

1. UEBERSICHT UEBER DIE TAETIGKEIT 2009

1.1.

In der Schweiz sind 218 Versicherungsunternehmen konzessioniert. Deren 74 sind der Ombudsstelle angeschlossen. Sie bilden den Kreis der Partnergesellschaften, die bereit sind, mit der Ombudsstelle im Konfliktfall mit einem Kunden oder Anspruchsteller zu kooperieren. Auch wenn wir nicht für alle in der Schweiz tätigen Gesellschaften zuständig sind, mussten nur gerade 20 Fälle mangels Zugehörigkeit zum Kreis der Versicherungspartner abgelehnt werden.

1.2.

2009 wurden 4210 Anliegen an die Ombudsstelle herangetragen. Ausserdem verzeichnete unsere Website rund 7800 Besuche. In 3805 Fällen war die Ombudsstelle zuständig. Der überwiegende Teil konnte direkt mit den Anfragenden geklärt werden.

| Anfragen total | Zuständigkeit | Direkte Erledigung | Interventionen |
|--------------------------|---------------|--------------------|----------------|
| 4210 (4434) ¹ | 3805 (3913) | 3416 (3551) | 389 (362) |

1.3.

Anliegen ausserhalb des Zuständigkeitsbereichs der Ombudsstelle

| Sachbereich | 2009 | 2008 |
|---|------------|------------|
| AHV | 11 | 17 |
| ALV | 3 | 5 |
| IV | 31 | 33 |
| Krankenkassen | 265 | 340 |
| Militärversicherung ² | 0 | 10 |
| Kantonale Versicherungen | 3 | 10 |
| Im Ausland domizilierte Versicherungsgesellschaften | 6 | 5 |
| Der Stiftung nicht angeschlossene Privatversicherer | 20 | 16 |
| Personalvorsorge (autonome BVG Einrichtungen) | 16 | 28 |
| Diverses | 47 | 56 |
| Mutterschaftsversicherung | 3 | 1 |
| Total | 405 | 521 |

¹ Wert des Vorjahres in Klammer

² Ab 2009 bearbeitet die Ombudsstelle mit der Suva auch Fälle der Militärversicherung

Insgesamt ging die Gesamtzahl der Fälle um 224 Anfragen zurück. Rund die Hälfte entfiel allerdings auf Probleme, für welche die Ombudsstelle nicht zuständig ist. Im Zuständigkeitsbereich betrug der Rückgang 108 Fälle. Das liegt im Rahmen des normalen Schwankungsbereichs.

1.4.

In einem Referat zum 25 jährigen Jubiläum der Ombudsstelle (1997) hat der damalige Ombudsman, Herr Dr. Eduard Amstad, ausgeführt, dass seit der Stiftungsgründung rund 35 000 Anliegen eingegangen seien.

Ein Vergleich dieser Zahl mit der aktuellen Fallstatistik zeigt, wie steil die Entwicklung seither war. Die Bilanz von rund 35 000 Anfragen und Beschwerden in den ersten 25 Jahren wurde allein in den letzten 8 Jahren überschritten.

Die Fallzunahme belegt das Bedürfnis des Publikums, sich an eine unabhängige und neutrale Stelle wenden zu können, die im Konfliktfall vermittelnd tätig ist. Was im Gründungszeitpunkt 1972 eine Pionierleistung war, ist heute im europäischen Raum und in vielen ausser-europäischen Staaten zum Standard geworden.

In zahlreichen Ländern sind die Ombudsstellen gesetzlich verankert. Dasselbe schlägt das Eidgenössische Finanzdepartement im Vorentwurf zur Revision des VVG/VAG vor.

Der aussergerichtlichen Streitbeilegung wird auch in Zukunft grundsätzlich eine wachsende Bedeutung zukommen. Die Vorgehensweise ist effizient, kostengünstig und nicht - wie in einem formellen Rechtsverfahren - auf Konfrontation angelegt. Ihr Ziel besteht vielmehr in der Problemlösung auf dem Weg der Konsensfindung. Daran haben nicht nur die Konsumenten, sondern auch die Anbieter ein Interesse.

1.5.

2056 von 3805, d.h. 54% der bearbeiteten Dossiers entfielen auf Personenversicherungen. Davon betrafen 651 Fälle die obligatorische Unfallversicherung, gefolgt von 648 Anliegen zu Lebensversicherungspolicen.

War das Vorjahr wegen der Finanzkrise durch besonders häufige Beschwerden im Zusammenhang mit Einmalprämien-geschäften bei Fondspolicen geprägt, hat diese Thematik bei der Ombudsstelle wohl dank der sich langsam erholenden Börse leicht abgenommen. Beigetragen haben dürfte auch der Umstand, dass einige Versicherer dazu übergegangen sind, den Versicherungsnehmern statt der Kapitalauszahlung die Übernahme der Fondsanteile

anzubieten. Trotzdem ist festzuhalten, dass nach wie vor die Rückkaufswerte, die Überschussanteile und die Kapitalleistungen für viele Versicherungsnehmer unbefriedigend waren und Anlass zu vielen Fragen gaben.

Darum gehörten Unstimmigkeiten bei Lebensversicherungen zu den zahlenmässig und bezüglich des „Streitwertes“ bedeutsamsten behandelten Dossiers. In diesen Fällen wurde auch überproportional häufig und mehrfach interveniert.

Interventionsquoten in den verschiedenen Bereichen

| | | |
|---------------------------------------|-------|----------|
| Privatversicherung | 11.6% | (10.61%) |
| Obligatorische Unfallversicherung/UVG | 5.4% | (4.35%) |
| Sammelstiftungen BVG | 6.9% | (7.17%) |

1.6.

Trotz des Rückgangs der Fallzahlen nahmen die Interventionen gegenüber dem Vorjahr von 362 auf 389 zu. Davon konnten 358 Fälle abgeschlossen werden. Sie waren in 251 Fällen (70%) positiv und in 95 Fällen negativ für die Beschwerde führenden. In 12 Fällen ging es um reine Informationsfragen, weshalb deren Resultat als neutral erfasst wurde.

In 93 Fällen kam es zu Mehrfachinterventionen in derselben Sache. Diese wurden notwendig, weil die Antwort der Gesellschaft entweder unvollständig, nicht überzeugend oder unbefriedigend war, resp. wenn sich im Laufe der Intervention neue Gesichtspunkte ergaben.

1.7.

Seit 2009 werden die Mehrfachinterventionen statistisch nach Branchen erfasst. Das erlaubt eine noch detailliertere Auswertung.

Gut ein Drittel aller Interventionsfälle gaben Anlass zu mehr als einer Intervention. Dies v.a. in den Branchen Leben (36%) und der privaten Kranken- und Unfallversicherung (38%). Diese Werte erstaunen nicht, handelt es sich doch bei Personenversicherungen oft um äusserst komplexe tatsächliche und rechtliche Fragen, welche bis zur Klärung intensive Gespräche mit allen Beteiligten notwendig machen. Die zu behandelnden Probleme waren nicht nur juristisch herausfordernd. Auch die im Anschluss an eine Intervention notwendige „Übersetzung“ der rechtlichen Zusammenhänge und der technischen Ausdrücke in eine auch dem Laien verständliche Sprache war eine zusätzliche, nicht immer einfache Aufgabe. Nicht sel-

ten bedeutete dies ausgedehnte Anschlusskorrespondenzen und -telefonate mit den Beschwerde führenden.

1.8.

Interventionen pro Branche/Bereich

| Branche/Bereich | keine Interv. | 1 Interv. | 2 Interv. | 3 Interv. | 4 Interv. | Total behandelt |
|------------------------|----------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------------|
| Autohaftpflicht | 318 | 29 | 5 | 1 | 1 | 354 |
| Arbeitslosigkeit | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Hausrat | 181 | 20 | 1 | 0 | 0 | 202 |
| Diebstahl | 78 | 4 | 1 | 0 | 0 | 83 |
| Elementar | 14 | 0 | 0 | 0 | 0 | 14 |
| Feuer | 17 | 2 | 0 | 0 | 0 | 19 |
| Kasko | 96 | 19 | 3 | 1 | 0 | 119 |
| Gebäude | 54 | 1 | 0 | 0 | 0 | 55 |
| Glas | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 |
| Haftpflicht | 302 | 44 | 3 | 1 | 0 | 350 |
| Krankheit | 420 | 36 | 17 | 2 | 0 | 475 |
| Kaution | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| Kreditgarantie | 43 | 5 | 1 | 0 | 0 | 49 |
| Leben | 566 | 51 | 25 | 5 | 1 | 648 |
| Maschinen | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Reise | 92 | 8 | 3 | 1 | 0 | 104 |
| Rechtsschutz | 284 | 17 | 6 | 0 | 0 | 307 |
| Schmuck | 5 | 1 | 0 | 0 | 0 | 6 |
| Transport | 7 | 0 | 1 | 0 | 0 | 8 |
| Tier | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| Unfall privat | 36 | 6 | 6 | 1 | 0 | 49 |
| Wasser | 55 | 5 | 1 | 2 | 0 | 63 |
| UVG | 616 | 31 | 4 | 0 | 0 | 651 |
| BVG | 217 | 15 | 1 | 0 | 0 | 233 |
| Insgesamt | 3416 | 295 | 78 | 14 | 2 | 3805 |

2. DIE TAETIGKEIT DER OMBUDSSTELLE IM EINZELNEN

2.1.

Die Bevölkerung in der Schweiz zählt zur bestversicherten der Welt. Im Schnitt werden pro Person rund 6380.- USD/Jahr³ für Versicherungen ausgegeben. Das im Inland generierte Prämienvolumen beträgt über 33 Mia Euro/Jahr. (Stand 2008)

Angesichts solcher Zahlen hat der Wettbewerb unter den Anbietern erheblich zugenommen. Die Liberalisierung des Versicherungsmarktes hat zudem zu einer kaum mehr überschaubaren Produktevielfalt geführt. Ist es für den Konsumenten noch relativ einfach, die Angebote anhand von Prämien zu prüfen, ist dies bezüglich der Produkteinhalte kaum mehr möglich. Die Verantwortung der Anbieter und Vermittler von Policen im Interesse der Kunden klärend zu wirken, hat darum erheblich zugenommen.

Da Versicherungsverträge vielfach eine Langzeitbindung vorsehen, ist die Beratung im vorvertraglichen Stadium zentral. Ihre Qualität beeinflusst nicht nur den Abschluss, sondern auch das „Klima“ der künftigen Beziehungen zwischen den Vertragsparteien.

2.2.

Qualitätsansprüche werden zu Recht auch an die Arbeit der Ombudsstelle gestellt. Das in sie gesetzte Vertrauen verlangt von allen Mitarbeitenden ein hohes fachliches Niveau und eine überdurchschnittliche Einsatzbereitschaft. Das gesamte Team ist daher gehalten, sich nebst der täglichen Arbeit über Aus- und Weiterbildung à jour zu halten. Ausserdem wird mit systemischen Massnahmen für eine möglichst hoch stehende Leistung gesorgt.

Das wichtigste Ziel, die Gewährleistung einer sachlich korrekten und effizienten Dienstleistung, die sowohl vom Publikum als auch von den Versicherern als fair, bedürfnisgerecht und unparteiisch wahrgenommen wird, lässt sich nur erreichen, wenn klare Regeln eingehalten werden.

Innerhalb unseres personell sehr überschaubaren Betriebs verfügen die einzelnen Mitarbeitenden in ihrem jeweiligen Verantwortungsbereich über einen hohen Grad an Selbständigkeit. Alle haben aber die „Philosophie“ der Ombudsstelle mit zu tragen und sich strikt an die „business rules“ zu halten. Dies ist in einer Institution ohne hoheitliche Befugnisse ein wesentliches Element der Verlässlichkeit für alle Partner. Ein willkürliches ad hoc Vorgehen hat keinen Platz bei der Ombudsstelle.

³ Ohne Sozialversicherungen und Obligatorium BVG (Quelle SVV)

Zur Kontrolle werden alle Abläufe als Prozesse dokumentiert. Dies hilft den Mitarbeitenden jederzeit das nötige Wissen abzurufen. Jedes Schreiben, das die Ombudsstelle verlässt, wird nach dem Vieraugenprinzip geprüft.

Monatlich kommt es zudem zu einer Analyse der Statistik und der Erfolge/Misserfolge bei Interventionen.

Die Dokumentation und Dossierverwaltung erfolgt über ein speziell von unserem Zweigstellenleiter, Me Olivier Subilia, entwickeltes statistisches Erfassungssystem und über eine elektronische, nach Stichworten aufgebaute Datenbank, aus welcher die bereits behandelten Problemstellungen abgerufen werden können. Dies erleichtert bei gleich gelagerten Fällen die Arbeit und ermöglicht eine speditive Fallbearbeitung.

Dem Pendenzenmanagement wird ein besonderes Augenmerk geschenkt, da der Zeitfaktor für die Zufriedenheit mit unserer Arbeit einen hohen Stellenwert hat. Regelmässig werden darum Fristen sowie Input/Output über die elektronische Aufwandserfassung kontrolliert.

2.3.

Anfragen und Beschwerden in den drei Sprachregionen

| | | | |
|---|-------------|-------------|------------------|
| Eingegangene Gesuche total | 2009 | 2008 | Differenz |
| Deutsche Schweiz | 3361 | 3572 | - 211 |
| Französische Schweiz | 523 | 537 | - 14 |
| Italienische Schweiz | 326 | 325 | + 1 |
| Total | 4210 | 4434 | - 224 |
| Zuständigkeitsbereich der Ombudsstelle | 2009 | 2008 | Differenz |
| Deutsche Schweiz | 3178 | 3265 | - 87 |
| Französische Schweiz | 383 | 391 | - 8 |
| Italienische Schweiz | 244 | 257 | - 13 |
| Total | 3805 | 3913 | - 108 |
| Interventionen | 2009 | 2008 | Differenz |
| Deutsche Schweiz | 322 | 306 | + 16 |
| Französische Schweiz | 53 | 43 | + 10 |
| Italienische Schweiz | 14 | 13 | + 1 |
| Total | 389 | 362 | + 27 |

2.4.

Geographische Herkunft der Anfragen und Beschwerden

| | Total/total/totale/ | VVG / LCA | UVG/LAA/LAINF | BVG / LPP | Unzuständig / pas de notre compétence / incompétente |
|-----------------------------------|---------------------|--------------------|------------------|------------------|---|
| AG | 271 (301) | 195 (214) | 54 (37) | 11 (26) | 11 (24) |
| AI | 2 (6) | 2 (4) | 0 (2) | 0 (0) | 0 (0) |
| AR | 16 (20) | 10 (13) | 5 (5) | 0 (0) | 1 (2) |
| BE | 381 (437) | 267 (276) | 64 (92) | 28 (26) | 22 (43) |
| BL | 153 (150) | 105 (107) | 26 (19) | 9 (12) | 13 (12) |
| BS | 143 (142) | 106 (110) | 26 (16) | 2 (2) | 9 (14) |
| FR | 90 (92) | 56 (63) | 7 (8) | 3 (3) | 24 (18) |
| GE | 132 (152) | 101 (113) | 6 (14) | 1 (2) | 24 (23) |
| GL | 29 (24) | 17 (19) | 6 (1) | 2 (2) | 4 (2) |
| GR | 73 (79) | 47 (56) | 15 (9) | 5 (7) | 6 (7) |
| JU | 21 (35) | 17 (25) | 0 (1) | 1 (3) | 3 (6) |
| LU | 175 (210) | 117 (129) | 34 (46) | 14 (13) | 10 (22) |
| NE | 76 (48) | 54 (32) | 9 (3) | 2 (2) | 11 (11) |
| NW | 14 (20) | 8 (15) | 4 (3) | 0 (0) | 2 (2) |
| OW | 15 (24) | 9 (17) | 5 (5) | 1 (0) | 0 (2) |
| SG | 196 (203) | 154 (135) | 23 (39) | 12 (14) | 7 (15) |
| SH | 41 (64) | 21 (47) | 10 (5) | 3 (7) | 7 (5) |
| SO | 118 (107) | 86 (60) | 11 (21) | 11 (10) | 10 (16) |
| SZ | 57 (68) | 45 (45) | 6 (12) | 1 (5) | 5 (6) |
| TG | 95 (99) | 75 (70) | 8 (14) | 4 (8) | 8 (7) |
| TI | 330 (335) | 225 (222) | 20 (39) | 13 (8) | 72 (66) |
| UR | 20 (17) | 17 (10) | 2 (4) | 1 (3) | 0 (0) |
| VD | 277 (290) | 180 (177) | 22 (32) | 8 (8) | 67 (73) |
| VS | 92 (100) | 66 (68) | 11 (11) | 6 (10) | 9 (11) |
| ZG | 55 (91) | 37 (65) | 13 (13) | 4 (7) | 1 (6) |
| ZH | 1175 (1172) | 793 (774) | 236 (234) | 83 (58) | 63 (106) |
| Ausland/étranger/ Estero | 163 (148) | 111 (84) | 28 (27) | 8 (15) | 16 (22) |
| Insgesamt total/totale | 4210 (4434) | 2921 (2950) | 651 (712) | 233 (251) | 405 (521) |

2.5.

Anliegen und Beschwerden nach Branchen

| BRANCHE | 2009 | A | B | C | D | 2008 |
|------------------|-------------|------------|------------|-------------|------------|-------------|
| Autohaftpflicht | 354 | 70 | 71 | 174 | 39 | 337 |
| Arbeitslosigkeit | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 7 |
| Diebstahl | 83 | 8 | 3 | 63 | 9 | 73 |
| Fahrzeugkasko | 119 | 15 | 24 | 71 | 9 | 183 |
| Feuer/Elementar | 33 | 4 | 1 | 22 | 6 | 31 |
| Gebäude/Glas | 61 | 11 | 12 | 31 | 7 | 49 |
| Haftpflicht | 350 | 44 | 19 | 235 | 52 | 374 |
| Hausrat | 202 | 61 | 63 | 52 | 26 | 230 |
| Kautions | 4 | 0 | 1 | 1 | 2 | 3 |
| Krankheit | 475 | 77 | 56 | 271 | 71 | 332 |
| Leben | 648 | 294 | 33 | 199 | 122 | 752 |
| Maschinen | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 |
| Rechtsschutz | 307 | 46 | 39 | 164 | 58 | 263 |
| Reise | 104 | 8 | 7 | 81 | 8 | 113 |
| Schmuck | 6 | 1 | 0 | 5 | 0 | 11 |
| Tiere | 3 | 1 | 0 | 2 | 0 | 10 |
| Transport | 8 | 0 | 1 | 7 | 0 | 16 |
| Unfall privat | 49 | 4 | 7 | 29 | 9 | 55 |
| Wasser | 63 | 5 | 4 | 49 | 5 | 49 |
| Kreditgarantie | 49 | 1 | 1 | 17 | 30 | 61 |
| UVG | 651 | 50 | 230 | 312 | 59 | 712 |
| BVG | 233 | 58 | 44 | 96 | 35 | 251 |
| TOTAL | 3805 | 758 | 616 | 1883 | 548 | 3913 |

- A: Vertrag: Deckungsumfang; Anzeigepflichtverletzung; Rückkauf (Lebensversicherung); Anpassung an neue AVB; Handänderung / Wegfall des Versicherungsrisikos
 B: Kündigung: Prämienanpassung; Unteilbarkeit der Prämie; Bonus/Malus; Selbstbehalt
 C: Leistung/Schadenerledigung: Versicherungsleistung (ungenügend/Ablehnung); Unterversicherung; Kürzung der Leistungspflicht / Regressforderung; Verjährung
 D: Diverses: Allgemeine Versicherungsinformation; Verfahrensabläufe; Beratung

2.6.

Schwerpunktbereiche in den letzten 5 Jahren

| Bereich | 2009 | 2008 | 2007 | 2006 | 2005 |
|------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Leben | 648 | 752 | 654 | 627 | 608 |
| Autohaftpflicht | 354 | 337 | 359 | 470 | 495 |
| Krankheit | 475 | 332 | 358 | 407 | 508 |
| Allgemeine Haftpflicht | 350 | 374 | 333 | 343 | 375 |
| UVG | 651 | 712 | 472 | 501 | 455 |

Während die Fälle im Bereich Leben und UVG seit 2005 stetig zugenommen hatten und in beiden Sparten von 2007 auf 2008 gar ein sprunghafter Zuwachs zu verzeichnen war, ging die Anzahl diesbezüglicher Beschwerden erstmals seit 5 Jahren leicht zurück. Der Bereich Leben erreichte 2009 in etwa das Niveau von 2007. Der Bereich UVG lag zahlenmässig in der Mitte zwischen 2007 und 2008. Im Gegensatz dazu haben die Eingaben im Bereich Krankheit (Taggeldversicherungen) auffallend zugenommen. Ebenfalls spürbar angestiegen sind Rechtsschutzfälle.

3. QUERSCHNITT AUS DER TAETIGKEIT DER OMBUDSSTELLE

3.1.

2009 wandten sich

- 2195 (2401) Männer
- 1651 (1711) Frauen
- 364 (322) Unternehmen, Behörden, Organisationen

mit den unterschiedlichsten Problemen an die Ombudsstelle. Nachstehend wird anhand verschiedener Beispiele gezeigt, wo „der Schuh gedrückt hat“.

3.2.

Es war immer wieder erstaunlich, welche diffuse Vorstellungen Versicherungsnehmer beim Abschluss einer Police hatten. Viele waren sich nicht im Klaren, welche Risiken sie sinnvollerweise abdecken wollten, resp. welche Lösungen auf ihre Bedürfnisse zugeschnitten waren. U.E. gehört es zum vorvertraglichen Gespräch, offen über den Sinn und Zweck eines Produktes aufzuklären. Risikobereitschaft und –fähigkeit sind namentlich im Bereich der Personenversicherungen auszuloten, und es sollten sowohl die Stärken als auch die schwächeren Seiten eines Produkts dargelegt werden. Die Kundeninformation hat trotz Interesse am Abschluss des Vertrags möglichst objektiv zu erfolgen. Dazu gehört aus unserer Sicht auch die Frage, ob sich der Versicherungsnehmer auf die Dauer überhaupt die Prämien leisten können.

Diese Selbstverständlichkeiten werden aufgrund unserer Erfahrung nicht immer so praktiziert. Verschiedene Fälle zeigten, dass die Fakten bezüglich Deckungsumfang oder -ausschlüssen nicht benannt wurden, wenn deren Aufzeigen die Interessenlage des Vermittlers am Abschluss negativ beeinflusst hätte.

3.3.

Nicht nachvollziehbar waren Verträge, bei welchen bereits beim Abschluss erkennbar sein musste, dass der Versicherungsnehmer bald einmal Schwierigkeiten mit der Prämienzahlung

haben wird. Abgesehen von den negativen Auswirkungen des Prämienverzugs des Zahlungspflichtigen bewirken Zahlungsschwierigkeiten beim Versicherer einen administrativen Mehraufwand, der den Apparat belastet. Kommen im Rahmen des Mahnverfahrens Querelen hinzu, dürfte sich der Abschluss der Police kaum gelohnt haben.

Im Zuge rationeller Arbeitsabläufe ist das Mahnwesen bei den Gesellschaften zwar „automatisiert“ worden. Die Mahnschreiben werden aus Kostengründen vielfach nicht eingeschrieben versandt. Verschiedene im Prämienverzug befindliche Beschwerde führende, bei denen ein Schadenereignis während des Deckungsunterbruchs eintrat, machten geltend, das Mahnschreiben nie erhalten zu haben, oder sie bezweifelten das auf dem Schreiben angebrachte, für die Fristenberechnung massgebliche Versanddatum. In solchen Fällen ist es für den Versicherer sehr schwierig, den Nachweis für die korrekte Durchführung des gesetzlich vorgegebenen Mahnverfahrens zu erbringen.

3.4.

Verwunderung lösten Vertragsabschlüsse von Hausratpolicen mit sehr Hochbetagten (80+) aus, wenn in der Police eine 10-jährige Laufzeit vorgesehen war. Zwar wird als Argument ins Feld geführt, die Prämien seien deswegen günstiger. Dies mag indes den Nachteil nicht aufzuwiegen, dass solche Versicherungsnehmer angesichts ihrer Lebenserwartung de facto bis ans Ende ihrer Tage gebunden sind, ohne – was gerade für sie oft wichtig wäre – die Möglichkeit der ordentlichen Kündigung und des Wechsels zu einem anderen – allenfalls günstigeren – Anbieter zu haben.

3.5.

Ein wichtiges Verkaufsargument für den Abschluss von Policen in der Säule 3b bilden die steuerlichen Vorteile. Wenig deutlich gemacht wird aber vor dem Abschluss, dass der Fiskus unter Umständen kräftig zulangt, wenn die Police vorzeitig zurückgekauft wird. Schockiert waren Versicherungsnehmer zudem dann, wenn der Rückkauf innerhalb der ersten drei Jahre erfolgte und die Police noch keinen Rückkaufswert aufwies. In verschiedenen Beschwerdefällen ging es daher um die Abklärung, ob ein Beratungsfehler vor Vertragsabschluss vorlag.

3.6.

Als problematisch erwiesen sich unzulässige Einzahlungen in Säule 3a Policen. In einigen Fällen, in denen Versicherte z.B. infolge Wechsels aus der selbständigen in die unselbständige Tätigkeit oder nach Aufgabe der Erwerbstätigkeit wegen familiärer Pflichten, Auslandsaufenthalten, etc. zuviel einzahlten, kam es zu Unstimmigkeiten betreffend Rückerstattung der unzulässigen Einzahlungen. Vielen Versicherten war nicht klar, dass eine Anpassung der

Police verlangt werden muss, wenn der Prämienteil den fiskalisch höchstzulässigen Abzug für eine Risikoversicherung übersteigt. Sie waren zudem der Meinung, der Versicherer würde die Police permanent in dem Sinne überwachen, ob aus fiskalischer Sicht korrekte Einlagen gemacht worden seien.

Wo die Rückzahlung oder die Policenanpassung auf Widerstand des Versicherers stiessen, musste die Ombudsstelle in einigen Fällen viel Überzeugungsarbeit leisten, um eine Lösung zu finden. Was sie den Versicherungsnehmern allerdings nicht ersparen konnte, war deren Enttäuschung darüber, dass nur der Sparteil an der bezahlten Gesamtprämie zurückerstattet wird, während die Prämie für den Risikoteil beim Versicherer verbleibt.

3.7.

Einige Versicherungsnehmer wandten sich an die Ombudsstelle, weil es ihnen nicht mehr möglich war, die geschuldeten Prämien ihrer Lebensversicherung aufzubringen. Es kam zum Zahlungsverzug und zum anschliessenden Mahnverfahren. Wurde die Prämie nicht fristgerecht beglichen, kam es bezüglich der Konsequenzen darauf an, ob die Police bereits einen Rückkaufswert aufwies. Das hat bei einigen Fondspolice wegen der schlechten Performance Jahre gedauert.

Falls kein Rückkaufswert vorhanden war, blieb die Police bis zum Ablauf der Mahnfrist in Kraft und erlosch alsdann, ohne einen Wert zu hinterlassen. Nur wenn die Versicherung einen Rückkaufswert gebildet hatte, blieb sie gem. AVB einiger Gesellschaften noch 6 Monate ab erster ausstehender Prämie unverändert in Kraft, bevor sie unter Herabsetzung der Versicherungssumme und Ausschluss allfälliger Zusatzversicherungen unter Verrechnung der offenen Prämie prämienfrei gestellt wurde.

In keinem uns unterbreiteten Fall wurden die Beschwerde führenden vor Abschluss der Police über solche Mechanismen aufgeklärt. Dass sich vieles aus den für einen Laien schwer lesbaren und kaum verständlichen AVB ergeben hätte, entbindet u.E. die Versicherungsberater nicht von der Aufklärung über die Konsequenzen, die sich bei veränderten Lebensumständen im Laufe der langen vertraglichen Bindung einstellen können.

Vielen Versicherungsnehmern war auch nicht bewusst, dass sie das Recht zum Switch hatten und realisierten die oft hohen Verluste erst im Rückzahlungszeitpunkt.

In einem besonders exemplarischen Fall wurde ein betagter Versicherungsnehmer beim Abschluss einer Fondspolice mit einer Einmaleinlage von rund CHF 290'000.00 nicht darüber informiert, dass bei negativem Wertverlauf seiner Fondsanlage die Prämien für das Todesfall-Risikoversicherung aufgrund der wachsenden Differenz zwischen Fondsanlagewert und Todesfall-Versicherungssumme so hoch ansteigen können, dass er bis zum Vertragsablauf

nach 10-jähriger Laufzeit nahezu das gesamte Fondsvermögen verlieren kann. Da er unter anderem nicht darüber in Kenntnis gesetzt wurde, dass in seinem Fall aufgrund der altersbedingt hohen Risikoprämien entsprechende Verluste auch bei Wiederanstieg des Fondsanlagewerts kaum mehr wettzumachen sind, sah er keinen Anlass, zu switchen oder die Police vorzeitig zurückzukaufen, was am Ende der Laufzeit zu einer Erlebensfallzahlung von unter CHF 2000.00, d.h. zum faktischen Totalverlust seiner Kapitalanlage führte.

3.8.

In dieses Kapitel gehörte auch die mangelnde Information darüber, dass Versicherte, die ihre gebundene oder freie Vorsorge für die Finanzierung von Wohneigentum einsetzen wollten, nicht wussten, dass sie dies vorteilhafter über eine Verpfändung der Police erreichten als über einen (verlustreichen) teilweisen oder ganzen Rückkauf. Bei der Verpfändung bleibt der Versicherungsschutz zudem in vollem Umfang erhalten, was besonders angesichts der Hypothekarzinsbelastung bei Eintritt eines Versicherten Risikos (z.B. Invalidität) wesentlich werden kann. In einem von uns behandelten Fall wurde sich der Beschwerdeführer dieser Möglichkeit erst nach dem verlustreichen vorzeitigen Rückkauf gewahr.

3.9.

Schwierigkeiten bereiteten verschiedentlich die Bestimmungen der Begünstigungsordnung im Todesfall in der Säule 3a. Die Unklarheiten bestrafen namentlich Konkubinatsverhältnisse. Nicht immer waren sich die Betroffenen bewusst, dass die Verfügungsfreiheit je nach familiären Verhältnissen eingeschränkt ist. In einem Fall, lebte der verstorbene Vorsorgenehmer seit vielen Jahren getrennt von seiner Ehefrau und wohnte mehr als 10 Jahren zusammen mit seiner Lebenspartnerin. Obschon er sie testamentarisch bezüglich seines Vorsorgeguthabens in der Säule 3a begünstigt hatte, war der Versicherer gehalten, aufgrund der gesetzlichen Regelung, das zur Auszahlung gelangende Todesfallkapital zu 100% an die getrennt lebende Ehefrau zu leisten.

3.10.

In Art. 3 VVG sind die Mindestinformationen, die einem Versicherungsnehmer vor Vertragsabschluss zu geben sind, abschliessend aufgezählt. Das heisst u.E. aber nicht, dass die Versicherer nicht weiter gehen sollten. Viele Versicherungsnehmer empfinden es als störend, dass sie keine Auskünfte über die Abschluss- und Verwaltungskosten erhalten. Deren Existenz wurde ihnen sehr oft erst im Zeitpunkt des Rückkaufs der Police bewusst. Die Beschwerde führenden konnten diese mangelnde Transparenz nicht nachvollziehen. Dies umso weniger, wenn der Versicherer sich trotz Rückfragen dazu in Schweigen hüllte.

3.11.

Der Vorwurf mangelnder Information betraf verschiedentlich auch den Zeitraum zwischen der Antragsunterzeichnung und der danach ausgestellten Lebensversicherungs-Police. In einem Fall beantragte der Versicherungsnehmer für seine Altersvorsorge eine gemischte Lebensversicherung. Der Versicherer stellte ihm wegen des im Antrag aufgeführten falschen Tarifs kommentarlos lediglich eine Todesfall-Risikoversicherung zu. Dies wurde vom Versicherungsnehmer übersehen und er verpasste die Beanstandungsfrist. Da er die Tarifierung nicht überprüfen konnte und die Police inhaltlich dem Antrag nicht entsprach, wurde erreicht, dass der Versicherer schliesslich Abstand von der Position nahm, die Police sei stillschweigend genehmigt worden.

3.12.

Wurden in Lebensversicherungspolice auch der Erwerbsausfall zufolge Krankheit, Unfall oder Invalidität gedeckt, kam es bei Rentenzahlungen zu Problemen, wenn der Versicherte in wechselndem Grad erwerbsunfähig war oder einen gescheiterten Arbeitsversuch unternahm.

Bei kollektiven Krankentaggeld-Police war zu klären, welcher Versicherer nach verschiedenen Stellenwechseln des Arbeitnehmers für die Leistungen zuständig war. Nicht immer einfach war auch die Abgrenzung zwischen Krankheit und einem über das UVG gedeckten Leiden.

In einem Fall war die Situation zwischen zwei Versicherern derart blockiert, dass sich der Versicherungsnehmer wegen seiner gesundheitsbedingten finanziellen Notsituation entschloss, vorübergehend einen sehr bescheidenen Nebenerwerb von ein paar Stunden/Woche anzunehmen. Dies obschon er vom Arzt in seinem Beruf zu 100% arbeitsunfähig geschrieben war. Der Versicherer, der davon Kenntnis erhielt, zögerte nicht lange und machte betrügerische Anspruchsbegründung geltend. Die Zahlungen wurden eingestellt und die bis dahin geleisteten Renten wurden zurückgefordert.

3.13.

Wo es um Erwerbsunfähigkeit ging, bestand das Problem oft in den unterschiedlichen medizinischen Einschätzungen der behandelnden Ärzte und der Vertrauensärzte der Versicherer. Selbst bei Vorliegen von spezialärztlichen Zeugnissen stellten einige Gesellschaften auch dann auf die Auffassung ihres Vertrauensarztes ab, wenn dieser kein Facharzt für das konkrete Leiden war. In diese Kategorie gehörte auch der Todesfall einer jungen, alkohol- und tablettenabhängigen Frau. Während der Amtsarzt und das Institut für Rechtsmedizin, welche die Todesursache untersuchten, primär von einem akzidentiellen Ereignis ausgingen, vertrat

der Gesellschaftsarzt die Suizidthese. Dies hatte einen erheblichen Einfluss auf die Höhe des Todesfallkapitals. Trotz mehrfacher Intervention der Ombudsstelle blieb die Gesellschaft bei ihrem Standpunkt. Sie bot den Hinterbliebenen schliesslich einen Vergleichsbetrag an. Dieser wurde angenommen, weil die Hinterbliebenen vor einem langwierigen gerichtlichen Verfahren zurückschreckten.

3.14.

Ebenfalls mit medizinischen Fragen hatten wir es im Zusammenhang mit Reiseversicherungen zu tun. Vielfach war strittig, ob der Ausbruch einer Krankheit die Folge eines vorbestandenen Leidens war oder ab wann ein psychisches Leiden angenommen werden kann.

Bei Nichtantritt von Reisen zufolge psychischer Probleme kam es zum Konflikt, weil trotz Vorliegens von medizinischen Attesten über die Reisunfähigkeit nicht geleistet wurde, wenn die Arztzeugnisse nicht von Psychiatern stammten.

Unklare Vorstellungen bestanden seitens der Versicherungsnehmer auch bezüglich des Umfangs der gedeckten Kosten. In einigen Fällen beschwerten sich die Versicherungsnehmer, dass z.B. Telefonate mit dem Handy von mehreren Hundert Franken vom Reiseversicherer nicht in voller Höhe übernommen wurden. Die Prüfung der Handyrechnungen ergab in solchen Fällen meist, dass die Ablehnung zu Recht erfolgte, weil es sich um zahlreiche Gespräche handelte, die nicht im Zusammenhang mit dem versicherten Ereignis notwendig waren.

Ein exemplarisches Beispiel war der Fall eines notwendigen Reiseabbruchs nach einer wegen des Gesundheitszustandes der Versicherten notfallmässigen Zwischenlandung des Flugzeugs. Die Patientin musste umgehend hospitalisiert werden. Obschon es sich um einen medizinischen Notfall handelte, machte der Versicherer eine Obliegenheitsverletzung geltend und verweigerte die versicherten Leistungen, weil die Frau vorgängig (!) nicht die in der Police genannte Notfallnummer angerufen hatte. Der Versicherer konnte überzeugt werden, dass in einer Situation, in der es um Leben oder Tod ging, wohl kaum von einer unentschuldbaren Verletzung von Obliegenheiten gesprochen werden konnte.

3.15.

Im Bereich Rechtsschutzversicherungen gab es zu denken, wenn Mitarbeitende des Versicherers Versicherungsnehmer in komplexen Versicherungsangelegenheiten an uns verwiesen. Das Problem wurde mit den Führungsverantwortlichen besprochen. Genau so wenig, wie es unsere Aufgabe sein kann, Anwälten bei Mandaten behilflich zu sein, kann es sein, dass die Ombudsstelle gedeckte Rechtsschutzfälle bearbeitet.

3.16.

Zum Alltag der Ombudsstelle gehören nach wie vor auch zahlreiche Versicherungsstreitigkeiten nach Autounfällen. Nebst der notorisch strittigen Verschuldenssituation gab es auch mehrere interessante Fälle kollidierender Haftungsgründe wie z.B. Motorfahrzeug-/Werk-eigentümerhaftung, Motorfahrzeug/Tierhalterhaftung zu beurteilen.

Ging es um den Zusammenstoss zweier Autos, die beim gleichen Versicherer Motorfahrzeug haftpflichtversichert waren, kam es vereinzelt zu Interessenkonflikten auf Seiten des Versicherers. V.a. wenn die Verschuldenslage alles andere als klar war, mussten wir feststellen, dass der „bessere“ Versicherungskunde stärker vom passiven Rechtsschutz profitierte als derjenige, der aus Sicht des Versicherers ein weniger „interessanter“ Kunde war.

3.17.

Bei Diebstahlversicherungen ging es sehr oft um die Frage des Nachweises. Hier konnten wir verschiedentlich feststellen, dass die Anforderungen an das den Geschädigten treffende Beweismass zu streng ausgefallen waren. Ausserdem hatten wir Einblick in Dossiers, in denen die Versicherungsgesellschaft Sachdarstellungen, für die sie die Beweislast trug, nicht belegen konnte und trotz der klaren Beweislastverteilung dazu übergingen, die Widerlegung dem Anspruchsteller aufzubürden.

4. DER UVG-BEREICH

4.1.

Während die Anfragen im UVG-Bereich 2008 stark anstiegen, war 2009 ein leichter Rückgang zu verzeichnen. Die Fallzahl sank von 712 auf 651.

589 Fälle entfielen auf die deutsche, 36 auf die französische und 26 auf die italienische Schweiz. Die Diskrepanz zwischen den Sprachregionen ist schwer erklärbar. An der Kommunikation sollte es nicht liegen, denn sowohl Me Subilia als auch Avv. Caimi pflegen aktive Kontakte zu den Medien und äussern sich öffentlich über ihre Arbeit.

353 der Anfragen betrafen die SUVA. Deren Anteil liegt damit mit 54% immer noch etwas über der Hälfte aller bearbeiteten UVG-Fälle (Vorjahr 58%).

| Beschwerdegrund | Dt. Schweiz | | Franz. Schweiz | | Ital. Schweiz | |
|-------------------------------|-------------|--------------|----------------|-------------|---------------|-------------|
| A | | | | | | |
| Unterstellungspflicht | 10 | (16) | 0 | (2) | 0 | (0) |
| Beginn Unterstellung | 3 | (1) | 0 | (1) | 0 | (2) |
| Ende Unterstellung | 1 | (4) | 0 | (1) | 0 | (1) |
| Vertragsabschluss | 18 | (25) | 0 | (1) | 1 | (0) |
| Prämien | 13 | (9) | 2 | (0) | 2 | (2) |
| Franchise | 0 | (0) | 0 | (0) | 0 | (0) |
| Total | 45 | (55) | 2 | (5) | 3 | (5) |
| B | | | | | | |
| Unfallverhütung | 8 | (10) | 0 | (0) | 0 | (1) |
| Ärztliche Behandlung | 54 | (47) | 0 | (1) | 1 | (0) |
| Kostenvergütung | 68 | (40) | 1 | (3) | 4 | (3) |
| Taggeld | 77 | (55) | 0 | (4) | 0 | (2) |
| Invaliden-Rente | 13 | (15) | 1 | (2) | 3 | (0) |
| Integritätsentschädigung | 11 | (12) | 1 | (3) | 0 | (0) |
| Total | 231 | (179) | 3 | (13) | 8 | (6) |
| C | | | | | | |
| Leistungskürzung/-ablehnungen | 191 | (232) | 21 | (17) | 9 | (17) |
| Regress | 4 | (1) | 1 | (0) | 0 | (0) |
| Total | 195 | (233) | 22 | (17) | 9 | (17) |
| D | | | | | | |
| Allg. Informationen/Verfahren | 118 | (157) | 9 | (12) | 6 | (13) |
| TOTAL | 589 | (624) | 36 | (47) | 26 | (41) |

4.2.

616 Dossiers wurden direkt mit den Beschwerde führenden erledigt. In 35 Fällen kam es zu Interventionen. 21 der 32 abgeschlossenen Interventionsfälle waren erfolgreich. In 8 Fällen war das Resultat negativ und in weiteren 3 Fällen wurde das Dossier als sog. „neutral“ klassiert.

4.3.

Im UVG-Bereich kam es gegenüber früher nicht grundsätzlich zu neuartigen Problemstellungen. Wie allgemein bei Personenversicherungen ging es häufig um Abgrenzungsfragen zwischen Krankheits- und Unfallfolgen oder den Folgen verschiedener Unfälle. Zur Diskussion standen darum mehrheitlich medizinische Einschätzungen und die daraus vom Versicherer gezogenen Schlussfolgerungen.

Die Ombudsstelle wies die Beschwerde führenden darauf hin, dass sie selbst über keinen medizinischen Dienst verfügt und wir nur die rechtliche Seite prüfen können. Grundsätzlich stützten wir uns bei der Beurteilung der Angelegenheit auf die Einschätzungen der behandelnden Ärzte.

Nach Einsichtnahme in die medizinischen Berichte mussten wir nicht selten mitteilen, dass der vom Arzt festgestellte mögliche Zusammenhang zwischen den Beschwerden und einem früheren Unfallereignis in rechtlicher Hinsicht für die Begründung der Leistungspflicht des Unfallversicherers nicht zwingend ausreichte. Dies wurde von den Beschwerde führenden nicht immer verstanden. So war es des Öfteren nötig, die Beschwerde führenden davon zu überzeugen, dass ein Unfall im medizinischen Sinn nicht zwingend ein Unfall im Rechtssinne ist und über das UVG gedeckt wird.

Verständnis hatten wir für das Misstrauen von Beschwerde führenden, denen in einem knappen Dreizeiler mitgeteilt wurde, es liege weder ein Unfall noch eine unfallähnliche Körperschädigung vor, weshalb eine Ablehnung erfolge. In solchen Fällen ist abzusehen, dass der Betroffene das Resultat nicht verstehen kann und es zu Weiterungen kommt, da er nach seinem Sprachverständnis durchaus einen Unfall erlitten hat.

Ausgesprochen komplexe Rechtsfragen galt es hinsichtlich natürlicher und adäquater Kausalität und bezüglich Beweismass zu klären. Es fiel auch auf, dass in gewissen Fällen der UVG-Versicherer Schreiben an die Beschwerde führenden richtete, die derart knapp in der Form und gespickt mit juristischen Fachbegriffen waren, dass sie absolut unverständlich waren.

4.4.

In einigen Fällen standen „Mehrfachunfälle“ die sich im Laufe der Zeit ereignet hatten, zur Debatte. Es stellte sich die Frage, welcher Teil der Beschwerden auf welchen Unfall zurückzuführen war und welcher Versicherer für was aufzukommen habe. Besonders schwierig war diese Zuordnung, wenn die Unfallereignisse zeitlich weit auseinander lagen. In einem Fall, in dem zwei Verletzungen aus zwei verschiedenen Unfällen am gleichen Knie zur Debatte standen, war zu prüfen, ob die hinzugekommenen Hüftbeschwerden in ursächlichem Zusammenhang standen und welchem der beiden Unfälle diese Folgen zugeordnet werden können.

Der Ombudsstelle ist bewusst, dass solche Fragen auch für Ärzte nicht einfach zu beantworten sind. Aus der Sicht der Betroffenen gilt solches aber oft als Spitzfindigkeit oder gar als Ausrede des Versicherers, um keine Leistungen erbringen zu müssen.

Probleme galt es ab und zu auch betreffend Zusatzdeckungen zum Obligatorium zu lösen. Ein Beschwerdeführer liess sich in einer halbprivaten Abteilung des Spitals behandeln, da er über die private Zusatzdeckung verfügte. Die mit einem Vorbehalt versehene Kostengutsprache des UVG-Versicherers wurde nach der Operation zurückgezogen, weil sich während der Operation(!) gezeigt hatte, dass bereits eine nicht gedeckte Vorschädigung bestand,

welche auf einen Zeitpunkt vor Abschluss der Zusatzversicherung zurückgeführt werden konnte. Sowohl der Versicherer als auch der Beschwerdeführer erfuhren von diesem Umstand erst im Nachhinein aus dem Operationsbericht. Die Kosten der halbprivaten Abteilung mussten vom Patienten getragen werden. Auch wenn dies in streng rechtlicher Hinsicht – zumindest bei ausdrücklichen Vorbehalten in den Kostengutsprachen – nicht beanstandet werden kann, war dieses Ergebnis unbefriedigend.

Ob und wie diese Problematik gelöst werden kann, ist unklar. Die Ombudsstelle kann die Position der Versicherer durchaus nachvollziehen. Sie hat aber auch Verständnis für die Verärgerung des Patienten, welcher sinngemäss zum Ausdruck brachte: „Wenn nicht einmal der Arzt die genaue Ursache der Beschwerden vor der Operation eruieren kann, wie soll dies dann ein medizinischer Laie tun?“

5. DER BEREICH BERUFLICHE VORSORGE

5.1.

In diesem Tätigkeitsfeld wandten sich im Berichtsjahr 233 (2008: 251) Personen an die Ombudsstelle. Zusätzliche 16 Fälle konnten nicht bearbeitet werden, weil es sich um Angelegenheiten autonomer Pensionskassen handelte. Diese Beschwerde führenden wurden an die unentgeltliche Beratungsstelle „BVG-Auskünfte“ weiterverwiesen.

5.2.

Die Ombudsstelle intervenierte in 16 Fällen. Davon wurden 11 Interventionen bis Ende Jahr abgeschlossen. In 9 Fällen konnte ein für die Versicherten positives Resultat erzielt werden.

Auch wenn es 2009 zu einem leichten Rückgang der BVG-Fallzahlen kam, ist anzumerken, dass deren Komplexität und die damit verbundene Bearbeitungsdauer deutlich zugenommen haben. Fragen zur Koordination mit anderen Sozialversicherungsleistungen, zu Überentschädigungen mussten ebenso beantwortet werden wie solche zur Leistungsseite, betreffend Auslegung von Reglementen oder zur Teilliquidation der Vorsorgeeinrichtung.

5.3.

Während in der deutschen Schweiz 208 Anliegen zur beruflichen Vorsorge bearbeitet wurden, ist deren Zahl in der lateinischen Schweiz ausgesprochen bescheiden. Auch hier ist nicht klar, wie es zu solch grossen Unterschieden kommen kann.

Beschwerdegründe und regionale Herkunft

| Beschwerdegrund | Dt. Schweiz | | Franz. Schweiz | | Ital. Schweiz | |
|----------------------------------|-------------|--------------|----------------|-------------|---------------|-------------|
| Vertragsabschluss | 17 | (10) | 0 | (0) | 0 | (1) |
| Deckungsumfang | 7 | (3) | 0 | (0) | 0 | (0) |
| Anzeigepflichtverletzung | 2 | (1) | 0 | (0) | 0 | (0) |
| Einkauf | 7 | (13) | 0 | (0) | 0 | (0) |
| Reglement | 10 | (7) | 0 | (1) | 1 | (0) |
| Änderung von Vorsorgeeinrichtung | 12 | (11) | 1 | (2) | 1 | (1) |
| Freizügigkeit | 21 | (32) | 2 | (2) | 1 | (1) |
| Vorbezug | 6 | (12) | 0 | (0) | 0 | (0) |
| Pfändung | 2 | (1) | 0 | (0) | 0 | (0) |
| Steuern | 5 | (5) | 0 | (0) | 0 | (0) |
| Versicherungsausweis | 7 | (10) | 0 | (0) | 0 | (0) |
| Begünstigungsproblematik | 12 | (7) | 1 | (1) | 2 | (1) |
| Kürzungen/Ablehnungen | 43 | (43) | 5 | (5) | 4 | (4) |
| Allgemeine Informationen | 23 | (41) | 4 | (3) | 2 | (0) |
| Verjährung | 0 | (0) | 0 | (1) | 0 | (0) |
| Vorzeitige Pensionierung | 9 | (8) | 0 | (0) | 1 | (0) |
| Scheidung | 15 | (10) | 0 | (0) | 0 | (1) |
| Koordinierter Lohn | 1 | (5) | 0 | (0) | 0 | (0) |
| Verfahren | 2 | (1) | 0 | (3) | 0 | (1) |
| Anwalt | 7 | (2) | 0 | (0) | 0 | (1) |
| TOTAL | 208 | (222) | 13 | (18) | 12 | (11) |

5.4.

Nicht immer waren nur vorsorgerechtliche Fragen im engen Sinn zu beantworten.

Schnittstellen ergaben sich bisweilen zu steuerrechtlichen, erbrechtlichen und konkursrechtlichen Fragen. Es standen auch teils komplexe Verrechnungsfragen hinsichtlich Leistungen der Versicherung und Prämienforderungen zur Beurteilung. So beispielsweise im Fall eines Beschwerdeführers, der einerseits als Mitinhaber einer Gesellschaft für seine Angestellten prämienpflichtig war, andererseits jedoch in seiner Eigenschaft als Angestellter seiner eigenen Firma noch über eine Zusatzversicherung verfügte und daraus Leistungen bezog. Er stellte sich auf den Standpunkt, offene Prämienforderungen dürften nicht mit seinen persönlichen Leistungsansprüchen verrechnet werden.

Verschiedentlich wandten sich Beschwerdeführer an die Ombudsstelle, die ihre eigene BVG-Situation überhaupt nicht mehr überblickten. Sie verstanden weder ihre Vorsorgeausweise, noch die Vorsorgereglemente, noch hatten sie einen Überblick über die verschiedenen Vorsorgeeinrichtungen, welchen sie im Laufe vieler Berufsjahre angeschlossen waren. Vielfach war in solchen Fällen das Misstrauen, es würden ihnen Mittel vorenthalten, besonders gross.

Ein Schwergewicht der Anfragen lag auf der Leistungsseite. Oft entsprachen die Altersleistungen nicht den Vorstellungen der Versicherten. Die Ombudsstelle erklärte darum die unterschiedlichen Zinssätze im obligatorischen und im überobligatorischen Bereich und was es mit dem Umwandlungssatz auf sich hat.

Leider kam es auch zu Beschwerden von Arbeitnehmern, weil Arbeitgeber zwar BVG-Abzüge vom Lohn vorgenommen hatten, die Gelder jedoch nicht an die Vorsorgeeinrichtungen weitergeleitet hatten. In einem Fall hatte ein Arbeitgeber den BVG-pflichtigen Arbeitnehmer bei der Vorsorgeeinrichtung sogar abgemeldet. Solche Beschwerden waren weniger ein Fall für die Ombudsstelle als für den Richter.

Wo sich Betroffene im Zusammenhang mit Teilliquidationen der Vorsorgeeinrichtung an uns wandten, ging es u.a. auch um die Klage darüber, dass sie nur sehr sporadisch über den Stand der Dinge informiert würden.

Zu mehreren Anfragen in allen Sprachregionen kam es im Zusammenhang mit der Aufteilung der Vorsorgeguthaben im Scheidungsfall. Der Umstand, dass sich auch Anwälte diesbezüglich an uns wandten, belegt, dass selbst Fachleute hier gewisse Unsicherheiten haben.

6. DIE ZWEIGSTELLEN

6.1.

Die Zweigstelle der französischen Schweiz

In seinem Jahresbericht stellt Me Subilia fest, dass die Fallzahlen im Berichtsjahr gegenüber dem Vorjahr ausgesprochen stabil waren. Es wurden insgesamt 523 Anfragen und Beschwerden behandelt. Zuständig war sie in 383 Fällen. Anliegen, die nicht in ihren Kompetenzbereich fielen, betrafen in 94 Fällen die soziale Krankenversicherung. Diese Dossiers wurden usanzgemäss an den Ombudsman der Krankenversicherung, Herrn Fürspr. Rudolf Luginbühl, weitergeleitet.

Die Zusammenarbeit mit ihm war ausgesprochen positiv und erwies sich besonders dann als wertvoll, wenn zwischen Krankenkasse und UVG-Versicherer ein negativer Kompetenzkonflikt bestand. Bei solchen Fällen waren beide Ombudsstellen parallel tätig, und es konnten dank des koordinierten Vorgehens Lösungen im Interesse der Versicherten gefunden werden.

Leider war dies in einzelnen Fällen der obligatorischen Unfallversicherung nicht möglich, weil der Versicherungsträger kein uns angeschlossener Versicherer war. Hier entstand ein nega-

tiver Kompetenzkonflikt zwischen den beiden Ombudsstellen. Wir konnten mangels Zugehörigkeit des Versicherers zu unseren Partnergesellschaften nicht tätig werden und Herr Luginbühl konnte den Fall nicht bearbeiten, weil er sich nicht mit UVG-Angelegenheiten befasst. Diese Situation war weder für die Ombudsstellen noch die Versicherten befriedigend. Sollten sich solche Fälle häufen, müsste nach einer pragmatischen Lösung gesucht werden.

Das Thema der Leistungen im Krankheitsfall spielte auch in Lausanne eine zunehmend gewichtige Rolle. Zu dieser Branche wurden 59 Dossiers bearbeitet (2008: 32). Ihre Zahl wurde lediglich durch Anfragen und Beschwerden im Lebensversicherungsbereich (80) übertroffen. Bei den übrigen Branchen betrafen 40 Fälle die allgemeine Haftpflicht, 36 Fälle die Motorfahrzeugversicherung, 34 Fälle Rechtsschutzpolicen und 25 Fälle die Hausratversicherung.

Wie von Me Subilia bereits im Jahresbericht 2008 festgehalten wurde, ging es auch 2009 in den von ihm bearbeiteten Fällen sehr oft um Fragen rund um die Erwerbsfähigkeit. Diese Fragestellung war auch Gegenstand von mehr als einem Viertel der aus der französischen Schweiz stammenden Interventionen. Im Zusammenhang mit dem oft notwendigen Beizug von ärztlichen Berichten kam der Zweigstelle eine wichtige Rolle zu.

Bei der allgemeinen Haftpflichtversicherung, bei welcher dem Geschädigten kein direktes Forderungsrecht gegenüber dem Haftpflichtversicherer zusteht, war die Aufgabe der Zweigstelle besonders wertvoll, wenn dank der Kooperationsbereitschaft der Gesellschaften blockierte Situationen überwunden und in 2/3 der Fälle Lösungen gefunden werden konnten.

Erneut stellt Me Subilia im Rechtsschutzbereich fest, dass er in der Bearbeitung von mehreren Rechtsschutzfällen aufgrund der Zuständigkeitsregeln in „Anwaltsfällen“ eingeschränkt war. Auch wenn die Beschwerde führenden nachvollziehen konnten, dass die Ombudsstelle nicht parallel zum eingeschalteten Anwalt tätig werden kann, hatten sie Mühe zu verstehen, dass er bei Honorarkonflikten nicht vermittelnd tätig werden konnte.

Ein mit 7 Beschwerden eher marginales Thema bildeten Reiseversicherungen. In Fällen von Kurzaufenthalten (weniger als 3 Monate) von Ausländern in der Schweiz kam es dabei zu schwierigen Situationen, wenn der Versicherer das Vorbestehen einer Krankheit geltend machte und die Deckung im Krankheitsfalle ablehnte. Dies war besonders hart für die Betroffenen, wenn sie gutgläubig eine derartige Police abgeschlossen hatten und notfallmässig hospitalisiert werden mussten.

In den Bereichen UVG und berufliche Vorsorge, deren Zahl mit 36, resp. 13 Fällen sehr bescheiden und erst noch gegenüber dem Vorjahr rückläufig war, kam es in 6, resp. 3 Fällen zu

Interventionen. Dabei ist hervorzuheben, dass viele Angelegenheiten, welche das BVG betrafen mangels Zuständigkeit nicht bearbeitet werden konnten. Es handelte sich hierbei um Pensionskassen und nicht um Sammelstiftungen bei Schweizerischen Lebensversicherern. Umso begrüßenswerter ist es, dass nun auch in der Westschweiz eine Beratungsstelle für BVG-Angelegenheiten besteht.

In einem Fall, in welchem wegen des Wechsels der Vorsorgeeinrichtung sowohl eine uns angeschlossene Sammelstiftung als auch eine autonome Pensionskasse involviert waren, konnte Me Subilia tätig werden, weil sich die Pensionskasse freiwillig auf das Vermittlungsverfahren der Ombudsstelle eingelassen hatte.

Insgesamt stammten 53 Interventionsfälle aus der Romandie. Diese waren in 71% erfolgreich. Aber selbst dort, wo die Einschaltung der Zweigstelle nicht zu einem besseren Resultat führte, erwies sich die Tätigkeit der Zweigstelle als hilfreich für die Beschwerde führenden. In deren Schreiben wurde betont, wie dankbar sie trotz unveränderter Situation betr. Versicherungsleistungen waren, endlich verstanden zu haben, wie die vertragliche und rechtliche Situation aussieht.

6.2.

Die Zweigstelle der italienischen Schweiz

Auch Avv. Caimi bezeichnet das vergangene Jahr als relativ stabil, ruhig und ohne signifikante Veränderungen. Die bei ihm eingegangene Gesamtzahl der Fälle betrug 326 (2008: 325) Fälle, wovon 244 (2008: 257) in seinen Zuständigkeitsbereich fielen. Wie in den beiden anderen Sprachregionen betrafen die Fälle, welche er nicht bearbeiten konnte, primär die soziale Krankenversicherung.

Zahlenmässig unbedeutend sind die Veränderungen bei den Privatversicherungen. Deutlich ist indes der Rückgang im UVG-Bereich von 41 auf 26 Fälle.

In der grossen Mehrzahl der Fälle bestand die Aufgabe der Zweigstelle in der Auskunftserteilung, in der Beratung der Versicherten oder in der Erklärung von Sachverhalten.

In 14 Fällen aus der italienischen Schweiz wurde interveniert. Das Ergebnis war in rund drei Vierteln der Fälle positiv und konnte zur Zufriedenheit der Versicherten abgeschlossen werden.

Aufgeteilt nach Branchen bezogen sich die Anliegen hauptsächlich auf die Autohaftpflicht- und Kaskoversicherung (41), die allgemeine Haftpflicht (37), die Lebensversicherung (32), die Gebäude- und Hausratversicherung (31) und die Rechtsschutzversicherung (23).

Thematisch standen Probleme der Versicherungsleistung (75), des Deckungsumfanges (18), der Kündigung (17) sowie der Beratung, der Verfahrensabläufe (22) und allgemeinen Versicherungsinformationen (27) im Vordergrund. Die Problematik der Anzeigepflichtverletzung machte mit 6 Fällen wie in den Vorjahren nur einen kleinen Teil der Anfragen aus.

Dasselbe betrifft die Beschwerden im Zusammenhang mit dem Vertragsabschluss. Diese sanken in den letzten Jahren kontinuierlich auf gerade noch 7 Fälle.

Avv. Caimi stellt fest, dass viele Versicherte dem Inhalt der AVB nach wie vor zu wenig Aufmerksamkeit schenken oder deren Bedeutung nicht erkennen: zu viele Leute scheinen zu ignorieren, dass sie Bestandteil der Police bilden; die meisten lesen sie überhaupt nie oder höchstens beim Eintritt eines konkreten Schadenfalls. Beim Einverlangen der Police mit den AVB musste nicht selten festgestellt werden, dass die Versicherten die AVB einfach weggeworfen hatten.

Mit 62 Dossiers waren die Haftpflichtfälle (Motorfahrzeughaftpflicht und allgemeine Haftpflicht) zahlenmässig stark vertreten. Auffallend war die Zunahme der Beschwerden im Zusammenhang mit der Haftung für Minderjährige aus Art. 333 ZGB. Nicht nur Eltern, sondern auch Tagesmütter wandten sich diesbezüglich an die Zweigstelle.

Die meisten Privat-Haftpflichtpolicen decken sich ereignende Schäden während der Obhut von Drittpersonen über die Kinder nur, wenn die Kinder „vorübergehend und unentgeltlich“ betreut werden. Das entgeltliche Pflegeverhältnis bewirkt hingegen in der Regel einen Haftungsausschluss.

Ganz allgemein haben zur Anwendung gelangende Deckungsausschlüsse im Haftpflichtbereich Enttäuschungen zur Folge. Dies besonders dann, wenn es sich um Schäden unter Familienangehörigen (Ehegatte, Verwandte in auf- und absteigender Linie) handelt.

In der Rechtsschutzversicherung (23 Fälle) bereitete für die Deckungsfrage die Feststellung des Zeitpunkts des Beginns eines Streitfalles oder der juristischen Folgen eines bestimmten Ereignisses Schwierigkeiten. Zudem stand das Thema Aussichtslosigkeit im Vordergrund.

Bei der Gebäudeversicherung, wo entstandene Elementar- und/oder Wasserschäden oft erheblich sind, haben die Versicherten oft Mühe, den Unterschied zwischen gedeckten und nicht gedeckten Schäden zu verstehen. Dies z.B. bei Schäden, die auf allgemeine Abnutzung zurückzuführen sind, und die deswegen als Instandstellungs-, Erneuerungs- oder Sanierungskosten gelten.

Häufig gelangten wegen der Finanzkrise beunruhigte Versicherungsnehmer, unabhängig von einem konkreten Versicherungsfall, an Avv. Caimi und stellten allgemeine Fragen nach dem finanziellen Substrat oder Vermögen, mit dem die Lebensversicherungsgesellschaften die Forderungen des Versicherten, vor allem im Konkursfall, garantieren. Die Fragen betrafen auch die Rolle der zuständigen Aufsichtsbehörde.

Im UVG-Bereich wurden in der italienischen Schweiz 26 Fälle bearbeitet. In einem Fall kam es zu einer Intervention, deren Ausgang positiv war. Fast die Hälfte der Fälle (12) betraf die Suva.

Hauptthemen bildeten die Kürzung oder Ablehnung der Leistungen (9 Fälle), die Kostenvergütung (4) und die Invalidenrente (3). Die Versicherten stellten oft Fragen über das Verhältnis zwischen den verschiedenen Renten aus IV, VVG, UVG und BVG, bzw. über die sog. Überentschädigung.

Im BVG-Bereich wurden 12 Fälle direkt mit den Anfragenden behandelt. Die Hauptprobleme betrafen hier die Versicherungsleistungen und die Begünstigungsklauseln.

Avv. Caimi hatte 2 Mal Gelegenheit, an der Fernsehsendung „Patti Chiari“ der RSI Radiotelevisione svizzera italiana teilzunehmen.

Am 13. März 2009 wurden Fragen zum UVG (Benutzung von Informationen aus anderen Versicherungszweigen bei der Ausfertigung von Gutachten; Datenschutzbestimmungen; Spesenentschädigung im Falle einer gerichtlichen Austragung des Falles) und am 9. Oktober 2009 Probleme betreffend Versicherungsmissbrauch (inkl. Fragen betr. Zulässigkeit von Videoaufnahmen) thematisiert. Die Teilnahme von Avv. Caimi, der sich in allgemeiner Weise zum Thema und nicht zu den konkreten in der Sendung dargestellten Fällen äusserte, wurde sowohl vom Publikum wie auch von den Gesellschaften positiv beurteilt.

7. WEITERE AKTIVITÄTEN

7.1.

Seit 2 Jahren ist die Ombudsstelle Mitglied des Internationalen Netzwerks der „Financial Services Ombudsman Schemes“. Die Ombudsfrau gehört dem leitenden Ausschuss an und steht somit in regelmässigem Kontakt mit den ebenfalls dem Ausschuss angehörenden Ombudslauten aus Australien, Frankreich, Grossbritannien, Irland, Südafrika und den USA.

Diese Beziehungen sind ausgesprochen nützlich, kommt es doch periodisch zu einem Informationsaustausch über fachliche und organisatorische Fragen, die auch für unsere Ombudsstelle wertvoll sind.

Im Rahmen der Jahreskonferenz des Netzwerkes, welche im Juni 2009 in Dublin stattfand, hielt die Ombudsfrau ein Referat zum Thema „Quality review“.

Im September 2009 war die Ombudsfrau nach Innsbruck eingeladen, wo sie vor den Tiroler Versicherungsagenten im Rahmen eines Expertentalks ein Referat über ihre Erfahrungen als Ombudsfrau hielt. Das Interesse war gross, plant die Vereinigung der Agenten doch allenfalls eine Ombudsstelle für Versicherungskunden zu etablieren.

In der Schweiz kam es wiederum zu diversen Treffen mit Versicherungsgesellschaften auf Ebene Geschäftsleitung. In diesen Gesprächen werden nebst konkreten behandelten Fällen auch allgemeine Fragen erörtert. Das Feedback seitens der Versicherer ist ein wichtiger Indikator für die Wahrnehmung unserer Tätigkeit seitens der Versicherungsindustrie.

7.2.

Im Sommer 2009 nahm die Ombudsfrau zusammen mit den beiden Zweigstellenleitern am Vernehmlassungsverfahren des Eidgenössischen Finanzdepartements zur VVG-Revision teil. Die Stellungnahme wurde auch im Stiftungsrat diskutiert und genehmigt.

Wir sind zum Schluss gekommen, dass die Gesetzesvorschläge aus Sicht der Ombudsstelle einerseits dem Schutzbedürfnis der Konsumentinnen und Konsumenten entsprechen, andererseits aber auch den Interessen der Versicherungswirtschaft Rechnung tragen.

Die Vorschläge entsprechen den europäischen Standards. Ob es allerdings angezeigt oder gar notwendig ist, weiter zu gehen als die Regelungen der EU, ist u.E. fragwürdig.

Als Ombudsstelle konnten wir nämlich aus Erfahrung feststellen, dass Versicherungsnehmer aus dem EU-Raum bei aller Anerkennung unterschiedlicher Rechtsnormen Schwierigkeiten haben, verschiedenen Systemen, für die keine zwingende Notwendigkeit besteht, unterworfen zu sein. Gerade im für Laien schwierigen Versicherungsbereich können sich solche Unterschiede im Anwendungsfall als konflikträchtig erweisen.

Unsere Bemerkungen fokussierten zudem auf die Frage, ob die Ombudsstelle künftig gesetzlich verankert werden und ob auch die Tätigkeit der Makler in ihren Zuständigkeitsbereich gehören soll. Zu beiden Vorschlägen hat sich die Ombudsstelle im positiven Sinne ver-

nehmen lassen. Da dieses Thema indes kontrovers ist, sei im Folgenden die entsprechende Vernehmlassungsantwort im Wortlaut wiedergegeben.

„Der Vernehmlassungsentwurf folgt dem internationalen Trend, wonach Ombudsstellen – auch wenn sie privatrechtlich z.B. als Stiftung konstituiert sind – gesetzlich verankert werden. Das dürfte zweifellos die Legitimität der Ombudsstelle erhöhen. Allerdings ist zu vermeiden, dass die gesetzliche Verankerung zu einer Verbürokratisierung der bisher sehr effizienten Tätigkeit und der schlanken Strukturen der Ombudsstelle führt.

Nicht angesprochen werden Themen wie die Finanzierung der Ombudsstelle, deren sachliche Zuständigkeit, oder die Abgrenzung zur FINMA. Alles Fragen, die klärungsbedürftig sind. Kein Lösungsansatz wäre u.E. eine Kostenbeteiligung der die Ombudsstelle anrufenden Personen und Institutionen. Eine derartige Regelung würde einerseits den Stiftungsstatuten der Stiftung „Ombudsman der Privatversicherung und der Suva“, als auch den Standards der EU (vgl. FINNET) widersprechen.

Der Einbezug der Versicherungsmaklerinnen und Makler macht grundsätzlich Sinn. Allerdings sind hier die genauen Modalitäten und Kompetenzen zu klären. Dies gilt insbesondere bezüglich Erfassung der MaklerInnen und der Finanzierung der Ombudsstelle.

Zurzeit sind in der Schweiz ca. 5000 registrierte ungebundene Versicherungsvermittler tätig, sei dies in Form von juristischen oder natürlichen Personen. Ihr Organisationsgrad ist ausgesprochen bescheiden. Der SIBA sind nur gerade 53 Firmen angeschlossen. Im Gegensatz zum bisherigen Tätigkeitsbereich, in welchem der Ombudsstelle jeweils ein Versicherer als Partner gegenübersteht, werden mit dem Einbezug der Makler primär Einzelpersonen, die als VermittlerInnen tätig sind, involviert. Dies bringt einige Probleme organisatorischer und anderer Natur mit sich.

Es ist absehbar, dass die Ausdehnung der Ombudsmantätigkeit auf VermittlerInnen erheblich grössere Personalkosten verursachen wird, da die bisherigen personellen Ressourcen nicht ausreichend sein werden. Wer diese Kosten zu tragen haben wird, ist nicht klar.

Auf dem Hintergrund der bestehenden Strukturen und den seit über 35 Jahren bewährten Abläufen im Verkehr mit den Versicherungsgesellschaften ergibt sich daraus eine komplett neue Situation. Zahlenmässig werden sehr viel mehr Makler als Versicherungsgesellschaften potentiell in ein Verfahren mit der Ombudsstelle involviert werden. Auch das Verfahren wird tief greifend tangiert. Bisher gilt im Interventionsfall, dass jede Gesellschaft ein Geschäftsleitungsmitglied bezeichnet, das für sämtliche Beschwerdefälle als Ansprechpartner der Ombudsstelle agiert. Dies hat den Vorteil, dass nicht dieselbe Person, die den Fall bereits in einem früheren Stadium betreut hat, sich mit Interventionen der Ombudsstelle auseinandersetzt. D.h. das Problem wird grundsätzlich nochmals mit „neuen Augen“ überprüft. Dadurch kann eine objektivere Behandlung gesichert werden, als wenn dieselbe Person, deren Position zur Beschwerde Anlass gegeben hat, sich mit der Ombudsstelle auseinandersetzen muss. Angesichts des geringen Organisationsgrades der Maklerinnen und Maklern wäre demgegenüber meist dieselbe Person, die bereits zur Beschwerde Anlass gegeben hat, das vis-à-vis der Ombudsstelle. Es besteht damit ein ernst zu nehmendes Risiko, dass diese nicht geneigt sein wird, vom bisherigen Standpunkt abzuweichen oder gar Fehler einzugestehen. Der Vermittlungsspielraum wird dadurch nicht nur wesentlich eingeschränkt, sondern es besteht auch die Gefahr, dass die unterbreitete Angelegenheit in ein Zweiparteienverfahren zwischen Ombudsstelle einerseits und MaklerIn andererseits ausartet. Die Grenze zwischen neutraler Vermittlung und anwaltlicher Interessenvertretung kann daher nicht mehr scharf gezogen werden.

Die erwähnten Probleme liessen sich allenfalls auf dem Umweg über die Berufshaftpflicht-Versicherung entschärfen. Gem. Art. 91 VE-VVG soll ein direktes Forderungsrecht des Versicherungsnehmers gegenüber dem Berufshaftpflicht-Versicherer vorgesehen werden. Sofern es bei einer Beschwerde um die Geltendmachung eines Schadens geht, für welchen der

Makler einzustehen hat, könnten sich Versicherungsnehmer zunächst direkt an den Berufshaftpflicht-Versicherer wenden und bei Entstehen einer Meinungsverschiedenheit mit diesem dann die Ombudsstelle einschalten. Das Vermittlungsverfahren würde dann im Rahmen der bisherigen Abläufe erfolgen.

In Abweichung von der bisherigen Praxis ist in Art. 85a Abs. 1 VE-VAG nur von Versicherungsnehmerinnen und –nehmern, die sich an die Ombudsstelle wenden können, die Rede. In Abs. 2 spricht man von „Versicherten“. Abgesehen davon, dass die Begriffe Versicherungsnehmer und Versicherte nicht dasselbe bedeuten, würde die gewählten Formulierungen den bisherigen Tätigkeitsbereich der Ombudsstelle einschränken.

Bislang trat die Ombudsstelle in allen Konfliktfällen, d.h. auch bei strittigen Ansprüchen von Dritten gegenüber einem Versicherer, vermittelnd auf. Die Fassung des VE, wonach der Kompetenzbereich sich auf die Vermittlung zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer resp. Versicherte beschränkt, würde gegenüber der gängigen Praxis einen erheblichen Rückschritt bedeuten. Eine solche Formulierung stünde auch nicht im Einklang mit dem Zweckartikel 3 der Stiftungsurkunde, welcher lautet:

„Die Stiftung hat den Zweck, den Versicherungsnehmern, Versicherten, Verunfallten, Anspruchsberechtigten und Geschädigten die Möglichkeit zu verschaffen, bei Meinungsverschiedenheiten mit einer privaten Versicherungsgesellschaft oder der Suva die Dienste eines neutralen Ombudsman in Anspruch zu nehmen, ohne dass ihnen daraus Kosten entstehen.“

Da der erläuternde Bericht zu Art. 85a VE-VAG auf die positiven Erfahrungen der seit 37 Jahren tätigen Ombudsstelle verweist und nicht davon auszugehen ist, dass mit dem VE hinter die bestehende Situation zurückgegangen werden soll, schlagen wir eine Formulierung von Art. 83a Abs. 1 und 2 VE-VAG vor, die sich an das Stiftungsstatut anlehnt.

Das würde auch sicherstellen, dass die bisherige Tätigkeit der Ombudsstelle im Bereich des UVG und BVG weiterhin möglich ist. Jedenfalls wäre die Frage der sachlichen Zuständigkeit der Ombudsstelle grundsätzlich zu klären. Wir gehen davon aus, dass dies Gegenstand der später zu erlassenden VO oder eines Leistungsvertrages bilden wird.

Bislang hat die Ombudsstelle keine Fälle von Zusatzversicherungen gem. VVG bearbeitet. Diese Fälle werden durch den Ombudsman der sozialen Krankenversicherung behandelt. Diese Zuständigkeitsordnung macht durchaus Sinn, da eine Aufteilung der Vermittlungstätigkeit für die Grund- und die Zusatzversicherung auf 2 Ombudsstellen nicht sachgerecht wäre und sich verkomplizierend auf die Vermittlung auswirken würde.

Für die Tätigkeit der Ombudsstellen ist nicht massgeblich, ob ein Versicherungsvertrag dem KVG oder dem VVG untersteht, sondern wer Träger der Police ist. Ist der Träger ein klassischer Krankenversicherer, der Grund- und Zusatzversicherungen anbietet, ist der Krankenversicherungs-Ombudsman für die Bearbeitung des Falles zuständig.

Sollte Art. 85a VE-VAG indes grundsätzlich zu einer anderen Zuständigkeitsordnung führen, hätte dies erhebliche strukturelle Anpassungen zu Folge, die zurzeit nicht absehbar sind.

Es ist richtig festzuhalten, dass die Ombudsstelle nur vermittelnd tätig ist und keine Entscheidungs- oder Weisungsbefugnisse hat. Die entsprechende Passage in Art. 83a Abs. 2 VE-VAG ist daher zu begrüßen. Allerdings besteht im Publikum vielfach die irrige Vorstellung, die Ombudsstelle würde den Versicherungsnehmer quasi anwaltlich vertreten. Es wäre aus unserer Sicht daher explizit festzuhalten, dass die Ombudsstelle neutral ist und ihr keine anwaltliche Rolle im Sinne einer einseitigen Interessenwahrung zukommt.

Zu begrüßen ist Abs. 3 von Art. 85a VE-VAG betreffend Kooperationspflichten.

Die Mitwirkungspflichten können u.E. im Rahmen unserer vermittelnden Tätigkeit indes nicht nur einseitig den Versicherern und Maklern auferlegt werden, sie betreffen ebenso die Versicherungsnehmer.

Darum wäre folgende Formulierung vorzuziehen:

„Der nach Abs. 1 verpflichtete Personenkreis hat mit der Ombudsstelle zu kooperieren und alle zur Bearbeitung des unterbreiteten Problems oder für die Vermittlung notwendigen Angaben und Unterlagen zur Verfügung zu stellen.“

Da die Versicherungsunternehmen im Rahmen des Verfahrens mit der Ombudsstelle oft gehalten sind, personenbezogene Daten zur Verfügung zu stellen, drängt sich allenfalls eine Anpassung der Bestimmungen im VE-VVG Kapitel 10 (Datenschutz) auf.

Damit die Versicherten anhand ihrer Versicherungsdokumente wissen, dass sie sich an eine Ombudsstelle wenden können, ist der Hinweis in den Policen und Verträgen wichtig. Dieser Vorschlag entspricht auch den vom Stiftungsrat der Stiftung „Ombudsman der Privatversicherung und der Suva“ beim SVV deponierten Vorschlägen zur Steigerung des Bekanntheitsgrades der Ombudsstelle.“

7.3.

Ebenfalls im Berichtsjahr hat die Ombudsstelle sich ein neues Logo gegeben und einen Flyer in 4 Sprachen (deutsch, französisch, italienisch, englisch) herausgegeben, auf welchem die wichtigsten Informationen zur Tätigkeit, den Kompetenzen und den Abläufen des Verfahrens festgehalten sind. Der Flyer wird Versicherern und anderen interessierten Kreisen zum Auflegen zur Verfügung gestellt.

8. PERSONELLE MUTATIONEN

8.1.

Im Stiftungsrat hat nach dem Ausscheiden von Herrn Dr. W. Morger als Vertreter der Suva Herr RA lic.iur. Thomas Mäder, Schadenchef Schweiz, Einsitz genommen.

8.2.

Die langjährige Mitarbeiterin, Frau Fürspr. Muriel Künzi, die sich namentlich in den letzten Jahren mit den Bereichen UVG/BVG befasste, hat sich entschieden, ab 2010 voll als Partnerin in ihrer Berner Anwaltskanzlei zu engagieren. Unser Rechtskonsulent RA Dr. Gebhard Eugster, der primär auf die Themen Gesundheit/Erwerbsfähigkeit spezialisiert war, ist nach Erreichung des AHV-Alters zurückgetreten. Beide Kollegen waren grosse Stützen der Ombudsstelle. Ihnen sei der herzlichste Dank für ihr grosses Engagement ausgesprochen.

Als NachfolgerIn haben Frau RA lic.iur. Nathalie Probst und Herr RA lic.iur Peter Arnold per 1.Oktober 2009 und 1.November 2009 ihre Tätigkeit bei der Ombudsstelle aufgenommen. Beide bringen beste Voraussetzungen für die von ihnen zu erfüllenden Aufgaben mit.

STIFTUNG OMBUDSMAN DER PRIVATVERSICHERUNG UND DER SUVA

Der Präsident

Die Ombudsfrau

R. Schweiger

Dr. L. Nabholz