transportiert. Er wurde auf der Baustelle von dem Fahrgestell genommen und auf dem Grundstück stationär aufgebaut. Zur Stabilisierung wurde er auf vier Auslegerfüße gestellt. Der so aufgestellte Kran war nicht in der Lage, sich autonom fortzubewegen.

Über die Gebäudeversicherung des Beschwerdeführers war u. a. Fahrzeuganprall versichert. Dieser war in den Versicherungsbedingungen definiert als jede Zerstörung oder Beschädigung der versicherten Sachen durch die Berührung eines Schienen-, Straßen- oder Wasserfahrzeuges oder einer fahrbaren oder selbstfahrenden Arbeitsmaschine. Der Beschwerdeführer vertrat die Auffassung, dass es sich bei dem Kran um eine „selbstfahrende Arbeitsmaschine“ bzw. eine „fahrbare Arbeitsmaschine“ handeln würde. Dieser Auffassung schloss sich die Ombudsfrau nicht an.

Nach ständiger Rechtsprechung sind Allgemeine Versicherungsbedingungen so auszulegen, wie sie ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer bei verständiger Würdigung, aufmerksamer Durchsicht und Berücksichtigung des erkennbaren Sinnzusammenhangs verstehen muss. Dabei kommt es auf die Verständnismöglichkeiten eines Versicherungsnehmers ohne versicherungsrechtliche Spezialkenntnisse an. Dieser Grundsatz erfährt aber eine Ausnahme, wenn der auszulegende Begriff der Rechtssprache angehört. In diesem Fall ist das juristische Verständnis des Begriffs maßgebend. Bei dem Ausdruck „selbstfahren-



de Arbeitsmaschine“ handelt es sich um einen juristischen Begriff (vgl. § 2 Nr. 17 FZV). Selbstfahrende Arbeitsmaschinen sind danach Kraftfahrzeuge, die nach ihrer Bauart und ihren besonderen, mit dem Fahrzeug fest verbundenen Einrichtungen zur Verrichtung von Arbeiten, jedoch nicht zur Beförderung von Personen oder Gütern bestimmt und geeignet sind. Auf der Internetseite des Kraftfahrtbundesamtes werden einige Beispiele für selbstfahrende Arbeitsmaschinen gegeben. Dies sind beispielsweise Gabelstapler, Planierraupen, Mähdrescher und ausdrücklich Mobilkräne. Diese Maschinen haben die Gemeinsamkeit, dass sie aus eigener (Motor-) Kraft eine Ortsveränderung vornehmen können. Diese Anforderung erfüllte der schadenursächliche Kran jedoch nicht.

Eine juristische Definition des zweiten Begriffs „fahrbare Arbeitsmaschine“ ist nicht bekannt. Maßgeblich ist daher das Verständnis eines durchschnittlichen Versicherungsnehmers. Dieser wird das Adjektiv „fahrbar“ in Bezug auf eine Arbeitsmaschine dahingehend verstehen, dass diese so konstruiert ist, dass sie grundsätzlich beweglich ist, die Ortsveränderung aber nicht aus eigener Kraft vornehmen kann (sondern diese z. B. durch Schieben oder Ziehen bewirkt wird). Diese „Fahrbarkeit“ muss zum Zeitpunkt des schädigenden Ereignisses gegeben sein, denn andernfalls wird man kaum von einem „Fahrzeuganprall“ sprechen können, wie die Versicherungsbedingungen dies vorsehen. Das war bei dem hier in Rede stehenden Kran nicht der Fall. Er wurde von seinem Fahrgestell (wenn auch nur temporär) getrennt und war zum Zeitpunkt der Schadensverursachung als stationäre Arbeitsmaschine anzusehen. Die Beschwerde konnte somit keinen Erfolg haben.

### **Hausratversicherung**

Ein Poolroboter als Gartengerät?

Während der Abwesenheit der Beschwerdeführer wurde ihr Poolroboter, der auf ihrem Grundstück zur Reinigung des Außenpools im Einsatz war, gestohlen. Ihr Hausratversicherer lehnte eine Regulierung des entstandenen Schadens in Höhe von ca. 550 Euro ab. Zwar waren sowohl Mähroboter als auch Gartengeräte ausdrücklich gegen einfachen Diebstahl versichert, sofern sie vom Versicherungsgrundstück entwendet werden. Ein Poolroboter stelle jedoch weder einen Mähroboter noch ein Gartengerät dar. Letzterem widersprachen die Beschwerdeführer.

Die Ombudsfrau schrieb den Versicherer mit folgendem Wortlaut an:

„Was genau unter Gartengeräten zu verstehen ist, ist in den Versicherungsbedingungen nicht definiert. Insofern dürfte es darauf ankommen, ob man einen Pool als dem Garten zugehörig oder als etwas Eigenständiges auffasst. Nach meiner vorläufigen Prüfung lassen sich für beide Ansichten gute Argumente finden. Wie ein durchschnittlicher verständiger Versicherungsnehmer, auf dessen Perspektive es laut ständiger Rechtsprechung bei der Auslegung von Versicherungsbedingungen ankommt, den Begriff versteht, dürfte nicht leicht zu beantworten sein.“



Vor diesem Hintergrund regte die Ombudsfrau an, den Beschwerdeführern einen Vergleichsvorschlag in Höhe der Hälfte des geltend gemachten Schadens zu unterbreiten. Dem schloss sich der Versicherer an. Die Beschwerdeführer antworteten, dass sie das Angebot als fair betrachteten, und nahmen es an.

### **Unfallversicherung**

Zu viele Arztvisiten?

Die Versicherungsnehmerin hatte Zwillinge geboren, die als Frühchen zur Welt kamen, und wollte diese zeitnah nach der Geburt mit einer Unfallversicherung absichern. Eines der Kinder wurde nach der Geburt intensivmedizinisch betreut und später aufgrund einer viral bedingten Bronchitis und starken Fiebers ebenfalls über mehrere Tage im Krankenhaus behandelt. In dem Antrag findet sich die Frage: „Leidet oder litt die zu versichernde Person in den letzten 3 Jahren unter einer Erkrankung, die eine ärztliche oder therapeutische Behandlung/Kontrolle erforderte UND mehr als 4 weitere Arztbesuche in Anspruch nahm oder nehmen wird?“ Diese Frage beantwortete die Beschwerdeführerin mit „nein“, was nach ihrer Auffassung die zutreffende Antwort war. Der Versicherer sah darin jedoch eine vorvertragliche Anzeigepflichtverletzung, da das Kind in den letzten 3 Jahren unter Erkrankungen gelitten habe, die eine ärztliche oder therapeutische Behandlung/Kontrolle erfordert hätten und diese Erkrankungen nach Auffassung des Versicherers mehr als 4 weitere Arztbesuche in Anspruch genommen hätten. Die Anzahl der Arztbesuche rechtfertigte der Versicherer damit, dass bei den Krankenhausaufenthalten täglich Arztvisiten stattfinden wobei jede Visite einen eigenständigen Arztbesuch darstellen sollte. Damit war nach seiner Auffassung die Frage falsch beantwortet worden, worauf der Versicherer den Rücktritt vom Vertrag erklärte.

Dieser Argumentation konnte die Ombudsfrau nicht folgen. Nach dem Wortlaut muss die zu versichernde Person aufgrund ein und derselben Erkrankung einmal in ärztlicher Behandlung gewesen sein und dann mehr als 4 weitere Arztbesuche – also insgesamt mindestens 6 – in Anspruch genommen haben oder nehmen müssen, damit die Antragsfrage mit „ja“ zu beantworten wäre. Richtig ist, dass das Kind in den letzten 3 Jahren vor Antragstellung unter Erkrankungen litt, die eine ärztliche oder therapeutische Behandlung/Kontrolle erforderten (intensivmedizinische Betreuung nach der Geburt sowie die Behandlung des RS-Virus). Allerdings stellt die tägliche Visite durch den Arzt während eines einheitlichen Krankenhausaufenthalts keinen jeweils eigenständigen Arztbesuch dar. Ein längerer Krankenhausaufenthalt stellt sich als eine Dauer-Heilbehandlung dar und damit als nur ein einziger Arztbesuch. Die o. g. Frage zielt aber darauf ab, ob aufgrund ein und derselben Erkrankung mehrere, voneinander unabhängige, zeitlich auseinanderliegende Heilbehandlungen stattgefunden haben. Nur das begründet die Gefahrerheblichkeit einer Erkrankung: Dass diese nicht zu einer vollständigen Ausheilung kommt und immer wieder Anlass für einen erneuten Arztbesuch gibt. Eine solche Erkrankung lag bei dem einen Frühchen aber nicht vor.

Damit war die Frage wahrheitsgemäß beantwortet worden und der Versicherer setzte, der Argumentation der Ombudsfrau folgend, den Unfallversicherungsvertrag wieder in Kraft.



### Allgemeine Haftpflichtversicherung

#### Falsch geschaltetes Garagentor

Der Beschwerdeführer hatte während des Autofahrens mit der Fernbedienung das von ihm noch nicht einsehbare Garagentor geöffnet und dabei einen Schaden verursacht. Der Privathaftpflichtversicherer berief sich auf den Risikoausschluss nach der sogenannten Benzinklausel. Mit folgenden Ausführungen wurde letztlich eine Abhilfe erreicht:

„Der BGH hat ausgeführt, dass die Bedingungen zur Privathaftpflichtversicherung unabhängig von denen zur Kraftfahrtversicherung auszulegen sind. Der Begriff des Fahrzeuggebrauchs kann also in den Bedingungswerken je nach Sparte eine andere Bedeutung haben. Es muss sich das Risiko verwirklichen, das gerade dem Fahrzeuggebrauch eigen ist, diesem selbst und unmittelbar zuzurechnen ist. Hierfür reicht es nicht aus, dass die schadenstiftende Handlung der Vorbereitung einer Fahrt mit dem eigenen Fahrzeug oder Ähnlichem dient. Das KG in Berlin leitet in seiner Entscheidung vom 2. November 2012 (r+s 2012, 384) aus dem Bedingungswortlaut ‚Schaden durch den Gebrauch des Fahrzeugs verursacht‘ und dem genannten BGH-Urteil ab, dass es auf eine Bedienung des Fahrzeugs selbst und einen dabei auftretenden Fehler ankommt. Das schadenursächliche Verhalten sei einem anderen Gefahrenbereich zuzuordnen, ‚wenn nicht zum Fahrzeug gehörende oder nicht fest installierte Teile betrieben werden und einen Schaden verursachen‘.

Der Beschwerdeführer hat vorliegend nicht sein Fahrzeug gebraucht, sondern die Fernbedienung des Garagentors. Es hat sich also nicht das Gebrauchsrisiko des Fahrzeugs des Beschwerdeführers verwirklicht, sondern das des mittels Fernbedienung in Bewegung gesetzten Garagentors (so schon AG München, NJW-RR 2007, 911; AG Frankenberg- Eder, ZfS 2009, 30; LG Düsseldorf, Schaden-Praxis 2012, 372).“

### Sonstige: Warenschutzversicherung

#### Leistungspflicht nach Absturz einer Drohne in einen Fluss

Die Drohne der Beschwerdeführerin stürzte bei einem Flug über den Lepelle (Südafrika) in den Fluss. Der Versicherer verweigerte die Entschädigung mit der Begründung, solange die Drohne im Fluss liege, könne nicht festgestellt werden, ob ein Reparatur- oder Totalschaden vorliege. Zudem sei der Verlust ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgenommen.

Eine Bergung kam für die Beschwerdeführerin wegen im Fluss lebender Krokodile und Flusspferde nicht in Betracht. Die Ombudsfrau hielt die Bergung für unzumutbar, da sie lebensgefährlich gewesen wäre. In diesem Fall liege ein sogenannter echter Totalschaden vor.



Der Verlust sei außerdem nicht vom Versicherungsschutz ausgeschlossen, da ihm ein versicherter Fall-, Sturz- oder Unfallschaden vorausgegangen sei. Der Verlust stelle lediglich die Folge dieses Schadens dar.

Der Versicherer schloss sich dieser Auffassung an und entschädigte die Beschwerdeführerin.

### **Vermittlerbeschwerden**

#### Die Pflichten eines Maklers

Der Beschwerdeführer stellte über einen Makler einen Antrag auf Abschluss eines Kfz-Versicherungsvertrages für die Kfz-Haftpflicht- und die Teilkaskoversicherung. Der Versicherer nahm den Antrag für die Kfz-Haftpflichtversicherung an, lehnte jedoch den Antrag auf Abschluss der Teilkaskoversicherung ab. Er erstellte einen entsprechenden Versicherungsschein. Das Original erhielt der Beschwerdeführer. Eine Kopie ging an den Makler; ferner erhielt er zwei Schreiben über die Ablehnung der Teilkaskoversicherung und mit dem Hinweis, dass die Kfz-Haftpflichtversicherung nur mit den Mindestsummen angenommen wurde. Der Makler unternahm daraufhin nichts.

Der Beschwerdeführer suchte nach einem Glasbruchschaden der Frontscheibe eine Werkstatt auf und übersandte die Rechnung an den Versicherer, der seine Eintrittspflicht mit dem Hinweis auf den fehlenden Versicherungsschutz ablehnte.

Daraufhin wandte sich der Beschwerdeführer an den Makler mit der Aufforderung, die Kosten für den Ersatz der Frontscheibe zu übernehmen, da ein Beratungsschulden vorliege. Der Makler habe ihn nicht über den fehlenden Kaskoschutz informiert. Dieser lehnte die Kostenübernahme ab, da der Beschwerdeführer aus dem Versicherungsschein habe erkennen können, dass die Teilkaskoversicherung nicht Vertragsbestandteil geworden war.

Danach wandte sich der Beschwerdeführer an die Ombudsfrau. Unstreitig hatte er den Versicherungsschein nicht gelesen, wozu die Gerichte den Versicherungsnehmer aber regelmäßig gehalten sehen. Allerdings hatte der Beschwerdeführer einen Makler mit seiner Interessenvertretung beauftragt. Die Ombudsfrau wies den Makler auf seine weitgehenden Pflichten hin, die nach Vertragsschluss nicht enden. Das OLG Hamm hatte in einem Hinweisbeschluss vom 19. Mai 2017, Az.: 20 U 53/17, ausgeführt: „Mit dem Abschluss eines Versicherungsvertrages ist der Auftrag des Versicherungsmaklers aber noch nicht beendet, da er auch die versicherungstechnische Betreuung der Verträge umfasst und daher als Dauerschuldverhältnis fortbesteht. So ist der Makler zur Erteilung von Hinweisen für die risikogerechte Anpassung des vermittelten Versicherungsvertrages verpflichtet. Im Rahmen der laufenden Betreuung des Versicherungsverhältnisses hat der Versicherungsmakler daher das versicherte Risiko zu überwachen, bei Risikoveränderungen den Versicherungsnehmer hierauf ungefragt hinzuweisen



und auf eine Anpassung hinzuwirken. Insgesamt ist der Versicherungsmakler zur fortlaufenden und ständigen Betreuung des Versicherungsnehmers verpflichtet. Er muss umgehend und unaufgefordert prüfen, ob der bestehende Vertrag den Bedürfnissen des Kunden noch entspricht.“

Der Makler hat der Beschwerde abgeholfen.

### **Allgemeine Haftpflichtversicherung**

Vorsätzlich herbeigeführter Mäusebefall?

Der Beschwerdeführer hatte für mehrere Wochen einen Lagerraum angemietet und entgegen der AGB des Betreibers auch Kartons mit Lebensmitteln dort untergestellt. Es wurde dann ein Mäusebefall festgestellt und der Betreiber des Lagerhauses nahm den Beschwerdeführer wegen Schäden anderer Mieter in Anspruch. Der Privathaftpflichtversicherer versagte den Versicherungsschutz und berief sich auf eine vorsätzliche Herbeiführung des Schadens. Der Beschwerdeführer habe den Nagetierbefall billigend in Kauf genommen. Dieser trug dagegen vor, die AGB des Betreibers nicht erhalten und deshalb auch nicht gelesen zu haben. Ferner gebe es keine Beweise dafür, dass der Mäusebefall tatsächlich durch ihn verursacht wurde.

Beim Versicherer wurde mit folgenden Argumenten wegen einer Abhilfe nachgefragt:

„Der deckungsausschließende Vorsatz muss sich auch auf die Schadensverursachung beziehen. Ich habe nach bisheriger Aktenlage Bedenken, dass Sie entsprechenden Vorsatz nachweisen können. Dass der Beschwerdeführer die AGB nicht vollständig oder nur unaufmerksam gelesen hat, erscheint durchaus möglich. Er hatte offensichtlich keine Kenntnis von dem Verbot, Lebensmittel zu lagern. Andernfalls hätte er sich gegenüber dem Mitarbeiter [Ergänzung: des Lagerhauses] nicht offenbart.

Vor diesem Hintergrund bitte ich um erneute Prüfung des Beschwerdeanliegens. Nach Aktenlage dürfte es aktuell um eine Abwehrdeckung gehen.“

Dieser Bitte kam der Versicherer nach und stieg in die Schadensbearbeitung ein.

### **Lebensversicherung**

Wenn der Ausschluss nicht mehr ausschließt

Die Beschwerdeführerin kündigte ihre seit über 35 Jahren bestehende Lebensversicherung. Der Versicherer wies die Kündigung zurück und begründete dies mit einem Verwertungsausschluss, den die Beschwerdeführerin vor 12 Jahren vereinbart hatte. Hiermit war die Beschwerdeführerin nicht einverstanden. Sie hielt an ihrer Kündigungserklärung fest und forderte die Auszahlung des vorhandenen Rückkaufswertes.

Die Beschwerde hatte Erfolg.



Ein Verwertungsausschluss war eine vertragliche Vereinbarung unter den Voraussetzungen des damaligen § 168 Absatz 3 Satz 1 VVG bei Lebens- oder Rentenversicherungen, nach der das angesparte Kapital vor dem Ablauf beziehungsweise dem Ende der Aufschubzeit nicht verwertet (also nicht ausgezahlt, beliehen oder verkauft) werden durfte. Verträge mit einem wirksamen Verwertungsausschluss galten nicht als verwertbares Vermögen und mussten daher nicht vor dem Bezug von Sozialleistungen aufgelöst werden. Die Verträge blieben damit für die Altersvorsorge erhalten.

Durch das sogenannte Bürgergeldgesetz kam es zur Streichung des alten § 168 Absatz 3 Satz 1 VVG, auf den sich der Verwertungsausschluss stützte. Versicherungsverträge, die der Altersvorsorge dienen, sind nach dem neuen § 12 Absatz 1 Satz 2 Nr. 3 SGB II seit dem 1. Januar 2023 generell nicht mehr als Vermögen zu berücksichtigen, unabhängig von einem Verwertungsausschluss oder bestimmten Höchstbeträgen. Dies gilt auch für vor der Gesetzesänderung abgeschlossene Verträge (BT-Drucksache: 20/3873 Seite 123):

„Da für die Altersvorsorge bestimmte Versicherungsverträge künftig gemäß § 12 Absatz 3 Satz 2 Nr. 3 SGB II in unbegrenzter Höhe und unabhängig von der Frage eines Verwertungsausschlusses nicht als Vermögen zu berücksichtigen sind, entfällt der Grund für die bisherige Regelung in § 168 Absatz 3 Satz 1 VVG a. F., die daher gestrichen wird. Diese Änderung der Interessenlage gilt auch für bereits abgeschlossene Verträge. Von der Schaffung einer Übergangsregelung wird daher abgesehen.“

§ 168 Absatz 1 VVG räumt dem Versicherungsnehmer das Recht der Kündigung ein. Nach § 171 VVG kann hiervon nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewichen werden. § 168 Absatz 3 Satz 1 VVG a. F., der eine Ausnahme von § 168 Absatz 1 VVG für den Fall der Vereinbarung eines Verwertungsausschlusses vorsah, gibt es wie dargestellt nicht mehr.

Die Ombudsfrau regte daher eine Abhilfe an. Der Versicherer hatte daraufhin die Kündigung umgesetzt und den vorhandenen Rückkaufswert ausgezahlt.

### **Kfz-Versicherung**

Ein Steinschlag = mehrere Schadenereignisse?

Das Fahrzeug des Beschwerdeführers wurde beim Überholen eines Lkws durch Steinschlag sowohl an der Windschutzscheibe als auch am rechten vorderen Scheinwerfer beschädigt. Der Versicherer ging von zwei verschiedenen Schadenereignissen aus, da aufgewirbelte Steine nicht zugleich den Frontscheinwerfer und die Windschutzscheibe beschädigen könnten. Diese Auffassung teilte die Ombudsfrau nicht und wandte sich auszugsweise mit den folgenden Ausführungen erneut an den Versicherer:

„Entscheidend für die Frage, ob es sich um ein oder mehrere Schadenereignisse handelt, dürfte hingegen eine natürliche Betrachtungsweise sein [hierzu: OLG Hamm, Urteil vom 13. Juni 2012, r+s 2012, 589, m. w. N.]. Vor diesem Hintergrund müsste es sich auch dann um ein Schadensereignis handeln, wenn, wie hier, bei



einem Überholvorgang Steine hochgeschleudert werden und diese dann als ‚ein Schwall‘ gegen das Fahrzeug des Beschwerdeführers geschleudert werden. Auf jeden Fall hätte ich Bedenken, bei diesem einen Vorgang, dem Hochschleudern von Steinen von einem einzelnen Fahrzeug in einer ganz konkreten Verkehrssituation, die einzelnen Steine getrennt als jeweilige Schadenverursachung anzusehen.“

Der Versicherer half der Beschwerde daraufhin ab.

### **Unfallversicherung**

#### Fatale Folgen der Demenz

Versichert sind in der Unfallversicherung nur solche Gesundheitsschäden, die unfreiwillig erlitten werden. Gesetzlich ist geregelt, dass die Unfreiwilligkeit bis zum Beweis des Gegenteils vermutet wird, § 178 Absatz 2 VVG. In einer Beschwerde hatte die Versicherungsnehmerin aus nicht weiter aufgeklärten Gründen hochgiftiges Frostschutzmittel (chemisch etwa Ethylenglykol oder Propylenglykol) getrunken. Das Trinken einer Flüssigkeit ist allerdings nach lebensnaher Sicht als freiwillig anzusehen, da das Trinken grundsätzlich eine bewusste und aktive Handlung erfordert. Das gilt auch dann, wenn damit eine suizidale Absicht verfolgt wird. Es lassen sich nur ganz vereinzelte Fälle denken, in denen die Einnahme einer Flüssigkeit nicht freiwillig erfolgen würde. Damit wäre das beschriebene Geschehen nicht vom Versicherungsschutz erfasst.

Die Besonderheit im vorliegenden Fall war jedoch, dass die Versicherungsnehmerin dement war und sich daher die Frage stellte, ob eine Demenz die Freiwilligkeit ausschließen kann. Letztlich konnte diese Frage nur insofern geklärt werden, als dass eine Demenz die Freiwilligkeit nicht pauschal ausschließen kann. Im Übrigen griff im konkreten Fall ein vertraglich vereinbarter Ausschlussstatbestand, wonach Gesundheitsschäden durch Vergiftungen infolge der Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund vom Versicherungsschutz ausgeschlossen waren.

### **Hausratversicherung**

#### Von verhüllten Obliegenheiten, Zeitungsboten und entwendeten E-Bikes

Aus der Garage der Beschwerdeführerin wurden zwei E-Bikes im Wert von ca. 6.000 Euro entwendet, ohne dass sich Einbruchspuren an der Garage fanden. Die Beschwerdeführerin gab an, dass ihr Lebensgefährte das Garagentor am Vorabend verschlossen habe. Die Täter hätten die Garage wohl mit einem nachgemachten Schlüssel über die Notentriegelung manuell geöffnet. Sie gehe davon aus, dass beide E-Bikes mit einem Schloss gesichert gewesen seien.

Die Beschwerdeführerin verfügte über eine Hausratversicherung bei der Beschwerdegegnerin, in deren Rahmen neben Einbruchdiebstahl auch Fahrraddiebstahl versichert war. Laut Versicherungsbedingungen bestand Versicherungsschutz insoweit allerdings nur, wenn die Räder zur Zeit des Diebstahls durch ein eigenständiges Schloss gesichert waren. Die Beschwerdegegnerin lehnte eine Regulierungsleistung ab, weil sie annahm, dass das Garagentor zum Schadenzeitpunkt offen gestanden habe und die E-Bikes nicht mit Fahrradschlössern gesichert worden seien. Zwar handele es sich bei der Verschlussklausel um eine



sogenannte verhüllte Obliegenheit, die bei grober Fahrlässigkeit nur zu einer Kürzung der Leistung berechtige, aber die Kürzungsquote sei vorliegend aufgrund des erheblichen Verschuldens der Beschwerdeführerin mit 100 Prozent anzusetzen, da die Garage offen gestanden habe.

Im Verlauf des Schlichtungsverfahrens brachte die Beschwerdeführerin die schriftliche Zeugenaussage eines Zeitungsboten bei, wonach das Garagentor am frühen Morgen des Schadentags geschlossen gewesen sei. Die Ombudsfrau übermittelte der Beschwerdegegnerin die Aussage dieses außenstehenden Dritten und wies darauf hin, dass somit viel für einen Verschluss der Garage spreche und sie dann voll eintrittspflichtig wäre. Selbst wenn man dies nicht annähme, läge die Quote aber keinesfalls derart hoch, da sich die E-Bikes nicht in einem öffentlichen Raum oder im Freien befanden. Zudem lag der Schadenort an einer wenig befahrenen Straße in einem Wohngebiet am Rande einer mittelgroßen Stadt, und der mögliche Tatzeitraum erstreckte sich auf nur eine Nacht. Vor diesem Hintergrund und angesichts des Prozessrisikos regte sie an, der Beschwerdeführerin zumindest einen angemessenen Vergleichsvorschlag zu unterbreiten.

Die Beschwerdegegnerin lehnte dies jedoch ab. Zwecks Klärung der genauen Umstände müsse ein Beweis erhoben werden, insbesondere hinsichtlich der Glaubwürdigkeit der Beschwerdeführerin und der des Zeitungsboten. Dies könne nur in einem gerichtlichen Verfahren erfolgen.

Da die Beschwerdegegnerin trotz diverser Telefonate mit dem Ziel einer einvernehmlichen Klärung der Angelegenheit bei ihrer Auffassung blieb, musste die Ombudsfrau die Beschwerde abschließend bescheiden. Nach Aktenlage war ein Einbruchdiebstahl in die Garage nicht bewiesen, da eine schriftliche Zeugenaussage keinen hinreichenden Nachweis für dessen Vorliegen erbringen kann. Demnach unterstellte sie mit Blick auf die der Beschwerdeführerin obliegenden Beweislast, dass das Garagentor weder ver- noch geschlossen war. Angesichts dieser und der weiteren unstrittigen Tatumstände bestimmte sie die Kürzungsquote mit 50 Prozent, sodass sie die Beschwerdegegnerin dazu verpflichtete, knapp 3.000 Euro an die Beschwerdeführerin zu zahlen.

### **Allgemeine Haftpflichtversicherung**

#### **Abgekratztes Antifouling**

Der Ehemann der Beschwerdeführerin führte auf einem Parkplatz in den Niederlanden Schleifarbeiten an seinem Segelboot durch. Der Schleifantrieb verunreinigte den Parkplatz, der kostenpflichtig gereinigt werden musste. Die Beschwerdeführerin bezahlte die vom Wassersportverein geforderten Kosten und verlangte eine Erstattung durch den Privathaftpflichtversicherer. Dieser wies die Forderung unter Hinweis auf einen Ausschlussstatbestand in den Bedingungen zurück. Demnach sind nicht versichert Ansprüche, für die Versicherungsnehmer und versicherte Personen verantwortlich gemacht werden als Eigentümer, Halter oder Führer eines Kraftfahrzeugs wegen Schäden, die durch den Gebrauch des Kraftfahrzeugs verursacht werden. Das Gleiche gilt für Schäden durch den Gebrauch eines Schienenfahrzeugs, Wasserfahrzeugs, Luftfahrzeugs oder Kraftfahrzeuganhängers.



Es erging eine zusprechende Entscheidung, hier ein Auszug:

„Die Beschwerdegegnerin kann sich nicht auf den Ausschlussstatbestand der Ziffer XXX berufen. Gefordert wird in besagter Regelung ein Schaden, der infolge des Gebrauchs des Fahrzeugs entstanden ist. Auch wenn das Fahrzeug an der Schadenentstehung nicht unmittelbar beteiligt ist, wird ein Gebrauch und damit ein Ausschluss aus der Privat-Haftpflichtversicherung dann angenommen, wenn eine fahrzeugtypische Gebrauchshandlung schadenursächlich war (vgl. z. B. OLG Hamm, r+s 1999, 494). Ist keine dieser typischen Gebrauchshandlungen erkennbar, sondern wie hier eine Reinigungs- oder Instandhaltungstätigkeit, die ebenso an Gegenständen vorgenommen werden kann, die nicht als Fahrzeug zu klassifizieren sind, verwirklicht sich das Gebrauchsrisiko, das einem Fahrzeug typischerweise innewohnt, nicht. Vorliegend entstand der Schaden an dem Parkplatz nicht durch den Gebrauch des Segelbootes. Nicht dessen Gebrauch als solcher, sondern das Abschleifen der Antifouling-Beschichtung führte zur Verschmutzung des Parkplatzes, auf dem der Ehemann der Beschwerdeführerin die Arbeiten ausführte. Es hat sich demnach keine spezifische Gefahr verwirklicht, wie sie durch den Gebrauch eines Segelbootes entsteht, sondern ein Risiko, dass mit dem Auf- und Abtragen von Lacken, Farben und anderen gefährdenden Substanzen verbunden ist.“

#### **Sonstige: Fahrradversicherung**

Leistungspflicht nach Wiederauffinden eines zunächst gestohlenen Fahrrads

Das Fahrrad des Beschwerdeführers wurde während eines Italienurlaubs gestohlen und später in Einzelteile zerlegt wieder aufgefunden. Der Beschwerdeführer lehnte die Rücknahme des beschädigten Fahrrads ab und verlangte stattdessen eine Entschädigung. Der Versicherer bestand auf der Rücknahme.

Nach Auffassung der Ombudsfrau bleibt der mit Eintritt des Versicherungsfalls entstandene Entschädigungsanspruch auch dann bestehen, wenn das versicherte Fahrrad später wiederaufgefunden wird. Das Wiederauffinden ändert grundsätzlich nichts am bereits eingetretenen Versicherungsfall.

Der BGH hat offengelassen, ob ausnahmsweise nach Treu und Glauben eine Pflicht zur Rücknahme der wiederbeschafften Sache bestehen kann (Urteil vom 4. Juni 1997, Az. IV ZR 163/96). Eine solche Verpflichtung kommt allenfalls in Betracht, wenn der Versicherungsnehmer zeitnah wieder uneingeschränkt über die Sache verfügen kann und diese unbeschädigt oder nur geringfügig beschädigt ist. Diese Voraussetzungen lagen hier nicht vor.

Nach Vermittlung der Ombudsfrau einigten sich die Parteien auf eine Entschädigungszahlung.



### **Unfallversicherung**

#### Berechnungsschwierigkeiten

Dieser Fall veranschaulicht die Schwierigkeiten, welche die oft nur schwer verständliche Berechnung der Invaliditätsleistung mit sich bringt, die dann entweder als Kapital- oder als Rentenleistung ausgezahlt wird. Die Umrechnungen sind nicht zwingend intuitiv zu erfassen. Grundsätzlich wird, um die Höhe einer auszahlenden Rentenleistung zu bestimmen, zunächst die Höhe der Invaliditätsleistung berechnet. Diese ergibt sich aus dem festgestellten Grad der Invalidität. Überschreitet der Grad der Invalidität einen bestimmten Prozentsatz, so findet die Progression Anwendung. Das bedeutet: Wird bei der verletzten Person ein Invaliditätsgrad festgestellt, erhöht sich die auszuzahlende Invaliditätsleistung um einen gewissen Prozentsatz (oft ab 26 Prozent Invalidität). Die prozentuale Erhöhung des eigentlichen Invaliditätsgrades um den der vertraglich vereinbarten Progression ist der Progressionstabelle zu entnehmen, die Gegenstand des Vertrages ist. „Progression 300“ bedeutet zum Beispiel: Ab 26 Prozent Invalidität zahlt der Versicherer einen sich prozentual stetig erhöhenden Teil der Versicherungssumme, bis bei einer 100-prozentigen Invalidität dann 300 Prozent der Versicherungssumme ausgezahlt werden.

In dem Fall, dass die Invaliditätsleistung als Rente auszuzahlen ist, entsprechen jeweils Tausend Euro der errechneten Kapitalleistung einem bestimmten monatlichen Rentenbetrag X. Zwischen dem Versicherer und dem Beschwerdeführer bestand nun Uneinigkeit darüber, ob die Progression auch auf diesen errechneten monatlichen Rentenbetrag anzuwenden sei. Der Beschwerdeführer meint, dass die Progression sowohl bei der Berechnung der Kapitalleistung als auch auf die sich daraus ergebende Rentenzahlung angewandt werden muss. Der Versicherer hat daraufhin die Berechnung detailliert aufgezeigt und erläutert, dass die Progression unzulässigerweise doppelt veranschlagt würde, folgte man der Meinung des Beschwerdeführers. Die Progression ist nur einmal auf die Berechnung der Kapitalleistung anzuwenden, da die daraus zu errechnende Rentenhöhe nur eine Ableitung aus der Kapitalleistung darstellt und keinen davon entkoppelten Anspruch.

### **Gebäudeversicherung**

#### Der Baum, der das Versicherungsgrundstück verließ

Bei einem Sturmereignis stürzte ein auf dem Versicherungsgrundstück des Beschwerdeführers stehender Baum um. Die Baumkrone war auf ein parkendes Auto gefallen und lag teilweise auf der Fahrbahn. Im Rahmen eines Noteinsatzes wurde der im öffentlichen Bereich liegende Teil des Baumes von der Feuerwehr zerlegt und die Baumteile auf dem Bürgersteig abgelegt. Der Wohngebäudeversicherer regulierte die Kosten für die Beseitigung des Baumteils bis zur Grundstückseinfriedung, lehnte es aber ab, die Kosten für den Feuerwehreinsatz zu erstatten. Die Versicherungsbedingungen enthielten folgende Regelung:



#### **„48. Aufwendungen für die Beseitigung umgestürzter Bäume**

In Erweiterung von Abschnitt A § 7 Nr. 1 ersetzt der Versicherer die notwendigen Kosten für das Entfernen, den Abtransport und die Entsorgung durch Blitzschlag oder Sturm umgestürzter bzw. im Stamm oder Leittrieb (Starkast) beschädigter Bäume auf dem Versicherungsgrundstück, soweit eine natürliche Regeneration nicht zu erwarten ist. (...)“

Der Versicherer verstand die Klausel dahingehend, dass nur die Aufwendungen versichert sind, die den auf dem Versicherungsgrundstück liegenden Baumteil betreffen. Da der Einsatz der Feuerwehr die Entfernung des Baumteiles im öffentlichen Raum betraf, hielt er sich für leistungsfrei. Dieser Auffassung schloss sich die Ombudsfrau nicht an und empfahl dem Versicherer, den Kostenbescheid zu regulieren.

Zur Begründung führte sie aus, dass Versicherungsbedingungen nach dem Verständnis eines durchschnittlichen Versicherungsnehmers auszulegen sind. Die Formulierung „auf dem Versicherungsgrundstück“ kann dahingehend verstanden werden, dass die Beseitigungskosten nur dann ersetzt werden, wenn die beschädigten Bäume auf dem Versicherungsgrundstück standen. Ist diese Voraussetzung erfüllt, sind aber auch die Aufräumkosten uneingeschränkt zu erstatten. Diese Auslegung hätte zur Folge, dass die Kosten für die Beseitigung von Bäumen, die von einem Nachbargrundstück auf das Versicherungsgrundstück fallen, nicht versichert wären. Dies wäre auch naheliegend, denn der Versicherungsnehmer könnte diese Kosten als Haftpflichtschaden bei seinem Nachbarn geltend machen.

In Betracht kommt aber auch ein Verständnis, dass sich „auf dem Versicherungsgrundstück“ auf die notwendigen Kosten bezieht, also nur der Arbeitsaufwand entschädigt werden soll, der für die Baumbeseitigung auf dem Versicherungsgrundstück anfällt. Die Leistungspflicht des Versicherers würde somit gewissermaßen an der Grundstücksgrenze enden, aber auch die Kosten für die Entfernung von Baumteilen umfassen, die von einem Nachbargrundstück auf das Versicherungsgrundstück gefallen sind.

Für die erstgenannte Auslegung sprach eine weitere Klausel in den Versicherungsbedingungen, die folgenden Wortlaut hat:

#### **„49. Wiederaufforstungskosten für durch Blitz oder Sturm beschädigte oder entwurzelte Bäume**

a) In Erweiterung von Abschnitt A § 7 Nr. 1 ersetzt der Versicherer die notwendigen Kosten für die Wiederaufforstung durch Blitzschlag oder Sturm im Stamm oder Leittrieb (Starkast) beschädigter oder umgestürzter Bäume auf dem Versicherungsgrundstück, soweit eine natürliche Regeneration nicht zu erwarten ist. (...)“

Diese Formulierung bezieht sich eindeutig auf die auf dem Versicherungsgrundstück stehenden Bäume, denn nur diese können vom Versicherungsnehmer aufgeforstet werden. Es ist davon auszugehen, dass ein durchschnittlicher Ver-



sicherungsnehmer den Zusammenhang zwischen den Klauseln 48 und 49 erkennt und sie einheitlich dahingehend verstehen wird, dass die vom Schaden betroffenen Bäume auf dem Versicherungsgrundstück stehen müssen, um eine Leistungspflicht des Versicherers zu begründen. Der für den Versicherungsnehmer erkennbare Zweck der beiden Klauseln stützt diese Annahme: Während die Klausel 48 sicherstellen soll, dass ihm die Kosten für das Entfernen, den Abtransport und die Entsorgung umgestürzter oder beschädigter Bäume ersetzt werden, dient die Klausel 49 dazu, den ursprünglichen Zustand durch Aufforstung wiederherzustellen.

### **Restschuldversicherung**

Die umtriebige Buchverkäuferin

Die Beschwerdeführerin nahm ein Darlehen auf, um sich mit einem Buchladen selbstständig zu machen. Die Darlehensraten sicherte sie mit einer Restschuldversicherung ab, die auch im Fall der Arbeitslosigkeit eintreten sollte. Das von ihr entwickelte Konzept ging aufgrund schwieriger Rahmenbedingungen nicht auf. Bereits ein Jahr nach der Eröffnung ihres Geschäfts sah sich die Beschwerdeführerin gezwungen, ihre Tätigkeit aufzugeben und sich arbeitslos zu melden. Ansprüche aus der Restschuldversicherung wies der Versicherer zurück, weil das betroffene Gewerbe bis zum Versicherungsfall noch keine 18 Monate bestanden hatte, wie es die Bedingungen des Versicherungsvertrages voraussetzten. Er war lediglich bereit, den aufgewandten Versicherungsbeitrag zu erstatten.

Gegen die betreffende Klausel bestanden zwar keine Bedenken, der Ombudsfrau fiel jedoch auf, dass nach den Versicherungsbedingungen auch eine freiberufliche Tätigkeit unter bestimmten Voraussetzungen versichert war. Da die Beschwerdeführerin bereits mehr als 18 Monate als freie Journalistin tätig gewesen war und diese Tätigkeit mit der Eröffnung des Buchladens nicht aufgegeben hatte, ergab sich ein neuer Ansatzpunkt. Das Darlehen wurde zwar aufgenommen, um die Einrichtung des Buchladens zu finanzieren. Die Ombudsfrau stellte aber gegenüber dem Versicherer klar, dass der Verwendungszweck des Darlehens keinen Einfluss darauf habe, welche Tätigkeit versichert ist. Auch aus den Versicherungsbedingungen ergab sich nicht, dass eine Tätigkeit die andere ausschließen würde; insbesondere war kein Vorrang einer Tätigkeit geregelt.

Der Versicherer verlangte daraufhin nur noch einen Beleg darüber, dass die freiberufliche Tätigkeit bis zur Arbeitslosigkeit ausgeübt worden war. Nachdem die Beschwerdeführerin diesen anhand von Einkommensnachweisen erbringen konnte, erkannte der Versicherer seine Leistungspflicht an.

### **Unfallversicherung**

Die „beitragsfreie“ Versicherung

Anhand dieser Beschwerde können häufiger problematisierte Fragen des Zugangs einer Kündigung anschaulich aufgezeigt werden. Der Versicherer kündigte die Versicherung und stellte daraufhin die Abbuchung der Beiträge ein. Der Versicherungsnehmer verstarb, und dessen Erben wollten mit der Beschwerde die



Auszahlung der Todesfallleistung erreichen. Sie machten geltend, dass eine Kündigung dem verstorbenen Versicherungsnehmer niemals zugegangen sei. Eine Kündigung ist eine empfangsbedürftige Willenserklärung und muss, um wirksam zu werden, dem Adressaten zugehen. Den Zugang muss die Partei beweisen, die sich auf die Kündigung beruft. Der Versicherer konnte den Zugang der Kündigung nicht zweifelsfrei nachweisen. Er meinte aber, dass seine Kündigung dennoch wirksam sei, da die äußeren Umstände dafür sprächen, dass sie zugegangen sei. Die unterbliebene Abbuchung der Beiträge sei ein eindeutiges Zeichen der Kündigung, und der verstorbene Versicherungsnehmer hätte dieser eingestellten Abbuchung nicht widersprochen.

Dieser Auffassung konnte nicht gefolgt werden. Eine Rechtspflicht zum Widerspruch oder zur Nachforschung, wenn Beiträge nicht mehr abgebucht werden, besteht für den Versicherungsnehmer nicht. Für ihn ist nicht erkennbar, weshalb eine Abbuchung unterbleibt, solange er selbst keinen Anlass dazu gegeben hat (etwa fehlende Kontodeckung). Geht dem Versicherungsnehmer beispielsweise die Kündigung nicht zu, so kann er keine Verbindung zwischen der Kündigung und den nicht erfolgten Abbuchungen herstellen. Aus seiner Sicht kann es genauso gut sein, dass ein technisches Problem beim Versicherer vorliegt. In jedem Fall ist er nicht verpflichtet, beim Versicherer Nachforschungen anzustellen. Unabhängig davon reicht eine unterbleibende Abbuchung für sich allein noch nicht aus, um den Zugang der Kündigung nachzuweisen. Erst wenn sie sich in eine Reihe von Indizien einfügen sollte, die alle darauf hindeuten, dass der Zugang erfolgt ist, kommt ihr eine erhöhte Bedeutung zu. Eine solche Reihe von Indizien trug der Versicherer nicht vor. Seine Kündigung war damit unwirksam. Ob eine Todesfallleistung auszuzahlen war, musste dann in einem zweiten Schritt gesondert geprüft werden und war nicht mehr Gegenstand des Schlichtungsverfahrens.

### **Hausratversicherung**

Wenn die eine Versicherung die andere (vermeintlich) aufhebt

Das E-Bike der Beschwerdeführerin wurde aus dem gemeinschaftlichen Fahrradkeller ihres Mehrfamilienhauses gestohlen. Sie besaß zwar eine separate Fahrradversicherung, aber deren Versicherer lehnte eine Regulierung ab, weil das Rad nicht wie vorgesehen an einem festen Gegenstand angeschlossen gewesen war, was im Fahrradkeller jedoch gar nicht möglich gewesen wäre. Die Beschwerdeführerin wandte sich daher an ihren Hausratversicherer, bei dem der einfache Fahrraddiebstahl mitversichert war.

Dieser lehnte eine Zahlung aber ebenfalls ab. Er berief sich dabei auf eine vertragliche Vereinbarung, wonach „Sachen im Privatbesitz, die durch einen gesonderten Versicherungsvertrag versichert sind (z. B. für Schmucksachen und Pelze, Kunstgegenstände, Musikinstrumente bzw. Jagd- und Sportwaffen)“, nicht zum versicherten Hausrat gehören. Diese Klausel findet sich seit den VHB 2008 auch in den Musterbedingungen des GDV, gleichwohl war bei der Schlichtungsstelle noch keine ähnliche Beschwerde eingegangen. In den vorherigen Musterbedingungen galt die Einschränkung ausdrücklich nur für Schmucksachen und Pelze.



Bei einer solchen Regelung, welche den Versicherungsschutz von vornherein ausschließt, also unabhängig davon, ob der andere Versicherer letztlich eine Leistung erbringt oder nicht, handelt es sich um eine sogenannte qualifizierte Subsidiaritätsklausel. Die Ombudsfrau verwies den Versicherer darauf, dass der Wortlaut der Klausel zwar seine Auffassung stütze, aber sowohl in der Rechtsprechung als auch in der rechtswissenschaftlichen Literatur vertreten wird, dass solche qualifizierten Subsidiaritätsklauseln grundsätzlich als unwirksam anzusehen seien, da sie sowohl überraschend im Sinne von § 305c BGB als auch intransparent im Sinne von § 307 BGB seien. Darüber hinaus erschien die vorliegende Konstellation auch deshalb als problematisch, weil im Versicherungsschein unter dem Abschnitt „Leistungserweiterungen“ explizit darauf hingewiesen wurde, dass Fahrraddiebstahl versichert sei. In den folgend aufgeführten Regelungen zum genauen Versicherungsschutz war zudem nicht erwähnt, dass Fahrräder grundsätzlich nicht versichert sein sollten, sofern eine entsprechende Zusatzversicherung besteht.

Die Ombudsfrau gab zusätzlich zu bedenken, dass ein durchschnittlicher verständiger Versicherungsnehmer kaum damit rechnen dürfte, dass für Fahrräder eine qualifizierte Subsidiaritätsklausel gelten sollte. Warum sollte ihm als Versicherungsnehmer einer gesonderten Fahrradversicherung ein Nachteil gegenüber einem Versicherungsnehmer entstehen, der sein Fahrrad nicht zusätzlich versichert hat? Nachvollziehbare Gründe für eine pauschale Schlechterstellung unabhängig davon, ob der Versicherungsnehmer Anspruch auf eine Regulierung seines Schadens durch den anderen Versicherer hat, dürften aus seiner Sicht nicht ersichtlich sein. Außerdem fragte die Ombudsfrau den Versicherer, ob die Beschwerdeführerin bei Vertragsabschluss gefragt worden war, ob sie über gesonderte Versicherungen für einzelne Hausratgegenstände verfüge, bzw. ob sie auf die entsprechende Einschränkung des Versicherungsschutzes hingewiesen worden war.

Die Beschwerdegegnerin entschied sich daraufhin ohne nähere Begründung dafür, der Beschwerde abzuweichen, und zahlte der Beschwerdeführerin die vertraglich vereinbarte Höchstentschädigung in Höhe von 1.430 Euro aus.

### **Kfz-Versicherung**

Eine Frage des Typs

Ein Versicherer hatte bei unterschiedlichen Verträgen die Typschlüsselnummer jeweils falsch hinterlegt bzw. verarbeitet. Infolgedessen machte er jeweils erhebliche Nachforderungen geltend. Im Rahmen des Schlichtungsverfahrens konnte dies aufgeklärt werden. Hintergrund der falschen Nummern sei ein technischer Fehler gewesen. Der Versicherer korrigierte anschließend die falsch hinterlegten Typschlüsselnummern und hielt die von ihm ursprünglich geltend gemachten Beitragsnachforderungen nicht mehr aufrecht.



### **Gebäudeversicherung**

#### Asche auf das Haupt des Versicherers

Das Haus der 74-jährigen Beschwerdeführerin wurde bei einem Brand erheblich beschädigt. Die Sanierungskosten beliefen sich auf circa 50.000 Euro. In ihrer Schadensanzeige gab die Beschwerdeführerin an, die Asche des Kamins in die vor der Garage stehende Mülltonne eingefüllt zu haben. Zuvor habe sie die Asche wie üblich zwei bis drei Tage in einem Metallascheeimer zur vollständigen Abkühlung zwischengelagert. Unter Berücksichtigung der Sachverhaltsdarstellung der Beschwerdeführerin, dem vorgefundenen Schadensbild und den von der Polizei telefonisch erhaltenen Auskünften nahm der Versicherer keine weiteren Untersuchungen zur Schadensursache vor. Er ging davon aus, dass die Beschwerdeführerin den Versicherungsfall grob fahrlässig herbeigeführt habe und nahm eine Leistungskürzung von 50 Prozent vor.

Die Ombudsfrau wies den Versicherer auf Folgendes hin: Die Beschwerdeführerin hatte unbestritten vorgetragen, dass sie die Asche habe auskühlen lassen, bevor sie diese in die Mülltonne entsorgte. Es handelte sich dabei um einen Zeitraum von zwei bis drei Tagen und nicht nur von wenigen Stunden. Die Wahrscheinlichkeit, dass noch Glutnester vorhanden waren, sei daher eher gering gewesen. Unabhängig davon stehe nicht fest, dass der Brand durch die eingefüllte Asche verursacht wurde. Ein Gutachten zur Ermittlung der Brandursache wurde weder vom Versicherer noch von der Polizei in Auftrag gegeben. Denkbar wäre daher auch, dass ein Passant eine glühende Zigarette in der Mülltonne entsorgt hatte, die den Brand auslöste. Nach erneuter Prüfung hielt der Versicherer den Einwand der grob fahrlässigen Herbeiführung des Versicherungsfalls nicht mehr aufrecht und verzichtete auf eine Leistungskürzung.

### **Kfz-Versicherung**

#### Der abgekoppelte Anhänger

Ein Versicherer ging davon aus, dass auch ein abgekoppelter Anhänger als mit dem Zugfahrzeug verbunden angesehen werden kann, wenn sich der Schadenfall in einem unmittelbaren zeitlichen und räumlichen Zusammenhang mit dem Abkoppeln ereignete. Dieser Auffassung konnte sich die Ombudsfrau nicht ohne Weiteres anschließen, zumal die Verbindung zu dem Zugfahrzeug gerade deshalb getrennt wurde, um den Anhänger händisch rangieren zu können.

Der Versicherer lenkte daraufhin ein und half der Beschwerde ab.

### **Rechtsschutzversicherung**

#### Das ist keine Droge – das ist Medizin

Der Beschwerdeführer wünschte Rechtsschutzdeckung für die Durchsetzung von Ansprüchen nach dem Widerruf eines Vertrages zum Kauf, zur Pflege, Ernte, Vermarktung und Lieferung von Cannabisprodukten.



Die Beschwerdegegnerin lehnte die Kostenübernahme zunächst ab. Zur Begründung führte sie u. a. an, eine Deckungszusage sei wegen eines möglichen Verstoßes gegen § 29 BtMG unzulässig. Weiter ging sie davon aus, dass der Beschwerdeführer den Versicherungsfall vorsätzlich herbeigeführt habe und dass der Kapitalanlageausschluss eingreife.

Die Ombudsfrau war anderer Ansicht. Eine generelle Unzulässigkeit der Deckungszusage unter Hinweis auf § 29 BtMG war nicht ersichtlich. Auch im Strafrechtsschutz sei der Versicherungsschutz nicht schon deshalb ausgeschlossen, weil dem Versicherungsnehmer ein strafbares Verhalten vorgeworfen wird. Darüber hinaus ergäben sich aus dem vorgelegten Kaufvertrag keine Anhaltspunkte dafür, dass der Vertrag gegen das Betäubungsmittelgesetz oder gegen die guten Sitten verstoße. Gegenstand der Investition sei der Anbau von medizinischem Cannabis mit dem Wirkstoff Cannabidiol, dem keine berauschende Wirkung zukomme und der nicht in den Anlagen zu § 29 BtMG aufgeführt sei. Dass die konkret erworbenen Pflanzen gleichwohl dem BtMG unterfielen, sei nicht substantiiert dargelegt.

Auch eine vorsätzliche Herbeiführung des Versicherungsfalls sei nicht ersichtlich. Der Versicherungsfall habe in der Zurückweisung des Widerrufs gelegen. Anhaltspunkte dafür, dass der Beschwerdeführer diese Zurückweisung im Rechtsinn wollte oder billigte, lägen nicht vor.

Schließlich griff nach Auffassung der Ombudsfrau auch der Kapitalanlageausschluss nicht ein. Zum maßgeblichen Zeitpunkt bestand eine Rechtsschutzdeckung, die Kapitalanlagestreitigkeiten bis zu einer Deckungssumme von 20.000 Euro ausdrücklich umfasste.

Auf entsprechende Anregung der Ombudsfrau stellte die Beschwerdegegnerin ihre Bedenken zurück und half der Beschwerde ab.

### **Hausratversicherung**

Kein Versicherungsschutz trotz Wegschließens im Tresor?

Wie sich aus den Videoaufnahmen des Nachbarn ergab, drangen mehrere Männer mitten am Tag durch eine unverschlossene Terrassentür in das Haus des Beschwerdeführers ein, dessen Frau sich zu dieser Zeit im Garten befand. Die Täter nahmen einige offen liegende Wertgegenstände mit, verwüsteten ein Arbeitszimmer und brachen aus dem unverschlossenen Büroschrank einen darin fest eingebauten Tresor heraus. Wohl weil sich der Tresor nicht ohne Weiteres öffnen ließ, schleppten die Männer den verschlossenen Tresor in einer Wolle gehüllt aus dem Haus und verließen den Tatort samt diesem. Im Tresor befand sich Schmuck im Wert von über 25.000 Euro.

Die Beschwerdegegnerin lehnte eine Regulierung des entstandenen Schadens ab, weil die Voraussetzungen eines versicherten Einbruchdiebstahls nicht erfüllt seien. Sie bot dem Beschwerdeführer jedoch auf freiwilliger Basis einen Betrag in Höhe von 500 Euro an. Der Beschwerdeführer lehnte den Vorschlag ab und verwies u. a. darauf, dass der Büroschrank beim Herausbrechen des Tresors zerstört



worden sei und es sich sowohl um einen besonders schweren Diebstahl im Sinne des § 243 StGB als auch um einen Bandendiebstahl gemäß § 244 StGB handele. Dass die Entscheidung anders ausgefallen wäre, wenn der Tresor noch an Ort und Stelle aufgebrochen worden wäre, grenze dabei an Hohn.

Die Ombudsfrau erläuterte dem Beschwerdeführer, dass es auf die Regelungen im Strafgesetzbuch nicht ankommt und weswegen ein versicherter Einbruchdiebstahl nicht gegeben war. Da die Täter durch die unverschlossene Terrassentür in das Haus eindringen konnten, lag weder ein Einbrechen oder Einsteigen noch ein Eindringen mithilfe von Werkzeugen vor. Zwar wäre zumindest die Entwendung des Tresorinhalts laut den Versicherungsbedingungen versichert gewesen, wenn die Täter den Tresor aufgebrochen hätten. Dies gilt laut einhelliger Rechtsauffassung allerdings nur, wenn dies am Versicherungsort geschieht. Nehmen die Täter ein verschlossenes Behältnis dagegen mit und brechen es erst an einem anderen Ort auf, so ist dies im Rahmen der Musterbedingungen, die auch vorliegend vereinbart waren, vom Versicherungsschutz einer Hausratversicherung nicht umfasst. Es blieb der Ombudsfrau daher nur, gegenüber dem Beschwerdeführer zu bedauern, dass ausgerechnet die streitgegenständliche Konstellation nicht versichert war.

### **Allgemeine Haftpflichtversicherung**

(Schaf)Bockiges Haustier

Der Beschwerdeführer hält privat 4–5 Schafe und Lämmer; die Tiere sind ausgebrochen und der Schafsbock hat eine Nachbarin verletzt. Nach den maßgeblichen Bedingungen zur Privathaftpflichtversicherung ist die gesetzliche Haftpflicht des Versicherungsnehmers als Halter und Hüter von zahmen Haustieren versichert. Der Versicherer berief sich darauf, dass das Halten von Schafen als Nutztiere bedingungsgemäß ausgeschlossen sei. Dem konnte im Ergebnis nicht zugestimmt werden, und auf folgenden Hinweis entschied sich der Versicherer für eine Abhilfe:

„Sie verwenden in den Bedingungen die Begrifflichkeiten des BGB, indem Sie zwischen zahmen Tieren (Haustieren), gezähmten Tieren und wilden Tieren unterscheiden. Zu den Haustieren findet sich etwas in § 833 BGB, die wilden Tiere werden in § 960 Absatz 1, 2 BGB erwähnt, die gezähmten Tiere in § 960 Absatz 3 BGB. An diesen Begrifflichkeiten werden Sie sich festhalten lassen müssen.

Das Gesetz definiert den Begriff Haustier nicht. Maßgeblich für die Auslegung ist der gewöhnliche Sprachgebrauch [Grüneberg/Sprau, BGB, 84. Auflage, § 833 Rn. 16]. Nach einer Formulierung des RG sind Haustiere ‚diejenigen Gattungen von zahmen Tieren, die in der Hauswirtschaft zu dauernder Nutzung oder Dienstleistung gezüchtet und gehalten zu werden pflegen und dabei aufgrund von Erziehung und Gewöhnung der Beaufsichtigung und dem beherrschenden Einfluss des Halters unterstehen‘, RGZ 158, 388 [391]. Der Gegensatz zum Haustier ist das wilde Tier [§ 960 Absatz 1]; das Haustier ist von Natur aus zahm, wie dies bei Pferd, Maultier, Esel, Rind, Ziege, Schaf, Schwein, Hund, Katze, Geflügel [einschließlich seltener Arten], Tauben sowie Kaninchen der Fall ist [MüKoBGB/Wagner, 9. Auflage 2024, BGB § 833 Rn. 50].“



### **Gebäudeversicherung**

Ist ein leerstehendes Gebäude anfälliger für Sturmschäden?

Der Beschwerdeführer hatte ein landwirtschaftliches Anwesen versichert. Bei einem Sturm stürzte ein Baum auf ein Gebäude. Unter Hinweis auf den zum Schadenszeitpunkt bestehenden Leerstand des Gebäudes lehnte der Versicherer eine Schadenregulierung wegen Gefahrerhöhung ab. In den vertraglich vereinbarten Versicherungsbedingungen war geregelt, dass eine Gefahrerhöhung vorliegt, wenn sich die tatsächlich vorhandenen Umstände so verändert haben, dass der Eintritt des Versicherungsfalls oder eine Vergrößerung des Schadens oder die ungerechtfertigte Inanspruchnahme des Versicherers wahrscheinlicher sind. Liegt eine Gefahrerhöhung vor, ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen, es sei denn, die Erhöhung der Gefahr hatte weder Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalls noch auf den Umfang der Leistung des Versicherers.

Der Versicherer wurde darauf hingewiesen, dass nicht ersichtlich sei, inwiefern der Leerstand des Gebäudes den Eintritt oder die Vergrößerung des Schadens wahrscheinlicher gemacht haben soll. Es sei anzunehmen, dass der Schaden in derselben Form eingetreten wäre, wenn das Gebäude bei Schadenseintritt benutzt oder bewohnt gewesen wäre. Daraufhin bestätigte der Versicherer seine Eintrittspflicht.

### **Hausratversicherung**

Durchgehend versichert und trotzdem keine Entschädigung?

Der Beschwerdeführer stellte sein für ca. 4.000 Euro erworbenes Fahrrad am 21. Mai 2024 gegen 13:30 Uhr am Bahnhof seines Wohnortes ab. Bei seiner Rückkehr am 2. Juni 2024 um 17:00 Uhr entdeckte er, dass es zwischenzeitlich gestohlen worden war. Wann und von wem es entwendet wurde, konnte die Polizei trotz Videoüberwachung des Bahnhofs nicht aufklären.

Der Beschwerdeführer hatte bis zum 1. Juni 2024 eine Hausratversicherung mit Einschluss einer Fahrraddiebstahlklausel bei einem Versicherer. Die Entschädigungsgrenze für Fahrraddiebstahl lag bei 1.000 Euro. Ab dem 1. Juni um 12 Uhr war sein Hausrat bei einem anderen Versicherer versichert. Die dortige Entschädigungsgrenze für Fahrraddiebstahl betrug 4.000 Euro. Der Beschwerdeführer meldete seinen Schaden beiden Versicherern. Beide lehnten eine Regulierungsleistung ab, weil der Beschwerdeführer nicht nachweisen konnte, dass der Schaden während der jeweiligen Vertragslaufzeit eingetreten war und nicht vor Vertragsbeginn bzw. nach Vertragsende. Er legte daher gegenüber beiden Versicherern bei der Ombudsfrau Beschwerde ein.

In seiner Stellungnahme schlug der Nachversicherer vor, eine gemeinsame Lösung mit dem Vorversicherer zu finden. Diesen Vorschlag begrüßte die Ombudsfrau und erläuterte beiden Versicherern telefonisch, dass sie beide ablehnenden Regulierungsentscheidungen zwar rechtlich nicht beanstanden könne, weil der Beschwerdeführer nicht nachweisen konnte, dass der Versicherungsfall innerhalb der jeweiligen Vertragslaufzeit eingetreten ist. Aber sie verwies auch darauf, dass



das Ergebnis aus Sicht des Beschwerdeführers schwer nachzuvollziehen sei und dem allgemeinen Gerechtigkeitsempfinden widersprechen könnte, sodass ein entsprechendes Ergebnis dem Image der Versicherungsbranche insgesamt wohl kaum förderlich sein dürfte.

Die Versicherer telefonierten im Folgenden miteinander, wurden sich hinsichtlich der Höhe der jeweiligen Beteiligung aber nicht einig. Der Nachversicherer zahlte letztlich 250 Euro an den Beschwerdeführer aus und verwies darauf, dass das Fahrrad bis zur Entdeckung des Schadens lediglich einen Tag bei ihm versichert gewesen war und die Wahrscheinlichkeit somit deutlich höher sei, dass der Diebstahl vor Beginn der Vertragslaufzeit stattgefunden habe. Der Vorversicherer verwies darauf, dass die Entschädigungsgrenze nur bei 1.000 Euro und somit im Vergleich zum Folgevertrag deutlich niedriger gelegen habe. Daher hielt er ebenfalls eine Zahlung in Höhe von lediglich 250 Euro für angemessen.

Da weitere Bemühungen um höhere freiwillige Zahlungen der Versicherer erfolglos waren, blieb es bei der Zahlung von insgesamt 500 Euro an den Beschwerdeführer. Die Ombudsfrau konnte dem Beschwerdeführer darüber hinaus nur die ihm obliegende Beweislast verdeutlichen sowie ihre intensiven Bemühungen, die Angelegenheit einvernehmlich zu klären. Sie verwies aber auch darauf, dass die Wahrscheinlichkeit, dass das Fahrrad während der Vertragslaufzeit beim Vorversicherer gestohlen worden war, deutlich überwog und viel dafür sprach, dass sein Entschädigungsanspruch ohnehin nur bei 1.000 Euro gelegen hätte.

### **Kfz-Versicherung**

Werk- oder Güterverkehr? Das ist hier die Frage

Ein Beschwerdeführer hatte nach der Beurteilung eines Versicherers den versicherten Lkw entgegen der vertraglichen Vereinbarung (Werkverkehr) im Güterverkehr eingesetzt. Für diese Auffassung sprachen zwar einige Anhaltspunkte, wie die Bezeichnung des Fahrzeugs als Lieferwagen durch den Beschwerdeführer. Auch das Anbringen eines Hermes-Magnetschildes oder einer anderen entsprechenden Beschriftung am Fahrzeug erscheint typisch für eine Fahrzeugnutzung im Rahmen einer Paketzustellung. Letztlich ließ sich die konkrete Verwendung aber nicht abschließend im Rahmen des Schlichtungsverfahrens klären. Dem Beschwerdeführer wurde dies so erläutert. Dabei wurde er darauf hingewiesen, dass im vereinfachten Schlichtungsverfahren eine weitergehende Beweisaufnahme, wie etwa die Vernehmung der Beteiligten, nicht vorgesehen ist. Ohne eine gesicherte Tatsachengrundlage konnte der Versicherer letztlich nicht im Sinne des Beschwerdeführers verpflichtet werden.

### **Allgemeine Haftpflichtversicherung**

Fest verbauter“ Toilettendeckel?

Der Beschwerdeführer beschädigte in einer Ferienwohnung den Toilettendeckel und wurde vom Vermieter auf Ersatz in Anspruch genommen. Der Privathaftpflichtversicherer lehnte eine Leistungspflicht ab und begründete dies damit, dass die gesetzliche Haftpflicht wegen Mietsachschäden in Ferienunterkünften



ausschließlich „an beweglichen Sachen“ versichert sei. Ein WC-Deckel sei fest verbaut und somit keine bewegliche Sache. Dem konnte nicht gefolgt werden und mit dem kurzen Hinweis, dass Gebäudebestandteile nur mit erheblichem Aufwand ausgebaut sowie andersorts nicht wiederverwendet werden können und diese Situation bei einem Toilettendeckel, der binnen weniger Minuten ausgetauscht und an anderer Stelle montiert werden kann, nicht gegeben ist, wurde eine Abhilfe erreicht.

Ohne diese Abhilfe hätte man im Übrigen noch viel diskutieren müssen: Wie ist die Klausel nach ihrem konkreten Wortlaut tatsächlich zu verstehen? Wie ist der Versicherungsschutz für den Bereich Mietsachschaden insgesamt beschrieben und liegt ggf. eine erhebliche Abweichung vom sonst üblichen Deckungsumfang vor?

### **Sonstige: Tier OP-Versicherung**

Leistungsumfang der Vor- und Nachsorge

Eine Tier-OP-Versicherung übernimmt häufig auch die Kosten der Vor- und Nachsorge. Fehlt in den Versicherungsbedingungen in diesem Zusammenhang eine konkrete zeitliche Begrenzung, kann dies zu Streit führen. Im vorliegenden Fall ging es um folgende Klausel: „Im OP-Kostenschutz ersetzt der Versicherer die Kosten einer Operation inkl. unmittelbarer stationärer und ambulanter Nachsorge im nach Tarif und Vertrag vereinbarten Umfang.“

Die Operation des Tieres hatte im Oktober stattgefunden, im Anschluss daran erfolgten über mehrere Monate hinweg weitere Behandlungen. Die Beschwerdeführerin verlangte vom Versicherer die Erstattung der dadurch entstandenen Kosten. Die Ombudsfrau lehnte es ab, den Versicherer entsprechend zu verpflichten. Maßgeblich sei die Auslegung der Versicherungsbedingungen aus Sicht eines durchschnittlichen Versicherungsnehmers ohne versicherungsrechtliche Spezialkenntnisse. Versicherungsbedingungen sind danach so zu verstehen, wie sie bei verständiger Würdigung, aufmerksamer Durchsicht und unter Berücksichtigung des Sinnzusammenhangs erscheinen.

Auch wenn der Versicherer in seinen Bedingungen keinen konkreten Zeitraum benennt, bedeutet dies nicht, dass er nach einer Operation über einen unbegrenzten Zeitraum weitere Behandlungskosten übernehmen muss. Der Schwerpunkt seiner Leistungspflicht liegt auf den Kosten der Operation selbst sowie auf den Kosten der „unmittelbaren“ Nachsorge.

Ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer versteht unter „unmittelbar“ eine zeitlich eng an die Operation anschließende Nachsorge. Diese umfasst insbesondere Wundversorgung, Entfernung von Operationsmaterial, Überwachung des Heilungsverlaufs, das Erkennen von Komplikationen sowie Maßnahmen zur Wiederherstellung der Beweglichkeit.

Davon abzugrenzen ist die langfristige Nachsorge, die der Stabilisierung und dem Erhalt des Operationserfolgs dient. Diese fällt nicht mehr unter den Versicherungsschutz der OP Versicherung.



### **Restschuldversicherung**

Unverschuldet arbeitslos?

Dem Versicherungsnehmer wurde von seinem Arbeitgeber außerordentlich und fristlos gekündigt. Nähere Angaben zum Kündigungsgrund enthielt das Kündigungsschreiben nicht. In der vom Arbeitgeber ausgefüllten Arbeitsbescheinigung wurde jedoch ein vertragswidriges Verhalten als Grund für die Kündigung angegeben. Der Arbeitsbescheinigung ließ sich zudem entnehmen, dass es im Vorfeld keine Abmahnung gegeben hatte.

Die Versicherer verlangen bei der Absicherung der Arbeitslosigkeit im Rahmen einer Restschuldversicherung stets, dass der Versicherte unverschuldet arbeitslos geworden ist. Das Kündigungsschreiben und die Arbeitsbescheinigung deuteten aber auf eine selbst verschuldete Arbeitslosigkeit hin.

Der Beschwerdeführer trug indes vor, allein sein Gesundheitszustand sei Anlass für die Kündigung gewesen. Er wies darauf hin, dass er unmittelbar vor der Kündigung krankgeschrieben gewesen sei und ihm daher in diesem Zeitraum kein Fehlverhalten zur Last gefallen sein könne. Ein ärztliches Attest für eine über eine Woche andauernde Arbeitsunfähigkeit im betroffenen Zeitraum legte er vor. Der Arbeitgeber sei zudem kurz nach der Kündigung gestorben. Das Unternehmen sei anschließend liquidiert worden. Ein gerichtliches Vorgehen gegen die Kündigung wäre daher nicht zielführend gewesen.

Die Ombudsfrau wandte sich mit dem schlüssigen Vorbringen des Beschwerdeführers und den sich daraus ergebenden Zweifeln an einer selbst verschuldeten Arbeitslosigkeit noch einmal an den Versicherer. Dieser bot im Wege einer einvernehmlichen Lösung die Übernahme der Hälfte der versicherten Raten an.

Nach den Unterlagen hätte der Versicherungsnehmer Schwierigkeiten gehabt, eine unverschuldete Arbeitslosigkeit zu belegen. Der Arbeitgeber hätte hierzu auch außerhalb des Schlichtungsverfahrens nicht mehr befragt werden können. Nach sorgfältiger Abwägung der Risiken eines gerichtlichen Verfahrens nahm der Beschwerdeführer das Angebot des Versicherers an.

### **Rechtsschutzversicherung**

Wenn Liebe zur Falle wird

Der Beschwerdeführer beehrte Rechtsschutzdeckung für die gerichtliche Geltendmachung der Rückzahlung eines privaten Darlehens über 20.000 Euro, das er einer Person gewährt hatte, die ihm ein Liebesverhältnis vorgespiegelt haben soll. Nach Darstellung des Beschwerdeführers diene die vorgetäuschte emotionale Bindung allein dem Zweck, ihn zur Hingabe des Geldbetrags zu veranlassen. Eine Rückzahlung erfolgte nicht.

Die Beschwerdegegnerin lehnte die Kostenübernahme zunächst unter Berufung auf den in den vereinbarten Rechtsschutzbedingungen enthaltenen Risikoausschluss für Streitigkeiten im ursächlichen Zusammenhang mit der Vergabe von



Darlehen ab. Das Ausfallrisiko eines Darlehens gehöre zu den typischen, vom Versicherungsschutz ausgeschlossenen Risiken.

Die Ombudsfrau äußerte Zweifel an dieser Bewertung. Zwar gehöre es zu den allgemeinen Risiken eines Darlehens, dass dieses nicht oder nicht vollständig zurückgezahlt werde. Fraglich sei jedoch, ob dazu auch das Risiko zähle, dass dem Versicherungsnehmer ein Liebesverhältnis vorgetäuscht wird, um ihn durch eine strafbare Handlung zur Hingabe seines Vermögens zu bewegen. Insoweit wies die Ombudsfrau auf Parallelen zur Rechtsprechung zu Kapitalanlage- und Spekulationsrisikoausschlüssen hin, die nach der Rechtsprechung dann nicht eingreifen, wenn es dem Schädiger von Anfang an nicht um die Durchführung des beabsichtigten Rechtsgeschäfts, sondern allein um die Erlangung des Kapitals durch eine Straftat ging (vgl. u.a. OLG Düsseldorf, Beschluss vom 20. Oktober 2017, Az. 4 U 232/15; LG Düsseldorf, Urteil vom 15. April 2021, Az. 9 S 38/19).

Angesichts der nicht eindeutigen Rechtslage regte die Ombudsfrau unter Hinweis auf den Schlichtungsgedanken an, die Zweifelsfrage im Kundeninteresse zu entscheiden. Daraufhin half die Beschwerdegegnerin der Beschwerde ab und sagte Versicherungsschutz zu.

### **Allgemeine Haftpflichtversicherung**

#### **Doppelt eingewandte Verjährung**

Die Beschwerdeführerin hatte im Jahr 2021 einen Haftpflichtschaden gemeldet und auf die vom Privathaftpflichtversicherer sofort erfolgte Unterlagenanforderung nicht mehr reagiert. Erst in 2025 fragte der Vermittler wegen einer Kulanzprüfung nach. Der Versicherer wies dieses Ansinnen mit der Begründung zurück, der Anspruch auf Versicherungsschutz sei mittlerweile verjährt. Die Beschwerdeführerin erklärte ihre jahrelange Untätigkeit damit, dass der zum Schadenszeitpunkt zuständige Vermittler ihr gesagt habe, für Schäden an Verschleißteilen bestehe kein Versicherungsschutz. Im Glauben an die fehlende Erfolgsaussicht habe sie deswegen auf die Anfrage aus 2021 nicht geantwortet.

Die Ombudsfrau entschied zugunsten der Beschwerdeführerin. Weil der Versicherer die Einrede der Verjährung nicht nur in Bezug auf den Leistungsanspruch erhob, sondern auch im Hinblick auf die Zulässigkeit des Beschwerdeverfahrens, soll an dieser Stelle umfangreicher aus der zusprechenden Entscheidung zitiert werden.

„Im Rahmen dieses Schlichtungsverfahrens wurde die Beschwerdegegnerin auf die rechtlichen Bedenken gegen die Verjährungseinrede in Anbetracht einer fehlenden abschließenden Regulierungsentscheidung gemäß § 15 VVG hingewiesen. Die Beschwerdegegnerin blieb bei ihrer Einschätzung, ihre Mitwirkung habe die Beschwerdeführerin treuwidrig unterlassen, sodass eine abschließende Regulierungsentscheidung im Sinne von § 15 VVG entbehrlich gewesen sei. Des Weiteren zog die Beschwerdegegnerin die Zulässigkeit dieses Schlichtungsverfahrens in Zweifel, da gemäß § 2 Absatz 4 e) der VomVO ein Verfahren nicht



stattfindet, 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. Es sei nicht Sache der Schlichtungsstelle, den nicht näher definierten Begriff der Offensichtlichkeit zum Nachteil der Beschwerdegegnerin auszulegen. Die Verjährung könne im Zweifel nur durch ein ordentliches Gericht geklärt werden. [...]

Eine Verjährung dieses Deckungsanspruchs ist entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin nicht eingetreten. Die von ihr in Abrede gestellte Überprüfungsmöglichkeit der Verjährungsfrage in diesem Schlichtungsverfahren besteht und wird durch 2 Absatz 4 e) VomVO nicht ausgeschlossen. Ein Verfahren vor der Ombudsfrau findet demnach nicht statt, wenn die Beschwerde offensichtlich ohne Aussicht auf Erfolg ist oder mutwillig erscheint. Anschließend werden exemplarisch [,insbesondere'] Tatbestände aufgeführt, bei denen von offensichtlicher Erfolglosigkeit oder Mutwilligkeit auszugehen ist. Einer dieser Tatbestände liegt vor, wenn der Anspruch bei Antragstellung bereits verjährt war und der Beschwerdegegner sich auf die Verjährung beruft. Für eine offensichtliche Erfolglosigkeit muss sich somit – entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin – nicht nur auf Verjährung berufen werden; Verjährung muss außerdem tatsächlich eingetreten sein. Ob diese Voraussetzung gegeben ist, ist von der Ombudsfrau zu prüfen, denn sie allein entscheidet abschließend darüber, ob das Schlichtungsverfahren durchzuführen ist oder mangels offensichtlicher Erfolglosigkeit der Beschwerde nicht stattfindet.

Vorliegend war der von der Beschwerdeführerin geltend gemachte Anspruch aus dem Versicherungsverhältnis bei Antragstellung nicht verjährt. Gemäß § 15 VVG ist der Lauf der hier dreijährigen Verjährungsfrist [§ 195 BGB] solange gehemmt, bis dem Versicherungsnehmer die Entscheidung des Versicherers über den geltend gemachten Anspruch in Textform zugeht. [...] Hätte die Beschwerdegegnerin eine abschließende Klärung dieses Vorgangs herbeiführen wollen, wäre es ihr unbenommen gewesen, eine abschließende schriftliche Entscheidung im Sinne von § 15 VVG herbeizuführen, um die Verjährungsfrist in Lauf zu setzen.

[Im Übrigen ...] führt bloßes Nichtstun nicht dazu, dass auch ohne eine abschließende Entscheidung der Beschwerdegegnerin die Verjährungsfrist zu laufen beginnt. Der BGH hat in einem Urteil vom 13. März 2002 [IV ZR 40/01] festgestellt, dass die Verjährung grundsätzlich nicht beginnt, bevor der Versicherungsnehmer die notwendigen Mitwirkungshandlungen vorgenommen hat. Eine Ausnahme stelle, so der BGH, treuwidriges Verhalten dar. Eine solche Treuwidrigkeit kann nur dann angenommen werden, wenn das berechtigte Interesse eines Versicherers, sich nicht mit länger zurückliegenden Sachverhalten befassen zu müssen, eklatant verletzt wurde [vgl. z. B. Pröiss/Martin/Armbruster, VVG-Kommentar in 32. Auflage, 2024, § 15 Rn. 5]. Allein dadurch, dass ein Versicherungsnehmer untätig bleibt, ist eine solche Verletzung der Interessen eines Versicherers aber noch nicht anzunehmen [so auch OLG München, Urteil vom 18. März 2003 – 25 U 4558/02], zumal die Beschwerdegegnerin hier jederzeit über § 15 VVG in den Lauf der Verjährungsfrist hätte eingreifen können.“



## 3 Einzelheiten zur Schlichtungsstelle

### 3.1 Allgemeines

Die Schlichtungsstelle ist seit der Gründung des Trägervereins Versicherungsombudsmann e.V. im Jahr 2001 organisatorisch dort angesiedelt. Der Verein ist als juristische Person rechtsfähig und gewährleistet damit die eigenständige Organisation sowie die institutionelle Unabhängigkeit der Schlichtungsstelle. Sitz des Vereins ist Berlin; dort befinden sich auch die Geschäftsstelle und das Büro der Ombudsfrau.

Zweck des Vereins ist die Förderung der außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten mit Verbrauchern, insbesondere aus Versicherungsverträgen oder im Zusammenhang mit deren Vermittlung.

Nach § 3 Absatz 1 der Vereinssatzung können der GDV und dessen Mitgliedsunternehmen sowie Mitglieder des Verbands der Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit e.V., soweit keine GDV-Mitgliedschaft besteht, dem Verein beitreten. Zum 31. Dezember 2025 hatte der Verein 305 Mitglieder (Vorjahr: 314).

Organe des Vereins sind der Vorstand und die Mitgliederversammlung. Ergänzend besteht ein Beirat, dessen Einrichtung und Aufgaben in der Satzung verankert sind. Mitglieder des Beirats sind Vertreter aus Verbraucherorganisationen, Mitgliedsunternehmen, der Versicherungsaufsicht, der Wissenschaft, den Bundestagsfraktionen sowie der Versicherungsvermittler.

Der Beirat wirkt insbesondere bei der Bestellung der Ombudsfrau, bei Änderungen der Verfahrensordnungen sowie bei der allgemeinen Begleitung und Beratung ihrer Arbeit mit. Er trägt in besonderer Weise zur Unabhängigkeit der Ombudsfrau bei und gilt als Garant für die ausgewogene Interessenvertretung verschiedener gesellschaftlicher Gruppen. Die Zusammensetzung des Beirats – einschließlich der Beteiligung von Verbraucherorganisationen – bleibt im Vergleich zu anderen Schlichtungsstellen ein besonderes Merkmal des Versicherungsombudsmann e.V.

Seit dem 1. April 2024 führt Dr. Sibylle Kessal-Wulf das Amt der Ombudsfrau. Ihre Amtszeit dauert satzungsgemäß bis zum 31. März 2029.

Die Tätigkeit des Versicherungsombudsmann e.V. beruht auf verschiedenen Grundlagen.

Das Verhältnis zu den Mitgliedsunternehmen ist privatrechtlicher Natur. Diese erkennen mit ihrem Beitritt die Vereinssatzung und die Verfahrensordnung (VomVO) an und ermöglichen ihren Kunden damit, Streitigkeiten durch eine unabhängige Stelle klären zu lassen. Für Verbraucher bestehen keine Kosten oder Verpflichtungen; ihre etwaigen Ansprüche verjähren während des Verfahrens nicht. Unter bestimmten Voraussetzungen ist der Spruch der Ombudsfrau für Versicherer verbindlich.



Daneben wurden der Schlichtungsstelle gesetzliche Aufgaben zugewiesen.

Seit 2005 ist der Versicherungsombudsmann e. V. zuständig für Streitigkeiten aus Versicherungsverträgen, die unter ausschließlicher Verwendung von Fernkommunikationsmitteln abgeschlossen wurden (§ 214 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 VVG).

Nach § 214 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 VVG ist der Versicherungsombudsmann e. V. als anerkannte Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten zwischen Versicherungsvermittlern oder -beratern und Versicherungsnehmern tätig. Grundlage hierfür war die Umsetzung der EU-Vermittlerrichtlinie (Richtlinie 2002/92/EG) durch das Vermittlergesetz von 2007.

Die Zuweisung beider Aufgaben wurde im Bundesanzeiger vom 3. Juli 2008 (Nr. 98, S. 2376) veröffentlicht.

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

Der Versicherungsombudsmann e. V. ist Mitglied im FIN-NET der Europäischen Kommission, einem Netzwerk nationaler Streitbeilegungsstellen im Finanzdienstleistungsbereich. Mitglied werden können nur Einrichtungen, die über eine unabhängige Ombudsperson verfügen und deren Verfahrensordnung europäischen Mindeststandards genügt. FIN-NET erleichtert insbesondere die Beilegung grenzüberschreitender Streitigkeiten.

Darüber hinaus ist der Versicherungsombudsmann e. V. befugt, gesetzlich vorgesehene vorgerichtliche Einigungsversuche durchzuführen (§ 15a EGZPO). Er ist damit einer staatlichen Gütestelle gleichgestellt.

Nach § 278a ZPO kann ein Gerichtsverfahren ruhen, wenn sich die Parteien für ein Verfahren der außergerichtlichen Konfliktbeilegung – etwa beim Versicherungsombudsmann e. V. – entscheiden.

#### 3.2 Organisation und Personal

Die Ombudsfrau ist von den Mitgliedsunternehmen mit der Durchführung der Beschwerdeverfahren betraut und hierfür mit den erforderlichen Kompetenzen ausgestattet. Zur Bearbeitung sämtlicher zulässiger Eingaben stellt der Versicherungsombudsmann e. V. qualifizierte Mitarbeiter sowie die notwendigen Sachmittel zur Verfügung. Damit wird gewährleistet, dass die Ombudsfrau ihre Aufgaben unabhängig und effizient wahrnehmen kann.

Zwar sind alle Beschäftigten des Vereins organisatorisch dem Geschäftsführer unterstellt; soweit es jedoch die inhaltliche Bearbeitung der Beschwerden betrifft, hat die Ombudsfrau gemäß § 13 Absatz 4 der Vereinssatzung das fachliche Weisungsrecht. Darüber hinaus ist sie an wesentlichen Personalentscheidungen be-



teilt. Durch die Vergabe von Zeichnungsrechten sowie interne Vorlagepflichten stellt sie sicher, dass jede Beschwerde nach einheitlichen fachlichen Maßstäben bearbeitet wird.

Die Anliegen der Verbraucher werden sorgfältig und effizient geprüft. Grundlage der elektronischen Bearbeitung ist das für die Schlichtungsstelle entwickelte System Ombudat. Darin werden alle relevanten Informationen zu einem Beschwerdeverfahren zentral erfasst und stehen den Mitarbeitern unmittelbar zur Verfügung. Auf diese Weise gehen keine Erkenntnisse verloren, und den Beteiligten können jederzeit verlässliche Auskünfte erteilt werden.

Das System ermöglicht es zudem den juristischen Referenten, frühere Entscheidungen einzusehen und bei der Beurteilung vergleichbarer Fälle zu berücksichtigen. Seit dem Jahr 2020 erfolgt die gesamte Beschwerdebearbeitung ausschließlich digital; die elektronische Akte hat sich dabei als verlässliches Arbeitsinstrument bewährt.

Im Jahr 2025 wurde Ombudat technisch weiterentwickelt, um die Abläufe in der Fallbearbeitung und Berichterstattung noch effizienter zu gestalten.

Die Bearbeitung der Beschwerden erfolgt in zwei funktional getrennten Bereichen: dem Servicecenter und der juristischen Abteilung.

Im Servicecenter waren im Berichtsjahr 15 Versicherungskaufleute und -fachwirte tätig. Sie nehmen Schlichtungsanträge entgegen, erfassen die Angaben im EDV-System und unterstützen die Verbraucher bei der Formulierung ihres Anliegens und der Zusammenstellung erforderlicher Unterlagen. Zudem prüfen sie die Zulässigkeit der Beschwerde im Sinne der Verfahrensordnungen und informieren, falls das Anliegen nicht in den Zuständigkeitsbereich der Ombudsfrau fällt.

In der juristischen Abteilung unterstützen Volljuristen die Ombudsfrau bei der rechtlichen Bewertung der Beschwerden. Sie prüfen die geltend gemachten Ansprüche, führen die juristische Korrespondenz, sondieren Einigungsmöglichkeiten und entscheiden in Abstimmung mit der Ombudsfrau über die Berechtigung einzelner Beschwerden.

Die Referenten arbeiten nach fachlichen Schwerpunkten entsprechend den Versicherungssparten. Zum Ende des Berichtsjahres waren 23 juristische Referenten tätig.

Darüber hinaus beschäftigt der Verein Mitarbeiter in den Bereichen Sekretariat, Verwaltung, Betriebsorganisation und IT. Zum Jahresende 2025 waren insgesamt 48 Personen beim Versicherungsombudsmann e. V. angestellt.

Durch die im Bericht enthaltene Gewinn- und Verlustrechnung (siehe [Abschnitt 3.9](#)) sowie durch die statistische Auswertung der Fallzahlen wird die Tätigkeit der Schlichtungsstelle auch aus betriebswirtschaftlicher und quantitativer Sicht transparent dargestellt.



### 3.3 Vereinsmitglieder und Mitgliederversammlung

Der Versicherungsombudsmann e. V. ist der Trägerverein der Schlichtungsstelle.

Nach § 3 Absatz 1 der Vereinssatzung (siehe [Abschnitt 5.3](#)) können der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) und dessen Mitgliedsunternehmen sowie Mitglieder des Verbands der Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit e. V., die nicht dem GDV angehören, in den Verein aufgenommen werden.

Zum 31. Dezember 2025 hatte der Verein 305 Mitglieder (Vorjahr: 314). Veränderungen im Mitgliederbestand resultierten vor allem aus Beitritten neuer Unternehmen, aus Fusionen sowie aus der Einstellung des Geschäftsbetriebs einzelner Mitglieder.

Die Mitglieder bilden gemeinsam das höchste Organ des Vereins. Sie kommen mindestens einmal jährlich in der Mitgliederversammlung zusammen, um die grundlegenden Angelegenheiten des Vereins zu entscheiden. Dazu gehören die Beschlussfassung über den Haushalt, die Genehmigung des Jahresabschlusses, die Wahl der Mitglieder des Vorstands und der Mitgliedervertreter im Beirat sowie – gemeinsam mit dem Beirat – die Bestellung der Ombudsperson und Änderungen der Verfahrensordnungen.

Die Mitglieder tragen den Verein finanziell. Der jährliche Finanzbedarf wird durch ein Umlageverfahren gedeckt, dessen Höhe sich nach dem von der Mitgliederversammlung beschlossenen Wirtschaftsplan richtet. Die Umlage verteilt sich auf alle Mitglieder nach dem Verhältnis ihrer jährlichen Bruttobeitragseinnahmen. Darüber hinaus entrichten die Versicherungsunternehmen eine Fallpauschale für nach der VomVO zulässige Beschwerden (siehe [Abschnitt 3.9](#)).

Die ordentliche Mitgliederversammlung fand im Berichtsjahr 2025 am 24. September virtuell statt.

Im Mittelpunkt standen die Beschlussfassungen über einen Stellvertreter der Ombudsfrau, die Entlastung von Vorstand und Geschäftsführung, die Genehmigung des Jahresabschlusses 2024 sowie des Wirtschaftsplans 2026. Die Mitgliederversammlung hat Prof. Dr. Rainer Schlegel einstimmig zum Stellvertreter der Ombudsfrau gewählt. Bereits der Beirat des Vereins hatte am 3. April 2025 seine Bestellung einstimmig befürwortet. Prof. Dr. Schlegel begann seine richterliche Laufbahn 1987 am SG Stuttgart. Nach weiteren Stationen am LSG Baden-Württemberg sowie am BVerfG wurde er 1997 Richter am BSG. Von 2016 bis zu seiner Pensionierung im Februar 2024 war er Präsident dieses Gerichts. Seit dem 1. November 2024 ist Prof. Dr. Schlegel zudem Ombudsmann für die private Krankenversicherung.

Die Berichte der Ombudsfrau Dr. Kessal-Wulf über die Entwicklung der Beschwerdebearbeitung, aktuelle rechtliche Fragen und die Erfahrungen des abgelaufenen Jahres sowie der Bericht des Geschäftsführers Graf von Rex zu Organisation, Finanzen und Statistik 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 nicht durch die Satzung der Mitgliederversammlung, dem Beirat oder der Geschäftsführung übertragen sind.

Zu den wesentlichen Aufgaben des Gremiums zählen die Vertretung des Vereins nach außen, das Vorschlagsrecht zur Wahl der Ombudsperson, die Aufstellung des Wirtschaftsplans und des Jahresabschlusses, die Bestellung und Abberufung der Geschäftsführung sowie deren Aufsicht. Vorstand und Mitgliederversammlung bilden die Organe des Vereins.

Der Vorstand besteht aus mindestens fünf und höchstens elf Personen. Die Mitglieder werden für eine Amtszeit von vier Jahren gewählt und müssen zum Zeitpunkt ihrer Wahl einem Organ eines Vereinsmitglieds angehören. Sie üben ihr Amt ehrenamtlich aus. Den Vorsitz wählt der Vorstand aus seiner Mitte.

Die aktuelle Amtsperiode des Vorstands begann mit der Neuwahl des Gremiums am 25. September 2024 und läuft bis 2028. Den Vorsitz führt weiterhin Thomas Flemming, Vorsitzender der Aufsichtsräte der Mecklenburgischen Versicherungen. Die vollständige Zusammensetzung des Vorstands ist im Anhang unter [Abschnitt 5.6](#) aufgeführt.

Im Berichtsjahr 2025 fanden drei Vorstandssitzungen statt, darunter eine am 4. Juni in der Geschäftsstelle des Trägervereins in Berlin und zwei weitere am 2. April und 25. August in virtueller Form.

Thematische Schwerpunkte bildeten insbesondere die Prüfung und Feststellung des Jahresabschlusses 2024, die Verabschiedung des Wirtschaftsplans für das Geschäftsjahr 2026 sowie die Begleitung der Arbeit der Ombudsfrau und der Geschäftsstelle.

Die laufenden Geschäfte des Vereins werden vom Geschäftsführer wahrgenommen.

Die Bestellung und Abberufung des Geschäftsführers erfolgt durch den Vorstand, wobei dem Beirat ein Mitspracherecht in Form eines Vorschlags- und Beratungsrechts zusteht.

Der Geschäftsführer übt seine Tätigkeit auf Grundlage der Vereinssatzung und einer vom Vorstand erlassenen Geschäftsordnung aus; im Rahmen dieser besitzt er Vertretungsmacht gemäß § 30 BGB.

Zu seinen Aufgaben gehören unter anderem die Vorbereitung und Einberufung der Mitgliederversammlung, die Umsetzung der Beschlüsse der Vereinsorgane sowie die Aufstellung des Wirtschaftsplans. Über seine Entlastung beschließt – ebenso wie über die des Vorstands – die Mitgliederversammlung.



Der Geschäftsführer ist Vorgesetzter aller Mitarbeiter und trägt die Verantwortung für die organisatorischen Abläufe des Vereins.

Er wirkt zugleich in Abstimmung mit der Ombudsfrau an der Aufsicht über die Beschwerdebearbeitung mit.

Seit Februar 2022 ist Constantin Graf von Rex Geschäftsführer des Versicherungsombudsmann e.V.

### 3.5 Beirat

Gemäß § 12 der Vereinssatzung gehört zum Versicherungsombudsmann e.V. ein Beirat.

Das Gremium hat maßgeblichen Einfluss auf die institutionelle Ausgestaltung der Schlichtungsstelle: Es ist an der Bestellung und ggf. Abberufung der Ombudsperson beteiligt, und Änderungen der Verfahrensordnungen bedürfen seiner Zustimmung.

Darüber hinaus begleitet der Beirat die Tätigkeit und die Entwicklung der Schlichtungsstelle kontinuierlich. Er nimmt den Bericht der Ombudsfrau entgegen, berät sie bei Bedarf in grundsätzlichen Fragen und erhält dadurch einen umfassenden Einblick in die Arbeit der Schlichtungsstelle. Auf dieser Grundlage kann er Anregungen geben, auf mögliche Verbesserungen hinweisen und zur Qualitätssicherung der Schlichtungspraxis beitragen.

Die Einbindung eines mit Fachleuten aus unterschiedlichen Bereichen besetzten Gremiums wirkt vertrauensbildend – gegenüber Verbrauchern, ihren Organisationen, den Mitgliedsunternehmen und der Öffentlichkeit. Sie unterstreicht, dass die Unabhängigkeit der Ombudsfrau nicht nur satzungsmäßig garantiert, sondern auch praktisch gelebt wird.

Die im Beirat vertretenen Experten – darunter kritische Vertreter von Verbraucherorganisationen – leisten durch ihre Perspektiven einen wichtigen Beitrag zur Glaubwürdigkeit der Schlichtungsstelle.

Gerade wenn Beschwerden nicht erfolgreich abgeschlossen werden, ist es für die Akzeptanz seitens der Beschwerdeführer entscheidend, nachvollziehen zu können, dass das Ergebnis auf einer unabhängigen und sachgerechten Prüfung beruht.

Die Zusammensetzung und Größe des Beirats sind in § 12 Absatz 1 der Vereinssatzung geregelt.

Für die Vertreter des öffentlichen Lebens gilt seit 2014 eine abstrakte Verteilungsformel nach Größe und Anzahl der Fraktionen des Deutschen Bundestags. Dadurch wird eine parteiübergreifende und ausgewogene Zusammensetzung dieser Beiratsgruppe sichergestellt.



Die aktuelle Amtsperiode des Beirats begann am 28. Februar 2022. Den Vorsitz führt Prof. Dr. Petra Pohlmann, Inhaberin des Lehrstuhls für Bürgerliches Recht, Wirtschaftsrecht und Zivilverfahrensrecht am Institut für Internationales Wirtschaftsrecht der Juristischen Fakultät der Universität Münster.

Im Berichtsjahr 2025 befasste sich der Beirat insbesondere mit der Fortentwicklung der Beschwerdebearbeitung, der Qualitätssicherung der Verfahren sowie Fragen der Digitalisierung und Effizienzsteigerung.

Der Beirat setzte sich zum Ende des Berichtsjahres 2025 wie folgt zusammen:

- jeweils sieben Vertreter der Mitgliedsunternehmen und von Verbraucherorganisationen (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. – vzbv, Stiftung Warentest, Bund der Versicherten e.V. – BdV),
- zwei Vertreter der Versicherungsaufsicht,
- drei aus der Wissenschaft,
- zwei aus Organisationen der Versicherungsvermittler sowie
- sieben Vertretern der Bundestagsfraktionen (CDU/CSU, SPD, Bündnis 90/ Die Grünen, Die Linke und AfD).

Die vollständige Zusammensetzung des Beirats ist im Anhang unter [Abschnitt 5.5](#) dargestellt.

### 3.6 Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Die Ombudsfrau repräsentiert die Schlichtungsstelle nach außen.

Die aktive Öffentlichkeitsarbeit des Versicherungsombudsmann e.V. konzentriert sich auf die Veröffentlichung des Jahresberichts, der zugleich das wichtigste Informationsmedium des Vereins darstellt. Sämtliche Berichte stehen auf der Website des Vereins zum Download bereit und bieten einen transparenten Einblick in die Tätigkeit der Schlichtungsstelle.

Neben dem Jahresbericht enthält die Website zahlreiche weitere Informationen – etwa Erläuterungen zum Verfahren, zu den rechtlichen Grundlagen, zur Zuständigkeit der Ombudsfrau und zu statistischen Auswertungen. Der Jahresbericht selbst informiert umfassend über die Beschwerdetätigkeit in allen Versicherungssparten, stellt detaillierte Daten zur Beschwerdestatistik bereit und enthält die Gewinn- und Verlustrechnung des Vereins. Damit leistet er einen wesentlichen Beitrag zur Transparenz der Schlichtungsarbeit.

Auskünfte gegenüber der Presse erteilt in erster Linie die Ombudsfrau.

Sie nimmt zu aktuellen Entwicklungen Stellung, erläutert die Besonderheiten der Schlichtungsverfahren und ordnet relevante rechtliche oder versicherungspraktische Fragen ein. Für ergänzende Auskünfte, insbesondere zu statistischen und organisatorischen Themen, steht der Geschäftsführer des Vereins zur Verfügung.



Der Jahresbericht wird traditionell im Rahmen einer Pressekonferenz vorgestellt, die sich an die interessierte Medienöffentlichkeit richtet. Im Berichtsjahr wurde der Jahresbericht von Dr. Kessal-Wulf und Graf von Rex präsentiert.

Die Veranstaltung fand am 16. April 2025 in virtueller Form statt und stieß auf großes Interesse seitens der Fach- und Wirtschaftspresse.

Wie bereits in den Vorjahren ging ein großer Teil der Berichterstattung auf Anfragen und Initiativen der Medien selbst zurück. Zahlreiche Zeitschriften und Onlinepublikationen griffen Themen der Schlichtungsarbeit auf und zitierten Stellungnahmen der Ombudsfrau zu Entwicklungen in der Versicherungs- und Rechtspraxis. Darüber hinaus gaben Dr. Kessal-Wulf und Graf von Rex zahlreiche TV- und Radiointerviews und nahmen an Podcasts teil.

Die öffentliche Begleitung der Tätigkeit des Versicherungsombudsmann e.V. ist ausdrücklich erwünscht. Einrichtungen der außergerichtlichen Streitbeilegung bedürfen der kritischen Beobachtung durch die Medien, um das Vertrauen in ihre Unabhängigkeit und Qualität zu stärken.

Der Versicherungsombudsmann e.V. trägt diesem Anspruch durch eine offene Informationspolitik und eine transparente Darstellung seiner Arbeit Rechnung.

Gleichwohl können nicht alle Fragen, die an die Schlichtungsstelle herangetragen werden, beantwortet werden. Dies gilt insbesondere für personenbezogene Informationen über Beschwerdeführer sowie für unternehmensbezogene Angaben zu konkreten Verfahren, Verfahrensausgängen oder Beschwerdezahlen. Der Schutz der Vertraulichkeit bleibt ein zentrales Prinzip der Schlichtungstätigkeit.

### 3.7 Fachlicher Austausch

Der Versicherungsombudsmann e.V. und die Ombudsfrau sind fester Bestandteil der nationalen und internationalen Verbraucherschlichtungsstrukturen.

Der kontinuierliche Erfahrungsaustausch mit anderen Schlichtungsstellen – sowohl auf nationaler als auch auf europäischer Ebene – fördert die Qualität der Arbeit und trägt zur Weiterentwicklung gemeinsamer Standards bei.

Im Berichtsjahr 2025 nahmen Dr. Kessal-Wulf und Graf von Rex erneut an verschiedenen Fach- und Netzwerktreffen teil.

Darüber hinaus hielt Dr. Kessal-Wulf mehrere Vorträge. Sie stellte dort die Schlichtungsstelle und ihre Arbeitsschwerpunkte vor und hob die Bedeutung außergerichtlicher Streitbeilegung für den Verbraucherschutz hervor.

Ein weiterer wichtiger Bestandteil des fachlichen Austauschs war das regelmäßige Treffen der Schlichtungsstellen des Finanzdienstleistungssektors, das in den Räumlichkeiten des Deutscher Sparkassen- und Giroverband e.V. in Berlin statt-



fand. Dort wurden übergreifende Themen wie Fallbearbeitung, Verfahrensharmonisierung und Öffentlichkeitsarbeit diskutiert.

Auch der traditionell enge Kontakt zur Stiftung Warentest wurde fortgeführt. Graf von Rex beteiligte sich an der „Expertenrunde Recht“ und tauschte sich über aktuelle Entwicklungen im Verbraucherrecht und in der Versicherungsbranche aus.

### 3.8 Gremienarbeit

Die Ombudsfrau, der Geschäftsführer sowie Experten aus der juristischen Abteilung bringen ihre Erfahrungen und Erkenntnisse aus der Schlichtungspraxis in verschiedene nationale und europäische Gremien ein. Diese Mitwirkung fördert den Austausch zwischen Aufsicht, Wissenschaft, Wirtschaft und Verbraucherschutz und trägt zur Weiterentwicklung der außergerichtlichen Streitbeilegung bei.

Bei der BaFin war die Schlichtungsstelle im Berichtsjahr 2025 in zwei wichtigen Gremien vertreten: im Verbraucherbeirat und im Fachbeirat.

Der Verbraucherbeirat berät die BaFin bei der Wahrnehmung ihrer Aufsichtsaufgaben aus Verbrauchersicht. Die Ombudsfrau gehört dort zu den Vertretern außergerichtlicher Streitbeilegungssysteme.

Der Fachbeirat setzt sich gemäß § 8 des FinDAG aus Vertretern der Finanzwissenschaft, der Kredit- und Versicherungswirtschaft, der Deutschen Bundesbank sowie von Verbraucherschutzorganisationen zusammen. Das Gremium berät die BaFin bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und unterstützt sie bei der Weiterentwicklung aufsichtsrechtlicher Grundsätze.

Dr. Kessal-Wulf nahm im Berichtsjahr 2025 an den Sitzungen beider Beiräte teil und brachte dort die Perspektive der Schlichtungsstelle ein.

Im FIN-NET der Europäischen Kommission, dem Netzwerk der europäischen Streitbeilegungsstellen im Finanzdienstleistungsbereich, vertritt der Geschäftsführer die Schlichtungsstelle.

Er beteiligte sich auch im Jahr 2025 an den Arbeitssitzungen des Netzwerks, in denen Fragen der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit, der Effizienzsteigerung und der europäischen Mindeststandards für Verbraucherschlichtung erörtert wurden (siehe dazu auch [Abschnitt 3.1](#)).

Der Versicherungsombudsmann e.V. ist darüber hinaus im Beirat der Produktinformationsstelle Altersvorsorge (PIA) vertreten.

Die Schlichtungsstelle wird dort durch die Referentinnen Katja Busch und Anja Ruch repräsentiert. Der Beirat hat eine beratende Funktion bei der Weiterentwicklung der von der PIA verwendeten Berechnungsmethoden und entscheidet über Vorschläge zu Änderungen am Simulationsverfahren, zur Chancen-Risiko-Klassifizierung sowie zur Berechnung der Effektivkosten.



### 3.9 Finanzen

Die Mitgliedsunternehmen finanzieren die Schlichtungsstelle durch Mitgliedsbeiträge und Fallpauschalen für bearbeitete Beschwerden. Die Beiträge werden in Form einer jährlichen Umlage erhoben, deren Höhe die Mitgliederversammlung aufgrund des vom Vorstand aufgestellten Wirtschaftsplans festsetzt. Eventuell vorhandene Überschüsse können dabei mindernd berücksichtigt werden. Ausgehend von dem ermittelten Finanzbedarf wird für jedes Unternehmen die Höhe des Beitrags einzeln berechnet, wobei die Höhe der Bruttobeitragseinnahmen der Mitglieder zueinander ins Verhältnis gesetzt wird. Der Mindestbeitrag ist 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, 133,50 Euro, für auf andere Weise beendete Verfahren 89,00 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 2025, 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-Rechnung<sup>1</sup>

	2025 TEUR	2024 TEUR
Mitgliedsumlagen einschließlich verrechneter Beitragsvorauszahlungen	3.897	3.714
Umsatzerlöse	1.587	1.418
Bestandsveränderung <sup>2</sup>	118	67
Erträge aus Beteiligungen	4	0
Sonstige Zinsen und ähnliche Erträge	1	2
Sonstige Erträge	46	71
<b>Erträge</b>	<b>5.653</b>	<b>5.273</b>
Personalaufwand	3.984	3.558
Raumkosten	862	716
Honorare, Gutachten, Beiträge, Gebühren	499	582
Kommunikationskosten	106	94
Reise, Sitzungs- und Tagungskosten	57	68
Abschreibung auf immaterielle Vermögenswerte des Anlagevermögens und Sachanlagen	81	71
Zinsen und ähnliche Aufwendungen	0	0
Sonstige Aufwendungen	130	203
Außerordentliche Aufwendungen	0	0
Steuern vom Einkommen und Ertrag	0	0
<b>Aufwendungen</b>	<b>5.719</b>	<b>5.293</b>
<b>Differenz Erträge und Aufwendungen</b>	<b>-66</b>	<b>-20</b>
Entnahme/Zuführung zur Abschreibungsrücklage	-71	53
Zuführung zur zweckgebundenen Rücklage	0	0
Entnahme Mitgliederguthaben	0	0
<b>Überschuss/Mitgliederguthaben</b>	<b>-137</b>	<b>33</b>

#### 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 stehen in der folgenden statistischen Betrachtung die zulässigen Beschwerden im Vordergrund.

Im Jahr 2025 gingen insgesamt 20.064 zulässige Beschwerden (Vorjahr: 15.659) ein. Gegenüber dem Vorjahr 2024 bedeutet dies eine Steigerung um 28,1 Prozent. Bis auf Realkredit wiesen alle Sparten Steigerungen im Beschwerdeeingang auf. Beschwerden, die nicht in den Zuständigkeitsbereich der Schlichtungsstelle fielen, stiegen auf 8.840 (5.889).

Die als unzulässig ausgewiesenen Vorgänge bestehen aus zwei Fallgruppen:

7.007 (4.350) 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“ geführt. Irrläufer, also Eingänge, die erkennbar an einen anderen Adressaten gerichtet waren, haben keinen Eingang in die Statistik gefunden.

Die zweite Fallgruppe bildeten 1.833 (1.539) Eingaben, die schon 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 Teil dieser Vorgänge dürfte darauf zurückzuführen sein, dass sich das Anliegen für die Verbraucher zwischenzeitlich erledigt hatte.

Insgesamt gingen damit im Berichtsjahr 28.904 (21.548) Eingaben bei der Schlichtungsstelle ein.

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.

Aufgrund der Steigerung des Gesamteingangs wiesen alle Sparten (außer Realkredit) zum Teil deutliche Zuwächse auf.

Bezogen auf die Gesamteingänge ist die **Kfz-Versicherung** (Kfz-Haftpflicht- und Kfz-Kaskoversicherung zusammengenommen) im Berichtsjahr die eingangsstärkste Sparte. Auch die zulässigen Beschwerden zur Kfz-Versicherung erhöhten



sich insgesamt um 49,7 Prozent. Dabei stiegen die Eingaben zur Kfz-Kaskoversicherung auf nunmehr 3.519 (4.442) nach 2.342 (2.900) im Jahr 2024. Dies entspricht einem Anstieg von 50,3 Prozent. Beschwerden in der Kfz-Haftpflichtversicherung nahmen im Vergleich zum Vorjahr auch deutlich zu, und zwar von 1.212 (2095) auf 1.801 (3.125). Dies entspricht 48,6 Prozent. Der mit 58 Prozent vergleichsweise niedrige Anteil zulässiger 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.

Die höchste Steigerung einer Einzelsparte mit 52,7 Prozent der Beschwerden wies die **Allgemeine Haftpflichtversicherung** auf. Diese Sparte verzeichnete 1.098 (2.077) Eingaben in 2025 nach 719 (1.236) im Jahr davor. Auch hier war der Anteil zulässiger Vorgänge vergleichsweise niedrig mit 53 Prozent. Eine ähnlich niedrige Quote weist die Kfz-Haftpflichtversicherung auf. Hier betreffen die Anliegen oft Schadenersatzansprüche von Dritten, für die keine Zuständigkeit des Versicherungsombudsmann e.V. besteht.

Beschwerden in der **Rechtsschutzversicherung** verzeichneten ein deutliches Plus von 36,4 Prozent und stiegen auf 4.005 (4.513) Eingaben. 2024 war bereits ein Zuwachs von 11,3 Prozent zu verzeichnen.

Die als „Sonstige“ geführten Beschwerden stiegen auch 2025 weiter an. Unter dem Sammelbegriff „**Sonstige**“ werden Sparten mit vergleichsweise wenigen Eingaben geführt, u. a. Reiseversicherungen und solche Beschwerden, die mehrere Sparten betreffen, weil es sich beispielsweise um kombinierte Verträge handelt. 2025 wurden zu dieser Kategorie 2.706 (mit unzulässigen 3.792) Beschwerden eingelegt, wobei die Reiserücktrittsversicherung mit 681 und die Tierkrankenversicherung mit 657 Eingaben Schwerpunkte bildeten. 2024 waren es 1.987 (2.773) „Sonstige“-Eingaben. Dies entspricht einem Zuwachs von 36,2 Prozent.

Die zulässigen Eingaben in der **Berufsunfähigkeitsversicherung** haben erneut zugenommen. 2025 waren es 430 (573), was einem Zuwachs von 31,5 Prozent entspricht. 2024 waren es 327 (443) und 2023 294 (397) Beschwerden.

Nach rückläufigen Eingaben in der Sparte **Unfall** im Jahr 2024 war im Jahr 2025, ähnlich wie in 2023, wieder eine deutliche Steigerung zu verzeichnen. 623 (735) Eingaben bedeuten gegenüber dem Vorjahr mit 489 (565) eine Steigerung von 27,4 Prozent. Der Anteil an der Gesamtheit der zulässigen Eingänge liegt aktuell unverändert bei 3,1 Prozent.

Der Verlauf der Beschwerdeeingänge in der **Hausratversicherung** war in den vergangenen Jahren schwankend. 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). 2025 erhöhten sich die Eingänge erneut um 18,2 Prozent auf 1.109 (1.279) und erreichen damit Höchststände. Der prozentuale Anteil am Gesamteingang zulässiger Beschwerden sank leicht auf 5,5 Prozent.



2021 sorgte ein Sondereffekt in der **Gebäudeversicherung** für sehr viele Neubeschwerden. Im Jahr 2025 ist ohne einen einzelnen Sondereffekt ein leichter Anstieg der Beschwerden gegenüber 2024 zu verzeichnen. Der Beschwerdeeingang erhöhte sich von 2.047 (2.359) auf 2.099 (2.470), was einer Steigerung von 2,5 Prozent entspricht.

In der **Lebensversicherung** wurde 2025 eine geringfügige Steigerung von 0,6 Prozent der zulässigen Eingaben verzeichnet, während 2024 eine Reduzierung zu verzeichnen war und 2023 ein Anstieg erfolgte. Insgesamt weist die Sparte auch eine gewisse Volatilität auf. Die Zahl der zulässigen Beschwerden erhöhte sich von 2.653 (3.221) auf 2.669 (3.273) und bleibt nahezu gleich.

Zulässige Beschwerden zu **Realkreditverträgen** sanken 2025 von 9 auf 5 Eingaben. Anzumerken ist, dass für diesen Aufgabenbereich die Zuständigkeit des Versicherungsombudsmanns bzw. der Versicherungsombudsfrau erst im Jahr 2013 begründet wurde (keine Versicherungssparte).

2025 wurden 16.737 (Vorjahr: 14.012) zulässige Beschwerden **beendet**. Damit wurden zusammen mit den unzulässigen und den von den Beschwerdeführern nicht weiterverfolgten Vorgängen 25.419 (19.809) Verfahren abschließend bearbeitet. Die durchschnittliche Verfahrensdauer der Vorjahre an zulässigen Beschwerden konnte mit **3,5 Monaten**, aufgrund der hohen Beschwerdezahlen, nicht gehalten werden. In Tagen betrachtet, erhöhte sich im Vergleich zum Vorjahr die Dauer von 86,1 Tagen auf 105,4 Tagen (ausschließlich Unternehmensbeschwerden 105,3) 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 61,6 Tage und Vermittlerbeschwerden 61,8 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 95,7 Prozent der Vorgänge im Beschwerdewertbereich unter 5.000 Euro liegen, während sich in der Berufsunfähigkeitsversicherung nur 26,6 Prozent der Eingaben innerhalb dieser Bandbreite befinden.

Schließlich wird die Erfolgsquote der zulässigen Unternehmensbeschwerden nach Sparten prozentual ausgewiesen. Hierbei zeigt sich, dass 2025 die Verbraucher bei der Sparte Kfz-Haftpflichtversicherung mit 65,9 Prozent, gefolgt von der Sparte Kfz-Kaskoversicherung mit 61,1 und der Sparte „Sonstige“ mit 58,4 Prozent die größten Erfolgchancen hatten. Am anderen Ende der Skala befinden sich im Berichtsjahr die Sparten Unfall- (29,7 Prozent) und Berufsunfähigkeitsversicherung (31,5 Prozent) sowie die Gebäudeversicherung (37,8 Prozent). Die Gründe hierfür werden unter [4.3](#) erläutert.



## 4.2 Differenzierung nach Zuständigkeiten der Ombudsfrau

Die Zuständigkeit für Beschwerden gegen Versicherungsvermittler erfordert eine Abgrenzung zum Verfahren gegen Versicherungsunternehmen. Seit Übernahme dieser gesetzlich definierten Aufgabe muss die Ombudsfrau festlegen, welches Verfahren einschlägig ist. In seltenen Fällen kommt es vor, dass zwei Verfahren eröffnet werden – eines gegen das Mitgliedsunternehmen und eines gegen den Vermittler.

Auch wenn Beschwerden nicht vom Aufgabenbereich der Ombudsfrau erfasst werden, ist eine Differenzierung erforderlich. Es muss entschieden werden, für welches Verfahren die Unzulässigkeit gilt: Handelt es sich um eine unzulässige Unternehmensbeschwerde (z.B. Beschwerde eines Selbstständigen ohne verbraucherähnliche Stellung), um eine unzulässige Vermittlerbeschwerde (z.B. wenn sich ein Vermittler über einen anderen Vermittler beschwert) oder um einen Vorgang, der keiner dieser Kategorien zugeordnet werden kann (z. B. Beschwerde gegen ein Handelsunternehmen wegen einer defekten Waschmaschine)?

Vorgänge dieser Art waren ursprünglich den unzulässigen Unternehmensbeschwerden zugeordnet. Inzwischen werden sie der Kategorie „Anderweitige“ zugeordnet. Diese Differenzierung dient nicht nur statistischen Zwecken, sondern ermöglicht auch eine genauere Bewertung der Verbraucherbeschwerden im Versicherungsbereich.

Bei der Betrachtung der Statistik ist zudem zu berücksichtigen, dass Beschwerden im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen gegen gebundene Vermittler in der Regel die Voraussetzungen der VomVO erfüllen. Das Beschwerdeziel (z. B. Vertragsaufhebung oder Schadensregulierung) richtet sich häufig gegen den Versicherer. Solche Eingaben wurden daher überwiegend nach der für Verbraucher günstigeren VomVO behandelt – es sei denn, der Beschwerdeführer machte deutlich, dass ausschließlich das Verhalten des Vermittlers beanstandet wird.

Dementsprechend enthalten die Unternehmensverfahren auch Beschwerden mit Bezug zu Vermittlern, die jedoch nicht gesondert ausgewiesen werden. Dies ist bei der Auswertung der Rubrik „Vermittlerverfahren“ zu berücksichtigen. Da sich die beiden Verfahrensarten grundlegend unterscheiden (vgl. [Abschnitt 1.5](#)), werden sie getrennt dargestellt. In der Statistik unter [Abschnitt 4.5](#) finden sich sowohl Gesamtbetrachtungen als auch Auswertungen der einzelnen Zuständigkeitsbereiche.



### 4.3 Beschwerden gegen Versicherungsunternehmen

Von den 20.064 (Vorjahr: 15.659) im Berichtsjahr eingegangenen zulässigen Beschwerden entfielen 19.913 (15.501) auf Unternehmensbeschwerden. Dies entspricht einer Steigerung um 28,5 Prozent gegenüber dem Vorjahr.

Die folgenden Ausführungen beziehen sich ausschließlich auf die im Geschäftsjahr beendeten Unternehmensbeschwerden und nicht auf die eingegangenen Verfahren. Nach Abschluss eines Verfahrens liegen sämtliche Informationen und Erkenntnisse vor. Diese Verfahren eignen sich daher besser für eine vertiefte Auswertung als die bloßen Eingänge.

Im Berichtsjahr wurden 16.625 (13.859) zulässige Beschwerden gegen Versicherungsunternehmen beendet. In 1.697 (1.434) Fällen verfolgten die Beschwerdeführer ihr Anliegen nicht weiter. In vielen Fällen dürfte der Grund darin liegen, dass das Versicherungsunternehmen der Beschwerde zwischenzeitlich bereits abgeholfen hatte. Die Zulässigkeitsprüfung konnte in diesen Fällen entweder noch nicht erfolgen oder war noch nicht abgeschlossen.

In 458 (571) Verfahren konnte keine Entscheidung in der Sache getroffen werden. Die endgültige Bewertung des geltend gemachten Anspruchs hing von Fragen ab, deren Klärung die Möglichkeiten des vereinfachten Ombudsmannverfahrens überschritten oder die rechtsgrundsätzlicher Natur waren. Zudem hätte ihre Behandlung den effektiven Betrieb der Schlichtungsstelle ernsthaft beeinträchtigt (§ 9 Absatz 1 VomVO).

Von den verbleibenden 16.167 (13.288) Verfahren beendete die Ombudsfrau 8.316 (6.599) Fälle mit einer Entscheidung oder Empfehlung. In 5.395 (4.418) Verfahren half das Versicherungsunternehmen ab, das heißt, es kam dem Beschwerdeführer ganz oder teilweise entgegen. Ein Vergleich, also ein beiderseitiges Nachgeben, wurde in 787 (886) Fällen erzielt. In 1.669 (1.385) Verfahren zog der Beschwerdeführer seine Beschwerde zurück.

In 6.246 (3.782) Fällen lehnte die Ombudsfrau die Befassung mit der Beschwerde ab. Die Zulässigkeit richtet sich nach der hierfür maßgeblichen Verfahrensordnung (VomVO). Nicht zu befassen ist die Ombudsfrau beispielsweise mit Beschwerden von Dritten, die nicht durch einen Versicherungsvertrag mit dem Unternehmen verbunden sind, etwa Geschädigten eines Kfz-Unfalls, die Schadenersatzansprüche geltend machen.

Ein nur vorübergehender Hinderungsgrund für die Durchführung eines Beschwerdeverfahrens liegt beispielsweise vor, wenn sich ein Beschwerdeführer an die Ombudsfrau wendet, ohne zuvor die Entscheidung des Versicherungsunternehmens beanstandet zu haben. In solchen Fällen bittet die Ombudsfrau den Beschwerdeführer, dem Versicherer zunächst Gelegenheit zur Klärung zu geben. Dieses Vorgehen folgt dem Grundsatz, dass Meinungsverschiedenheiten möglichst auf der niedrigsten Konfliktstufe geklärt werden sollten. Nach der Beanstandung beim Versicherer kann das Verfahren durchgeführt werden, es sei denn, das Un-



ternehmen beantragt eine Aussetzung. Diese in § 2 Absatz 3 VomVO enthaltene Regelung weicht zugunsten der Verbraucher vom VSBG ab und dient der Verfahrensbeschleunigung.

Im Berichtsjahr waren 50,2 (52,4) Prozent der Beschwerden erfolgreich, soweit sie nicht die Lebensversicherung betrafen. Als erfolgreich gelten Verfahren, die dem Versicherungsnehmer vollständig oder teilweise den gewünschten rechtlichen oder wirtschaftlichen Vorteil bringen. Dies kann etwa der Fall sein, wenn eine Vertragslaufzeit entsprechend dem Wunsch des Versicherungsnehmers angepasst wird oder eine höhere Versicherungsleistung erbracht wird, beispielsweise eine höhere Schadenzahlung in der Gebäudeversicherung oder die Übernahme von Kosten für eine rechtliche Interessenvertretung in der Rechtsschutzversicherung.

Auch für Versicherer kann ein solches Verfahren positive Effekte haben. Wird eine Meinungsverschiedenheit frühzeitig ausgeräumt, entfällt weiterer Bearbeitungsaufwand. Zudem verbessert sich häufig das Verhältnis zum Versicherungsnehmer. 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 bereinigte Kundenbeziehung hat bessere Aussicht auf Bestand.

Beschwerden aus der Lebensversicherung weisen regelmäßig geringere Erfolgsaussichten auf. Sie richten sich häufig gegen Standmitteilungen, die Höhe der Überschüsse oder die Ablaufleistungen. Die Ombudsfrau kann die Anliegen der Beschwerdeführer nachvollziehen, da die Angaben für Verbraucher rechnerisch meist nicht nachvollziehbar sind. Dazu fehlen regelmäßig die erforderlichen Werte, Formeln und Fachkenntnisse. Zudem werden die Darstellungen der Versicherer häufig als unklar oder missverständlich wahrgenommen, und die mitgeteilten Ergebnisse können hinter den Erwartungen zurückbleiben. Die Prüfung durch die Ombudsfrau ergibt jedoch in den meisten Fällen weder rechnerische noch rechtliche Beanstandungen.

Die Erfolgsquote in der Lebensversicherung lag bis einschließlich 2011 unter 20 Prozent. Im Jahr 2012 wurde mit 23,3 Prozent erstmals ein höherer Wert erreicht; 2013 lag die Quote mit 34,0 Prozent auf einem bisherigen Höchststand. Dieser Anstieg beruhte maßgeblich auf Entwicklungen in der Rechtsprechung sowie deren Umsetzung durch die Unternehmen und wurde im Jahresbericht 2013 an dieser Stelle erläutert. Im Berichtsjahr waren 36,5 (34,4) Prozent der Beschwerden in der Lebensversicherung im zuvor beschriebenen Sinne erfolgreich.

Der Jahresbericht weist unter [Abschnitt 4.5](#) unter anderem die Erfolgsquoten nach Sparten aus. Da die Tabelle zugleich die Werte der vier vorangegangenen Jahre enthält, lässt sich die Entwicklung im Zeitverlauf nachvollziehen.

Nicht erfasst wird in der Statistik, ob Beschwerdeführer nach Erläuterung durch die Ombudsfrau die Entscheidung ihres Versicherers verstehen und akzeptieren. Ein solcher „Gewinn an Erkenntnis“ tritt erfahrungsgemäß häufig ein, lässt sich jedoch statistisch nicht abbilden. Gleichwohl tragen solche Verfahrensergeb-



nisse wesentlich dazu bei, dass die Ombudsfrau ihren Auftrag als Schlichterin erfüllt. Nach § 13 Absatz 3 der Vereinssatzung soll sie in bestimmten Fällen die Beilegung eines Streits durch eine Bescheidung mit verständlicher Erläuterung der Rechtslage fördern. Eine befriedende Wirkung tritt häufig ein, wenn die zuvor unzufriedene Partei nach der Prüfung die Zusammenhänge erkennt und nachvollziehen kann, dass sich der Verfahrensgegner vertrags- und gesetzeskonform verhalten hat.

#### 4.4 Beschwerden gegen Versicherungsvermittler

Das Vermittlerverfahren unterscheidet sich in mehreren Punkten vom Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsunternehmen. Insoweit wird auf die Erläuterungen in den [Abschnitten 1.5](#) und [4.2](#) verwiesen. Einige dieser Besonderheiten wirken sich auch auf die statistische Betrachtung aus.

So gibt es Beschwerden, die zwar in den gesetzlichen Aufgabenbereich fallen, sich jedoch nicht anhand rechtlicher Maßstäbe bewerten lassen. Dies lässt sich an folgendem Beispiel verdeutlichen: Beschwerdet sich ein Versicherungsnehmer darüber, dass ihn ein Vermittler während eines Beratungsgesprächs über einen Hausratversicherungsvertrag beleidigt habe und sich nicht entschuldigen wolle, sind grundsätzlich alle gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt. Es handelt sich um eine Streitigkeit (1.) eines Versicherungsnehmers (2.) mit einem Versicherungsvermittler (3.), die im Zusammenhang mit der Vermittlung eines Versicherungsvertrags (4.) steht. Gleichwohl kann die Ombudsfrau eine solche 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 festgelegten Maßstab, wonach sich ein Schlichtungsvorschlag am geltenden Recht orientieren soll. Für derartige Fälle ist dieser Maßstab ungeeignet; eine rein rechtliche Bewertung würde zudem häufig nicht zur Beilegung des Konflikts beitragen.

Da solche Beschwerden jedoch eindeutig zum gesetzlich übertragenen Aufgabenbereich gehören, nimmt sich die Ombudsfrau auch dieser Fälle an. Bei Vermittlerbeschwerden wird daher zwischen justiziablen und nicht justiziablen Beschwerdegegenständen unterschieden. Diese Differenzierung besteht im Beschwerdeverfahren gegen Versicherungsunternehmen nicht. Bei der Interpretation der statistischen Angaben ist dieser Unterschied zu berücksichtigen. Zudem ist zu beachten, dass die Zahl der Beschwerden gegen Versicherungsvermittler insgesamt relativ gering ist. Für detaillierte statistische Auswertungen fehlen daher häufig ausreichende Fallzahlen, insbesondere bei Teilmengen. Schlussfolgerungen sollten deshalb mit der gebotenen Vorsicht gezogen werden.

Im Berichtsjahr gingen 360 (Vorjahr: 334) Eingaben im Zuständigkeitsbereich der Vermittlerbeschwerden ein. Dies entspricht einem Anstieg von 7,8 Prozent gegenüber dem Vorjahr.



Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich ausschließlich auf die im Geschäftsjahr beendeten Vermittlerbeschwerden und nicht auf die eingegangenen Verfahren. Erst nach Abschluss eines Verfahrens liegen sämtliche Informationen vor, sodass eine vollständige Auswertung möglich ist.

Im Berichtsjahr beendete die Ombudsfrau 321 (327) Vermittlerbeschwerden. In 26 (26) Fällen verfolgten die Beschwerdeführer ihr Anliegen nicht weiter. 183 (148) Beschwerden konnten nicht dem – bereits weit ausgelegten – Aufgabenbereich der Ombudsfrau zugeordnet werden und waren daher unzulässig. Häufigster Grund hierfür war mit 59,0 (61,0) Prozent ein fehlender Zusammenhang mit einer Vertragsvermittlung. Die zweithäufigste Fallgruppe betraf mit 20,0 (19,0) Prozent das Fehlen einer vorherigen Anspruchsanmeldung beim Versicherungsvermittler.

Von den beendeten Beschwerden fielen 112 (153) in den Zuständigkeitsbereich der Vermittlerverfahren. Diese wurden danach unterschieden, ob der Beschwerdegegenstand einer rechtlichen Prüfung zugänglich, also justiziabel war. In diesen Fällen suchte die Ombudsfrau nach Ansätzen für eine einvernehmliche Lösung.

Bei 6,3 (5,9) Prozent der zulässig beendeten Beschwerden kam ein Vergleich zustande. In weiteren 6,3 (12,4) Prozent der Fälle half der Vermittler ab. Rücknahmen durch den Beschwerdeführer machten 8,9 (4,6) Prozent aus. In 51,7 (48,4) Prozent der Verfahren bewertete die Ombudsfrau die Beschwerde abschließend gegenüber den Parteien.

In 10,7 (13,1) Prozent der Verfahren konnte keine Entscheidung in der Sache getroffen werden, da die abschließende Bewertung von Fragen abhing, deren Behandlung den effektiven Betrieb der Schlichtungsstelle ernsthaft beeinträchtigen würde (§ 2 Absatz 1 Nr. 7 VermVO).

Beschwerden, die zwar in den Aufgabenbereich fielen, jedoch nicht justiziabel waren, machten 16,1 (15,6) Prozent der zulässig beendeten Eingaben aus. In diesen Fällen teilte die Ombudsfrau den Beteiligten ihre Einschätzung zum Beschwerdegegenstand mit und versuchte, auf eine befriedende Lösung hinzuwirken.

Alle Beschwerden – auch die nicht justiziablen – wurden selbstverständlich beantwortet. Insgesamt waren 31,7 (34,3) Prozent der zulässig beendeten Vermittlerbeschwerden ganz oder teilweise erfolgreich. In diese Kategorie fällt auch eine Bewertung allein auf Grundlage des Vortrags des Beschwerdeführers. In den wenigen Fällen, in denen der Beschwerdegegner keine Stellungnahme abgegeben hatte, konnte die Beschwerde nur auf dieser Grundlage geprüft werden.

Ob der Streit nach Abschluss des Schlichtungsverfahrens tatsächlich beendet war oder von den Parteien vor Gericht weitergeführt wurde, wird der Ombudsfrau in der Regel nicht mitgeteilt.



## 4.5 Tabellen und Grafiken

### 1. Gesamtbetrachtung der Eingänge im Berichtsjahr

Diese Auswertungen geben die **in 2025 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.*

	2025	2024	2023	2022	2021
Zulässige Beschwerden	20.064	15.659	13.205	11.898	14.106
Veränderung zum Vorjahr	+28,1 %	+18,6 %	+11,0 %	-15,7 %	+6,6 %
Unzulässige Beschwerden	7.007	4.350	3.896	3.171	3.321
Veränderung zum Vorjahr	+61,1 %	+11,7 %	+22,9 %	-4,5 %	-17,9 %
Keine Weiterverfolgung durch Beschwerdeführer	1.833	1.539	936	838	917
Veränderung zum Vorjahr	+19,1 %	+64,4 %	+11,7 %	-8,6 %	+7,5 %
<b>Beschwerden gesamt</b>	<b>28.904</b>	<b>21.548</b>	<b>18.037</b>	<b>15.907</b>	<b>18.344</b>
Veränderung zum Vorjahr	<b>+34,1 %</b>	<b>+19,5 %</b>	<b>+13,4 %</b>	<b>-13,3 %</b>	<b>+1,2 %</b>

#### *Eingang zulässiger Beschwerden im Vergleich zum Vorjahr*

	2025	2024	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Leben	2.669	2.653	+16	+0,6
Rechtsschutz	4.005	2.936	+1.069	+36,4
Kfz-Haftpflicht	1.801	1.212	+589	+48,6
Kfz-Kasko	3.519	2.342	+1.177	+50,3
Gebäude	2.099	2.047	+52	+2,5
Unfall	623	489	+134	+27,4
Hausrat	1.109	938	+171	+18,2
Allgemeine Haftpflicht	1.098	719	+379	+52,7
Berufsunfähigkeit	430	327	+103	+31,5
Realkredit	5	9	-4	-44,4
Sonstige*	2.706	1.987	+719	+36,2
<b>Gesamt</b>	<b>20.064</b>	<b>15.659</b>	<b>+4.405</b>	<b>+28,1</b>

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



### Entwicklung der Eingänge nach Zuständigkeitsbereichen

	2025	2024	2023	2022	2021
Unternehmensbeschwerden	28.014	20.805	17.324	15.149	17.300
Veränderung zum Vorjahr	+34,7 %	+20,1 %	+14,4 %	-12,4 %	-0,6 %
Vermittlerbeschwerden	360	334	318	444	677
Veränderung zum Vorjahr	+7,8 %	+5 %	-28,4 %	-34,4 %	+127,2 %
Anderweitige	530	409	395	314	367
Veränderung zum Vorjahr	+29,6 %	+3,5 %	+25,8 %	-14,4 %	-13,0 %
<b>Gesamt</b>	<b>28.904</b>	<b>21.548</b>	<b>18.037</b>	<b>15.907</b>	<b>18.344</b>
Veränderung zum Vorjahr	+34,1 %	+19,5 %	+13,4 %	-13,3 %	+1,2 %

### Zulässige Unternehmensbeschwerden nach Sparten in Prozent

	2025	2024	2023	2022	2021
Leben	13,1	16,8	22,0	22,5	24,8
Rechtsschutz	20,1	18,8	20,1	22,1	23,4
Kfz-Haftpflicht	9,0	7,8	5,5	4,9	6,9
Kfz-Kasko	17,6	15,0	12,8	11,2	9,2
Gebäude	10,5	13,1	11,4	13,3	12,8
Unfall	3,1	3,1	4,0	3,3	3,6
Hausrat	5,5	6,0	6,1	5,5	4,7
Allgemeine Haftpflicht	5,5	4,6	4,6	4,3	4,1
Berufsunfähigkeit	2,1	2,0	2,2	2,3	2,5
Realkredit	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
Sonstige*	13,5	12,7	11,2	10,5	7,9

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

### Zulässige Vermittlerbeschwerden nach Sparten in Prozent

	2025	2024	2023	2022	2021
Leben	35,8	29,1	27,6	10,4	8,9
Rechtsschutz	8,0	15,2	5,9	2,2	1,6
Kfz-Haftpflicht	7,3	1,3	0,7	0,3	0,9
Kfz-Kasko	13,3	6,3	10,6	1,2	2,7
Gebäude	12,6	14,5	27,6	68,2	71,9
Unfall	0,7	1,3	1,3	0,6	0,2
Hausrat	4,0	3,8	6,6	8,9	8,9
Allgemeine Haftpflicht	1,0	3,8	2,6	0,9	1,1
Berufsunfähigkeit	6,0	7,6	2,6	0,9	0,9
Sonstige*	11,3	17,1	14,5	6,4	2,9

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

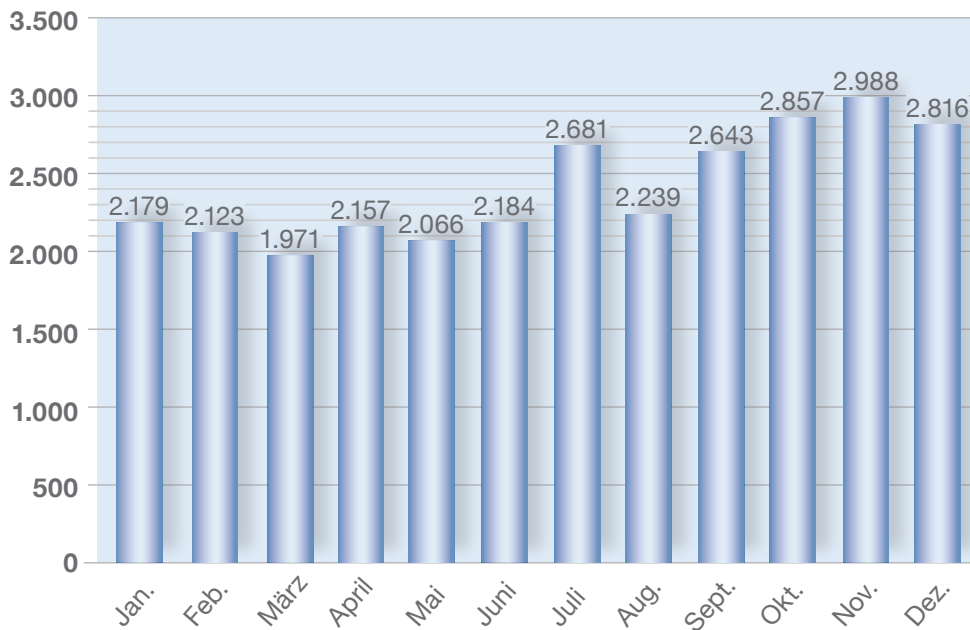


### Verteilung nach Aufgabenbereichen und Zulässigkeit\*

2025	gesamt	zulässig	unzulässig	keine Weiterverfolgung
Unternehmensbeschwerden Anteil in Prozent	28.014 100,0	19.913 71,1	6.292 22,5	1.809 6,4
Vermittlerbeschwerden Anteil in Prozent	360 100,0	151 41,9	185 51,4	24 6,7
Anderweitige Anteil in Prozent	530 100,0	0 0,0	530 100,0	0 0,0
<b>Gesamt</b> Anteil in Prozent	<b>28.904</b> <b>100,0</b>	<b>20.064</b> <b>69,4</b>	<b>7.007</b> <b>24,3</b>	<b>1.833</b> <b>6,3</b>

\* In welcher Weise zwischen den Aufgabenbereichen unterschieden wird, ist unter [4.2](#) erläutert.

### Beschwerdeeingänge 2025 dargestellt nach Monaten



### Kommunikationseingänge zu den Verfahren

	2025	2024	2023	2022	2021
Telefon Anteil in Prozent	6.745 6,3	6.582 7,7	5.967 8,5	5.990 9,4	6.641 9,5
Brief Anteil in Prozent	9.861 9,1	9.472 11,0	9.558 13,5	9.567 14,9	12.950 18,5
Fax Anteil in Prozent	1.196 1,1	1.566 1,8	2.080 2,9	2.564 4,0	4.236 6,1
E-Mail Anteil in Prozent	65.997 61,1	50.440 58,8	39.407 55,9	34.865 54,4	35.441 50,7
Web Anteil in Prozent	24.187 22,4	17.805 20,7	13.535 19,2	11.085 17,3	10.654 15,2
<b>Gesamt</b>	<b>107.986</b>	<b>85.865</b>	<b>70.547</b>	<b>64.071</b>	<b>69.922</b>



## 2. Gesamtbetrachtung der 2025 beendeten Beschwerden

Diese Auswertungen geben die in **2025 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

	2025	2024	2023	2022	2021
Zulässige Beschwerden	16.737	14.012	12.639	12.247	13.732
Unzulässige Beschwerden	6.959	4.337	3.902	3.212	3.272
Keine Weiterverfolgung durch Beschwerdeführer	1.723	1.460	925	818	900
<b>Gesamt</b>	<b>25.419</b>	<b>19.809</b>	<b>17.466</b>	<b>16.277</b>	<b>17.904</b>

### Verteilung nach der Höhe des Beschwerdewerts in Prozent

	2025	2024	2023	2022	2021
Bis 5.000 €	81,5	80,4	83,5	83,0	84,7
Bis 10.000 €	9,4	10,5	8,5	8,6	7,9
Bis 20.000 €	4,1	4,0	3,4	3,5	2,8
Bis 100.000 €	5,0	5,1	4,6	4,9	4,6

### Verteilung des Beschwerdewerts nach Sparten in Prozent

2025	bis 5 TEUR	5–10 TEUR	10–20 TEUR	20–100 TEUR
Leben	54,5	22,9	10,7	11,9
Rechtsschutz	91,1	6,9	1,3	0,7
Kfz-Haftpflicht	95,7	3,2	0,7	0,4
Kfz-Kasko	91,0	5,2	2,4	1,4
Gebäude	68,2	14,7	8,3	8,8
Unfall	65,7	13,0	4,8	16,5
Hausrat	70,4	15,1	7,6	6,9
Allgemeine Haftpflicht	89,3	6,4	2,9	1,4
Berufsunfähigkeit	26,6	9,1	10,1	54,2
Realkredit	70,0	0,0	10,0	20,0
Sonstige*	93,6	3,9	1,3	1,3
<b>Gesamt</b>	<b>81,5</b>	<b>9,4</b>	<b>4,1</b>	<b>5,0</b>

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



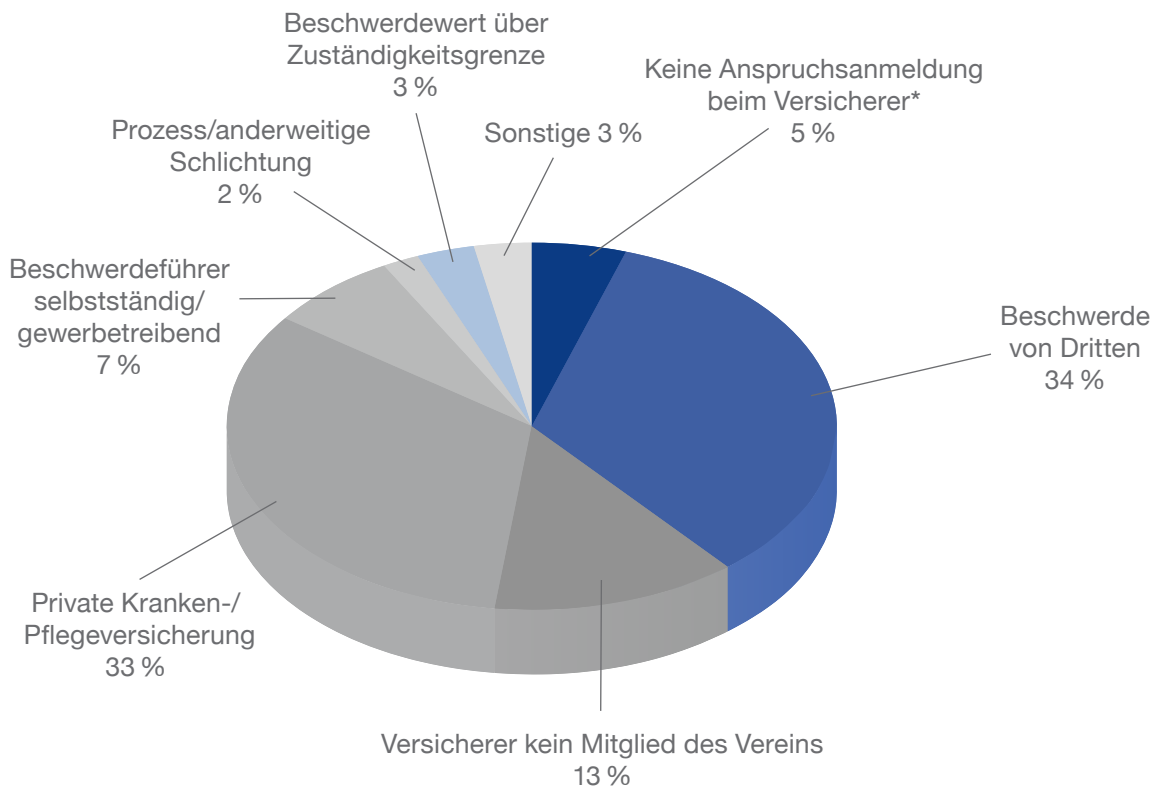
### 3. Unternehmensbeschwerden

Diese Auswertungen geben die in **2025 beendeten Beschwerden** wieder, die nach der Verfahrensordnung für Beschwerden gegen Versicherungsunternehmen (VomVO) bearbeitet wurden. Erläuterungen dazu enthält [4.3](#).

#### Zusammensetzung der beendeten Unternehmensbeschwerden

	2025	2024	2023	2022	2021
Zulässige Beschwerden	16.625	13.859	12.501	11.916	13.172
Anteil in Prozent	67,7	72,7	74,6	76,8	78,2
Unzulässige Beschwerden	6.246	3.782	3.351	2.795	2.786
Anteil in Prozent	25,4	19,8	20,0	18,0	16,5
Keine Weiterverfolgung durch Beschwerdeführer	1.697	1.434	912	810	886
Anteil in Prozent	6,9	7,5	5,4	5,2	5,3
<b>Beschwerden gesamt</b>	<b>24.568</b>	<b>19.075</b>	<b>16.764</b>	<b>15.521</b>	<b>16.844</b>
Anteil in Prozent	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

#### Verteilung der Unzulässigkeitsgründe von Unternehmensbeschwerden



\* Mit Stichtag 31.12.2025. Diese Verfahren können nach Wegfall des Verfahrenshindernisses von den Beschwerdeführern wieder in Gang gesetzt werden.



### Verteilung der Beendigungsarten zulässiger Beschwerden in Prozent

2025	Entscheidung	Empfehlung	Abhilfe	Vergleich	Ungeeignet*	Rücknahme
Leben	45,4	14,0	21,4	3,3	7,7	8,2
Rechtsschutz	55,0	1,2	29,0	2,1	5,5	7,2
Kfz-Haftpflicht	32,7	0,2	55,2	1,2	0,1	10,6
Kfz-Kasko	32,9	2,6	48,8	2,4	0,8	12,5
Gebäude	49,0	12,2	19,6	8,4	0,7	10,1
Unfall	51,0	18,4	19,0	3,4	0,0	8,2
Hausrat	37,7	6,8	18,8	23,3	1,2	12,2
Allg. Haftpflicht	56,9	2,2	28,6	4,4	0,1	7,8
Berufsunfähigkeit	21,7	42,7	15,0	5,4	3,8	11,4
Realkredit	20,0	0,0	60,0	20,0	0,0	0,0
Sonstige	39,2	1,4	39,1	6,1	0,9	13,3
<b>Gesamt</b>	<b>43,7</b>	<b>6,4</b>	<b>32,4</b>	<b>4,7</b>	<b>2,8</b>	<b>10,0</b>

\* Zur Abweisung als ungeeignet siehe [4.3](#)

### Als ungeeignet abgewiesene Beschwerden\*

	2025	2024	2023
<b>Ohne Schlichtungsvorschlag § 9 Abs. 1 VomVO</b>	<b>258</b>	<b>305</b>	<b>480</b>
a) Aufklärung erfordert unangemessenen Aufwand	21	23	21
b) komplexe Tatsachenfeststellung erforderlich	78	92	108
c) grundsätzliche Rechtsfrage ungeklärt	159	190	351
<b>mit Schlichtungsvorschlag § 9 Abs. 2 VomVO</b>	<b>66</b>	<b>169</b>	<b>128</b>
a) Aufklärung erfordert unangemessenen Aufwand	17	51	97
b) komplexe Tatsachenfeststellung erforderlich	5	20	8
c) grundsätzliche Rechtsfrage ungeklärt	44	98	23
<b>Musterfall § 9 Abs. 3 VomVO</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>vorrangige vertragliche Klärung § 9 Abs. 4 VomVO</b>	<b>134</b>	<b>97</b>	<b>39</b>
<b>Abweisungen insgesamt</b>	<b>458</b>	<b>571</b>	<b>647</b>

\* Zur Abweisung als ungeeignet siehe [4.3](#)

### Durchschnittliche Dauer der Beschwerdeverfahren in Tagen

	2025	2024	2023	2022	2021
Zulässige Beschwerden	105,3	85,9	72,4	70,1	70,6
Unzulässige Beschwerden	4,4	4,3	3,6	4,0	4,3
<b>Beschwerden gesamt*</b>	<b>77,6</b>	<b>68,3</b>	<b>57,6</b>	<b>57,4</b>	<b>58,9</b>

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



### Erfolgsquote\* zulässiger Beschwerden nach Sparten in Prozent

	2025	2024	2023	2022	2021
<b>Leben</b>	<b>36,5</b>	<b>34,4</b>	<b>35,0</b>	<b>34,1</b>	<b>29,7</b>
Rechtsschutz	43,7	46,1	49,0	48,9	41,6
Kfz-Haftpflicht	65,9	67,4	54,1	59,1	61,0
Kfz-Kasko	61,1	62,0	61,5	61,0	59,2
Gebäude	37,8	41,0	40,9	33,6	29,4
Unfall	29,7	27,7	31,7	33,9	31,2
Hausrat	52,7	55,3	48,4	51,0	47,6
Allgemeine Haftpflicht	39,6	49,8	49,0	42,8	49,6
Berufsunfähigkeit	31,5	32,0	41,3	24,2	28,4
Realkredit	100,0	50,0	57,1	34,6	22,7
Sonstige	58,4	66,6	62,6	61,3	58,0
<b>Alle Sparten ohne Leben</b>	<b>50,2</b>	<b>52,4</b>	<b>50,8</b>	<b>48,5</b>	<b>45,1</b>

\* Aus Sicht der Beschwerdeführer zur Bewertung der Erfolgsquote siehe [4.3](#)

## 4. Vermittlerbeschwerden

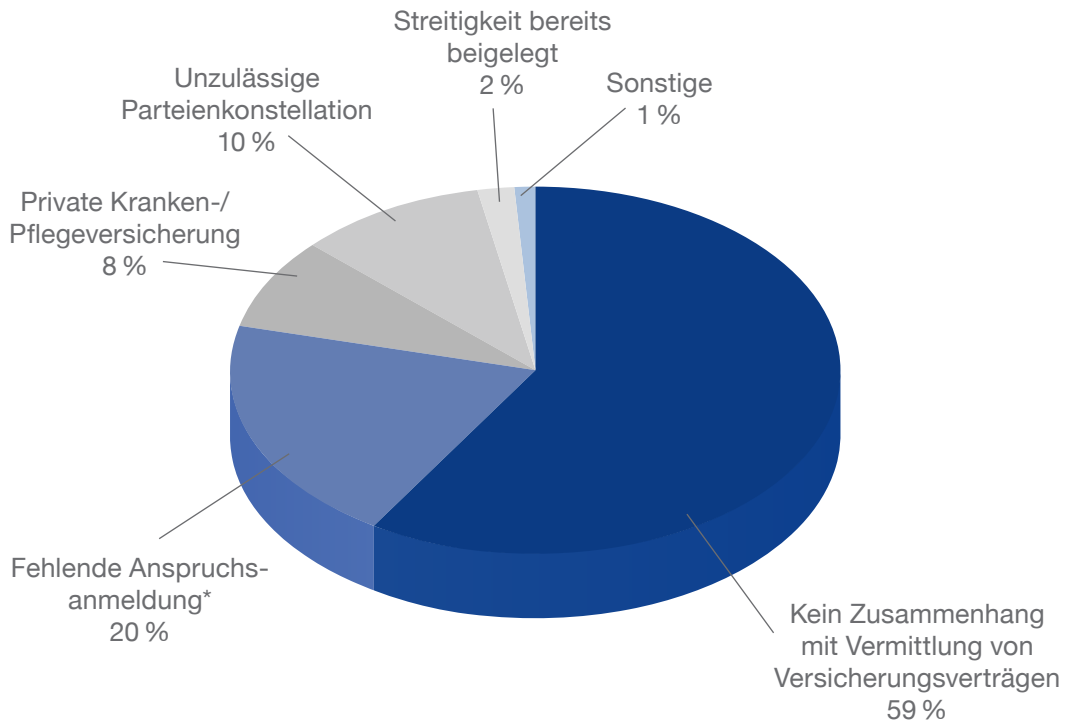
Diese Auswertungen geben die im Jahr **2025 beendeten Beschwerden** wieder, die in Ausübung der Aufgabe nach § 214 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 VVG bearbeitet wurden. Erläuterungen dazu enthalten [4.2](#) und [4.4](#).

### Zusammensetzung der beendeten Vermittlerbeschwerden

	2025	2024	2023	2022	2021
Zulässige Beschwerden	112	153	138	331	560
Anteil in Prozent	34,9	46,8	45,1	74,7	80,8
Unzulässige Beschwerden	183	148	155	104	119
Anteil in Prozent	57,0	45,3	50,7	23,5	17,2
Keine Weiterverfolgung durch Beschwerdeführer	26	26	13	8	14
Anteil in Prozent	8,1	8,0	4,2	1,8	2,0
<b>Beschwerden gesamt</b>	<b>321</b>	<b>327</b>	<b>306</b>	<b>443</b>	<b>693</b>
Anteil in Prozent	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0



### Verteilung der Unzulässigkeitsgründe von Vermittlerbeschwerden



\* Mit Stichtag 31.12.2025. Diese Verfahren können nach Wegfall des Verfahrenshindernisses von den Beschwerdeführern wieder in Gang gesetzt werden.

### Zulässige Beschwerden nach Beendigungsarten in Prozent\*

2025	Bewertung	Abhilfe	Vergleich	Abweisung	Rücknahme
Justiziabel	51,7	6,3	6,3	10,7	8,9
Veränderung zum Vorjahr	+3,3	-6,1	+0,4	-2,4	+4,3
Nicht justiziabel	4,5	5,3	0,0	0,0	6,3
Veränderung zum Vorjahr	+1,2	+4,7	0,0	0,0	-5,4
<b>Gesamt</b>	<b>56,2</b>	<b>11,6</b>	<b>6,3</b>	<b>10,7</b>	<b>15,2</b>
Veränderung zum Vorjahr	+4,5	-1,4	+0,4	-2,4	-1,1

\* Zur Differenzierung der Vermittlerbeschwerden in justiziabel und nicht justiziabel siehe [4.4](#)

### Erfolgsquote der zulässigen Vermittlerbeschwerden in Prozent\*

	2025	2024	2023	2022	2021
Verfahrensausgang zugunsten der Beschwerdeführer	31,7	34,3	21,4	5,9	16,8

\* Zur Bewertung der Erfolgsquote siehe [4.4](#)



## 5 Anhang

Die folgenden Angaben beziehen sich auf den Stand zum Ende des Berichtsjahres 2025. Die aktuellen Daten sind im Internet unter [www.versicherungsombudsmann.de](http://www.versicherungsombudsmann.de) einzusehen oder können bei der Geschäftsstelle erfragt werden.

### 5.1 Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmann 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 über-

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



mittelt 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 anerkennt 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 Beweismwürdigung 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 Kenntnissnahme 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.
- (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.

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



### § 5 Pflichten der Mitglieder

- (1) Die Mitglieder erkennen die 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 Jahreschluss nicht verbrauchte Vorschüsse bilden als Guthaben der Mitgliedsunternehmen Vorauszahlungen auf die Umlage des Geschäftsjahres, das der Beschlussfassung der Mitgliederversammlung über die Genehmigung der Jahresrechnung folgt, sofern die Mitgliederversammlung keine andere Verwendung beschließt.

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

### **§ 17 Rechnungsprüfer, Jahresabschluss und Rechnungsprüfung**

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

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

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

### **§ 18 Ehrenamtlichkeit**

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

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

### **§ 19 Auflösung des Vereins**

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

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



#### 5.4 Stellvertretung

**Professor Dr. Rainer Schlegel**

Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung, Präsident des Bundessozialgerichts a. D.

#### 5.5 Mitglieder des Beirats

*(Stand zum 31.12.2025)*

**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 KDFB e. V.

**Vertreter der Wissenschaft**

**Professor Dr. Christian Armbrüster**

Freie Universität Berlin

**Professorin Dr. Petra Pohlmann**

Vorsitzende des Beirats  
Universität Münster  
Institut für internationales Wirtschaftsrecht

**Professor Dr. Andreas Richter**

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

**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



**Vertreter des  
öffentlichen Lebens**

**Simone Borchardt**

Mitglied des 21. Bundestags, CDU/CSU

**Hansjörg Durz**

Mitglied des 21. Bundestags, CDU/CSU

**Kay Gottschalk**

Mitglied des 21. Bundestags, AfD

**Nadine Heselhaus**

Mitglied des 21. Bundestags, SPD

**Stefan Schmidt**

Mitglied des 21. Bundestags,  
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

**Thomas Stephan**

Mitglied des 21. Bundestags, AfD

**Christin Willnat**

Mitglied des 21. Bundestags, Die Linke

**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:**

**Frauke Heiligenstadt (März 2025)**

Mitglied des 20. Bundestags, SPD

**Tino Sorge (März 2025)**

Mitglied des 20. Bundestags, CDU/CSU

**Max Straubinger (März 2025)**

Mitglied des 20. Bundestags, CDU/CSU

**Katharina Willkomm (März 2025)**

Mitglied des 20. Bundestags, FDP



## 5.6 Mitglieder des Vorstands, Geschäftsführer

(Stand zum 31.12.2025)

### 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**



## 5.7 Mitglieder des Vereins

(Stand zum 31.12. 2025)

- 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



- B** Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG  
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  
Cappeler 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  
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 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.



- 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
- 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.  
Gothaer Allgemeine Versicherung AG  
Gothaer Lebensversicherung AG  
Gothaer Pensionskasse AG  
Gothaer Versicherungsbank VVaG  
Gribbohmer Medardus-Gilde Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit  
GRUNDEIGENTÜMER-VERSICHERUNG VVaG  
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** LBN Versicherungsverein a. G.  
Lebensversicherung von 1871 a. G. München  
Lemonade Insurance N. V.  
Lengericher Versicherung VVaG  
Lifestyle Protection AG  
Lifestyle Protection Lebensversicherung AG  
Lippische Landesbrandversicherung AG  
Lloyd's Insurance Company S.A., Niederlassung für Deutschland



- L** LPV Lebensversicherung 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
- P** Pensionskasse der Genossenschaftsorganisation Versicherungsverein  
auf Gegenseitigkeit  
Pro bAV Pensionskasse AG  
ProTect Versicherung AG  
Protector Lebensversicherungs-AG



- P** 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 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  
Steadfast Insurance Partners Limited  
Stuttgarter Lebensversicherung a. G.  
Stuttgarter Versicherung AG  
SV SparkassenVersicherung Gebäudeversicherung AG  
SV SparkassenVersicherung Lebensversicherung AG  
Swiss Life Lebensversicherung SE  
Swiss Life Pensionskasse Aktiengesellschaft
- 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  
VIA Versicherung 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  
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
- 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
ARB	Allgemeine Rechtsschutzversicherungsbedingungen
AVB	Allgemeine Versicherungsbedingungen
Az.	Aktenzeichen
BaFin	Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
bAV	betriebliche Altersversorgung
BdV	Bund der Versicherten
BDVM	Bundesverband Deutscher Versicherungsmakler e. V.
BetrAVG	Gesetz zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BGH	Bundesgerichtshof
BRSG	Betriebsrentenstärkungsgesetz
BSG	Bundessozialgericht
BT Druck- sache	Bundestagsdrucksache
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
EDV	elektronische Datenverarbeitung
EGVVG	Einführungsgesetz zum Versicherungsvertragsgesetz
EGZPO	Einführungsgesetz zur Zivilprozessordnung
EU	Europäische Union
EuGH	Euorpäischer Gerichtshof
e. V.	eingetragener Verein
FinDAG	Finanzdienstleistungsaufsichtsgesetz
FIN-NET	Netzwerk der Schlichtungsstellen für Finanzdienstleistungen
FZV	Fahrzeug-Zulassungsverordnung
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
KfW	Kreditanstalt für Wiederaufbau
Kfz	Kraftfahrzeug



KG	Kammergericht
km	Kilometer
KSchG	Kündigungsschutzgesetz
LG	Landgericht
Lkw	Lastkraftwagen
LSG	Landessozialgericht
MdB	Mitglied des Bundestags
m. w. N.	mit weiteren Nachweisen
NJW-RR	Neue Juristische Wochenschrift Rechtsprechungs-Report Zivilrecht
OLG	Oberlandesgericht
OP	Operation
PfandBG	Pfandbriefgesetz
PIA	Produktinformationsstelle Altersversorgung gGmbH
PKV	Ombudsmann private Kranken- und Pflegeversicherung
Rdn./Rn.	Randnummer
RG	Reichsgericht
RGZ	Reichsgericht in Zivilsachen
r+s	recht und schaden; Unabhängige Zeitschrift für Versicherungs- recht, Haftung und Schadensersatz
SG	Sozialgericht
SGB II	Sozialgesetzbuch, zweites Buch
StGB	Strafgesetzbuch
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
vgl.	vergleiche
VHB	Allgemeine Bedingungen für die Hausratversicherung
VomVO	Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmann e. V.
VSBG	Verbraucherstreitbeilegungsgesetz
VVaG	Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit
VVG	Versicherungsvertragsgesetz
vzbv	Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.
ZfS	Zeitschrift für Schadensrecht
ZPO	Zivilprozessordnung
z. B.	zum Beispiel



#### **BESCHWERDE – KONTAKT**

**Versicherungsombudsmann e. V.**

Postfach 080632, 10006 Berlin

Telefon: 0800 3696000

Telefax: 0800 3699000

[www.versicherungsombudsmann.de](http://www.versicherungsombudsmann.de)

[beschwerde@versicherungsombudsmann.de](mailto: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](http://www.versicherungsombudsmann.de)

[info@versicherungsombudsmann.de](mailto:info@versicherungsombudsmann.de)

**Gestaltung**

[lab.seven GmbH](#)

**Fotos**

Seite 2: © Bundesregierung/Sandra Steins

Seite 7: © CHL PhotoDesign/Christian Lietzmann